



Høgskulen på Vestlandet

SYKS390 Bacheloroppgave

SYKS390-O-2024-VÅR-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	26-04-2024 09:00 CEST	Termin:	2024 VÅR
Slutt dato:	10-05-2024 14:00 CEST	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Bacheloroppgave		
Flowkode:	203 SYKS390 1 O 2024 VÅR		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	120
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	7464
----------------------	------

Sett hake dersom Ja
besvarelsen kan brukes
som eksempel i
undervisning?:

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:	9
Andre medlemmer i gruppen:	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner autalen om publisering av bacheloroppgaven 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

BACHELOROPPGAVE

Styrking av sykepleierens rolle: Nødvendig kunnskap og kompetanse for å avdekke og støtte voldsutsatte pasienter

Empowering the Nurse's Role: Essential Knowledge and Competence to detect and support Patients Experiencing Domestic Violence

Kandidatnummer: 120

Bachelorprogram i sykepleie, campus Stord

Fakultet for helse- og sosialvitenskap/ Institutt for helse- og omsorgsvitenskap

Innleveringsdato: 10.05.2024

Antall ord: 7464

Veileder: Bente Kvilhaugsvik

10.05.2024

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: Styrking av sykepleierens rolle: Nødvendig kunnskap og kompetanse for å avdekke og støtte voldsutsatte pasienter.

Bakgrunn for valg av tema: Som sykepleiere jobber vi tett på mennesker på mange arenaer, og kan møte på mennesker som har opplevd eller opplever vold i en nær relasjon. Sykepleiere står i en unik posisjon til å identifisere vold hos pasienter, men kan gå glipp av signalene dersom en ikke er oppmerksom.

Hensikt: Å finne ut hvilken kunnskap og kompetanse sykepleiere trenger for å avdekke vold i nære relasjoner for å kunne være ressurspersoner for pasientene.

Problemstilling: Hvilken kunnskap og kompetanse trenger sykepleiere for å avdekke vold i nære relasjoner og være en ressursperson for voldsutsatte pasienter?

Metode: Litteraturstudie.

Funn/konklusjon: Sykepleiere har en unik rolle i å identifisere voldsutsatte pasienter. Forskning identifiserte flere barrierer for sykepleieres evne til å håndtere vold i nære relasjoner, inkludert manglende kunnskap om lover, kulturelle utfordringer og manglende kommunikasjonsevner. Økt kompetanse gjennom kurs og videreutdanning, rutinemessig screening i journalsystemer, samt en omsorgsfull og tillitsvekkende tilnærming er nødvendig for å overvinne disse barrierene og styrke sykepleieres rolle som ressurspersoner for voldsutsatte pasienter.

Nøkkelord: Vold i nære relasjoner, sykepleie, identifisere, ressursperson.

Summary

Title: Empowering the Nurse's Role: Essential Knowledge and Competence to detect and support Patients Experiencing Domestic Violence.

Purpose: To investigate what knowledge and skills nurses need to uncover domestic violence in order to serve as resources for patients.

Aim: What knowledge and skills do nurses need to uncover intimate partner violence and be a resource for patients experiencing violence?

Method: Literature study.

Findings: Nurses have a unique role in identifying patients exposed to violence. Research identified several barriers to nurse's ability to address intimate partner violence, including lack of knowledge about laws, cultural challenges, and poor communication skills. Increased competence through training and further education, routine screening in electronic health records, and a caring and trust-building approach are necessary to overcome these barriers and strengthen nurse's role as resources for patients experiencing violence.

Keywords: Domestic violence, nursing, identification, resource person.

Innholdsfortegnelse

1.0	Introduksjon	1
1.1	Valg av tema.....	1
1.2	Hensikt og mål	2
1.3	Problemstilling.....	2
1.4	Avgrensing og presisering.....	2
1.5	Begrepsforklaring.....	2
2.0	Teori	4
2.1	Sykepleieteori av Joyce Travelbee	4
2.2	Ulike former for vold.....	5
2.2.1	Fysisk vold	6
2.2.2	Psykisk vold	7
2.3	Å møte pasientene	7
2.3.1	Kommunikasjon med pasienter i sårbare situasjoner.....	8
2.4	Lovverk.....	9
2.4.1	Opplysningsplikt	9
2.4.2	Meldeplikt	9
2.4.3	Avvergingsplikt.....	9
2.4.4	Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.....	9
3.0	Metode	11
3.1	Litteraturstudie som metode	11
3.2	Søkeprosess.....	11
3.3	Kildekritikk.....	14
3.3.1	Kritisk vurdering av egen oppgave	14
3.3.2	Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur	14
3.3.3	Etikk i oppgaveskriving	14
4.0	Presentasjon av forskningsartikler	15
4.1	Nurses preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study	15
4.2	Health practioners readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis	16
4.3	Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts	16
4.4	Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening.....	17
4.5	Ut av edderkoppnett med to tomme hender: Kvinners møte med hjelpetjenestene etter vold i nære relasjoner i samiske samfunn	18
5.0	Drøfting	20
5.1	Sykepleiers barrierer for å spørre pasienter om vold	20
5.2	Sikre nødvendig kunnskap for å kunne identifisere vold i nære relasjoner	22
5.3	Hvordan sykepleiere kan være en ressursperson	24
6.0	Konklusjon	26
	Referanseliste	27
	Vedlegg	31

1.0 Introduksjon

1.1 Valg av tema

Som sykepleiere jobber vi tett på mennesker på mange arenaer, og kan møte på mennesker som har opplevd eller opplever vold i en nær relasjon. Sykepleiere står i en unik posisjon til å identifisere vold hos pasienter, men kan gå glipp av signalene dersom en ikke er oppmerksom (NKVTS, u.å.). Jeg har ved tidligere praksiser opplevd situasjoner der jeg har møtt voldsutsatte. Det jeg oppdaget var at sykepleiere har for lite kunnskap om hvordan møte voldsutsatte pasienter, og valgte temaet vold i nære relasjoner for min bachelor fordi jeg som kommende sykepleier vil ha et ansvar i å oppdage/identifisere slik vold. Det finnes flere definisjoner på vold. Verdens helseorganisasjon definerer vold slik (WHO, u.å., sitert i NKVTS, u.å.):

Forsettlig bruk, eller trussel om bruk, av fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe, som enten resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk eller psykisk skade eller mangelfull utvikling.

Både kvinner og menn utsettes for vold i nære relasjoner, men det er noen ulikheter mellom kjønnene. I en undersøkelse gjort av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress sier 1 av 10 norske kvinner at de har blitt utsatt for «alvorlig fysisk vold» i nære relasjoner, mens det er 2 av 100 menn som sier det samme (Krisesenter, u.å.). Globalt opplever 1 av 3 kvinner fysisk og/eller seksuell vold i løpet av livet, hovedsakelig av partner/tidligere partner. Dette viser en kjønnsulikhet (WHO, u.å.). Vold er et stort folkehelseproblem, og et brudd på menneskerettigheter (WHO, u.å.).

Voldsrisikoverktøyet *Spousal Assault Risk Assessment Guide* (SARA) har definert partnervold slik: «faktisk, forsøk på eller trussel om fysisk skade på nåværende eller tidligere partner». De har valgt å ha en bred definisjon, slik at definisjonen inkluderer vold i alle parforhold. Det vil si uavhengig av partenes juridiske status og kjønn (Holmboe et al., 2019, s.118).

Mange sykepleiere kan synes det er vanskelig å ta opp temaet og gjøre noe med det. En av grunnene til dette er at mange føler på usikkerhet og har lite kompetanse om temaet (Dinutvei, 2015).

Vi som sykepleiere/helsepersonell har en avvergingsplikt og opplysningsplikt med hensikt å avverge alvorlige forbrytelser ved å melde fra til politiet (Straffeloven, §196). Formålet med loven er å forebygge/avverge at planlagt eller pågående forbrytelse skal finne sted (Molven, 2019, s.226).

1.2 Hensikt og mål

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan avdekke vold, og møte pasienter som opplever vold i nære relasjoner. Ved å finne ut hvilken kunnskap og kompetanse som trengs, og hvordan sykepleiere kan være ressurspersoner i møte med pasientene, får jeg opparbeidet meg kunnskap som jeg kan ta med meg inn i yrkeskarrieren min.

1.3 Problemstilling

Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for å avdekke vold i nære relasjoner og være en ressursperson for voldsutsatte pasienter?

1.4 Avgrensning og presisering

Oppgaven avgrenses til å handle om pasienter innlagt på sengepost, og pasienter mellom 18 og 65 år. Til tross for at det kan være flere med innvandrerbakgrunn som opplever vold i nære relasjoner vil ikke språk og kulturforskjeller være et tema. Vold i nære relasjoner er et vidt begrep, og jeg velger å avgrense oppgaven til å handle om vold i partnerforhold/tidligere partner.

1.5 Begrepsforklaring

Vold: I WHO's voldsbegrep inngår både fysisk vold, seksuelle, psykiske overgrep og omsorgssvikt (NKVTS, u.å.).

