

From THE DEPARTMENT OF NEUROBIOLOGY, CARE
SCIENCES AND SOCIETY, CENTRE FOR FAMILY MEDICINE
Karolinska Institutet, Stockholm, Sweden

**“OM MAN INTE FRÅGAR
FÅR MAN INGET VETA”**

Eva Sundborg



**Karolinska
Institutet**

Stockholm 2015

All previously published papers were reproduced with permission from the publisher.

Published by Karolinska Institutet.

Printed by E-print AB 2015

© Eva Sundborg, 2015

ISBN 978-91-7676-127-4

Om man inte frågar får man inget veta

THESIS FOR DOCTORAL DEGREE (Ph.D.)

By

Eva Sundborg

Principal Supervisor:

Lena Törnkvist
Karolinska Institutet
Department of Neurobiology, Care Sciences and
Society
Division of Family Medicine

Co-supervisors:

Nouha Saleh-Stattin
Karolinska Institutet
Department of Neurobiology, Care Sciences and
Society
Division of Family Medicine

Per Wändell
Karolinska Institutet
Department of Neurobiology, Care Sciences and
Society
Division of Family Medicine

Opponent:

Professor Gun Heimer
Uppsala University
Department of Women's and Children's Health
Division of Women's and Children's Health

Examination Board:

Docent Ingvar Krakau
Karolinska Institutet
Department of Medicine
Division of Epidemiology

Professor Åsa Hörnsten
Umea University
Department of Medicine
Division of Nursing

Docent Jonas Sandberg
Jönköping University
Department of Nursing Science
School of Health Sciences
Division of Nursing

“I will tell your story and keep you alive

The best I can”

Laleh

Tillägnas minnet av

Fanny Eva Desirée

- den mest efterlängtrade

ABSTRAKT

Bakgrund: Våld mot kvinnor i nära relationer är ett globalt folkhälsoproblem. Effekterna på en kvinnas hälsa kan vara förödande på många plan så även på eventuella barns hälsa och för samhället. Kvinnorna vänder sig vanligen till hälso- och sjukvården och personalen behöver därför vara medveten om sitt ansvar att identifiera våldet och att ge vård. Distriktssköterskor i Sverige möter kvinnor i alla åldrar. Studier visar att personal i primärvården har brister i beredskap men det saknas kunskap om distriktssköterskors beredskap, om verktyg för att mäta beredskap samt om utbildningsprogram för beredskap bland distriktssköterskor. Då sådan kunskap är viktig för att distriktssköterskor ska kunna bidra till bättre hälsa hos kvinnor som utsatts för våld syftar denna avhandling till att utforska dessa områden.

Syfte och metod: I studie I (kvantitativ) undersöktes distriktssköterskors/sjuksköterskors (n=192) beredskap att möta våldsutsatta kvinnor genom en studiespecifik enkät. I studie II (kvalitativ) analyserades hur distriktssköterskor (n=11) upplever mötet med kvinnorna. Analysmetod var grundad teori. I studie III (kvalitativ) översattes och anpassades instrumentet Violence Against Women Health Care Provider Survey kulturellt för att kunna mäta beredskap hos distriktssköterskor i Sverige. En femstegsmetod användes. I studie IV (kvantitativ) utvärderades de psykometriska egenskaperna hos den svenska versionen av instrumentet bland distriktssköterskor (n=304). I studie V (kvantitativ) utvärderades en utbildningsinterventions påverkan på distriktssköterskors beredskap (n=304 i tre grupper)

Resultat: Studie I visade att 86 procent inte hade tillräcklig beredskap. Signifikant samband fanns mellan de som frågade kvinnor om våldsutsatthet och de som upplevde att de hade beredskap. Signifikant samband fanns mellan dem som hade beredskap och de som skaffat sig kunskap på egen hand. Studie II resulterade i en teoretisk modell ”Tvekanprocessen” som beskriver distriktssköterskors tvekan att fråga eller inte fråga en kvinna om hon utsatts för våld. Både hindrande och underlättande faktorer beskrivs. Studie III resulterade i en svensk version av instrumentet ”Violence Against Women Health Care Provider Survey” (Våld mot kvinnor. Enkät för distriktssköterskor). Studie IV resulterade i en reviderad modell av detta instrument vilket bedömdes lämpligt för svenska förhållanden. Studie V visade att efter interventionen fanns signifikanta skillnader i en faktor i interventionsgruppen. I en annan faktor i kontrollgruppen sågs en trend till ökning (0,013) men mellan grupperna sågs ingen effekt. **Konklusion:** Det framkom brister när det gäller distriktssköterskors beredskap men också en ökad förståelse för vilka brister samt för varför de tvekar att fråga kvinnor om de utsatts för våld. För att mäta beredskap bland distriktssköterskor kan den svenska versionen av instrumentet ”Violence Against Women Health Care Provider Survey” (Våld mot kvinnor. Enkät för distriktssköterskor) användas. Utbildningsprogrammet om beredskap indikerar viss förbättring men behöver utvecklas och utvärderas i nya studier.

Keywords: intimate partner violence, preparedness, district nurse, nursing care, education, instrument

INGÅENDE VETENSKAPLIGA ARBETEN

- I. Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., Törnkvist, L.
Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care.
BMC Nursing, 2012, 11:1.
- II. Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P., Hylander., I.
To ask or not to ask. The hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence.
Journal of Clinical Nursing, Accepted 2015.
- III. Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., Saleh-Stattin, N.
Cross-cultural Adaptation of an Intimate Partner Violence Questionnaire
Clinical Nursing Research, 2012, 21(4) 450-466.
- IV. Sundborg, E., Alingasadeh, H., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Michelsen, H., Wändell, P.
Psychometric Testing of an Instrument about Partner Violence. Submitted.
- V. Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P.
Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women exposed intimate partner violence. In manuscript.

INNEHÅLL

1	Inledning.....	1
2	Bakgrund	3
2.1	Definition.....	4
2.2	Omfattning.....	4
2.3	Våldets orsaker och bakgrund.....	5
2.4	Särskilt sårbara grupper.....	7
2.5	Konsekvenser.....	9
3	Beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer	11
3.1	Distriktssköterskans omvårdnad	11
3.2	Etiska aspekter	14
3.3	Brister i beredskap	16
3.4	Mätverktyg och utbildning.....	16
4	Motiv för denna avhandling.....	18
5	Syfte.....	19
5.1	Huvudsyfte.....	19
5.2	Studiespecifika syften.....	19
6	Material och metoder	21
6.1	Forskningsetiska överväganden	21
6.2	Översikt deltagare och metod.....	21
6.3	Deltagare.....	22
6.3.1	Studie I.....	22
6.3.2	Studie II	22
6.3.3	Studie III.....	22
6.3.4	Studie IV.....	23
6.3.5	Studie V	23
6.4	Design	23
6.5	Datainsamling.....	23
6.5.1	Studie I.....	23
6.5.2	Studie II	24
6.5.3	Studie III.....	25
6.5.4	Studie IV.....	25
6.5.5	Studie V	25
6.6	Analysmetoder.....	29
6.6.1	Studie I.....	29
6.6.2	Studie II	29
6.6.3	Studie III.....	29
6.6.4	Studie IV.....	31
6.6.5	Studie V	31
7	Resultat	33
7.1	Studie I.....	33
7.2	Studie II.....	34

7.3	Studie III	35
7.4	Studie IV	36
7.5	Studie V	36
8	Diskussion.....	37
9	Metodologiska överväganden	40
10	Klinisk tillämpning	45
11	Slutsats	47
12	Fortsatt forskning.....	49
13	Summary in english.....	51
14	Tillkännagivanden	54
15	Referenser	57

1 INLEDNING

Efter 15 år som legitimerad barnmorska vidareutbildade jag mig i slutet av nittiotalet till distriktssköterska. När jag började mitt arbete på en vårdcentral förvånades jag över att möta så många kvinnor som ofta mådde mycket dåligt. De sökte på distriktssköterskemottagningen för många olika besvär, allt från diabetes som inte var under kontroll till diffusa smärtor, ångest, problem med vikten eller oro för sina vuxna döttrar. Många återkom ofta till mottagningen. Det faktum att fenomenet våld mot kvinnor genom regeringens Kvinnofridsreform i slutet på nittiotalet lyfts från den privata sfären till offentlighetens ljus fick mig att reagera på detta. Mitt beslut att fråga kvinnor om deras relationer och erfarenheter av våldsutsatthet ledde till att ett flertal av de kvinnor jag mötte på mottagningen berättade både om tidigare erfarenheter av våldsutsatthet som pågått under långa äktenskap och om våld i nuvarande relation. Jag stod häpen inför deras berättelser och den lättnad jag såg att de upplevde och uttryckte när de berättade. Jag drog slutsatsen att våld i nära relationer dels skapar ohälsa hos kvinnor och dels att det är en professionell angelägenhet även för distriktssköterskor.

Det visade sig finnas omfattande internationell forskning om konsekvenserna av våld på kvinnors hälsa och liv. Min nyfikenhet på vilka faktorer hos sjuksköterskor och hos den våldsutsatta kvinnan som påverkade om sjuksköterskan frågade om våld och om kvinnan svarade ledde till att jag gjorde en litteraturstudie på kandidatnivå. Det visade sig att många faktorer både hos sjuksköterskan och kvinnan påverkade om sjuksköterskan frågade om våldsutsatthet och om kvinnan valde att berätta. Dessa faktorer analyserades i ljuset av den teoretiska referensramen. Resultatet väckte mitt intresse för att ytterligare studera hur distriktssköterskan i sin professionella yrkesutövning upplever mötet med kvinnor som utsatts för våld av en nuvarande eller tidigare partner.

2 BAKGRUND

Fokus i föreliggande avhandling är mötet mellan distriktssköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Med våld menas här det våld som utövas av en nuvarande eller tidigare partner. För att distriktssköterskan skall uppnå omvårdnadens syfte att främja hälsa och lindra lidande behöver hon förstå sitt professionella ansvar när det gäller kvinnor som utsätts för våld i nära relationer.

Våld mot kvinnor förekommer över hela världen och är därför ett globalt folkhälsoproblem som kartlagts av världshälsoorganisationen (WHO). Uppskattningsvis utsätts 36 procent av världens kvinnor för partnervåld någon gång under sin livstid (World Health Organization, 2013) vilket innebär att över en miljard kvinnor i världen idag utsätts för våld i olika former. Våld mot kvinnor är också ett brott mot de mänskliga rättigheterna (United Nations, 1993) samt ett samhällsproblem som enligt svensk lagstiftning är ett brott. Oavsett var i världen som våldet mot kvinnor utövas är det av vikt att se att våld mot kvinnor i nära relationer inte kan ses som enskilda handlingar utan att våldets orsak är patriarkala maktstrukturer. Dessa bottnar i en föreställning om att män är överordnade kvinnor både inom familjen och i samhället (Qvist, 1978; Wideberg, 1980) och därmed ett uttryck för bristande jämställdhet mellan könen (Justitiedepartementet, 2005).

Utvecklingen i Sverige kan följas historiskt, där samhällets ansvar långsamt, under flera hundra år, framträder i form av förändrad lagstiftning. I takt med att synen på män och kvinnor i det svenska samhället har blivit mer jämställd har också lagstiftningen förändrats. Dagens lagstiftning fastställer att alla former av makt och kontroll utifrån ett genusperspektiv är ett brott vilket kan tolkas som ett hot mot framgång i samhället och jämställdhet. I den svenska regeringens jämställdhetspolitiska målsättning finns fyra mål (Regeringskansliet, 2015) varav det fjärde målet beskrivs enligt följande:

”Mäns våld mot kvinnor ska upphöra. Kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet” (Regeringskansliet, 2015).

I en tidigare formulering användes begreppet 'könsrelaterat våld'. För att förtydliga att det oftast är en manlig förövare bakom det våld som kvinnor utsätts för valde regeringen istället att benämna det 'mäns våld mot kvinnor' (Regeringskansliet, 2005)

WHO har lyft fram våld mot kvinnor som ett allvarligt hot mot kvinnors hälsa och de anser att ämnet bör vara prioriterat inom folkhälsofrågorna (World Health Organization, 2013). Beredskapen hos distriktssköterskor att möta kvinnor som utsätts för våld är därför mycket angeläget då hälsofrämjande och förebyggande arbete är en del av distriktssköterskans kompetensområde (Distriktssköterskeföreningen i Sverige, 2008).

2.1 DEFINITION

Våld mot kvinnor har av WHO definierats på följande sätt: ”*The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person, or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, psychological harm, maldevelopment or deprivation*” (Krug, Mercy, Dahlberg, & Zwi, 2002).

Förenta Nationernas (FN) generalförsamling antog redan år 1993 följande definition av våld mot kvinnor: ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet” (United Nations, 1993).

Senare, år 1995, antogs vid FN:s fjärde kvinnokonferens en handlingsplan om att våldet även skulle omfatta änkebränning, våld då kvinnor stämplats som häxor, tvångsäktenskap, abort av flickfoster, incest och olika former av diskriminering av flickors och kvinnors grundläggande rättigheter (United Nations, 1995).

2.2 OMFATTNING

Två så kallade omfångsundersökningar har genomförts i Sverige. I den första som publicerades år 2001 framkom att 46 procent av svenska kvinnor hade upplevt våld av någon man efter sin 15-årsdag. Av dessa hade 11 procent utsatts för våld av nuvarande make eller sambo (Lundgren, Heimer, Westerstrand & Kalliokoski, 2001). I den andra omfångsundersökningen som publicerades år 2014 och som även omfattade mäns våldsutsatthet, framkom att 46 procent av kvinnorna hade utsatts för allvarligt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld någon gång under sitt liv. I vuxen ålder var förövaren vanligtvis en tidigare eller nuvarande partner. Vidare hade 13 procent tvingats till samlag eller försök till samlag av någon vuxen eller jämnårig innan de fyllt 18 år. Syftet med den andra omfångsundersökningen var även att undersöka kopplingar mellan våldsutsatthet och fysisk och psykisk ohälsa senare i livet. Undersökningen visade samband mellan att ha varit utsatt för våld och senare i livet ha fysisk och psykisk ohälsa (Nationell centrum för kvinnofrid (NCK), 2014).