Vold i nære relasjoner: Begrepet vold i nære relasjoner brukes om vold og overgrep som rettes mot familiemedlemmer. Til dette regnes samlivspartnere, barn, søsken og foreldre, eller andre som lever i stabile bofellesskap (NKVTS, u.å.)

2.0 Teori

Den mellommenneskelige prosessen og den problemløsende prosessen utgjør en viktig terapeutisk prosess i sykepleieres arbeidshverdag (Gonzalez, 2020, s.57). I tillegg til sykepleieteori inneholder dette kapittelet teori om lovverk, ulike former for vold/tegn på vold og kommunikasjon med pasienter i sårbare situasjoner.

2.1 Sykepleieteori av Joyce Travelbee

Travelbee ble født i USA, og levde fra 1926 til 1973. Hun ble bare 47 år gammel, men fikk gjort mye i sin karriere. Hun var utdannet psykiatrisk sykepleier, og var i tillegg lærer i sykepleierutdanningen (Travelbee, 1999, s.5). Travelbee utviklet sin sykepleieteori som en respons på den avhumaniseringen hun mente hadde funnet sted i helsesektoren i USA i perioden etter andre verdenskrig (Travelbee, 1999, s.5). Teorien går ut på at det enkelte individ skal stå i sentrum for behandlingen. Travelbee beskriver hvert menneske som et «unikt og uerstattelig individ, som aldri har levd eller kommer til å leve igjen» (Travelbee, 1999, s.54).

Travelbee beskriver det slik at et menneske-til-menneske-forhold oppstår ved/etter at sykepleieren og pasienten har gjennomgått flere faser (Travelbee, 1999, s.186). Fasene er: *det innledende møtet, fremvekst av identiteter, empatifasen, sympati og medfølelse og gjensidig forståelse og kontakt*. Den første fasen markeres av *det innledende møtet*, hvor sykepleieren møter pasienten for første gang. I dette møtet foretar sykepleieren automatisk observasjoner og danner seg en oppfatning av pasienten, samtidig som pasienten gjør det samme med hensyn til sykepleieren. Observasjonene er av avgjørende betydning, da de legger grunnlaget for senere beslutninger. Det som observeres eller oppfattes om den andre personen, samt de påfølgende tankene og følelsene som oppstår, vil påvirke hvordan man etterpå handler eller reagerer i forhold til vedkommende (Travelbee, 1999, s.186). Sykepleieren begynner å oppfatte pasienten som et individ med unike egenskaper, og den syke begynner å reagere i henhold til denne oppfatningen slik at begges identitet begynner å manifestere seg (Travelbee, 1999, s.188). *Fremvekst av identiteter* kjennetegnes av evnen til å anerkjenne den andre som et unikt individ, samtidig som man etablerer en tilknytning til vedkommende. I dette stadiet retter man sine tanker og følelser mot den andre personen og åpner seg for å forstå deres personlighet. Sykepleieren begynner å fange opp pasientens individuelle følelser, tanker og persepsjoner av situasjonen. På sin side begynner pasienten å forstå at sykepleieren er en

person, ikke bare en representant for alle sykepleiere (Travelbee, 1999, s.188-189). Etter denne fasen går de inn i *empatifasen* (Travelbee, 1999, s.192). *Empati* er en mellommenneskelig opplevelse som utspiller seg mellom to eller flere individer. Det er evnen til å leve seg inn i eller forstå den andres psykiske tilstand på et gitt tidspunkt. Dette innebærer å se forbi den ytre atferden og kunne fornemme den andres indre opplevelser. Å utvise empati betyr å engasjere seg i den andres situasjon samtidig som man beholder en viss distanse. Empati er en erkjennelse av den andres opplevelser; det er en bevisst prosess der både den som føler empati og den som er gjenstand for empatien er klar over at det foregår. Som et resultat av denne prosessen er man til en viss grad i stand til å forutsi den andres atferd (Travelbee, 1999, s. 193). Deretter kommer fasen *sympati og medfølelse*. Evnen til sympati og medfølelse oppstår som et resultat av empatiprosessen, men representerer et skritt videre ved å inkludere en grunnleggende trang eller et ønske om å lindre lidelse (Travelbee, 1999, s. 200). Sympati og medfølelse innebærer at en oppriktig føler at den andres lidelse angår dem personlig, og er ledsaget av et ønske om å hjelpe vedkommende. Godheten i sympati og medfølelse, som er kjennetegn på omsorg, blir ofte kommunisert verbalt, men kan også kommuniseres non-verbalt. Å uttrykke og motta sympati og medfølelse innebærer at sykepleieren går inn i den sykes lidelse og deler den, og dermed hjelper til med å lette byrden ved å bære den sammen med pasienten. Sykepleieren føler den andres lidelse og tar skritt for å lindre den (Travelbee, 1999, s.201).

Gjensidig forståelse og kontakt: Etableringen av et menneskelig forhold og oppnåelsen av gjensidig forståelse og kontakt representerer det overordnede målet med/for all sykepleie. Den gjensidige forståelsen og kontakten oppstår når sykepleieren og pasienten har gjennomgått de fire overnevnte sammenhengende fasene. Disse stadiene leder til oppnåelsen av gjensidig forståelse, kontakt og et menneskelig forhold (Travelbee, 1999, s.211). For å oppnå denne gjensidige forståelsen og kontakten, må sykepleierens handlinger konsekvent rettes mot å lindre pasienters lidelser, samtidig som det er en underliggende forutsetning at sykepleieren ikke forverrer situasjonen for pasienten (Travelbee, 1999, s.212).

2.2 Ulike former for vold

Jeg har tidligere referert til Verdens helseorganisasjon (WHO) sin definisjon av vold. Imidlertid er denne definisjonen begrenset når det gjelder hvilke handlinger som faktisk kan klassifiseres som vold (Dahl & Sørensen, 2020, s.59). I Norge blir definisjonen til psykologen

Per Isdal mye brukt: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen forårsaker skade, smerte eller krenkelse, og får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje, eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, 2000, sitert i Dahl & Sørensen, 2020, s.59-60).

Helsepersonell kan observere generelle tegn på vold, som hyppige besøk hos legevakten, forsinket legebesøk etter skader, vanskeligheter med å forlate hjemmet, gjentatte helseundersøkelser uten klare diagnoser, avlyste avtaler, motstand mot innsyn i familie- eller parforhold, endret atferd, utagerende oppførsel, samt verbale eller fysiske reaksjoner på stimuli (NKVTS, 2018a).

Det er vanlig å skille mellom hovedformene fysisk og psykisk vold, med ulike underkategorier (Dahl & Sørensen, 2020, s.60).

2.2.1 Fysisk vold

Fysisk vold defineres som *handlinger som påfører et annet menneske smerte* (Dahl & Sørensen, 2020, s.60). Eksempler på slik vold inkluderer å holde noen fast mot deres vilje, slå med åpen hånd, lugge, dra hardt i personen, skyve/dytte eller riste vedkommende. Handlinger med høyere skaderisiko omfatter å slå med knyttneve, bruke gjenstander som våpen, sparke, bite, kvele, eller påføre brennmerker. Fysisk vold kan også innebære bevisst forgiftning, stikking eller kutting med kniv, eller bruk av skytevåpen (Dahl & Sørensen, 2020, s.60). Disse handlingene kan forårsake fysisk eller psykisk skade, tap av ferdigheter, uheldig utvikling, sykdom eller død (Dahl & Sørensen, 2020, s.60).

Fysiske tegn på vold kan være skader i munn og kjeve, slik som sår på tunge, blåmerker og utslåtte tenner og kjevebrudd. Skader på hode, ansikt, hals, bryster, armer, overkropp og genitalier. Bruddskader som ikke har en logisk forklaring, avrevet hår, sårskader, stikkskader og blåmerker. Ved blåmerker observeres det antall, størrelse og lokalisasjon (NKVTS, 2018a). Generelle fysiske reaksjoner hos utsatte er for eksempel hurtig puls, pustevansker, svimmelhet, skjelvninger/frysninger, muskelspenninger eller kvalme. Blekhet, kaldsvette og kraftløshet kan forekomme som stressreaksjon, men kan også være tegn på alvorlig indre skade (NKVTS, 2018a).

2.2.2 Psykisk vold

Psykisk vold kan være negative eller fiendtlige holdninger eller handlinger uten bruk av fysisk makt, som kan gi den utsatte en følelse av frykt, avmakt, skyld, skam, mindreverd, fortvilelse eller en grunnleggende følelse av å ikke være ønsket, elsket eller ha verdi som menneske. Vanligvis er psykisk vold inndelt i ulike underkategorier, inkludert trusler, nedvurdering og ydmykelse, avvisning, tvang, trakassering og krenkelse av privatlivets fred, materiell og latent vold, latterliggjøring, samt negativ sosial kontroll. Dette kan inkludere trusler om straff eller om at den utsatte kan bli forlatt eller skadet. Videre kan psykisk vold omfatte trusler om å ta sitt eget liv hvis den andre ikke adlyder (Dahl & Sørensen, 2020, s.61).