Under de senaste 30 åren har i genomsnitt 17 kvinnor dödats i Sverige, varje år, av en man hon har eller har haft en nära relation med (Brottsförebyggande rådet, 2011).

Även om det finns svårigheter med att uppskatta antalet barn som lever i hem där det förekommer våld mellan de vuxna så visar beräkningar att det handlar om cirka 200 000 barn i Sverige. Det innebär att vart femte barn upplever och eller bevittnar våld i sin dagliga miljö (Socialstyrelsen, 2005). Eftersom dessa barn inte bara utsätts för högre risk att själva utsättas för våld utan även riskerar ohälsa ända upp i vuxen ålder behöver barnperspektivet

beaktas i alla sammanhang inom vården där våldsutsatta kvinnor identifieras (Dong, Felitti, Williamson, Dube, Brown & Giles, 2005; Felitti, 2009).

2.3 VÅLDETS ORSAKER OCH BAKGRUND

Våld mot kvinnor i nära relationer förekommer oberoende av social bakgrund, ålder och personliga faktorer (Lundgren et al., 2001). Historiskt sett har makten över kvinnan alltid besittits av någon man i familjen. Därför behöver också förståelsen för och förklaringen till våld mot kvinnor i nära relationer ses ur ett könsmaktsperspektiv. Kvinnofredsreformen som är den hittills största förändringen i svensk lagstiftning avseende våld mot kvinnor i nära relationer ger uttryck för ett könsmaktsperspektiv. I lagen har man, när det gäller kvinnofredskränkning och grov kvinnofredskränkning gått från att tidigare ha sett varje enskilt tillfälle av våld till att se kvinnans utsatthet ur ett helhetsperspektiv. Aspekter som systematiken i våldet och kränkningarna ses över tid och inte som enskilda händelser vilket ger högre straffsats än om åtal väckts för varje enskilt tillfälle av våld (Socialdepartementet, 1997).

Förklaringsmodeller

Förklaringar till varför en man utsätter den han säger sig älska för våld har studerats inom forskningen sedan lång tid tillbaka. De stereotypa bilder och förutfattade meningar som förekommer och tidigare har varit de dominerande förklaringarna till mäns våld mot kvinnor grundar sig på flera enskilda förklaringar. Exempel på sådana förklaringar är att våldet är ett sjukt alternativt avvikande beteende hos en enskild individ, att våldstillfället ses som en isolerad händelse oberoende av andra händelser samt att det finns socialpsykologiska teorier där grundorsaken till våldet i relationen anses finnas hos den enskilda mannen och den enskilda kvinnan (Dixon & Graham-Kevan 2011). Vidare förklaras våldet i vissa fall med att mannen är onycter eller påverkad av andra droger (Feingold, Kerr, & Capaldi, 2008). Våldet har också förklarats med att den våldsutövande mannen blir så arg att han inte kan behärska sig (Heimer, Björck, Kunosson, 2014).

Resultat från forskning visar att män som utövar våld mot sin partner gör detta kontrollerat (Lundgren, 1991). När det gäller alkohol så kan det förvärra våldet men alkohol är inte orsak till våldet och våldsutövande män utövar sällan våld mot andra än sin partner. Även biologiska förklaringsmodeller saknar evidens i forskningen. Könsmaktsperspektivet med sin förklaringsgrund ger en sammantagen bild av mäns våld mot kvinnor. Det tydliggör de strukturella förklaringarna som innebär att mannen kontrollerar kvinnan han har en relation med genom att utöva makt (Lundgren, 1991).

Även relationer där våld förekommer inleds ofta med en förälskelse ofta med stark känsla av bekräftelse och uppvaktning. Lundgren (1991) har i sin forskning med feministisk ansats

beskrivit det hon benämner normaliseringsprocessen. Denna process beskriver hur det psykiska, fysiska och sexuella våldet efter en tid trappas upp och blir till en del av vardagen för både mannen och kvinnan. Våldet kan bortförklaras av både mannen och kvinnan samtidigt som kvinnan blir mer och mer isolerad från familj och vänner. Att bli isolerad, kontinuerligt tillrättavisad och kränkt gör att hennes livsrum successivt krymper. Samtidigt som detta sker börjar kvinnan internalisera mannens bild av henne vilket också gör att hon tar på sig skulden för våldet. Denna normaliseringsprocess vars nyckelbegrepp är anpassning till och internalisering av våldet (Lundgren 1991) har också ifrågasatts. Hydén (1994) vars forskning är inriktad på interaktionen inom relationen (äktenskapet som institution) är en av de största kritikerna till Lundgrens forskning. Hydén har i sin forskning visat att våldsutsatta kvinnor gör ett aktivt motstånd och att det är detta motstånd som slutligen gör att de lämnar mannen (Hydén, 1999, Hydén, 1994).

Många ställer sig frågan varför inte kvinnan lämnar en man som utövar våld mot dem. Detta kan delvis förstås utifrån Eva Lundgrens forskning om normaliseringsprocessen (Lundgren 1991). För att kunna ge kvinnan adekvat omvårdnad är det viktigt för distriktssköterskan att förstå, inte bara varför kvinnan inte lämnar mannen, utan varför hon slutligen gör det.

Uppbrottsprocessen

Hydén (1994) anser att uppbrottet i sig är en handling av motstånd mot våldet (Hydén, 1994). Studier har visat faktorer som kan ha betydelse för kvinnans uppbrott som till exempel socioekonomiska faktorer (Anderson & Saunders, 2003). Enander och Holmberg (2008) fokuserade i sin forskning på hinder av betydelse för uppbrottet. De fann att det skapades traumatiska band mellan mannen och kvinnan i relationer som de kallar sammanflätade band. En del av dessa band är rent känslomässiga som kärlek, fruktan, hat, medlidande, skuld och hopp. Andra band är mer komplexa och beskrivs som ett sammansatt band av en beslutsamhet att förstå mannen, beroendet till honom och internalisering av våldet hos henne. Internaliseringen är ett mycket starkt band mellan mannen och kvinnan som innebär att kvinnan tar till sig mannens bild av hur hon ska vara som kvinna (Enander & Holmberg, 2008; Lundgren 1991).

En våldsutsatt kvinna lämnar ofta mannen flera gånger innan det slutliga uppbrottet. Vad avgör då om kvinnan slutligen bryter upp? Enander och Holmberg (2008) beskriver uppbrottet som en process i tre steg men som inte sker i en förutbestämd ordning (Enander & Holmberg, 2008). De fann att *uppbrottet* då kvinnan fysiskt lämnar mannen oftast sker när kvinnan nått botten när hon fruktar för sitt eget liv, vilket ofta är en reell risk, och där alternativen är att dö, bli galen, döda mannen eller lämna honom. Uppbrottet kan även ske när någon annan i kvinnans närhet som till exempel barn eller husdjur riskerar att bli skadade eller dödade. Att kvinnan lämnat mannen innebär inte automatiskt att hon är fri. *Att bli fri* är en separat process. Under den här delen av uppbrottsprocessen genomgår kvinnan fyra känslomässiga stadier då hon älskar honom, hatar honom, tycker synd om honom och

slutligen inte känner någonting för honom. Ytterligare beskrivs processen där kvinnan får en *kognitiv förståelse* av relationen som hon nu definierar som en våldsrelation. Vanligen inträffar detta först efter att kvinnan lämnat mannen och är av stor betydelse för att de traumatiska banden slutligen ska brytas. Trots att kvinnan brutit upp, blivit fri och förstått att hon varit utsatt för våld kvarstår vanligen fruktan som en del av livet. Enander och Holmberg (2008) fann även signifikanta personer (vänner, familj och andra viktiga hjälpare) i kvinnans omgivning som kan ha betydelse för hennes uppbrottsprocess beroende på var i processen hon befinner sig (Enander & Holmberg 2008).

2.4 SÄRSKILT SÅRBARA GRUPPER

Mycket av den kunskap finns idag handlar om våldsutsatta vita kvinnor (med barn) som misshandlats av den man som de är gifta eller samboende med. Socialstyrelsen och övriga aktörer lyfter upp vad som kallas för ”särskilt sårbara grupper”. Gemensamt för dessa sårbara grupper är att det som är karakteristiskt för respektive grupp till en del skiljer sig från det som utmärker våldsutsatta kvinnor. Man kan säga att det som utgör deras extra sårbarhet kan hindra vårdpersonalen från att se våldet.

Man måste således både vara uppmärksam på att kvinnor i särskilt sårbara grupper finns och förstå vilka tecken man ska leta efter för att upptäcka kvinnornas utsatthet. Utgångspunkten för hälso- och sjukvården är att ingen våldsutsatt person ska osynliggöras. Det finns personer där hindren och behoven kan se annorlunda ut eller vara större. Brist på kunskap om dessa kvinnors och transpersoners livsvillkor och värderingar eller föreställningar om dem kan utgöra hinder för att upptäcka våld och ge dem ett respektfullt bemötande. I vissa fall är de också särskilt beroende av sin partner/omgivning och kan därför ha svårare att anmäla övergrepp. Detta gör dem särskilt sårbara. För samtliga sårbara grupper gäller att fundera kring bemötande och på hur frågan om våld kan ställas.

Äldre kvinnor dvs. över 65 år kan vara särskilt sårbara för våld i nära relationer (Cooper, Selwood, & Livingston, 2008; Johannesen & LoGiudice, 2013), forskningen är emellertid begränsad inom detta område. Den äldre kvinnan står ofta i beroendeställning till förövaren och är också mer sårbar då hon jämfört med yngre kvinnor kan ha svårare att söka hjälp (Socialstyrelsen 2014, Brottsoffermyndigheten, 2001).

Kvinnor av utländsk härkomst kan i många fall vara särskilt sårbara då förekomsten av våldsutsatthet är högre bland utlandsfödda kvinnor (Fernbrant, Essen, Ostergren, & Cantor-Graae, 2011). Kvinnor med utländsk bakgrund kan också löpa större risk för integritetskränkning och våld pga. faktorer som diskriminering, segregation, språksvårigheter, brist på sociala nätverk och okunskap om samhällsfunktioner och lagar. Kvinnor nyligen gift sig i Sverige och med tidsbegränsat uppehållstillstånd, tillståndslösa kvinnor och kvinnor i människohandel har en särskild sårbarhet till följd av svag rättslig ställning, språksvårigheter och beroende av mannen. För asylsökande och tillståndslösa kvinnor gäller att de har begränsad tillgång till sjukvård och i en del fall undviker vårdkontakter av rädsla att utvisas.

Sammantaget har dessa kvinnor en osäker ställning i samhället vilket kan leda till att de inte vill tala om våldet. Svårt att kommunicera och även kulturella hinder som skillnader i värderingar och attityder har också betydelse (Socialstyrelsen 2014).

Funktionsnedsättning kan vara fysiskt, psykiskt eller kognitivt. Forskningen inom området är begränsad men tyder på att kvinnor med någon form av funktionsnedsättning är mer utsatta för våld i nära relationer jämfört med andra kvinnor (Barranti & Yuen, 2008; Barrett, O'Day, Roche, & Carlson, 2009; Coker, Smith, & Fadden, 2006). Kvinnor med intellektuell funktionsnedsättning kan vara utsatta för sexuella övergrepp och även utnyttjas i prostitution. Möjligheten att själv lämna situationen är begränsad och de kan ha ett sämre socialt nätverk än andra kvinnor (Socialstyrelsen, 2011).

Att som kvinna leva i ett *missbruk* är särskilt riskfyllt när det gäller våld i nära relationer och sårbarheten är stor. Det omfattar både alkoholmissbrukande kvinnor i stabila sociala sammanhang med arbete och bostad och socialt marginaliserade kvinnor med tungt narkotika och eller alkoholmissbruk. Våldet ses sällan som ett kvinnofridsbrott och kvinnan uppfattas sällan som ett trovärdigt brottsoffer, det är vanligt att vårdpersonal enbart ser kvinnan som missbrukare och inte utifrån ett individuellt perspektiv. Ibland tolkas skador av våld som symptom och konsekvenser av missbruket och krav på drogfrihet ställs för att få stöd, hjälp och skydd för våldet. Dessa kvinnor uppvisar samma tecken på utsatthet som icke-missbrukande kvinnor, dock kan missbruket tänja gränser så våldet och hoten blir grövre (Socialstyrelsen 2011).

Personer i *samkönade relationer, lesbiska, homo- och bisexuella eller transpersoner* kan ha en historia av både hatbrott och diskriminering pga. av sin sexuella självdefinition eller könsuttryck vilket kan påverka måendet och relationen. Egna föreställningar om att makt inte finns i samkönade relationer gör det svårt att tolka utsattheten som just våld. De kan även ha ett svagt socialt nätverk och eller känna misstro mot sjukvårdspersonal. Mötet med vården kan innebära att personer inom den här gruppen inte blir sedda då vårdpersonal oftast är heteronorm (NCK 2011, Holmberg, Stjernqvist & Sörensen, 2005).

Barnperspektivet bör enligt FN:s barnkonvention (1990) alltid finnas i vården (United Nations, 1990). *Minderåriga barn* som lever i familjer där det förekommer våld kan vara mycket skyddslösa då barnet står i beroendeställning till förövaren. De psykiska effekterna för barn kan bli omfattande framförallt då hotet kommer från en närstående (NCK, 2014). Det är därför att anse som psykisk barnmisshandel då ett barn får uppleva och eller bevittna våld i hemmet (Socialstyrelsen, 2005). Barn till kvinnor som utsätts för våld löper även högre risk att själva utsättas för barnmisshandel (Annerback, Wingren, Svedin, & Gustafsson, 2010; Socialdepartementet, 2001). Våldet kan påverka fostret redan under graviditeten (Campbell, 2002; Murphy, Schei, Myhr, & Du Mont, 2001). Vidare kan barnet från nyföddhetsperioden ända upp under tonårstiden uppvisa olika kliniska tecken och symptom vid förekomst av våld i hemmet (Bair-Merritt, Blackstone, & Feudtner, 2006; Danielsson, Blom, Nilsson, Heimer, & Hogberg, 2009; Holt, Buckley, & Whelan, 2008; Subramanian, Ackerson, Subramanyam, & Wright, 2007; Suglia, Ryan, Laden, Dockery, & Wright, 2008; Wood & Sommers, 2011).

Alla barn och ungdomar har rätt att växa upp i hem där våld inte förekommer men de barn som gör det bör erbjudas stöd och hjälp för sina upplevelser. Skydd mot fortsatt utsatthet för våld är alltid den första och viktigaste åtgärden. Att identifiera våldsutsatta mödrar är troligen ett av de bästa sätten att också identifiera övergrepp mot barnen och på så sätt skydda dem från framtida övergrepp (Annerback et al., 2010; Socialdepartementet, 2001).

2.5 KONSEKVENSER

Våld i nära relationer kan leda till konsekvenser för kvinnans fysiska, psykiska och reproduktiva hälsa (Ellsberg, 2006; Krug, et al., 2002). De allvarligaste konsekvenserna är om kvinnan blir dödad av mannen eller om hon tar sitt eget liv (Brottsförebyggande rådet, 2011; Rees, Silvone, Chey, Ivancic, Steel, Creamer, Forbes, 2011).

Utöver involvering av hälso- och sjukvården kan socialtjänsten också behöva involveras till exempel för att ge skydd, ekonomiskt bistånd eller för att utreda då anmälan med stöd av 14 kap. 1 § i Socialtjänstlagen görs (Svensk författningssamling, SFS 2001:453). Vid polisanmälan kan även polis- och åklagarmyndigheten bli involverad till exempel för att vidta skyddsåtgärder och vid åtal. Beroende på våldets allvarlighetsgrad och konsekvenser kan ytterligare insatser behövas från samhällets sida.

Konsekvenser på hälsan

Våld kan påverka hälsan hos den utsatta kvinnan både på kort och på lång sikt. När en våldsutsatt kvinna söker vård inom primärvården kan hon söka för direkta skador men det är vanligare att hon söker för de indirekta följderna av våldet (Lundgren et al., 2001). Dessa kan också finnas kvar och utvecklas under lång tid efter att våldet har upphört.

Synliga, fysiska tecken efter akut våld kan vara blåmärken, grupper av små blåmärken, blåmärken på underarmar, ben eller handleder, avvärjningsskador på underarmarna, stickmärken, brännmärken, bortslitet hår, frakturer. Även en eller flera skador från olika tillfällen kan ses, som inte behandlats (Fanslow & Robinson, 2011; Kramer, Lorenzon, & Mueller, 2004; Monahan & O'Leary, 1999; Sutherland, Bybee, & Sullivan, 1998; Tam, Joyce, Gerber, & Tan, 2010).

Att utsättas för våld i någon form är en av de allvarligaste stressorerna för en kvinna och kan leda till konsekvenser bland annat i form av olika stressrelaterade besvär. De psykosomatiska (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts, & Garcia-Moreno, 2008) och stressrelaterade symptom som i studier visat signifikanta samband med erfarenheter av våld är smärta i leder (Breiding, Black, & Ryan, 2008), smärta (Vives-Cases, Ruiz-Cantero, Escriba-Aguir, & Miralles, 2011; Wuest, J, Merritt-Gray, Ford-Gilboe, Lent, Varcoe & Campbell, 2008; Campbell, 2002; McCauley, Kern, Kolodner, Dill, Schroeder, DeChant, Ryden, Bass & Derogatis 1995), hjärt- och kärlrelaterade sjukdomar (Vives-Cases, et al., 2011; Scott-Storey, Wuest, & Ford-

Gilboe, 2009; McCloskey, Williams, Lichter, 2007), astma (Breiding, et al., 2008), funktionella mag- och tarmstörningar (Leserman & Drossman, 2007; Drossman, Talley, Leserman, Olden & Barreiro, 1995), depression och ångest (Montero, Escriba, Ruiz-Perez, vives-Cases, Marting Baena, Talavera & Plazaola; 2011; Prosman, Jansen, Lo Fo Wong, & Lagro-Janssen, 2011; Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009), posttraumatiskt stressyndrom (Coker, et al., 2002; Scheffer Lindgren & Renck, 2008), sömnproblem (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009), självmordstankar och självmordsförsök (Coker, et al., 2002; Ellsberg, et al., 2008; McLaughlin, O'Carroll, & O'Connor, 2012; Rees, et al., 2011) samt olika självdestruktiva beteenden (Jaquier, Hellmuth, & Sullivan, 2013) som till exempel ätstörningar (Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009), riskbruk av alkohol, missbruk och riskbruk av droger och tobaksbruk (Breiding, et al., 2008; Coker, et al., 2002; Svavarsdottir & Orlygsdottir, 2009), låg självskattad hälsa (Alsaker, Moen, Nortvedt, & Baste, 2006; Crofford, 2007; Montero, et al., 2011) och lägre självkänsla (Bengtsson-Tops & Tops, 2007). Våldsutsatta kvinnor har också högre konsumtion av psykofarmaka och läkemedel mot sömnbesvär och smärta (Montero, et al., 2011).

När det gäller kvinnors reproduktiva hälsa har samband setts mellan våldsutsatthet och ohälsa. Hos kvinnan har påvisats samband med rökning (Bailey & Daugherty 2007), användning av alkohol och droger (Gilbert, El-Bassel, Chang, Wu & Roy, 2012; Caetono, McGrath, Ramisetty-Mikler & Field, 2005; El-Bassel, Gilbert, Wu & Hill, 2005), sexuellt överförbara sjukdomar (Coker, 2006), depression under graviditeten (Hegarty, Chondros & Small, 2004) och efter förlossningen har påvisats (Faisal-Curey, Menezes, d'Olivera, Schraiber & Lopes, 2012) vilket också påverkar det dagliga livet som nybliven mamma (Rådestad, Rubertsson, Ebeling & Hildingsson, 2004). För barnet del kan effekterna bli prematur förlossning (Shah & Shah, 2010) samt låg födelsevikt (Murphy et al., 2001).

Samhällsekonomiska konsekvenser

Då mäns våld mot kvinnor inte bara är ett folkhälsoproblem utan även ett samhällsproblem har studier genomförts över de samhällsekonomiska konsekvenserna både internationellt och i Sverige (World Health Organization, 2004, Socialstyrelsen, 2006). I den kostnadsberäkning som Socialstyrelsen (2006) genomfört ingår både direkta och indirekta kostnader dock inte kostnader som berör barn eller andra anhöriga. Kostnadsberäkningen baserar sig på våldets omfattning i kriminalstatistiken, statistiska centralbyråns undersökningar, register som berör hälso- och sjukvården och studier utförda på kvinnojourer samt litteraturstudier (Socialstyrelsen, 2006).

De direkta kostnaderna avser sjukvård, både slutna och öppna vård där den årliga kostnaden för öppenvården beräknades till 14-23 miljoner kronor (exklusive sjukvårdskostnader för ambulans, dödsfall, tandskador samt läkemedelsanvändning). De direkta kostnaderna för rättsväsendet beräknades till följande: polisen 623 miljoner kronor, åklagare 171 miljoner kronor, domstolarna 153-162 miljoner kronor och kriminalvården 151-235 miljoner kronor

per år. Att beräkna de direkta kostnaderna för socialtjänsten har ansetts som nästan omöjligt men uppskattas ändå till 706 - 1.149 miljoner kronor per år. Till socialtjänsten räknas också kvinno- och brottsofferjouren där kostnader beräknas uppgå till 73-79 miljoner kronor per år. För försäkringskassans del beräknas den årliga kostnaden uppgå till cirka 19 miljoner kronor.

De indirekta kostnaderna årligen avser produktionsbortfall, frivilligt arbete och immateriella kostnader. I den svenska uträkningen har

kostnader för tandvård, läkemedel, psykiatrisk vård för vuxna, barn och kostnader för den enskilda kvinnan beräknats utifrån omvandling av resultat i utländska studier. Summan av de indirekta kostnaderna uppgår då till 4936 miljoner kronor. Beräkningarna gjordes år 2005 och är ytterst osäkra men ger ändå en uppfattning om de enorma ekonomiska konsekvenser våld mot kvinnor ger både för samhället och för den enskilda kvinnan (Socialstyrelsen, 2006).

3 BEREDSKAP ATT MÖTA KVINNOR SOM UTSATTS FÖR VÅLD I NÄRA RELATIONER

3.1 DISTRIKTSSKÖTERSANS OMVÅRDAD

Distriktssköterskan som yrke har funnits i över 90 år. Uttrycket ”Från vaggan till graven” har historiskt visat på distriktssköterskans breda arbetsområde och förtroende bland befolkningen. Distriktssköterskan möter idag kvinnor både på barnavårdscentraler, inom skolans värld, på vårdcentraler, i hemsjukvården och vid vård i livets slutskede vilket ger henne unika möjligheter att upptäcka kvinnor som utsätts för våld. Det kräver emellertid beredskap.

Att ha beredskap att möta våldsutsatta kvinnor innebär att vara medveten om egna attityder och förutfattade meningar, att våga fråga kvinnor om våldsutsatthet, att veta hur man skall fråga samt att kunna ta emot svaret och erbjuda lämpliga interventioner inom ramen för distriktssköterskans omvårdnad (Stinson & Robinson, 2006; Ellsberg, 2003). Det innefattar också att göra en anmälan enligt socialtjänstlagen om det finns barn i familjen (Svensk författningssamling, SFS 2001:453). För att som sjuksköterska ha beredskap att fatta rätt beslut i mötet med våldsutsatta kvinnor krävs kunskap både om egna normer men också om våldet som fenomen samt rent praktiska kunskaper om vilka interventioner som kan erbjudas i det lokala sammanhanget (Gadomski, Wolff, Tripp, Lewis, & Short, 2001; Schoening, Greenwood, McNichols, Heermann, & Agrawal, 2004; Woodtli, 2000). Ytterligare omfattar beredskap faktorer på organisatorisk nivå som påverkar distriktssköterskans personliga beredskap, till exempel förekomst av rutiner, och kollegialt stöd (Hägglom, Hallberg, & Moller, 2005; Hägglom & Moller, 2006).

Distriktssköterskans möte med och omvårdnad av den våldsutsatta kvinnan beskrivs nedan utifrån konsensusbegreppen.

År 1978 definierade Jacqueline Fawcett de så kallade konsensusbegreppen som centrala begrepp för sjuksköterskans omvårdnad; människan, miljön, hälsan och omvårdnaden. Senare år 1984 beskrev Fawcett omvårdnaden som ett vetenskapligt ämne i samband med att hon utvecklade konsensusbegreppen (Fawcett, 1984).

Konsensusbegreppen är centrala inom omvårdnaden och de är viktiga för att sjuksköterskan ska kunna låta praxis styras av teorin (Fawcett, 1984). Josephine G. Paterson och Loretta Zderad's "Humanistic Nursing Theory" (1988) är en av många omvårdnadsteorier. Den är en metateori som började utvecklas i slutet av 70-talet (Paterson & Zderad, 1988).

Paterson och Zderad's syn på begreppet *människa* gäller både sjuksköterskan och patienten. I deras teori refereras till patienten som den som blir "the nursed" vilket understryker kvaliteten på relationen mellan sjuksköterskan och patienten. Detta har betydelse för konceptualiseringen av omvårdnaden som en unik relation mellan människor.

Frihet är centralt för människan och ses som ett resultat av de egna valen. Människan har en unik möjlighet att välja hur hon ska möta olika situationer i livet. När det gäller hälsan finns det emellertid många faktorer som inte människan själv råår på (Paterson & Zderad, 1988).

Människan är unik och upplever omgivningen på sitt eget unika sätt. Olika erfarenheter som till exempel inflytande från sin familj och historia är individuella. Det faktum att människan är unik gör henne också ensam. Genom att vara med andra människor kan människan utvecklas och nå sin fulla kapacitet. Sjuksköterskan är sin historia och genom att vara medveten om den kan hon ta kontroll över den och hjälpa patienten att se möjligheter som denne inte ser själv. I Sverige är det Dahlberg et al. (2009) som främst förespråkade en vård som styrs av ett *livsvärldsperspektiv* baserat på filosofen Husserl (Dahlberg, Todres & Galvin, 2009). Livsvärlden kan endast definieras av människan själv. Om inte sjuksköterskan kan möta den våldsutsatta kvinnan utifrån detta perspektiv kan vårdandet endast bli ett görande (Todres, Galvin & Dahlberg, 2007). Att ha ett livsvärldsperspektiv i vården är att vårda utifrån en helhetssyn på patienten, att förstå hur hälsa, sjukdom, lidande och vårdande upplevs och påverkar den individuella patienten med syfte att stödja patienten att nå sin fulla potential som Paterson och Zderad uttrycker det (Paterson & Zderad, 1988).

Den våldsutsatta kvinnan är ett brottsoffer och har i det avseendet inte själv valt sin situation. Förutfattade meningar och normer kan påverka mötet mellan henne och distriktssköterskan om den sistnämnda inte är medveten om sina normer. Studier har också visat att den hälso- och sjukvårdspersonal som möter en våldsutsatt kvinna bör vara medveten om sina egna erfarenheter av våld och ha bearbetat sina upplevelser för att mötet ska bli ett bra möte (Goldblatt, Buchbinder, Eisikovits, & Arizon-Mesinger, 2009).