De psykiske tegnene på at noen kan oppleve vold inkluderer akutte psykiske symptomer, slik som redsel og panikkangst, skam og skyldfølelse, hjelpeløshet og håpløshet, sinne, forvirring, «tunnelsyn», kan glemme viktige deler av hendelser, eller at vedkommende isolerer seg (NKVTS, 2018a). Det å ha blitt utsatt for vold kan gi store psykiske plager, som videre kan føre til lidelser som depresjon og angst, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), redusert selvfølelse, sosial tilbaketrekking, svekket risikoatferd, selvskadning, selvmordstanker og selvmordsforsøk, forstyrrelser i konsentrasjonen, hukommelse og tidoppfattelse, fobi/vegring for medisinske prosedyrer ved inntrenging i kroppsåpninger, for eksempel gynekologiske undersøkelser eller tannbehandling (NKVTS, 2018a).

2.3 Å møte pasientene

For kvinner som er utsatt for vold er kanskje en sykepleier deres eneste kontaktpunkt (WHO, 2023). Spesialisthelsetjenesten står som en viktig støttepilar i helsetjenestens helhetlige struktur (Meld. St. 47 (2008-2009), s.33). Derfor er det av stor betydning for sykepleiere å ha ferdigheter og innsikt i hvordan man best kan møte/håndtere pasienter som har vært/blir utsatt for vold. Noen pasienter kan åpent og direkte velge å dele informasjon om vold og overgrep med deg, uten å bli oppfordret til det (Dinutvei, 2015). Dette kan indikere at pasienten har ønsket å dele dette i lang tid, men ikke har hatt mulighet eller tillit til noen tidligere. Det kan også signalisere at situasjonen er akutt eller at volden har økt nylig. Når en pasient velger å dele slike opplysninger med en sykepleier, forventes det at sykepleieren kan være til hjelp i situasjonen (Dinutvei, 2015). Dersom en pasient forteller om pågående vold, må en som sykepleier vurdere om avvergingsplikten skal utløses (Straffeloven §196), samt hvilke tiltak som bør settes i gang. Dette kan inkludere å ta stilling til om det er nødvendig å rapportere

situasjonen til politiet eller å bistå pasienten med å få kontakt med krisesenter (Dinutvei, 2015). Det er avgjørende for sykepleieren å møte pasienten på pasientens premisser og anerkjenne deres situasjon. Som voldsutsatt kan en uttrykke ambivalens, og det er som sykepleier viktig å støtte, og ikke fordømme pasienten for å fortsatt være i forholdet, da det kan være ekstremt vanskelig å bryte ut av et forhold preget av vold (NKVTS, 2018b).

2.3.1 Kommunikasjon med pasienter i sårbare situasjoner

Det er avgjørende å være oppmerksom på hvordan man opptrer og kommuniserer når man samhandler med sårbare pasienter. Informasjon fra samtaler med pasient som gjelder mistanke om vold kan medføre politietterforskning, og det er derfor viktig at en er bevisst på hvordan en kommuniserer (Dahl & Sørensen, 2020, s.147). Dette innebærer å være bevisst på hvordan en stiller spørsmål, og at måten å stille spørsmål på kan påvirke informasjonen en får. Man bør unngå å stille ledende spørsmål (Dahl & Sørensen, 2020, s.147). Som sykepleier bør en ha kjennskap til tiltak, tjenester, den aktuelle kommunens handlingsplan og andre prosedyrer avdelingen har rundt vold i nære relasjoner. Avdelingen bør ha rutiner for videre henvisning ved avdekking av vold i nære relasjoner, og du som sykepleier bør ha kunnskap om dem. Om pasienten ikke forstår norsk, må det bli tilbudt tolk. Slike samtaler/spørsmål skal ikke skje dersom man mistenker at voldsutøveren er til stede (NKVTS, 2018b).

Å føle tillit og trygghet er en forutsetning for at pasienten skal klare å åpne seg (NKVTS, 2018b). Samtalen må foregå et trygt og skjermet sted. Før samtalen skal pasient få informasjon om taushetsplikten, men og at en kan måtte vurdere taushetsplikten opp mot avvergingsplikten og opplysningsplikten. Sykepleieren må sette av tilstrekkelig tid til samtalen, slik at det er rom for pasienten til å fortelle. Er det indikasjon på at pasienten har blitt, eller blir utsatt for vold, må en stille direkte spørsmål om dette (NKVTS, 2018b). Om man etter en samtale har fått negativt svar, men fremdeles mistenker at pasienter er utsatt for vold, bør en spør igjen ved et senere tidspunkt og slike samtaler må følges opp med nye avtaler (NKVTS, 2018b). Stensvehagen mener at å spørre alle pasienter om vold bør være en del av rutine. En slik rutine vil kunne bidra til at terskelen for samtaler om vold reduseres (Helmets, 2022).

2.4 Lovverk

Ifølge spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2-1 f, har de regionale helseforetakene ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep.

2.4.1 Opplysningsplikt

Taushetsplikten kan fravikes i tilfeller der det foreligger opplysningsplikt. Opplysningsplikten er en juridisk forpliktelse som helsepersonell har til å gi informasjon til spesifikke instanser og tjenester, for eksempel til fastlegen, nødetater eller barneverntjenesten. Generelt sett har opplysningsplikten prioritet foran den lovbestemte taushetsplikten når hensynet til liv, helse og samfunnssikkerhet veier tyngre en pasientens rett til personvern og integritet (Dahl & Sørensen, 2020, s.170).

2.4.2 Meldeplikt

Samfunnets behov for å overvåke befolkningens helsetilstand, sikre tryggheten i helsetjenesten og planlegge relevante forbedringstiltak er viktige grunner for meldeplikten. For å møte dette behovet er det vanligvis tilstrekkelig med anonyme meldinger (Molven, 2019, s.224-225).

2.4.3 Avvergingsplikt

Sykepleiere har en plikt til å avverge alvorlige forbrytelser ved å melde fra til politiet, selv om dette kan komme i konflikt med taushetsplikten. Dette er fastsatt i straffeloven (2005) § 196 og helsepersonelloven (1999) § 31 (Molven, 2019, s.226). Avvergingsplikten innebærer ikke å oppklare tidligere lovbrudd, men å forsøke å forhindre dem (Holmboe et al., 2019, s.119). Tidligere lovbrudd kan bidra til risikovurderingen, spesielt i tilfeller av gjentatt mishandling i nære relasjoner (Holmboe et al., 2019, s.119), som har vært underlagt av vergingsplikten siden 2010 (Holmboe et al., 2019, s.118).

2.4.4 Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere er utviklet for å fungere som en veiledning i utøvelsen av yrket. Disse retningslinjene skal benyttes i alle områder av helsevesenet, og det er avgjørende at de blir forstått og respektert/etterlevd (Norsk sykepleierforbund, 2023). Ifølge punkt 1.1 i de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere har sykepleieren et ansvar for å tilby omsorgsfull sykepleie og lindre lidelse. Det er sykepleierens oppgave å ta vare på den

enkelte pasients behov for helhetlig omsorg og støtte individets ressurser, mestringsevner, håp og livsgnist (Norsk sykepleierforbund, 2023).

3.0 Metode

Jeg vil i dette kapittelet presentere litteraturstudie som metode, søkeprosessen for å komme frem til valgte forskningsartikler, inklusjons- og eksklusjonskriterier og kildekritikk.

3.1 Litteraturstudie som metode

En litteraturstudie er en metodisk tilnærming som innebærer å systematisere kunnskap fra skriftlige kilder. Utførelsen av en slik studie innebærer å samle relevant litteratur, nøye gjennomgå den og oppsummere funnene. Hele prosessen følger en systematisk tilnærming (Thidemann, 2019, s. 78). Formålet med å bruke litteraturstudie som metode er å gi leseren en grundig forståelse av kunnskap om det som etterspørres i problemstillingen (Thidemann, 2019, s.79).

3.2 Søkeprosess

Jeg utførte systematiske søk i databaser, som Oria, PubMed og CINAHL. Jeg brukte søkeord som vold i nære relasjoner, sykepleie, identifisere, domestic violence, domestic abuse, violence in near relations, nurse, nurses, nursing og identification. Det var søkene på engelsk, som ga flest resultater. Jeg opplevde at det var vanskelig å velge kun ut ifra tittel på artiklene, og fikk mye nytte av å lese abstrakter. Jeg fant frem til 5 aktuelle forskningsartikler gjennom 4 søk, i 3 ulike databaser. Søkene ble avgrenset med inklusjons og eksklusjonskriterier.

Tabell 1, inklusjons- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Sykehus	Barn og eldre over 65 år
Voksne, 18-65 år	Studier som ikke er overførbare til norske forhold
Fagfelleurdert tidsskrift	Eldre enn 10 år
Kvalitative og kvantitative studier	
Sykepleiere	Kun omhandlet andre profesjoner enn sykepleiere
Engelsk og norsk-språklige	Andre språk enn norsk og engelsk

For å finne frem til relevante søkeord, benyttet jeg meg av PICO (Thidemann, 2019, s.82-83).

Tabell 2, PICO

Patient	Intervention	Comparison	Outcome
---------	--------------	------------	---------

Pasienter mellom 18-65 år, innlagt på sengepost	Identifisere, være en ressurs, støtte for pasienten, henvise videre		Hjelpe voldsutsatte pasienter, gi støtte og henvise videre
---	---	--	--

Tabell 3, Søkeprosess

Søk i databasen Oria 28.09.23

Søkeord/kombinasjoner	Antall artikkeltreff	Valgt artikkel
Søk 1: «Vold i nære relasjoner»	34	
Søk 2: «Vold i nære relasjoner», «Sykepleie»	0	
Søk 3: «Violence in near relations»	429	
Søk 4: «Domestic violence» AND «Nursing» Avgrensninger; siste 10 år, fagfelleverderte tidsskrift	9 960	
Søk 5: «Domestic violence» AND «Nursing» AND «Identification» Avgrensninger; siste 10 år, fagfelleverderte tidsskrift	427	
Søk 6: «Domestic violence» AND «Nursing» AND «Identification» Avgrensninger; siste 4 årene (2020- 2024), fagfelleverderte tidsskrift	209 Valgte artikkel var nr 3 i rekken.	Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Hooker, L. (2020). Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. <i>PloS One</i> , 15(6), e0234067–e0234067. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234067

Søk i databasen PubMed 02.02.24

Søkeord/kombinasjoner	Antall artikkeltreff	Artikkel
«Nurses» AND «Intimate partner violence» AND «Responding»	79	Li, Q., Zeng, J., Zhao, B., Perrin, N., Wenzel, J., Liu, F., Pang, D., Liu, H., Hu, X., Li, X., Wang, Y., Davidson, P. M., Shi, L., & Campbell, J. C. (2024).

Avgrensing; siste 5 år (2019-2024).	Første valgte artikkel var nr 1 i rekken. Andre valgte artikkel var nr 12 i rekken.	Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 56(1), 174–190. https://doi.org/10.1111/jnu.12929 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. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 16(3), 204–210. https://doi.org/10.1111/wvn.12360
-------------------------------------	--	---

Søk i databasen Oria 09.04.24

Søkeord/kombinasjoner	Antall artikkeltreff	Artikkel/Artikler du velger å bruke
«Hjelpetjenesten» OG «Vold i nære relasjoner» Avgrensinger; siste 10 år	4 Valgte artikkel var nr1 i rekken.	Thorslund, B. D., & Kiil, M. A. (2022). Ut av edderkoppnett med to tomme hender: Kvinners møte med hjelpetjenestene etter vold i nære relasjoner i samiske samfunn. <i>Forskning & Forandring</i> , 5(1), 46–63. https://doi.org/10.23865/fof.v5.3812

Søk i databasen CINAHL 16.04.24

Søkeord/kombinasjoner	Antall artikkeltreff	Artikkel/Artikler du velger å bruke
Søk 1: «nursing role» AND «Intimate partner violence» AND «Domestic violence»	172	
Søk 2: «Intimate partner violence» OR «Domestic violence» AND «nursing role»	870	
Søk 3: Avgrensinger; siste 10 år	362	
Søk 4:	57	Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda,

Avgrensinger; siste 4 år (2020-2024)	Valgte artikkel var nr 7 i rekken.	J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2023). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 79(4), 1399–1413. https://doi.org/10.1111/jan.15406
--------------------------------------	------------------------------------	---

3.3 Kildekritikk

Å være kildekritisk innebærer å grundig vurdere i hvilken grad litteraturen som samles inn kan brukes til å beskrive og belyse problemstillingen (Dalland, 2020, s.152).

3.3.1 Kritisk vurdering av egen oppgave

Dette er en bacheloroppgave som er skrevet i løpet av 9 uker, som er en begrenset tidsperiode med tanke på å finne all tilgjengelig litteratur om emnet. Det kan tenkes at det finnes relevant litteratur og forskning som jeg ikke har rukket å finne. Det var vanskelig å finne relevant forskning fra Norge om temaet, og det er nok noen ulikheter mellom landene presentert i forskningsartiklene sammenlignet med Norge. Men det er også likheter, som gjør artiklene overførbare til norske forhold. Jeg valgte 5 forskningsartikler med ulike tema, for å belyse temaet fra flere perspektiv. Siste forskningsartikkel er norsk, men belyser vold mot kvinner i den samiske delen av befolkningen.

3.3.2 Kritisk vurdering av forskningsartikler og litteratur

Før jeg valgte å benytte meg av de ulike artiklene, tok jeg en kritisk vurdering for å se om artiklene passet for å svare på min problemstilling. Jeg benyttet meg av sjekklister for kvalitative studier på helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2021) for å vurdere kvaliteten på studiene. Forskningsartikkelen til Li et al., baserer seg på en blanding av metoder. Ellers har jeg brukt trygge og pålitelige nettkilder som din utvei og NKVTS. Jeg har valgt ut forskningen via søk i relevante databaser, sjekklister og nøysom lesing.

3.3.3 Etikk i oppgaveskriving

Helsinkideklarasjonen fremhever viktigheten av å ta vare på sårbare personer, og at forskning som involverer mennesker og personlige opplysninger må utføres med ekstra forsiktighet og respekt (Førde, 2014). Jeg har sjekket hvorvidt det var gitt godkjenning til forskningen jeg har brukt, fra etiske komiteer.

4.0 Presentasjon av forskningsartikler

Resultatene fra de 5 forskningsartiklene vil her bli presentert i en IMRaD-struktur.

4.1 Nurses preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study

Av: Li, Q., Zeng, J., Zhao, B., Perrin, N., Wenzel, J., Liu, F., Pang, D., Liu, H., Hu, X., Li, X., Wang, Y., Davidson, P. M., Shi, L., & Campbell, J. C. (2024). Journal of Nursing: Scholarship Volume 56, Issue 1: Gender Diversity and Health.

I: Denne studien hadde som mål å undersøke sykepleieres oppfattede beredskap og meninger om vold i partnerforhold og å identifisere barrierer og tilretteleggere for å respondere på vold i partnerforhold blant sykepleiere i Kina.

M: Studien ble gjennomført på flere sykehus i Kina. Studien baserer seg på en blanding av metoder, kvantitative data ble samlet inn gjennom et spørreskjema som målte sykepleieres oppfattede beredskap og meninger om vold i partnerforhold ved hjelp av to skalaer.

Kvalitative data ble samlet inn gjennom intervjuer.

R: Resultatene avdekket en variasjon i meninger og kunnskapsnivå blant personalet. De fleste informantene rapporterte at de var oppmerksomme på problematikken rundt vold i nære relasjoner, og over halvparten rapporterte at de hadde kunnskap om aktuelle lover. 79,2% hadde ikke fått kurs/opplæring om temaet. Alle mente de var forberedt på å håndtere vold i nære relasjoner, men bare 33,2% rapporterte at de følte seg forberedt på å stille pasienter spørsmål rundt temaet. Kvalitative funn viste at kun noen få var forberedt og hadde nok kompetanse/kunnskap, mens andre var usikre på ferdighetene sine. Noen sykepleiere var veldig tydelig på at de ikke hadde kompetansen i det hele tatt, og at dette skyldtes manglende opplæring. Studien identifiserte også 29 barrierer rundt håndtering av voldsutsatte pasienter, og kom frem til 14 faktorer som kunne bidra til bedre tilrettelegging.

D: Resultatene viste komplekse funn, med en blanding av positive oppfatninger om beredskap og meninger om vold i partnerforhold blant sykepleierne.

Forskningsetikk: Studien ble godkjent av relevante etiske komiteer, og informert samtykke ble innhentet fra deltakerne før datainnsamlingen.

4.2 Health practioners readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis

Av: Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Hooker, L. (2020). *PloS One*, 15(6).

I: I denne forskningen ønsker de ikke bare å fokusere på barrierer og tilretteleggere for identifisering og respons, men også hvordan en kan støtte og trene helsepersonell. Hensikten med studien var å se nærmere på hva som gjør helsepersonell klare til å ta opp temaet vold i nære relasjoner.

M: Under forskning har de brukt en kvalitativ metasyntese. Søkestrategien ble styrt av forskningsspørsmålet; «Hva oppfatter helsepersonell øker deres beredskap for å ta opp vold i nære relasjoner?». Av studiene hadde 16 sin opprinnelse i USA, seks fra Australia, fem hver fra Storbritannia og Canada, tre fra Finland, to fra Columbia og en hver fra Jordan, Spania, Norge, Italia, New Zealand, Argentina, Vietnam, Nederland, Jamaica og Sverige.