Begreppet omvårdnad är mest utvecklat i Paterson och Zderad's metateori. Omvårdnad är att veta, att vara och att göra. Omvårdnad är en unik form av kunskap. Det är en kombination av

att vara med och att göra tillsammans med en patient i en omvårdnadssituation. Paterson och Zderad var bland de första att klargöra betydelsen av att vara närvarande i omvårdnaden. Att vara närvarande är den mest enastående tolkningen av "being with and doing with" då sjuksköterskan frivilligt väljer att vara närvarande både som person och som professionell. Mål för omvårdnaden är att nära välbefinnande och hjälpa patienten att uppnå sin fulla potential som människa. Omvårdnaden beskrivs också som en levd dialog som patienten och sjuksköterskan kan uppleva olika (Paterson & Zderad, 1988).

För att fråga en kvinna om våldsutsatthet är ett gott bemötande grundläggande där kvinnan blir sedd och bekräftad. Detta kräver närvaro i mötet med kvinnan. Då känner sig kvinnan sedd och som en unik, värdefull person. Kvinnors erfarenheter av bemötande i vården och önskemål om hur de vill bli bemötta har beskrivits i flera studier (Catallo, Ciliska & McMillan, 2013; Lo Fo Wong, Wester, Mol, Rämken, Hezemans & Largo-Janssen, 2007; Chang, Decker, Moracco, Martin, Petsern, Frasier, 2005; Lutenbacher, Cohen & Mitzel, 2003; Campbell, Pliska, Taylor & Sheridan, 1994). Att möta sjuksköterskan enskilt, att denne tittar i ögonen, använder kvinnans namn och bara frågar om våldsutsatthet när hon verkligen vill hjälpa kvinnan har framkommit som avgörande i mötet för att kvinnan ska välja att berätta om erfarenheter av våldsutsatthet (Chang et al., 2005).

Omvårdnadsteoretikern Eriksson (2001) och även Morse (2001) har beskrivit människans *lidande* (Foss & Nåden 2009; Morse, 2001; Eriksson, 2001). Att vara människa är att lida vilket de benämner livslidande (Eriksson, 2001) och som för en våldsutsatt kvinna kan vara förlamande och förinta handlingsförmågan. Våldsutsatta kvinnors hälsa kan påverkas negativt, då kan det som Eriksson kallar sjukdomslidande uppträda. Omvårdnadens yttersta syfte enligt Eriksson (Eriksson, 2001) är att främja hälsa och lindra lidande. Anmärkningsvärt många studier visar emellertid att vården inte alltid lindrar lidande utan istället skapar ett lidande, det som Eriksson benämner vårdlidande. Det blir särskilt synligt när patienten känner sig kränkt, fördömd, vid maktutövning och vid utebliven vård (Kasén, Nordman, Lindholm & Eriksson, 2008; Sundin, Axelsson, Jansson & Norberg, 2000). Att som våldsutsatt kvinna söka vård och inte bli sedd och bekräftad kan orsaka ett vårdlidande då kvinnan upplever sig kränkt och inte fått vård ur ett livsvärldsperspektiv (Dahlberg, Todres & Galvin, 2008; Dahlberg, 2002).

Paterson och Zderad har lyft den grundläggande frågan huruvida *hälsa* är det mest lämpliga målet för omvårdnaden. Att se hälsa som endast frånvaro av sjukdom anser de inte är lämpligt. De definierar syftet med omvårdnad med ett parablybegrepp "comfort". Människan kan känna sig trygg och tillfreds utan att vara frisk vilket också understryker deras grundläggande idé om att hjälpa patienten att nå sin fulla potential. Som de själva uttrycker det; "Nursing's concern is not only with the well-being but with the more-being of the patients" (Paterson & Zderad, 1988, p 21). Sjuksköterskan ska dock inte pracka på patienten alternativen som hon ser.

Att möta en våldsutsatt kvinna kan provocera och utmana. Utan förståelse för våldets förklaringsmodeller och för uppbrottsprocessen kan den enda interventionen bli att uppmana

kvinnan att lämna mannen. Studier visar att en sådan uppmaning kan få motsatt effekt, kvinnan binds närmare till mannen och uppbrottet tar ännu längre tid (Enander & Holmberg, 2008).

Omvårdnad sker inte i ett vakuum utan i den *miljö* som är den verkliga världen i ”tid och rum” som upplevs olika av sjuksköterskan och patienten. Trots det ska omvårdnaden ske här och nu med respekt för det som varit, det som är nu och framtiden. Begreppet ”all-at-once” är ett nyckelbegrepp genom vilket teoretikerna sammanför både det paradoxala i människans verklighet med den komplexa verkligheten i omvårdnaden. Samtidigt som alla människor är unika är de också lika. Genom att se detta motsägelsefulla som en möjlighet hos sig själv och andra kan det leda till en miljö som främjar välbefinnande. Detta visar på komplexiteten i omvårdnaden. Paterson och Zderad har också beskrivit begreppet ”community” vars innebörd är att sjuksköterskan och patienten strävar mot samma mål.

Sammanfattningsvis är den centrala principen i Paterson och Zderad’s teori möjligheten att välja och att vara närvarande i omvårdnadssituationen för att ge ”comfort” till patienten (Paterson & Zderad, 1988).

3.2 ETISKA ASPEKTER

De grundläggande etiska principerna inom hälso- och sjukvården som bygger på plikt- och konsekvensetiken är autonomiprincipen, principen att göra gott, att inte skada samt rättvisepincipen (Beauchamp & Childress, 2009). Möten med våldsutsatta kvinnor kan för sjuksköterskan beröra denne både på det personliga och professionella planet och professionsetiken kan på olika sätt komma i konflikt med distriktssköterskans egen uppfattning (Dahl, Clancy, & Andrews, 2014; Goldblatt, 2009). De etiska övervägandena och reflektioner som uppstår vid mötet med våldsutsatta kvinnor kan sträcka sig förbi de grundläggande etiska principerna (Wolf & Zuzelo, 2006).

Människor har olika värderingar och normer som inte alltid är ett resultat av ett medvetet val men som påverkar tankar och reflektioner. Det behöver inte men kan vara skillnader mellan en individs egna värderingar och professionella värderingar. Att reflektera över de egna värderingarna är viktigt eftersom de påverkar mötet med patienten och även kan komma i konflikt med professionsetiken (Sandman & Kjellström, 2013).

De grundläggande etiska normerna har lyfts fram i utredningar om huruvida frågan om våldsutsatthet ska ställas till kvinnor när de söker vård (O’Doherty, Taft, Hegarty, Ramsay, Davidson & Feder, 2014). Knud Lögstrups (1994) och Emmanuel Levinas (1988) anser att moralen uppstår i det direkta mötet med andra). Det bygger på att människor är ömsesidigt beroende av varandra och i mötet föds ansvaret som ett tvingande krav som inte kan väljas bort. Om man överför detta till distriktssköterskan och vad som händer då denne träffar en våldsutsatt kvinna så behöver distriktssköterskan vara medveten om sina egna värderingar och normer eftersom denne spontant vill hjälpa kvinnan. Just när det gäller våldsutsatta

kvinnor kan impulsen att hjälpa henne övervinnas till exempel genom en uppfattning om att det är kvinnans privata problem, att tiden inte räcker till eller genom att känna sig rädd för konsekvenserna av att "lägga sig i". Det är i detta möte med den våldsutsatta kvinnan som etiken och plikt-känslan uppstår om distriktssköterskan är medveten om sina egna värderingar och normer (Levinas, 1988, Lögstrup, 1994).

Vad är då att göra gott i mötet med den våldsutsatta kvinnan? Här kommer betydelsen av kunskap för att öka beredskapen in. Distriktssköterskan behöver förstå våldets natur när det förekommer i nära relationer för att kunna göra det som är gott och ge en god omvårdnad. Hon behöver veta och ha reflekterat över hur våldet påverkar kvinnans livsvärld, uppbrott samt hur eventuella barn påverkas av våldet. Levinas menar att eftersom det ibland är svårt att klara av att möta andras smärta kan valet istället bli att vända bort blicken (Levinas, 1988).

Ett etiskt dilemma i anslutning till att fråga kvinnor om våld i nära relationer är om frågan kan orsaka mer skada än nytta för kvinnorna. Många undviker att fråga av rädsla för att frågan kan väcka obehag, kan riva upp obehagliga minnen, kan upplevas som anklagande eller misstänkliggörande och på så sätt kränka kvinnans integritet och autonomi (Sprague, Madden, Simunovic, Godin, Pham, Bhandari & Gosling, 2012). Om integriteten betonas mycket starkt kan det givetvis hävdas att inga frågor av känslig eller personlig natur bör ställas (Sandman & Kjellström, 2013). Överväganden om frågan om våldsutsatthet ska ställas eller inte handlar emellertid om plikt- och konsekvensetiska aspekter; att göra gott och inte skada. Är nyttan med att fråga om våldsutsatthet större än skadan? Studier visar att det finns goda etiska skäl till att fråga kvinnor om erfarenheter av våld då detta visat sig minska förekomst av våld i nära relationer och därmed också förbättrat kvinnors hälsa och välbefinnande (Coker, 2006; Krug, et al., 2002).

Det handlar också om de närhetsetiska aspekterna där varken Lögstrup eller Levinas ger konkreta förslag på hur sjuksköterskan etiskt bör handla inom omvårdnaden. De anser att sjuksköterskan bör bli mer etiskt medveten vilket i sin tur stärker den etiska kompetensen (Lögstrup, 1992, Levinas, 1988). Rest & Narvaez (1994) och Rest, Narvaez, Bebeau & Thoma (1999) utvecklade teorin om etisk kompetens. De menar att ha etisk kompetens är en del av att vara professionell. Etisk kompetens kräver psykologiska processer och inkluderar fyra komponenter som bestämmer moraliskt handlande: moralisk känslighet innebär att se den etiska dimensionen i en situation, moraliskt omdöme innebär att fatta beslut om vad som är rätt att göra, moralisk motivation innebär att handla enligt vad man kommit fram till samt moralisk karaktär som handlar om mod att handla (Rest, Narvaez & Thoma, 1999, Rest & Narvaez, 1994).

Slutsatsen är att det krävs etisk kompetens för att våga fråga. Att fråga om våldsutsatthet är etiskt berättigat då nyttan överväger riskerna men integriteten hos de kvinnor som tillfrågas kan vara hotad. Det krävs därför att frågandet sker på ett ansvarsfullt sätt, samt att de kvinnor som har erfarenhet av våld erbjuds adekvat hjälp. Särskilda etiska krav ställs givetvis när det gäller de kvinnor som innefattas i de särskilt sårbara grupperna.

3.3 BRISTER I BEREDSKAP

Brist på beredskap är en nyckelfaktor som påverkar sjuksköterskors möte med våldsutsatta kvinnor och är relaterat till om de identifierar dem samt vilka interventioner som erbjuds kvinnan (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & McMillan, 2007). Identifiering av våldsutsatta kvinnor och att ta emot svaret har främst undersökts inom kvinnohälso- och sjukvården (Lawoko, Sanz, Helstrom, & Castren, 2011; Brykczynski 2009; Furniss, McCaffrey, Parnell, & Rovi, 2007; Plichta, 2007; Haggblom & Moller, 2006; Henderson, 2001; Shepard, Elliott, Falk, & Regal, 1999; Moore, Zaccaro, & Parsons, 1998) och akutsjukvård (Robinson 2010; Olive 2007; Henderson, 2001). Studier i primärvården är få (Haggblom & Moller, 2006; Richardson et al., 2002; Naumann, Langford, Torres, Campbell, & Glass, 1999;).

Kunskapsbrist om våld mot kvinnor kan leda till förutfattade meningar om vem som utsätts för våld (Robinson, 2010), om vilka tecken och symptom en våldsutsatt kvinna uppvisar (Robinson, 2010) vilket i sin tur påverkar vem som tillfrågas om våldsutsatthet. Studier har även visat att sjuksköterskors beredskap påverkas av deras självförtroende att våga fråga (Tuft, Clements & Karlwicz, 2009; Johnston, 2000; Short, Apert, Harris & Surprenant, 2006). Hinder på organisatorisk nivå inom akutsjukvården har påvisats vilka påverkar sjuksköterskors beredskap som brist på riktlinjer och interventioner (Dienemann, Campbell, Wiederhorn, Laughon, & Jordan, 2003)

Trots att majoriteten av all vård i Sverige sker inom primär- och öppenvården är studier om beredskapen att möta kvinnor som utsätts för våld få inom primärvården och studier specifikt om distriktssköterskors beredskap saknas helt.

3.4 MÄTVERKTYG OCH UTBILDNING

Internationellt har många olika utbildningsinterventioner utformats och utvärderats i studier för att öka hälso- och sjukvårdspersonals kunskap om våld mot kvinnor i nära relationer. Målgrupper har varit sjuksköterskor (Klingbeil, Johnson, Totka & Doyle, 2009; Wathen, Tanaka, Catallo, Lebner, Friedman, Hanson, Freeman, Jack, Jamieson & MacMillan, 2009; Stinson & Robinson; 2006, Davila, 2006; Schoening, Greenwood, McNichols, Heermann & Agrawal, 2003; Campbell, Coben, McLoughlin, Dearwater, Nah, Glass, Lee & Durborow, 2001), barnmorskor (Salmon, Murphy, Baird & Price, 2005; Protheroe, Green & Spiby, 2004), läkare (Varvaro & Gesmond, 1997; McColgan, Cruz, McKee, Dempsey, Davis, Barry, Yoder & Giardino, 2010; Lo Fo Wong, Wester, Mol & Lagro-Janssen, 2006; Edwardsen, Pless, Piscella, Horwitz & Meldrum, 2004; Nicolaidis, 2002; Campbell et al., 2001), tandläkare (Wathen et al., 2009), och vårdgivare generellt (Davidson, Grisso, Garcia-Moreno, Garcia, King & Marchant, 2001).

Utbildningsinterventionerna har olika inriktningar så som att skapa en ökad medvetenhet och förståelse för ämnet (Lo Fo Wong et al., 2006; Protheroe et al., 2004), ökad kunskap (Mc Colgan et al., 2010; Davila, 2006; Salmon et al., 2005; Nicolaidis, 2002; Wallace, 2002; Campbell et al., 2001) och förändrade attityder (McColgan et al., 2010; Nicolaidis, Curry &

Gerrity, 2005; Salmon et al., 2005; Schoening et al. 2003), ökad screening (McColgan et al., 2010; Edwardsen et al., 2004) eller ökat antal identifierade kvinnor (Lo Fo Wong et al., 2006), och dokumentering av detta (Varvaro & Gesmond, 1999; Edwardsen et al., 2004) samt ökat självförtroende att fråga (Klingbeil et al., 2009). Även tidslängderna på utbildningsinterventionerna har varierat stort allt från en timme till två dagar eller en eftermiddag i veckan i tre veckor.

Olika pedagogiska upplägg användes vid utbildningsinterventionerna och utvärderingarna av dem genomfördes på olika sätt, via intervjuer (Wallace, 2002; Protheroe, 2004; Davila, 2006) eller enkäter (McColgan et al., 2010; Davila, 2006; Nicolaidis, Curry, & Gerrity, 2005; Salmon et al., 2005; Schoening et al. 2004). I en del studier utvärderades kunskap och eller attityder om våld i nära relationer (Nicolaidis, Curry, & Gerrity, 2005; Salmon et al., 2005; Wallace, 2002), i andra utvärderades antalet identifierade kvinnor (Edwardsen, Pless, Fiscella, Horwitz, & Meldrum, 2004; Lo Fo Wong, Wester, Mol, & Lagro-Janssen, 2006; Protheroe, Green, & Spiby, 2004).

Ingen utbildningsintervention som riktade sig till distriktssköterskor påträffades men de som riktade sig till sjuksköterskor visade på ökad kunskap och förändrade attityder (Wallace, 2002; Davila, 2006; Schoening et al., 2004). Upplägg och innehåll i de utbildningsinterventioner som riktade sig till sjuksköterskor eller team där sjuksköterskor ingick varierade stort. Exempelvis omfattade studien av Davila (2006) basal undervisning om våld i nära relationer i 90 minuter men hjälp av powerpoint. Därefter visades en 15 minuter lång videofilm om hur man frågar om våld och tar emot svaret. Efter videon fick deltagarna diskutera i 20 minuter och slutligen hölls en två timmar lång paneldiskussion (Davila, 2006). Campbell et al. (2001) använde ett tvådagars teamträningsprogram designat och implementerat av Family Violence prevention Fund och Pennsylvania Coalition Against Domestic Violence. Varje team deltog i tvådagarsprogrammet och hade också kontakt med ett socialarbetarteam (Campbell et al., 2001). I Wallace (2002) studie skapades ett nätverk med hälso- och sjukvårdspersonal samt lokala organisationer vilka tillsammans utformade ett utbildningsprogram. Detta omfattade totalt tre veckor med följande innehåll: vecka 1, definitioner av våld, hur våld kan upptäckas, teoretiska perspektiv på våld och våldets effekter, vecka 2, myndigheters roll och lagar, vecka 3, lokala resurser (Wallace, 2002). I studien av Moore et al. (1997) omfattade utbildningsinterventionen en konferens om våld i nära relationer vilken utvärderades (Moore, et al., 1998).

Nationellt centrum för kvinnofrid vid Uppsala universitet har kartlagt utbildningar inom ämnet på universiteten i Sverige (NCK, 2009, NCK 2010). De fann stora variationer i både omfattning och innehåll. Kartläggning av utbildningssatsningar inom landstingen i Sverige var inte heller möjligt på grund av att dokumentation ofta saknas. (NCK, 2006).

Sammanfattningsvis fanns det svårigheter att göra konklusioner av utbildningsinterventionerna i de olika studierna och de saknade ett omvårdnadsteretiskt perspektiv. Det finns därför ett behov av utbildningsprogram om våld i nära relationer för distriktssköterskor liksom ett instrument som kan mäta effekten av en sådan utbildning.

4 MOTIV FÖR DENNA AVHANDLING

Våld mot kvinnor i nära relationer är globalt ett stort folkhälsoproblem som ur ett livstidsperspektiv också berör nästan hälften av Sveriges kvinnor. Effekterna av våldet som kan fortsätta långt efter att kvinnan lämnat relationen kan vara förödande för alla inblandade, både när det gäller hälsan och socialt. Det är därför angeläget att våldet identifieras och att kvinnan får erbjudande om adekvata omvårdnadsinterventioner. Kvinnor som utsätts för våld i nära relationer finns överallt inom hälso- och sjukvården. I Sverige visar studier att när en kvinna utsätts för våld i en nära relation och vill ha hjälp med sin situation, vänder hon sig vanligen till hälso- och sjukvården. Det finns flera skäl till att distriktssköterskors beredskap att möta kvinnor som utsätts för våld i nära relationer är mycket angeläget. Majoriteten av all vård i Sverige sker inom primär- och öppenvården och distriktssköterskor är en stor grupp av yrkesverksamma i primärvården som möter kvinnor i alla åldrar i sitt kliniska arbete. Distriktssköterskan har även genom tiderna haft ett stort förtroende bland befolkningen. Därtill visar tidigare forskning att kvinnor oftast accepterar att bli tillfrågade om erfarenheter av våldsutsatthet när de söker vård och att det är etiskt försvarbart att ställa frågan. Det är emellertid inte bara att fråga utan det krävs beredskap då våld i nära relationer är komplext. Det finns mycket som distriktssköterskan behöver känna till bland annat vad gäller förklaringsmodeller till våldet, uppbrottsprocessen och inte minst omvårdnad och etik. För att kvinnan skall känna förtroende och inte blir kränkt bör frågan till exempel ställas med empati och respekt. Med hänsyn till detta är det bekymmersamt att studier om hälso- och sjukvårdspersonals beredskap visar på stora brister av olika slag samt att det saknas studier om distriktssköterskors beredskap att möta våldutsatta kvinnor. Sådan kunskap är viktig för att höja kvaliteten på distriktssköterskans omvårdnad av den våldutsatta kvinnan bland annat genom utbildningsinterventioner. För att mäta beredskap och förbättringar krävs också verktyg vilket även det saknas för målgruppen och för svenska förhållanden.

5 SYFTE

5.1 HUVUDSYFTE

Huvudsyftet med denna avhandling är att utforska sjuksköterskors och distriktssköterskors beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer, att utveckla ett svenskt instrument som kan mäta beredskap bland distriktssköterskor samt att utvärdera en utbildningsinterventions påverkan på distriktssköterskors beredskap att möta våldsutsatta kvinnor som söker vård i primärvården.

5.2 STUDIESPECIFIKA SYFTEN

De specifika syftena är följande:

Studie I: Att utforska sjuksköterskors beredskap att identifiera och ge omvårdnad till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer och som söker vård i primärvården.

Studie II: Att få fördjupad förståelse för distriktssköterskors upplevelser av att möta kvinnor som utsatts för våld i en nära relation.

Studie III: Att beskriva översättningen och den kulturella anpassningsprocessen av instrumentet Violence against Women Health Care Provider Survey till svenska.

Studie IV: Att utvärdera de psykometriska egenskaperna hos den svenska versionen av instrumentet "Violence Against Women Health Care Provider Survey".

Studie V: Att utvärdera en utbildningsinterventions påverkan på distriktssköterskors beredskap att i primärvård möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

6 MATERIAL OCH METODER

6.1 FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN

I enlighet med Helsingforsdeklarationen inhämtades etiskt tillstånd från Etiska kommittén vid Karolinska Institutet i Stockholm för samtliga fem studier i avhandlingen (registreringsnummer 2005/4:6, studie I och II, registreringsnummer 2007/5:6, studie IV och V).

Att delta i studierna och besvara frågor om våld i nära relationer kan trots att syftet varit distriktssköterskans professionella omvårdnad beröra vars och ens personliga sfär. Minnen av egna eller närståendes erfarenheter av våld i nära relationer kan dyka upp och negativt påverka deltagarna. Av hänsyn till detta fick deltagarna information om vart de kunde vända sig för stöd om det skulle inträffa under eller efter deltagandet.

6.2 ÖVERSIKT DELTAGARE OCH METOD

Översikt av forskningen som visar design, datainsamling, dataanalyser, deltagare och fokus för respektive delstudie.

Studie	Design	Datainsamling	Dataanalys	Deltagare	Fokus
I	Kvantitativ	Studiespecifik enkät	Deskriptiv statistik. Logistisk regressionsanalys	Sjuksköterskor och distriktssköterskor (n=192)	Beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld och ge omvårdnad
II	Kvalitativ	Kvalitativa djupintervjuer	Grundad teori	Distriktssköterskor (n=11)	Fördjupad förståelse för distriktssköterskans möte med kvinnor som utsatts för våld i nära relationer
III	Kvalitativ	Översättningar samt förtester av instrumentet	Specifik metod utvecklad av Gullemin, Beaton och Bombardier 1993	Översättare (n=6) Review kommitté (n=4) Primärvårdspersonal (n=10, förtest 1) Distriktssköterskor (n=30, förtest 2)	Översättning och tvärkulturell anpassning av instrumentet "The Violence Against Women Health Care Provider Survey"
IV	Kvantitativ	Enkät	Deskriptiv statistik Exploratorisk och konfirmatorisk faktoranalys	Distriktssköterskor i Sverige (n=306)	Psykometrisk testning och validering av den svenska versionen av "The Violence Against Women Health Care Provider Survey"
V	Kvantitativ	Enkät	Deskriptiv och analytisk statistik	Distriktssköterskor i Sverige (n=306 uppdelade i tre grupper)	Påverkan av en utbildningsintervention på distriktssköterskors beredskap

6.3 DELTAGARE

I studie I, II och III rekryterades deltagare från vårdcentraler som bedrev vård på uppdrag av Stockholms läns landsting. I studie IV och V rekryterades även distriktssköterskor från vårdcentraler i Södermanlands län och distriktssköterskor som var medlemmar i den svenska nationella distriktssköterskeföreningen.

6.3.1 Studie I

Totalt 40 av de vid tidpunkten för studien 174 vårdcentralerna i Stockholms län lottades ut. Samtliga vårdcentraler kontaktades och tillfrågades om deltagande. En vårdcentral avstod helt från att delta. På de resterande 39 arbetade 277 sjuksköterskor och distriktssköterskor.

6.3.2 Studie II

Initialt genomfördes ett öppet urval av 20 distriktssköterskor, samtliga från olika vårdcentraler i Stockholm, för att garantera så stor variation som möjligt. Efter tio intervjuer tillämpades teoretiskt urval och ytterligare en distriktssköterska intervjuades. När kärnprocessen var etablerad prövades den på ytterligare 15 distriktssköterskor.

6.3.3 Studie III

Totalt sex personer valdes utifrån kännedom om deras språkkunskaper och kunskaper inom respektive yrken. Tre av dem översatte instrumentet till svenska och tre andra översatte det tillbaka till engelska. Av de första tre personerna var en ingenjör och två distriktssköterskor, varav en också var vårdlärare. De hade svenska som modersmål och goda kunskaper i engelska för att översätta det engelskspråkiga instrumentet ”The Violence Against Women Health Care Provider Survey” till svenska. Av de tre som översatte instrumentet tillbaka till svenska var två professionella översättare och en var dietist. Samtliga hade engelska som modersmål och goda kunskaper i svenska. Den så kallade Review kommittén bestod av fyra personer med olika yrkesmässig bakgrund; en kriminolog, två kuratorer och en sjuksköterska. Samtliga med goda kunskaper om ämnet ”våld mot kvinnor i nära relationer”. I det första förtestet av den översatta versionen, deltog tio personer från olika områden inom hälso- och sjukvården och i det andra förtestet deltog 30 distriktssköterskor.

6.3.4 Studie IV

Totalt 538 distriktssköterskor från olika delar i Sverige rekryterades enligt följande: 117 distriktssköterskor vid 15 vårdcentraler i Stockholms län tillfrågades att delta i studien. De 15 vårdcentralerna lottades utifrån samtliga 202 i Stockholm län. I ett annat landsting, Södermanland, arbetade 204 distriktssköterskor på totalt 22 vårdcentraler vilka också tillfrågades om att delta. Ytterligare 217 distriktssköterskor från svenska distriktssköterskeföreningen tillfrågades att delta (cirka var fjärde ur föreningens register) för att åstadkomma en större geografisk spridning.

6.3.5 Studie V

Deltagarna i studie V var distriktssköterskor i Sverige.

Till interventionsgruppen inbjöds samtliga 117 distriktssköterskor på 15 vårdcentraler i Stockholms läns landsting vilka lottats utifrån 202 vårdcentraler.

Till kontrollgruppen inbjöds samtliga 204 distriktssköterskor som arbetade på de 22 vårdcentralerna i Södermanlands län. I Södermanlands län fanns inga planer på att utbilda primärvården under den tid som studien pågick.

För att jämföra med distriktssköterskor i resten av landet ansöktes om tillstånd hos svenska distriktssköterskeföreningens för att få använda medlemsregister för att inbjuda distriktssköterskor att delta. Föreningen omfattade vid tidpunkt för studien cirka 4000 medlemmar. Då inte tillgång till hela registret gavs ombads de att systematiskt ta fram kontaktuppgifter på cirka 200 medlemmar vilka sedan erbjöds att delta i studien.