R: Den kvalitative metasyntesen resulterte i utviklingen av fem temaer som representerer helsepersonells oppfatning av beredskap til å ta opp vold i nære relasjoner. De fem temaene er: *Å ha et engasjement, Vedta en påvirkningstilnærming, tillit i relasjonen, samarbeide med et team og bli støttet av helsesystemet.*

D: Studien fant fem nye temaer knyttet til helsepersonells beredskap til å ta opp vold i nære relasjoner. Klinisk erfaring med å engasjere seg i arbeidet over tid har vist seg å gjøre det mulig å ta tak i vold i nære relasjoner. Imidlertid må det erkjennes at helsevesenet kanskje ikke er et tillitssted fra enkelte pasienters synspunkter.

Forskningsetikk: Denne studien har ikke inkludert etisk godkjenning. Dette kan skyldes at den er en metasyntese, som samler data fra flere individuelle studier. Med 47 studier inkludert, har jeg ikke gått gjennom hver enkelt for å vurdere deres etiske godkjenning.

4.3 Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts

Av: Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2023). *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1399–1413.

I: Blant helsepersonell har sykepleiere en privilegert posisjon når det gjelder å identifisere og respondere på vold i nære relasjoner. Sykepleierne trenger opplæring om temaet, retningslinjer og en positiv holdning.

M: Studien er en sekundær kvalitativ analyse av data fra en tidligere fenomenologisk studie. Forskingen ble utført ved to offentlige helsestasjoner i Andalusia. Kriteriene for utvelgelsen var å være sykepleier ansatt på en helsestasjon og å ha deltatt minst en gang på kurs om vold i nære relasjoner arrangert av det regionale helsesystemet. Det var bare intervjuene med sykepleiere som oppga at de hadde møtt minst en kvinne som opplevde vold i nære relasjoner, som ble valgt ut for studien, av den grunn resulterte det i et utvalg på 19 intervjuer. Det ble utviklet en intervjuguide som inkluderte spørsmål som tillot utforskning av sykepleiernes oppfatninger av vold i nære relasjoner, deres verdier knyttet til dette helseproblemet og helseomsorgsprotokollen, deres kunnskap om protokollen og utfordringer/muligheter de opplevde i dens bruk.

R: Det var sykepleiernes bevissthet om tegn på vold i nære relasjoner som vekket mistanke om mulig eksponering. Disse tegnene inkluderte at kvinnen var svært tilbakeholden, alltid kom sammen med partneren til konsultasjonene, partneren svarte på spørsmålene, og de hadde vage motiver for å komme til konsultasjonene. I intervjuene var et gjennomgående tema blant sykepleiernes fortellinger om deres erfaringer med å ta vare på kvinner som opplever vold i nære relasjoner, hvor vanskelig det er å forlate voldelig forhold med en intim partner. De pekte også på at primærhelsetjenesten kan være mer belastende enn sykehusarbeid, da en står alene i flere i situasjoner.

D: Denne studien undersøkte hvordan sykepleiere ansatt på helsestasjon håndterer vold i nære relasjoner mot kvinner, med støtte fra de regionale retningslinjene. Resultatene viste at med tilstrekkelig støtte kunne sykepleierne identifisere og håndtere voldssituasjoner effektivt.

Forskningsetikk: Godkjenning for studien ble gitt av “Andalusian Ethical Committee for Biomedical Research”. Skriftlig informert samtykke ble signert av hver deltaker i studien.

4.4 Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening

Av: Lee, A. S. D., McDonald, L. R., Will, S., Wahab, M., Lee, J., & Coleman, J. S. (2019). *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), 204–210.

I: Helsepersonell har en unik mulighet til å redusere og forebygge vold i partnerforhold gjennom universell screening og henvisning av pasienter. Forskerne ville undersøke om

undervisning og bruk av vold i partnerforhold screening verktøy tilpasset for bruk i den *elektroniske medisinske journal* (EMR) kunne øke helsepersonells kunnskap og praksis angående vold i partnerforhold og henvisning. Målet med studien var å utvikle et tiltak som ville øke kunnskapen om vold i partnerforhold og screening i en travel akademisk klinikk.

M: Et verktøy kalt *Abuse Assessment Screen* (AAS) ble valgt for å undersøke vold i partnerforhold. Dette verktøyet ble integrert i journalsystemet for bruk av helsepersonell. Hvis pasienten svarte ja på noen spørsmål i AAS, fikk legen en advarsel og anbefalinger om hva de skulle gjøre videre. Dataene fra undersøkelsen ble analysert for å se om opplæringen hadde en positiv effekt på helsepersonellens evne til å screene for vold.

R: Det var en betydelig økning i beredskapen blant helsepersonellet. De så blant annet at de var mindre redd for å spørre, da barrieren var blitt mindre.

D: Under studien fant de ut at å tilby helsepersonell (for eksempel sykepleiere, leger og sosialarbeidere) screening av vold i partnerforhold gjennom EMR er en innovativ utnyttelse av den nyeste og mest effektive teknologien som er tilgjengelig. Tiltaket tillot helsepersonellet å føle seg komfortable og kunnskapsrike i å bruke screeningsverktøyet.

Forskningsetikk: Studien ble godkjent av Institutional Review Board (IRB).

4.5 Ut av edderkoppnett med to tomme hender: Kvinners møte med hjelpetjenestene etter vold i nære relasjoner i samiske samfunn

Av: Berit D. Thorslund, & Mona Anita Kiil. (2022). *Forskning & forandring*, 5(1), 46–63.

I: En omfangsundersøkelse viser at 49 prosent av samiske kvinner rapporterer om fysisk, psykisk og seksuell vold, mens 39 prosent av kvinner fra samme område med ikke-samisk bakgrunn rapporterer om det samme (Justis- og beredskapsdepartementet, 2021, s.21). Alle de seks kvinnene som deltok i denne studien, hadde etter brudd med sine partnere behov for beskyttelse både for seg selv og sine barn samt behov for et midlertidig trygt bosted. Et sentralt tema var om kvinnene i kontakt med hjelpetjenestene erfarte å få nødvendig støtte og praktisk økonomisk hjelp i prosessen med å reetablere seg.

M: Forskerne valgte en kvalitativ tilnærming med dybdeintervjuer for å få innsikt i kvinnenes erfaringer. Gjennom bruk av en tematisk samtaleguide og en fenomenologisk, hermeneutisk tilnærming, ønsket de å forstå betydningen av vold i nære relasjoner fra kvinnenes eget perspektiv. Ved å presentere tolkningene av samtalene til deltakerne og gjennom oppfølgende

samtaler ett og et halvt år senere, fikk forskerne innsikt i den enkeltes reetableringsprosess og deres nye livssituasjon.

R: Deltakerne i studien hadde blitt utsatt for ulike former for vold, inkludert trusler med skytevåpen, voldtekt eller voldtektsforsøk, alvorlig fysisk og psykisk vold, økonomisk vold og isolasjon. Etter intervjuene kom det frem at kvinnene hadde lite erfaring med å snakke om sine opplevelser før de søkte hjelp, de visste heller ikke hvilken hjelp de kunne få. De hadde enten vært stille eller hatt vansker med å uttrykke seg om den omfattende volden de ble utsatt for. Dette fenomenet kalles «taushet og tilhørighet» og ble påvirket av den kulturelle bakgrunnen til deltakerne.

D: Kvinnene i studien opplevde en kompleks dynamikk der kjærlighet og positiv bekreftelse på den ene siden, og negative erfaringer på den andre siden, bidro til at de forsøkte å skjule volden de ble utsatt for. Partnervold, som slag, spark og trusler, brøt med forventningene om kjærlighet og hadde en ødeleggende effekt på kvinnenens selvbilde, noe som førte til følelser av skyld og skam for å ha valgt en voldelig partner.

Forskningsetikk: Studien har fått godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata AS (NSD).

5.0 Drøfting

I følgende kapittel vil aktuelle resultat fra forskningslitteratur, teori og egne erfaringer bli drøftet for å belyse problemstillingen; *Hvilken kunnskap trenger sykepleiere for å avdekke vold i nære relasjoner og være en ressursperson for voldsutsatte pasienter?*

5.1 Sykepleiers barrierer for å spørre pasienter om vold

Studien til Li et al (2023) avdekket 29 barrierer knyttet til håndteringen av vold i nære relasjoner og voldsutsatte pasienter på sykehusene, og identifiserte 14 faktorer som kunne bidra til bedre tilrettelegging (Li et al., 2023). Blant disse barrierene ble manglende samarbeid med eksterne enheter som krisesentre, politi og sosialtjenester fremhevet. I tillegg ble det påpekt en mangel på kunnskap om gjeldende lover og ansvarsfordeling ved oppdagelse av vold i nære relasjoner (Li et al., 2023). Sykepleierne etterlyste tydelige retningslinjer og prosedyrer for håndtering av vold i nære relasjoner, inkludert hvordan man går frem ved oppdagelse, for eksempel rapporteringsprosessen. Manglende kunnskap og anerkjennelse av vold i nære relasjoner ble identifisert som en betydelig barriere (Li et al., 2023). Dette funnet støtter min oppfatning av beredskapen til sykepleiere. Da jeg har erfart at flere sykepleiere ikke er klar over ansvaret sykepleieprofesjonen har rundt dette temaet. Teorien underbygger dermed viktigheten av at sykepleiere har kunnskap og kompetanse til å identifisere voldsutsatte pasienter og håndtere slike situasjoner. Helsepersonells ansvar i slike situasjoner er som tidligere nevnt også lovfestet i spesialisthelsetjenesteloven (1999) §2-1 f, som sier at de regionale helseforetakene har et klart ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Bestemmelsen setter et tydelig juridisk mandat for helsepersonell, inkludert sykepleiere, til å være aktive i identifiseringen og håndteringen av voldssaker. Sett i lys av gjeldende lover er det tydelig at funnet om manglende kunnskap om lover og ansvarsbevissthet er en utfordring for sykepleiere til å kunne identifisere voldsutsatte pasienter.