6.4 DESIGN

Studie I, IV hade kvantitativ design. Studie II och III hade kvalitativ design. Studie V var en kvantitativ kohortstudie

6.5 DATAINSAMLING

6.5.1 Studie I

Sjuksköterskorna på de 39 vårdcentralerna kontaktades via telefon och den sjuksköterska eller distriktssköterska som svarade tillfrågades om hon kunde vara kontaktperson för studien. Samtliga kontaktpersoner fick både muntlig och skriftlig information om studien. De ombads att distribuera enkäterna till sina kollegor (n=277) på vårdcentralen tillsammans med den skriftliga studieinformationen. Sjuksköterskorna och distriktssköterskorna informerades om att lämna enkäten i förslutet kuvert (besvarad eller ej) till kontaktpersonen som sedan

hade till uppgift att skicka tillbaka dem till en utsedd oberoende person på Centrum för allmänmedicin, Karolinska Institutet. Vid bearbetning av data gjordes ingen särskiljning mellan sjuksköterskor och distriktssköterskor och deltagarna benämns därför hädanefter sjuksköterskor.

6.5.1.1 Enkäten

Vid genomgång av litteraturen påträffades ingen enkät som passade studiens syfte och därför utformades en sådan. Denna baserar sig på evidens om stereotypa uppfattningar om våldsutsatta kvinnor, att fråga om våld och föreslå interventioner samt på författarnas kunskap och erfarenheter. Formuleringar av frågor och svarsskalor i enkäten granskades av en expert vid Statistiska centralbyrån. Därefter pilottestades den bland sex sjuksköterskor och distriktssköterskor vilka inte var lottade till att studien. Efter vissa förändringar testades enkäten ytterligare en gång bland 39 sjuksköterskor och distriktssköterskor verksamma i primärvården. Inte heller dessa deltog i den senare studien. Den slutliga versionen av enkäten bestod av 29 frågor, se bilaga 1. Dessa täckte, utöver demografiska data, följande huvudområden:

1. Organisatoriska förutsättning vilket innefattade rutiner, intresse och samverkan.
2. Personliga attityder och kunskap vilket innefattade kunskap inom ämnet förutfattade meningar och egen beredskap samt hur ofta de frågade om våldsutsatthet och hur de agerade utifrån svaret.

I enkäten definierades inte ”våld mot kvinnor” för att undvika förhandsinformation som kunde påverka resultatet.

6.5.2 Studie II

Då syftet med studie II var att få en djupare förståelse för interaktionen mellan distriktssköterskan och den våldsutsatta kvinnan valdes grundad teori som metod (Glaser & Strauss, 1967; Charmaz, 2010). Denna syftar till att teoretiskt förklara sociala skeenden eller processer. För att få en djup och bred förståelse för studiefokus valdes kvalitativa djupintervjuer (Charmaz, 2010) där deltagarna utifrån en öppen fråga ”Kan du berätta om när du sist mötte en kvinna som varit utsatt för våld?” berättade om sina erfarenheter. Svaret ledde sedan vidare till följdfrågor. Allteftersom kategorier konceptualiserades ställdes alltmer specifika frågor kring den framväxande modellen. Intervjuerna som genomfördes på deltagarnas arbetsplatser varade cirka 45 till 120 minuter och spelades in på band. De transkriberades därefter ordagrant allt eftersom de spelades in.

6.5.3 Studie III

Data samlades in genom att tre personer med svenska som modersmål och med goda kunskaper i engelska individuellt översatte hela enkäten till svenska. De informerades om ämnet och översättningsprocessen samt ombads beskriva eventuella svårigheter med översättningen.

På motsvarande sätt översatte tre nya personer, oberoende av varandra, med engelska som modersmål och med goda kunskaper i svenska de tre svenska översättningarna av instrumentet tillbaka till engelska.

6.5.3.1 Instrumentet

Vid sökningar i databaser för att finna ett lämpligt instrument som kunde mäta effekter av utbildning om ”våld mot kvinnor” i form av ’beredskap’ påträffades ett instrument, ”The Violence Against Women Health Care Provider Survey”, som tidigare använts i studier i USA och England. Instrumentet utgick från ett patientfall och innehöll 60 frågor varav 43 berörde beredskapen att möta våldsutsatta kvinnor. Övriga 17 var demografiska frågor. Tillstånd att använda instrumentet inhämtades från författarna till originalet; Dickson & Tutty (Dickson & Tutty, 1998) och Gutmanis (Gutmanis et al., 2007).

6.5.4 Studie IV

Den svenska versionen av instrumentet ”Violence Against Women Health Care Provider Survey” sändes ut till deltagarna som ombads besvara enkäten och återsända den i ett förslutet kuvert till en oberoende person på Centrum för allmänmedicin. Deltagarna fick två påminnelser.

6.5.5 Studie V

Innan utbildningsinterventionen genomfördes ombads deltagarna besvara en enkät dvs. den svenska versionen av instrumentet ”Violence Against Women Health Care Provider Survey” samt återsända den i bifogat svarskuvert till en oberoende person på Centrum för allmänmedicin. Deltagarna fick två påminnelser. Enkäterna var kodade för att möjliggöra uppföljning på individnivå. Deltagarna i den nationella gruppen besvarade enbart enkäten en gång.

Ett år efter avslutad utbildningsintervention ombads deltagare i interventions- och kontrollgruppen återigen att besvara enkäten. Även denna gång fick deltagarna två påminnelser.

En distriktssköterska från varje vårdcentral i interventionsgruppen deltog i utbildningen som hölls vid två tillfällen med två veckors mellanrum, 3x45 minuter vid varje tillfälle. Varje grupp bestod av 3-5 deltagare. Utbildningen genomfördes med hjälp av power point-

presentationer kopplat till det skriftliga materialet. Tid för gruppdiskussioner och reflektioner gavs. Mellan de båda tillfällena hade varje deltagare till uppgift att fråga en kvinna om våldsutsatthet för praktisk övning. Erfarenheter utifrån övningen diskuterades sedan vid det andra utbildningstillfället. Efter utbildningstillfällena utbildade varje distriktssköterska sina respektive kollegor på arbetsplatsen vilka också var distriktssköterskor. Till hjälp hade de nu en skriftlig manual som komplement till utbildningsmaterialet som alla fick. Utbildarna erbjöds nätverksträffar under interventionen och även stöd från författaren.

6.5.5.1 *Instrumentet*

Den svenska versionen av instrumentet ”Violence against Women Health Care Provider Survey” (Gutmanis et al., 2007) användes i studien. Första delen av instrumentet bestod av 43 frågor fördelat på åtta faktorer och den andra delen bestod av 15 frågor om demografiska fakta, se bilaga 2.

Innehållet i de åtta faktorerna:

1. Beredskap (åtta frågor). Hur väl förberedd distriktssköterskan känner sig att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.
2. Självförtroende (sju frågor). Distriktssköterskans känsla av att vara kompetent och bekväm med i mötet.
3. Distriktssköterskans maktlöshet (sju frågor). Distriktssköterskans känsla av maktlöshet om hon tror att våld mot kvinnor är ett privat område som hon inte ska lägga sig i.
4. Arbetsstillfredsställelse (två frågor). Distriktssköterskans uppskattning av hur bekväm hon känner sig med att lyssna till kvinnors upplevelser av våldsutsatthet.
5. Professionellt stöd (fyra frågor). Beskriver i vilken utsträckning distriktssköterskan anser att hon får stöd från kollegor.
6. Organisatoriska svårigheter (fem frågor). Distriktssköterskans uppfattning om sin arbetssituation, t.ex. brist på tid.
7. Rutiner vid våld (sju frågor). Distriktssköterskans uppfattning om huruvida hon vet hur hon ska fråga och ta emot svaret om en kvinna utsatts för våld i nära relationer.
8. Personliga konsekvenser för distriktssköterskan (tre frågor). Distriktssköterskans uppfattning om i vilken utsträckning hon känner sig rädd för vad som kan hända om hon frågar en kvinna om våldsutsatthet.

6.5.5.2 *Utbildningsinterventionen*

Ett specifikt utbildningsprogram ”Kunskapsnätet” togs fram utifrån de utbildningsbehov som framkom i resultatet av den första studien och forskning i ämnet samt utifrån omvårdnadsteoriska perspektiv. Resultat från internationella utbildningsinterventioner beaktades också vid planeringen avseende innehåll och längd på utbildningen (Campbell et al., 2001; Davila, 2006). Programmet granskades av en pedagog på Karolinska institutet och

pilottestades även bland flera grupper av professionella innan det användes i föreliggande studie. Innehållet i programmet finns beskrivet i figur 1.

Syftet med utbildningen var att deltagarna skulle få beredskap för att kunna identifiera kvinnor som utsatts för våld och erbjuda dem adekvat omvårdnad. ”Constructive alignment” eftersträvades i det pedagogiska upplägget och med det avsågs att det fanns ett tydligt samband mellan kursmål, undervisningsformer och studieuppgifter (Biggs, 2003). De specifika lärandemålen för utbildningsinterventionen var att:

- Få en förståelse för våld i nära relationer som fenomen
- Förstå hur våldet påverkar den utsatta kvinnans livsvärld
- Utveckla en professionell attityd
- Kunna identifiera symptom och tecken på våld
- Att veta hur de ska fråga kvinnor om våldsutsatthet
- Att veta hur de ska bedöma kvinnans omvårdnadsbehov och erbjuda omvårdnad
- Kunna samarbeta med andra aktörer
- Att våga begära handledning och stöd
- Att på eget initiativ göra anmälningar till socialtjänsten om det finns barn i familjen
- Att kunna ta initiativ till och utveckla lokala riktlinjer om våld i nära relationer

Figur 1. Innehåll i utbildningsinterventionen ”Kunskapsnätet”

BLOCK 1. Att förstå våld mot kvinnor i nära relationer	
VAD HANDLAR MÄNS VÅLD MOT KVINNOR Egentligen om?	<ul style="list-style-type: none"> • Definitioner • Historisk bakgrund och lagstiftning • Våldets omfattning • Hur kan mäns våld mot kvinnor förklaras? • Upptäckning av våldet • Normaliseringsprocessen • Varför går hon?
SÄRSKILT UTSATTA GRUPPER	<ul style="list-style-type: none"> • Ensamma kvinnor • Äldre kvinnor • Kvinnor med funktionshinder • Kvinnor med missbruk • Kvinnor med invandrarbakgrund • Hedersrelaterat våld • Män och kvinnor i samkönade relationer • Tonårsflickor
VÅLDETS KONSEKVENSER	<ul style="list-style-type: none"> • Våldets konsekvenser på kvinnors hälsa och liv • Konsekvenser för barn som upplever våld i hemmet • Samhällsekonomiska konsekvenser
ATT TÄNKA EFTER – FÖRE	<ul style="list-style-type: none"> • Att prata om mäns våld mot kvinnor och att möta utsatta kvinnor i arbetet • En professionell hållning
BLOCK 2. Vårdens ansvar	
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR	<ul style="list-style-type: none"> • Hälsa- och sjukvårdens ansvar i mötet med våldsutsatta kvinnor • Bemötande • Att identifiera kvinnor som utsätts för våld • Hur frågar jag? • Vad gör jag om kvinnan inte berättar? • Vad gör jag om kvinnan berättar? • Dokumentation • Hänvisning och samverkan • Att förebygga
SEKRETESS	
SKYLDIGHETEN ATT ANMÄLA	
ATT GÖRA EN LOKAL HANDLINGSPLAN	

6.6 ANALYSMETODER

6.6.1 Studie I

Deskriptiv statistik användes för att beskriva data i form av antal och procent i tabeller. Pearsons chi-test användes för att fastställa signifikans. P-värden bestämdes till < 0.05 . för signifikans. Logistisk regression användes i två steg då två modeller som justerats för ålder användes.

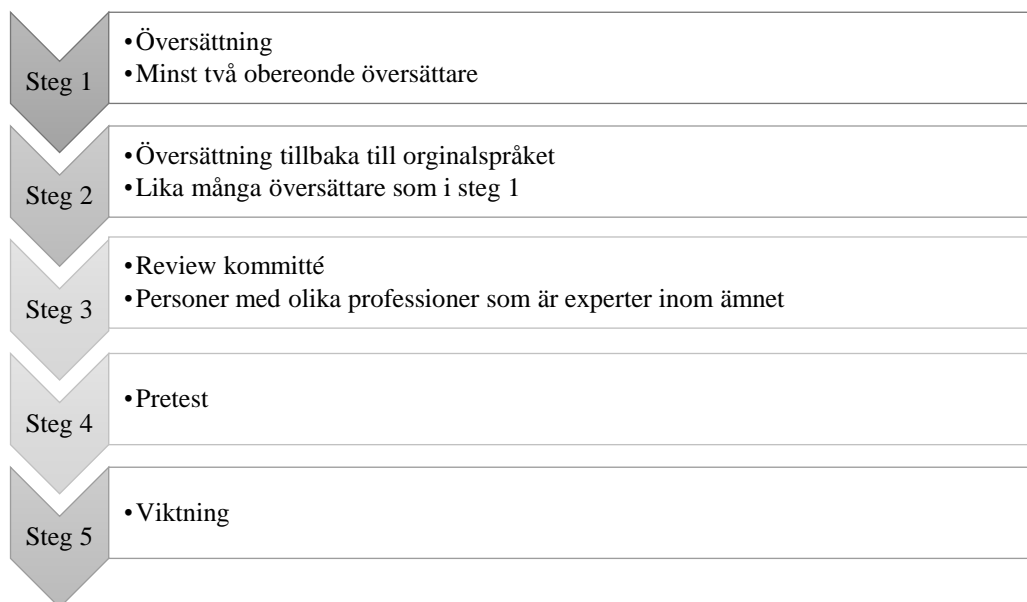
6.6.2 Studie II

Då grundad teori användes startade analysen av data redan vid den första intervjun. Den första intervjun avlyssnades, transkriberades och analyserades innan nästa intervju genomfördes. I det första steget som benämns öppen kodning, lästes texten noggrant igenom ord för ord för att greppa innehållet. Till att börja med användes huvudsakligen in vivo koder som låg nära data. Allt eftersom fler interjuver analyserades gjordes konstanta jämförelser mellan koderna. Jämförelserna gjordes händelse för händelse och dessa kodades. Dessa jämfördes därefter och koder som beskrev samma fenomen placerades i samma kategori. Därefter inleddes den fokuserade kodningen. För att fylla kategorierna och tydliggöra större segment av data gjordes därefter jämförelser kod för kod och kategori för kategori. En kategori ansågs full när inga nya koder hittades som tillförde nya dimensioner. Kategorierna konceptualiserades genom teoretisk kodning och relaterades till varandra varvid en huvudprocess framträdde: "District nurses hesitation when encountering women exposed to IPV". Under hela analysprocessen skrevs memos. Genom att skriva ner hela förloppet (storyn) med alla kategorier och underkategorier klargjordes alla dimensioner och hur de relaterade till varandra vilket gjorde att kärnprocessen kunde förklaras i modellen. En konstruktivistisk ansats användes vilket betyder att teorin betraktas som en tolkning av deltagarnas erfarenheter och berättelser (Charmaz, 2010).

6.6.3 Studie III

För att göra en översättning och kulturanpassning av instrumentet från engelska till svenska användes en metod framtagen av Guillemin, Bombardier och Beaton (1993). Metoden har tidigare använts vid ett flertal översättningar och består av fem steg, se figur 2

Figur 2. Översättning och kulturanpassning av The Violence Against Women Health Care Provider Survey (Våld mot kvinnor. Enkät för distriktssköterskor)



Metoden:

1. Översättning. I det första steget ska minst två oberoende personer med svenska som modersmål och med goda kunskaper i engelska översätta texten från engelska till svenska.
2. Översättning tillbaka. Lika många som översatte i första steget ska nu översätta texten tillbaka till originalspråket engelska.
3. Granskning i Review kommittén. Den ska enligt metoden bestå av personer som är insatta i ämnet och har goda kunskaper i båda språken.

I 'Review' kommittén deltog en kurator, en socionom, en jurist med masterexamen i kriminologi. Alla tre arbetade inom området och en hade engelska som modersmål. Därutöver bestod kommittén av en ordförande som i det här fallet var sjuksköterska med doktorsexamen. Kommitténs uppgift var att besluta om vilken översättning som var mest lämpad att användas i den svenska versionen. Om de inte kom överens var det ordförandes ansvar att fatta beslut. Beslutsprocessen följde metoden och medlemmarna informerades om den i förväg. Först lästes alla översättningar igenom och diskussion fördes om vilken av dem som ansågs lämpligast. Därefter jämfördes också återöversättningarna med originalet för tydlighetens skull. Därefter valdes det förslag som majoriteten ansåg lämpa sig bäst för användning i Sverige. Kommittén träffades tre gånger och hade därutöver mejlkonversation.

4. Förtest. Enligt metoden förtestades instrumentet. I den första förtesten ombads deltagarna ge synpunkter på relevans, begriplighet, tydlighet i förhållande till fenomenet, språk och grammatik. I den första förtesten deltog tio hälso- och sjukvårdspersonal som arbetade inom primärvården; en terapeut, tre distriktssköterskor, tre sjuksköterskor, en dietist, en sjukgymnast och en folkhälsovetare. Författaren (ES) sammanställde deltagarnas synpunkter från den första förtesten som sedan diskuterades i 'Review' kommittén. Efter vissa justeringar av instrumentet genomfördes en andra förtest för ytterligare validering. I denna deltog endast personer från målgruppen dvs. 30 distriktssköterskor inom primärvården i Stockholms läns

landsting. Synpunkter sammanställdes och diskuterades och 'Review' kommittén fastställde den slutliga versionen av instrumentet.

5. Viktning. I det femte steget rekommenderas en viktning. Steget kan emellertid uteslutas genom att viktningen i det ursprungliga instrumentet accepteras vilket gjordes.

6.6.4 Studie IV

Data analyserades med hjälp av SAS Systems CALIS version 9.4. Exploratorisk faktoranalys (EFA) inom ramen för konfirmatorisk faktoranalys (CFA) användes. Som första steg för att validera åtta-faktormodellen i instrumentet "The Violence Against Women Health Care Provider Survey" och som tidigare diskuterats av Gutmanis et al. (2007) användes konfirmatorisk faktoranalys. Den exploratoriska faktoranalysen möjliggjorde mätning av strukturerna i instrumentet innan den konfirmatoriska faktoranalysen gjordes för att få fram en verklighetsanpassad modell av instrumentet (Muthén & Muthén 1998; MacCallum 1986; Jöreskog & Sörbom 1979; Jöreskog 1969). För att uppskatta sambandet mellan latenta variabler, testades kovariansen för de 43 frågorna i alla åtta latenta konstruktioner (faktor 1-8). Den första korrelationsmatrisen är baserad på polychoric korrelation där data analyserades med skattningsmetoden minstakvadratmetoden (ULS).

Baserat på resultatet i den exploratoriska faktoranalysen valdes en fråga från varje faktor som hade en hög (eller den högsta) primär faktorbelastningen och låg (eller den lägsta) tvärbelastningen på de återstående faktorerna för den konfirmatoriska faktoranalysen.

Därefter undersöktes om de observerade korrelationerna mellan de olika frågorna skulle återges tillräckligt av enbart de latenta faktorerna (åtta-faktor modellen som togs fram av Gutmanis et. al., 2007). Goodness-of-fit modellerna utvärderades med hjälp av Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA,) standardiserad Root Mean Square Rest (SRMSR), Goodness-of-Fit Index, justerat Goodness-of -Fit-Index och Bentler-Bonett normerad Fit index. Den accepterade modellen definierades delvis av RMSEA värden nära 0,08 eller lägre (90 % konfidensintervall övre gräns nära 0,08, icke-signifikant Fit Function), Goodness-of-fit värden nära 0,90 eller högre, och SRMSR värden nära till 0,08 eller lägre. Flera index användes för att utvärdera modellens passform (dvs. absolut index, parsimony index, inkrementell index). Tillsammans gav dessa index en mer konservativ och tillförlitlig utvärdering av modellens passform. Acceptansen av modellerna utvärderades vidare genom frånvaron av framträdande lokaliserade områden av stammar i lösningarna (t.ex. index modifiering), styrkan och tolkningsbarheten av parameterskattningar.

6.6.5 Studie V

Den statistiska bearbetningen skedde i STATA, version 11.0. Lineär regressionsanalys utfördes för att undersöka värdena innan interventionen för alla tre grupperna. Analyser

gjordes för att jämföra resultatet före och efter interventionen både mellan grupperna och inom grupperna. Både parametriska (ANOVA, parat t-test och t-test) och icke-parametriska (Kruskal-Wallis, parat Wilcoxon, Mann-Whitney) tester utfördes. Mann-Whitney användes för att undersöka skillnader i medelvärde mellan för och efter-testen. För att förhindra massignifikans bestämdes p-värdet till ≤ 0.01 . Demografiska data beräknades och beskrevs deskriptivt i form av antal och procent.

7 RESULTAT

7.1 STUDIE I

Syftet var att utforska beredskapen hos sjuksköterskor att möta kvinnor som utsatts för våld när de söker vård inom primärvården i Stockholms läns landsting. På de 39 vårdcentralerna valde 192 av de 277 sjuksköterskorna att delta (69.3%). Majoriteten var mellan 40 och 59 år och de hade arbetat över tio år i yrket. Totalt 86 % ansåg att de inte hade tillräckligt med beredskap för att möta våldsutsatta kvinnor. Resultatet visade signifikanta samband mellan dem som upplevde att de hade beredskap att möta våldsutsatta kvinnor och de som frågade, vilka var de som hade skaffat sig kunskap på egen hand.

7.1.1.1 Organisatoriska förhållanden

Totalt 28 sjuksköterskor (15 %) hade tidigare talat med kollegor på arbetsplatsen om mäns våld mot kvinnor och omvårdnaden av dem, 47 (25 %) hade skriftlig information att ge till våldsutsatta kvinnor och 10 (5 %) hade aktuella riktlinjer för mötet med våldsutsatta kvinnor. Majoriteten, 70 %, kände inte till någon form av samverkan med andra men 92 % tyckte att samverkan kring våldsutsatta kvinnor var viktigt. Av dem som kände till samverkan var det främst med frivilligorganisationerna, psykiatrin och socialtjänsten som samverkan skedde.

7.1.1.2 Personliga förhållanden

Deltagarna hade förutfattade meningar om förövaren som att alkohol och droger är en vanlig orsak till att män utövar våld mot kvinnor i nära relationer samt att de helt enkelt förlorar kontrollen när de utövar våld.

På frågan om de hade fått någon utbildning i ämnet svarade 86 (48 %) att de skaffat sig den på egen hand, 37 (20 %) hade fått det inom ramen för sin utbildning och 15 (8 %) genom arbetsgivarens försorg. Totalt 158 (86 %) ansåg själva att de inte hade tillräckligt med beredskap för att i sitt arbete möta kvinnor som utsatts för våld, men 147 (82 %) var intresserade av att delta i utbildning i ämnet. Tjugosex (13 %) uppgav bristande erfarenhet, brist på träning, fortbildning, resurser, riktlinjer och samverkan med andra som möjliga orsaker till varför de inte ansåg sig ha tillräcklig beredskap för att i sitt arbete möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer. Slutligen svarade 23 (13 %) att de själva hade erfarenheter av våldsutsatthet och 50 (30 %) kände någon närstående som hade dessa erfarenheter.

När det gällde frågor om hur ofta de mötte kvinnor som utsatts för våld uppgav 18 (10 %) att de gjorde det en gång i veckan, 137 (73 %) mindre än en gång i månaden och 32 (17 %) att de aldrig mötte kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Tecken som fick dem att misstänka att kvinnor utsatts för våld var när kvinnan hade skador som till exempel sår, om partnern var överbeskyddande. Frågan om deras personliga attityder till att ställa direkta frågor om våldsutsatthet, om de misstänkte att en kvinna blivit utsatt för våld, besvarades av 91 % av deltagarna och av dem uppgav 52 % att de alltid frågade och 48 % att de ibland eller aldrig

frågade kvinnan. Orsakerna till varför de inte alltid eller aldrig frågade uppgav 32 % att det var svårt att veta hur de skulle fråga, 11 % att de inte visste hur de skulle bemöta svaret de kunde få, 13 % oroade sig för att det kunde vara integritetskränkande, 10 % att de inte hade tid, 4 % att de kände sig obekväma med att fråga och 3 % att de ansåg att det var ett privat problem som de inte ville bli inblandade i.

De vanligaste interventionerna om kvinnan berättade att hon utsatts för våld var att sjuksköterskan erbjöd kvinnan att träffa en läkare (74 %), återbesök utan sin partner hos sjuksköterskan (56 %) och/eller att de gav henne information om frivilligorganisationer (72 %). I de fall de misstänkte att kvinnan utsatts för våld men inte frågat om det uppgav de samma interventioner som då kvinnan berättat att hon utsatts för våld.

7.1.1.3 Faktorer som påverkar identifieringen av våldsutsatta kvinnor

Flera modeller testades med logistisk regressionsanalys där variabeln ”Om du misstänker att en kvinna utsätts för våld av en man, frågar du då om detta stämmer?” var beroende variabel. I den åldersjusterade modellen där äldsta deltagarna var över 60 år, var odds ratio (OR) 6,30 (95 % CI 2,02 – 19,67). Variabeln ”Anser du att du har tillräcklig beredskap för mötet med en kvinna som utsätts för våld från en man?” var den enda signifikanta variabeln ($p=0,02$). Sjuksköterskorna var sex gånger mer benägna att fråga om de kände att de hade tillräckligt med beredskap för detta.

Vid nästa logistiska regressionsanalys användes ”Anser du att du har tillräcklig beredskap för mötet med en kvinna som utsätts för våld från en man?” som beroende variabel. En variabel var signifikant i modellen ”Har du på egen hand skaffat dig kunskap om mäns våld mot kvinnor?” ($p<0,001$). Dessa två variabler hade nära samband med OR på 7,53 (95 % CI 2,46–29,03). Sjuksköterskorna var nio gånger mer benägna att fråga kvinnor om våldsutsatthet om de hade skaffat sig kunskap inom området. När modellen justerades för ålder var OR 9,07 (95 % CI 2,83-29,13).

7.2 STUDIE II

Studiens syfte var att få en djupare förståelse för vad som skedde i mötet mellan distriktssköterskan och den våldsutsatta kvinnan. Distriktssköterskors tvekan över om de skulle fråga en kvinna om hon utsatts för våld eller inte framträdde som centralt i mötet mellan dem. Distriktssköterskor hamnade i en process av tvekan vilket resulterade i att de antingen frågade eller inte frågade kvinnor om erfarenheter av våld.

Den teoretiska modellen som utvecklades (The hesitation process) illustrerar hur distriktssköterskorna står under inflytande av antingen hindrande eller underlättande faktorer som gör att de förhandlar med sig själva om de ska fråga eller inte.

Distriktssköterskor som inte står under inverkan av de underlättande faktorerna kan bestämma sig för att inte fråga kvinnan om våldsutsatthet. När det i distriktssköterskans

professionella eller personliga sfär finns tillgång till de underlättande faktorerna kan hon bli ambivalent i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Detta innebär att hon börjar förhandla med sig själv om huruvida hon skall fråga eller inte fråga och hon hamnar då i centrum av själva tvekanprocessen. Om tillräckligt många underlättande faktorer finns känner hon sig förberedd och beslutar sig för att ställa frågan om våldsutsatthet till kvinnan.