Jeg har tidligere erfart at tverrfaglig team hever kunnskapen og kompetansen i en avdeling. Et tverrfaglig team med spesialiserte fagfolk, kan bidra til at det blir lettere å håndtere situasjoner med voldsutsatte pasienter. Mine erfaringer rundt dette støttes av funnet til Li et al., der de fant at arbeidsinfrastrukturen var en barriere, og det var stort behov og lengsel etter et tverrfaglig team (Li et al., 2023).

Kulturelle faktorer utgjorde en annen barriere i studien til Li et al., da vold i nære relasjoner ofte ble ansett som et sensitivt tema som sykepleieren synes var vanskelig å ta opp. Dette inkluderte oppfatninger om at vold i hjemmet var en familiesak og at det var tabu å offentliggjøre det. Dette samsvarer med mine erfaringer fra praksis. Jeg har selv erfart at det kan være vanskelig å vite hva man skal gjøre videre med informasjonen, og at informasjonen derav ikke blir undersøkt og håndtert videre. Dette kan skyldes at terskelen er så høy, da en kan være redd for å ta feil, ikke ønsker å lage oppstyr, ikke vil fornærme pasienten. Terskelen kan mulig være høyere om en arbeider på sengepost. Dette grunnet de forhold som Dahl & Sørensen fremhever, om at hovedformålet med innleggelsen er å behandle den antatte diagnosen. På den måten avgrenses sykepleier-pasient forholdet seg til å utføre behandling og anbefale videre oppfølging, fremfor å undersøke eventuelle indikasjoner på vold (2020, s.104).

Sykepleieteorien presentert i teorikapittelet belyser også hvordan sykepleierollen kan være en barriere i seg selv. Sykepleierollen kan virke som en barriere for å etablere et genuint menneskelig forhold, på samme måte som pasientrollen kan. «Sykepleier» er ikke bare en tittel eller et yrke, det er også en merkelapp som kan overskygge det faktiske individet bak tittelen. Når pasienter ser på sykepleieren, kan de bli påvirket av den forhåndsoppfatningen de har om hva en sykepleier er og hva hun bør gjøre, i stedet for å se på sykepleieren som et unikt individ som forsøker å hjelpe og støtte dem (Travelbee, 1999, s.77-78). Denne forhåndsoppfatningen kan skape avstand og hindre åpen kommunikasjon og tillitsfulle relasjoner. Det er derfor avgjørende at sykepleiere er bevisste på disse barrierene og aktivt arbeider med å overskride dem. Sett i lys av disse barrierene presentert i studien til Li et al. (2023) og teori, kan det tenkes at tiltak som økt kompetanse gjennom kurs og videreutdanning, tydelige retningslinjer og prosedyrer vil gjøre det lettere å identifisere vold i nære relasjoner og håndtere situasjonen. Dette kan for eksempel vises i studien til Maquibar et al., der deltakerne hadde mer erfaring med å jobbe med voldsutsatte, og hadde da mer kunnskap. De fleste informantene i studien opplevde at de var klar over typiske tegn og varslings symptomer, og oppfattet det som mindre belastende å gjøre noe med det ved mistanke (Maquibar et al., 2022).

5.2 Sikre nødvendig kunnskap for å kunne identifisere vold i nære relasjoner

Flere av studiene har vist til at helsetjenester er sentrale steder for å identifisere vold i nære relasjoner. Studien til Hegarty et al. (2020) identifiserte at helsetjenester har vært tregere enn andre instanser med å håndtere problemet, til tross for at de fleste som opplever vold i nære relasjoner ofte oppsøker helsetjenester (Hegarty et al., 2020). Thorslund & Kill viser også til at flere kvinner gruer seg til å kontakte hjelpetjenestene (2022, s.60). Disse funnene kan tyde på at grunnen til dette er at helsepersonell/sykepleiere mangler kompetanse om temaet. Dette til tross for at sykepleiere i spesialisthelsetjenesten har et stort etisk og juridisk ansvar. Jeg har erfart at det kan være lett å tenke at alle andre aspekter ved pasienten, blir tatt hånd om av enten pårørende eller primærhelsetjenesten. Dahl & Sørensen støtter mine erfaringer om dette, da de belyser at det kan være en utfordring å unngå fellen med å anta at alle andre aspekter ved pasientens tilstand blir håndtert av primærhelsetjenesten, og dermed fraskrive seg eget ansvar (Dahl & Sørensen, 2020, s.104). Samhandlingsreformen tydeliggjør ansvaret spesialisthelsetjenesten har. I henhold til Samhandlingsreformen, utgitt av Helse- og omsorgsdepartementet, har ansatte i spesialisthelsetjenesten en plikt til å gi anbefalinger for videre oppfølging og veilede primærhelsetjenesten når spesialistbehandling ikke lenger er nødvendig eller tilgjengelig (Meld. St. 47 (2008-2009), s.52). Dahl & Sørensen legger vekt på at det er avgjørende at sykepleieren tar denne situasjonen på alvor, da en som sykepleier i spesialisthelsetjenesten kan være den første som kommer i kontakt med en som er utsatt for vold (2020, s.104). Dessverre viser forskning til at helsepersonell ofte mangler ferdigheter og erfaringene for å håndtere situasjonen, om en pasient velger å dele om sine opplevelser med vold i nære relasjoner (Hegarty et al., 2020). Samtlige av de 42 deltakerne i studien til Li et al. informerte om at de aldri hadde deltatt på kurs eller videreutdanning om vold i nære relasjoner (Li et al., 2023). Denne studien samsvarer med min erfaring om at det er manglende kunnskap blant sykepleiere. Viktigheten av opplæring, sterke ressurser og kunnskap om temaet belyses i flere studier. Resultatene i studien til Maquibar et al. (2022) viste at med tilstrekkelig støtte kunne faktisk sykepleierne identifisere og håndtere voldssituasjoner (Maquibar et al., 2022). Dette styrkes av studien til Hegarty et al. (2020) der helsepersonellet mente at å bli støttet av helsevesenet var avgjørende for å kunne håndtere vold i nære relasjoner.

Mer konkret trenger sykepleiere kunnskap om tegn på vold (NKVTS, 2018a). Det er sykepleieres plikt både faglig, etisk og juridisk å sikre at pasienten får den omsorgen og

beskyttelsen de trenger (NKVTS, 2018a). Dette styrkes av studien til Maquibar et al. (2022). Der det var sykepleiernes bevissthet om tegn på vold i nære relasjoner som utløste mistanker om muligheten for identifisering, og ikke en åpen erkjennelse fra pasienten selv (Maquibar et al., 2022).

Det handler ikke bare om å ha kunnskap nok til å kunne identifisere, men også ha kunnskap om lovene som regulerer utøvelsen og ansvaret. Studien til Li et al. fant at helsepersonell manglet kunnskap om gjeldende lover og ansvar ved oppdagelse av vold i nære relasjoner (Li et al., 2023). Viktigheten av å ha kunnskap om gjeldende lover understøttes av Molven, da sykepleiere har en nøkkelrolle i å rapportere videre ved mistanke om vold eller overgrep (2019, s.224-225). I praksis innebærer dette at sykepleiere må være godt kjent med lovgivningen som regulerer deres arbeid, være i stand til å identifisere tegn på vold hos pasienter, og vite hvordan de skal håndtere slike situasjoner på en forsvarlig og profesjonell måte.

Studien til Hegarty et al. (2022) avdekket at samarbeid i team var styrkende for helsepersonell sin beredskap til å håndtere vold i nære relasjoner. Dette styrkes av studien til Li et al. (2023) der de fant at en barriere for å identifisere voldsutsatte pasienter var manglende samarbeid med tverrfaglig team. I studien ble det nevnt at politiet kunne fungere som en ekstern enhet for samarbeid i arbeidet med vold i nære relasjoner. Dette understreker viktigheten av at sykepleiere har kunnskap om hvilke ressurser som finnes.

Men også andre ting har vært diskutert, Maquibar et al. trekker frem at det er en åpen debatt om hva som er den mest effektive måten å identifisere kvinner som opplever vold i nære relasjoner (Maquibar et al., 2022). I artikkelen til Stensvehagen fra sykepleien.no stiller hun spørsmålet om seksuelle overgrep bør inn i rutineene. Det kan tenkes at dette hadde ført til mindre terskel for å spørre og å bli spurt (Helmers, 2022). Kan screening gjøre det lettere, på tross av kompetanse og erfaring? Lee et al. referer i sin studie til Nelson et al. (2012), der de hevder at rutinemessig screening for vold kan identifisere vold og forbedre helseutfallet. I studien til Li et al. (2023). Sett i lys av dette kan det tenkes at screening kan lette identifisering av voldsutsatte pasienter, når kompetansen og erfaringen mangler. Stensvehagen understreker viktigheten av å etablere rutiner, slik at både ledelsen og de ansatte

vet hvordan de skal håndtere situasjoner der pasienter åpner seg og deler historier om seksuelle overgrep (Helmers, 2022).

5.3 Hvordan sykepleiere kan være en ressursperson

Thorslund & Kiil viser til at offentlige virksomheter har et ansvar for å avdekke, forebygge og gi støtte og behandling til voldsutsatte (2022, s.60). Å gi støtte og være en ressursperson er en viktig del av dette. Maquibar et al. (2022) fant i sin studie ut at den beste tilnærmingen var preget av mye omsorg, ikke-dømmende, autonomi og respekt. Omsorgen fokuserer også på å gjenoppbygge kvinnenens selvfølelse og gi dem verktøy og ressurser til å kunne ta egne beslutninger. I studien til Hegarty et al. fant de at å ha en støttende tilnærming og tillit er viktig for å kunne identifisere vold i nære relasjoner (Hegarty et al., 2020). Dette styrkes av funnet i studien til Maquibar et al., der deltakerne/helsepersonellet brukte en hensynsfull tilnærming, som besto mer av å lytte enn å snakke (2022). Dette kan sees i lys av de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere, som understreker viktigheten av å tilby omsorgsfull sykepleie og å støtte pasientens ressurser og mestringsvner. Dette inkluderer å være oppmerksom på tegn på vold og å handle i samsvar med juridiske retningslinjer for å beskytte pasientens sikkerhet og velferd (Norsk sykepleierforbund, 2023). Jeg tenker det er viktig at voldsutsatte blir møtt av en god og trygg omsorgsperson. For å være en ressursperson må en som sykepleier ha kunnskap om hvor en kan henvise pasienten videre og søke/hjelp råd i situasjonen. Dette understrekes av funnet til Li et al. (2023), om at tverrfaglig team og samarbeid er vesentlig for å heve kompetansen, og at sykepleie må være oppdatert på hvilke ressurser som finnes for å kunne hjelpe pasienten best mulig. Studien til Lee et al. (2019), demonstrerer hvordan automatiserte henvisninger på skjermer kan styrke sykepleiernes rolle som ressurspersoner. Ved å integrere slike systemer kan sykepleieren raskt få informasjon om pasientens behov og tilby relevant støtte og veiledning. Jeg opplever dermed at sykepleiere har lite kunnskap om hvilke ressurser som finnes, og at dette kan tyde på at det er behov for mer kommunikasjon og oppmerksomhet rund dette.

Det er mange mekanismer som gjør det vanskelig for kvinner å forlate et voldelig forhold. Flere av informantene i studien til Maquibar et al. fremhevet nettopp dette, og at det er en krevende og lang prosess å stå i. Videre belyser NKVTS hvor vanskelig det kan være å gå fra et voldelig forhold (2018b). Andre mekanismer som vanskeliggjør kvinners frigjørelse fra et voldelig forhold er deres sosioøkonomiske forhold og omsorg for barn (Maquibar et al.,

2022). Thorslund & Kiil (2022, s.54) referer i sin studie til Krumlinde (2009), som også fortalte om kvinner som ikke ville fortelle om volden, på grunn av risikoen for å bli fryst ut av familie og venner. Disse funnene kan tyde på at manglende kunnskap om kompetanse om temaet gjør at flere ikke forstår, jeg tenker det er viktig at sykepleiere er klar over belastningene til pasienten og hvor vanskelig det er å forlate et slikt forhold. En forståelse av dette trengs for at sykepleiere skal kunne hjelpe pasienten best mulig.

Flere studier har referert til at en støttende tilnærming er viktig for å etablere tillit hos pasienten (Hegarty et al., 2020; Maquibar et al., 2022). I følge Hegarty et al (2020) er en tillitsbasert relasjon viktig for å adressere vold i nære relasjoner. I sykepleieteorien til Travelbee er hovedfokuset det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier. Hun mener at for at vi skal kunne møte voldsutsatte pasienter best mulig må sykepleierrollen overskrides, og på den måten kan sykepleieren skape et trygt og tillitsfullt miljø. Travelbees teori underbygges av Hegarty et al., som fant at den tilnærmingen som fungerer best er å gå fra den tradisjonelle rollen som «fikser» og heller fokusere på å anerkjenne pasientens følelser, støtte og henvise videre ved behov (2020). Deltakerne i studien til Thorslund og Kiil (2022), uttrykte at det var viktig for de med en åpen og betryggende atmosfære under samtalene. Samlet sett handler det om å skape en atmosfære der pasienten føler seg hørt, respektert og støttet. Det er gjennom en slik åpen og empatisk kommunikasjon at vi kan hjelpe sårbare pasienter på best mulig måte (NKVTS, 2018b). Dette underbygges også av Gonzalez (2020, s.57) som uttrykker at de terapeutiske mulighetene ligger både i selve relasjonsutviklingen, men også i de mulighetene som ligger i et godt sykepleier-pasient-forhold-en relasjon. Dahl & Sørensen påpeker viktigheten av god kommunikasjon i møte med sårbare pasienter. God kommunikasjon gir muligheter til å skape tillit. Evnen til å stille de riktige spørsmålene er en nøkkelfaktor. Av den grunn er utvikling av ferdigheter i samtaleteknikk avgjørende. En av informantene i studien til Li et al. (2023, s.183) uttrykte at det var vanskelig å håndtere situasjonen med voldsutsatte pasienter, på grunn av manglende samtaleferdigheter.

6.0 Konklusjon

Sykepleieres evne til å identifisere og håndtere vold i nære relasjoner er essensielt for å kunne være en ressursperson for voldsutsatte pasienter. Barrierer som manglende kunnskap om lover, mangel på tydelige retningslinjer, kulturelle hindringer, samt utfordringer med å håndtere kommunikasjon, er identifisert i forskningen. For å overvinne disse barrierene, er det nødvendig med økt kompetanse gjennom kurs og videreutdanning, implementering av rutinemessig screening i journalsystemer, samt en støttende tilnærming preget av omsorg, respekt og tillit. Det er avgjørende at sykepleiere er klar over tilgjengelige ressurser og kan henvise pasienter videre ved behov. Samarbeid med tverrfaglig team og en helhetlig tilnærming som ser pasienten som en hel person, er også nødvendig for å kunne tilby tilpasset omsorg og støtte.

Gjennom å adressere barrierene og styrke sykepleieres kompetanse, kan sykepleiere spille en avgjørende rolle i å identifisere og støtte voldsutsatte pasienter. Dette krever en kombinasjon av kunnskap, kommunikasjonsferdigheter, samarbeidsevner og empati.

Referanseliste

Dahl, N. C., & Sørensen, D. (2020). *Vold, overgrep og omsorgssvikt mot risikoutsatte voksne: forebygging, avdekking og håndtering*. Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utgave.). Gyldendal.

Dinutvei. (2015, 28.desember). *Hva kan du som fagperson gjøre i møte med utsatte?*
<https://dinutvei.no/vold-i-naere-relasjoner/anbefalinger-helse-omsorgspersonell/>

Dinutvei. (u.å.). *Vold i nære relasjoner*.
<https://dinutvei.no/vold-i-naere-relasjoner/>

Førde, R. (2014). Helsinkideklarasjonen. *De nasjonale forskningsetiske komiteene*.
<https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>

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

Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Hooker, L. (2020). Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PloS One*, 15(6), e0234067–e0234067.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234067>

Helmets, A-K, B. (2022). – Spørsmål om seksuelle overgrep bør inn i rutinene. *Sykepleien.no*.
<https://sykepleien.no/2022/05/sporsmal-om-seksuelle-overgrep-bor-inn-i-rutinene>

Helsebiblioteket (2021, September). Sjekklistene.
<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklistene>

Helsepersonelloven. 1999. *Lov om helsepersonell m.v.* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.

<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§31>

Holmboe, M., Leer-Salvesen, K., & Vatnar, S. K. B. (2019). Avverging av mishandling i nære relasjoner – en flerfaglig tilnærming. Del I. *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 17(2), 114–130. <https://doi.org/10.18261/issn.0809-9553-2019-02-02>

Krisesenter sekretariatet. (u.å.). *Tall og statistikk*.

<https://www.krisesenter.com/tall-og-statistikk/#toggle-id-1>

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>

Li, Q., Zeng, J., Zhao, B., Perrin, N., Wenzel, J., Liu, F., Pang, D., Liu, H., Hu, X., Li, X., Wang, Y., Davidson, P. M., Shi, L., & Campbell, J. C. (2024). Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(1), 174–190.

<https://doi.org/10.1111/jnu.12929>

Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2023). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. *Journal of Advanced Nursing*, 79(4), 1399–1413. <https://doi.org/10.1111/jan.15406>

Molven, O. (2019). *Sykepleie og jus* (6. utgave.). Gyldendal

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/>

Norsk sykepleierforbund. (2023). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*.

<https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u.å.). *Vold og overgrep*.

<https://www.nkvts.no/tema/vold-og-overgrep-i-naere-relasjoner/>

Prop.71 L (2016-2017). *Lov om endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-71-l-20162017/id2546178/?ch=6>

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* (LOV-2023-12-20-106). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-61/§2-1f>

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

<https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28/§196>

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

<https://lovdata.no/lov/2005-05-20-28/§282>

St. meld. nr. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen: Rett behandling- på rett sted- til rett tid*. Helse- og omsorgsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

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

Thorslund, B. D., & Kiil, M. A. (2022). Ut av edderkoppnettet med to tomme hender: Kvinnens møte med hjelpetjenestene etter vold i nære relasjoner i samiske samfunn. *Forskning & Forandring*, 5(1), 46–63. <https://doi.org/10.23865/fof.v5.3812>

Travelbee, J., & Thorbjørnsen, K. M. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie* (p. 287). Universitetsforl.

Universitetet i Oslo. (u.å.). *Litteraturstudier*.

<https://www.uio.no/studier/emner/medisin/med/MED5095/retningslinjer-prosjektoppgaven/litteraturstudier.pdf>

WHO. (u.å.). Violence against women: Overview. *World Health Organization*.
https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_1

Vedlegg

Tabell 4, Litteratormatrise

4.1 Nurses preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study	
Tittel, forfatter(e) og publikasjonsår	Li, Q., Zeng, J., Zhao, B., Perrin, N., Wenzel, J., Liu, F., Pang, D., Liu, H., Hu, X., Li, X., Wang, Y., Davidson, P. M., Shi, L., & Campbell, J. C. (2024). Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , 56(1), 174–190. https://doi.org/10.1111/jnu.12929
Studiens hensikt	Å forstå kunnskap, holdninger, tro og atferd blant helsepersonell (spesielt sykepleiere), når det gjelder forebygging og intervensjon av vold i nære relasjoner.
Utvalg (deltakere i studien)	<ul style="list-style-type: none"> • Totalt var det 1071 deltakere • 1039 kvinnelige (97%) og 43 intervjudeltakere (derav 34 kvinner (79,1%))
Metode og datasamling	<ul style="list-style-type: none"> • Blanding av metoder. • Samlet inn kvantitative data først og forklarte så de kvantitative funnene med kvalitative data. • En anonym nettbasert undersøkelse ble administrert fra 3 til 23. September 2020.
Viktige resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Følte seg i hovedsak forberedt, som å svare på samtaler og rapportere til politiet. • Funnet indikerer en blanding av meninger • Mangelen på faktisk forberedelse, utdanning og trening relatert til vold i nære relasjoner ble fremhevet som viktige faktorer. • Barrierer som pasienters motvilje mot å avsløre og tidsbegrensninger ble identifisert
4.2 Health practioners readiness to adress domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis	
Tittel, forfatter(e) og publikasjonsår	Hegarty, K., McKibbin, G., Hameed, M., Koziol-McLain, J., Feder, G., Tarzia, L., & Hooker, L. (2020). Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. <i>PloS One</i> , 15(6), e0234067–e0234067. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234067
Studiens hensikt	Å finne ut hva som øker beredskapen til helsepersonell til å kunne ta opp vold i nære relasjoner blant pasienter
Utvalg (deltakere i studien)	<ul style="list-style-type: none"> • Databasesøket genererte 4312 resultater og ytterligere tre poster ble identifisert fra eksperter på området. • 47 artikler ble inkludert i anmeldelsen. Disse inkluderte 41 primære empiriske studier publisert i 35 tidsskrifter, fire systematiske litteraturoversikter og to doktoravhandlinger.
Metode og datasamling	<ul style="list-style-type: none"> • Kvalitativ metasyntese • Søkestrategien ble styrt av forskningsspørsmålet. • Forskningsspørsmålet var "Hva oppfatter helsepersonell øker deres beredskap for å ta opp vold i nære relasjoner?" • Gjennomførte søk i syv ulike databaser: MEDLINE, EMBASE, CINAHL, PsychINFO, SocINDEX, ASSIA og Cochrane Library.
Viktige resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Resultatet viste fem temaer som representerer helsepersonells oppfatning av beredskap til å ta opp vold i nære relasjoner. • De fem temaene er: Å ha et engasjement, Vedta en påvirkningstiltak, Å stole på forholdet, samarbeide med et team og bli støttet av helsesystemet.

4.3 Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts	
Tittel, forfatter(e) og publikasjonsår	Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2023). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , 79(4), 1399–1413. https://doi.org/10.1111/jan.15406
Studiens hensikt	Å utforske hvordan sykepleiere i primærhelsetjenesten opplever å ta vare på kvinner som er rammet av vold i nære relasjoner, med fokus på den støtten de mottar fra institusjonen for å håndtere dette helseproblemet.
Utvalg (deltakere i studien)	<ul style="list-style-type: none"> • I den opprinnelige studien ble 26 sykepleiere valgt ut. • Bare sykepleierne med tidligere erfaring ble valgt ut til denne studien, det resulterte i 19 sykepleiere.
Metode og datasamling	<ul style="list-style-type: none"> • Sekundær kvalitativ analyse av data fra en tidligere fenomenologisk studie.
Viktige resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Sykepleiernes bevissthet rundt tegn på vold, var viktig for handlingen. • Utfordrende når partner er med på konsultasjon • Å bryte ut av et voldelig forhold er en vanskelig og lang prosess • Det er belastende for sykepleierne å stå i en slik situasjon alene

4.4 Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening	
Tittel, forfatter(e) og publikasjonsår	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. <i>Worldviews on Evidence-Based Nursing</i> , 16(3), 204–210. https://doi.org/10.1111/wvn.12360
Studiens hensikt	Målet med studien var å utvikle et tiltak som ville øke kunnskapen om vold i partnerforhold og screening i en travel akademisk klinikk.
Utvalg (deltakere i studien)	<ul style="list-style-type: none"> • Gjennomsnittsalderen var 31-40 år med gjennomsnittlig arbeidserfaring på 11-15 år. • Flertallet var kvinner (mer enn 87%). • Flest hadde doktorgrad (mer enn 60%). • Den største undergruppen var behandlende leger (39%).
Metode og datasamling	<ul style="list-style-type: none"> • Kartleggingsverktøy ble integrert i journalsystemet for bruk av helsepersonell. • Dataene fra undersøkelsen ble analysert for å se om opplæringen hadde en positiv effekt på leverandørenes evne til å screene for vold.
Viktige resultat	<ul style="list-style-type: none"> • Økning i beredskapen blant helsepersonellet. • Noen barrierer ble brutt. • Helsepersonellet ønsket å bli bedre på identifisering av vold i partnerforhold.

4.5 Ut av edderkoppnettet med to tomme hender: Kvinners møte med hjelpetjenestene etter vold i nære relasjoner i samiske samfunn	
Tittel, forfatter(e) og publikasjonsår	Thorslund, B. D., & Kiil, M. A. (2022). Ut av edderkoppnettet med to tomme hender: Kvinners møte med hjelpetjenestene etter vold i nære relasjoner i samiske samfunn. <i>Forskning & Forandring</i> , 5(1), 46–63. https://doi.org/10.23865/fof.v5.3812
Studiens hensikt	Var å undersøke hvilke erfaringer voldsutsatte kvinner har med hjelpetjenestene.

Utvalg (deltakere i studien)	<ul style="list-style-type: none">• Seks kvinner, som alle hadde vært i kontakt med hjelpetjenestene.
Metode og datasamling	<ul style="list-style-type: none">• Kvalitativ tilnærming med dybdeintervjuer for å få innsikt i kvinnenes erfaringer.
Viktige resultat	<ul style="list-style-type: none">• Kvinnene hadde lite erfaring med å snakke om sine opplevelser før de søkte hjelp, de visste heller ikke hvilken hjelp de kunne få.• Utfordrende å endre sin egen livssituasjon, da hjelpetjenestene ikke alltid forstod eller anerkjente kvinnenes situasjon.• Utfordrende å bryte ut av forholdet grunnet den samiske kulturen.