Trots att distriktssköterskor en gång känt sig beredda och frågat kvinnor om våldsutsatthet kunde de ändå tveka vid nya möten. Att tidigare ha frågat kvinnor om våldsutsatthet underlättade däremot att fråga igen.

7.3 STUDIE III

Översättningarna resulterade i sex översättningar, tre till svenska och tre tillbaka till engelska med lika många frågor som originalversionen av instrumentet. I den andra delen av instrumentet som handlade om demografiska egenskaper togs frågan om respondenten var en sjuksköterska eller läkare bort för att instrumentet skulle passa den kommande målgruppen som var distriktssköterskor. Det som föranledde diskussion i 'Review' kommittén var vilket ord eller svenskt begrepp som skulle väljas istället för det engelska "violence against women" då detta hade översatts med olika begrepp under översättningsprocessen. Det svenska begreppet "våld mot kvinnor" valdes genomgående då det ansågs bäst passa svenska förhållanden. Därutöver diskuterades och fattades beslut om en återkommande formulering i de olika översättningarna; "Jag känner inte att jag kan hjälpa kvinnor som utsatts för våld" eller "Jag känner att jag inte kan hjälpa kvinnor som utsatts för våld". Det sistnämnda alternativet valdes. I 'Review' kommittén diskuterades även några andra ord som betydelsen av "prepared" och "ready" där båda valdes beroende på innebörden i frågan. Den fråga i originalversionen som gav upphov till flest synpunkter var följande: "I am able to continue the discussion after a disclosure to assess the needs of the client". Begreppet "I am able" uppfattades på olika sätt och av dem som översatt tillbaka från svenska till engelska och orden "have the competence", "capable" och "have possibility" användes. De två sistnämnda förtestades varpå "Jag känner att jag kan stödja kvinnor tills de får den hjälp de behöver" valdes.

Efter den första förtesten inkom 105 kommentarer gällande grammatik och ordval på 37 av alla 43 frågor. En specifik fråga (fråga 25) hade flest kommentarer (n=12) vilka berörde både grammatik och ordförståelse. Detta ledde till att 'Review' kommittén valde ordet kapabel när det gällde distriktssköterskans förmåga att möta kvinnor som utsatts för våld. För övrigt ändrades också formuleringen 'kvinna' till 'kvinnan'. I ytterligare några frågor ändrades formuleringar som 'kvinnomisshandel' och 'våld' till 'utsatt för våld'.

I den andra förtesten gavs 23 kommentarer på 16 av de 43 frågorna. Flest synpunkter (n=5) på en och samma fråga gällde fråga 11 'Jag känner att jag kan ge kvinnan stöd medan hon väntar på att få rätt hjälp'. Utifrån synpunkterna ändrades formuleringen i frågan till 'Jag känner att jag kan ge kvinnan stöd tills hon får den hjälp hon behöver'.

7.4 STUDIE IV

I det första steget av EFA/CFA för att bekräfta modellen var korrelationerna mellan 0,22 till 1,01, Cronbachs alfa från 0,68 till 0,71. Då fyra frågor med laddning under 0,40 (18, 32, 35 och 42) togs bort resulterade det i en ny modell som omfattar 39 frågor vilka korrelerade från 0,40 till 0,97. Innan de fyra frågorna togs bort gjordes teoretiska överväganden. En andra utvärdering visade tillfredsställande balans mellan frågorna och att modellen var endimensionell genom att den totala korrelationen mellan frågorna var 0,40-0,97.

Begreppsvaliditeten var tillfredsställande. Den första faktorn, *beredskap*, bestod av åtta frågor och faktorladdningen var mellan 0,54 och 0,88; den andra, *självförtroende*, av sju frågor (0,45 till 0,83); den tredje, *distriktssköterskans maktlöshet*, av sju frågor (0,42 till 0,83); den fjärde, *arbetstillfredsställelse*, av två frågor (0,75 till 0,88); den femte, *professionellt stöd*, av tre frågor (0,42 till 0,68); den sjätte, *organisatoriska svårigheter*, av fem frågor (0,56 till 0,60); den sjunde, *rutiner vid våld*, av fem frågor (0,40 till 0,52); och den åttonde, *personliga konsekvenser för distriktssköterskan*, av två frågor (0,60 till 0,97).

Den andra modellen som den exploratoriska faktoranalysen resulterade i utvärderades också med en konfirmatorisk faktoranalys vilken visade goodness-of-fit värde på 0,95 och Cronbachs alpha 0,72 vilket gav stöd för modellen. Den svenska versionen av instrumentet bedömdes vara lämplig att användas i Sverige.

7.5 STUDIE V

Svarsfrekvensen i interventionsgruppen var vid förtestet 55 % och 34 % vid efter-testet. För kontrollgruppen var motsvarande siffror 54 % respektive 46 %. I nationella gruppen besvarade 55 % instrumentet.

7.5.1.1 Beredskap innan interventionen

Distriktssköterskornas beredskap bedömdes som lika i alla tre grupper innan interventionen då de beräknades med ANOVA och Kruskal-Wallis.

7.5.1.2 Beredskap inom och mellan grupperna efter interventionen

Statistiskt signifikanta skillnader fanns i två av de åtta faktorerna. I interventionsgruppen fanns en signifikant ökning då Wilcoxon parade t-test användes (p-värde 0,003), men skillnaden i delta-värde mellan grupperna var inte signifikant vid test med Mann-Whitney (p=0,069) för faktorn ”*Arbetstillfredsställelse*”. I kontrollgruppen sågs ett trendvärde (p-värde till minskning 0,013) för faktorn ”*Självkänsla*”.

8 DISKUSSION

Huvudfynd

Studie I visade att det fanns brister i beredskapen bland sjuksköterskorna och distriktssköterskorna i primärvården att möta kvinnor som utsatts för våld, både på personnivå och på organisationsnivå. Många hade förutfattade meningar om våldsutsatta kvinnor och bristande kunskap om möjliga tecken och symptom på våld. Många var också osäkra på hur de skulle fråga om våldsutsatthet. De som frågade var de som hade skaffat sig kunskap på egen hand. Den vanligaste åtgärden som deltagarna föreslog både då de misstänkte eller visste att en kvinna utsatts för våld var ett läkarbesök. Studie II visade på flera hindrande och underlättande faktorer (på personnivå och organisationsnivå) som påverkar om distriktssköterskorna frågar eller inte frågar en kvinna om de utsatts för våld. Då de underlättande faktorerna dominerar så förbereder sig distriktssköterskorna och frågar kvinnor om våldsutsatthet. Det kunde emellertid ändå inträffa att en distriktssköterska som inte längre var tveksam i ett möte började att tveka igen i ett annat. Studie III och IV resulterade i ett instrument som kan mäta beredskapen hos distriktssköterskor i Sverige att möta kvinnor som utsatts för våld. Slutligen i studie V användes instrumentet för att utvärdera om beredskapen hos distriktssköterskor att möta kvinnor som utsatts för våld efter genomgången utbildningsintervention påverkats. Resultatet visade att interventionen hade liten påverkan på beredskapen förutom i ett avseende där deltagarna i interventionsgruppen ökat sin förståelse för att det våld i nära relationer som drabbar kvinnor inte är ett privat problem som distriktssköterskan inte ska lägga sig i.

Distriktssköterskornas beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer påverkas av faktorer av inre personlig karaktär liksom av yttre faktorer det vill säga både på personlig nivå och på organisationsnivå. Utifrån dessa två perspektiv diskuteras resultaten och i förhållande till distriktssköterskans omvårdnad.

Personliga faktorer

Som Paterson och Zderad beskriver i sin teori Humanistic Nursing Theory (Paterson & Zderad, 1988) är det av betydelse hur sjuksköterskan ser på människan, i det här fallet den våldsutsatta kvinnan, eftersom det påverkar kvaliteten på vården. Av stor betydelse för hur våldsutsatta kvinnor kan uppleva att de blir bemötta när de söker vård och möter en distriktssköterska är vilka attityder och förutfattade meningar som finns hos denne om våldsutsatta kvinnor. Dessa kan vara skapade utifrån distriktssköterskans egen historia och närs av okunskap och det faktum att förutfattade meningar om våldsutsatta kvinnor förekommer både i samhället och bland hälso- och sjukvårdspersonal. Var fjärde deltagare i studie I instämde i påståendet att kvinnan alltid kan lämna den misshandlande mannen. Attityder som denna och att kvinnan inte vill tala om våldet eller att våldet företrädesvis

förekommer bland de socialt utsatta grupperna i samhället bidrar till att hålla våldet som fenomen utanför sig själv, det handlar om ”de andra”. Detta hindrar sjuksköterskor från att fråga om våldsutsatthet (Robinson, 2010, Häggblom et al., 2005). Det är inte enbart okunskap som påverkar attityderna utan även kön, nationalitet och kultur kan påverka (Nayak, Byrne, Martin, Abraham, 2003; Nelms, 1999). Detta fördjupar innebörden av den teoretiska grunden att både sjuksköterskan och patienten är en del av sin historia (Paterson & Zderad, 1988). I studie I upptäcktes inget samband mellan sjuksköterskans egna erfarenheter av våldsutsatthet och beredskap att fråga kvinnor hon möter om detta vilket tidigare studier visat bland annat i Stenson och Heimers studie (Stenson & Heimer, 20086). Det finns även förutfattade meningar om vilka symptom och tecken en våldsutsatt kvinna visar utåt och som bidrar till en stereotyp bild av den våldsutsatta kvinnan i vården. I studie I framkom att ungefär hälften av deltagarna alltid frågade kvinnor om de utsatts för våld när de misstänkte det. De misstänkte våldsutsatthet när kvinnan hade olika tecken på fysiska skador och när förklaringen inte stämde med distriktssköterskans observation. Baserat på stereotypa uppfattningar om hur en våldsutsatt kvinna ser ut eller inte ser ut fattar sjuksköterskan beslut om att fråga eller inte fråga om våldsutsatthet (Robinson 2010, Häggblom et al., 2005). Att medikalisera våldet och reducera det till enbart fysiska skador som kan behandlas gör också att hälso- och sjukvårdspersonal kan slippa känna sig frustrerade över sin oförmåga att intervensera i det egentliga problemet – våldet (Husso et al., 2011, Nelms, 1999). Genom beredskap kan distriktssköterskan bli medveten om detta och ta kontroll över omvårdnadssituationen så att kvinnan inte utsätts för ett lidande skapat av vården genom att hon inte blir sedd och bekräftad.

Studier har visat att även om sjuksköterskor har kunskap om och vet att de borde fråga kvinnor om våldsutsatthet så omsätts inte kunskapen i praktiken då sjuksköterskor i hög utsträckning är påverkade av hinder för att fråga (Natan, 2010,; Hinderliter, 2003). I Socialstyrelsen författning, SOSFS 2014:4, 9§ tydliggörs att om en vuxen person visar symptom och tecken som föranleder misstanke om att denne, i det här fallet en kvinna, utsatts för våld eller andra övergrepp av närstående så ska hon tillfrågas om det (Socialstyrelsen, SOSFS 2014:4). Förutsättningarna för att en kvinna som utsatts för våld får frågan om utsatthet och god omvårdnad är att distriktssköterskan har kunskap om sambanden mellan våld och ohälsa och ser kvinnan utifrån ett livsvärldsperspektiv, dvs. vårdar utifrån en helhetssyn på patienten, förstår hur hälsa, sjukdom, lidande och vårdande kan uppträda hos patienten och påverkar den individuella patienten. Då kan distriktssköterskan stödja patienten att nå sin fulla potential (Paterson & Zderad). I annat fall är risken stor att de förutfattade föreställningarna får styra i mötet vilket kan leda till att många våldsutsatta kvinnor inte blir identifierade (Robinson 2010) utan istället utsätts för ett vårdlidande.

Med syfte att få en djupare förståelse för vad som händer i mötet mellan distriktssköterskan och den våldsutsatta kvinnan genomfördes studie II i föreliggande avhandling. En teoretisk modell tydliggör den process av tvekan om att fråga eller inte fråga som distriktssköterskor hamnar i när de möter kvinnor som de misstänker att ha utsatts för våld. Attityder som att våldet är en del av livet hos kvinnor som missbrukar alkohol, att kvinnor skäms för att tala

om våldsutsatthet och att våld är accepterat i vissa kulturer var förhindrande faktorer när det gäller att fråga men även att det är svårt att veta när, var och hur frågan ska ställas. Forskning om kvinnors erfarenheter av bemötande i vården och önskemål om hur de vill bli bemötta bekräftar betydelsen av närvaro i mötet. Att möta sjuksköterskan enskilt, att denne tittar i ögonen, använder kvinnans namn och bara frågar om våldsutsatthet när hon verkligen vill hjälpa kvinnan har framkommit som avgörande för mötet mellan dem (Chang et al., 2005). När distriktssköterskorna i studie II kände kvinnans förtroende var det en underlättande faktor som kunde leda till att de slutade tveka om att fråga om våldsutsatthet. För att uppnå förtroende beskrev distriktssköterskorna att det var viktigt att vara närvarande här och nu, att visa att kvinnan kan lita på dem och att de klarar av att lyssna till kvinnans berättelse. Att vara närvarande är tolkningen av ”being with and doing with” och innebär att sjuksköterskan frivilligt väljer att vara närvarande både som person och som professionell (Paterson & Zderad, 1988). Då kan kvinnan känna sig sedd som en unik, värdefull person.

Om distriktssköterskan var omedveten om att våldsutsatta kvinnor finns i primärvården och är en del av hennes ansvar frågar de inte om våldsutsatthet. Faktorer som visade sig försvåra frågandet är att distriktssköterskan vill skydda sig själv från de emotionella reaktioner som kan uppstå och dels att hon inte vill framstå som dum ifall hon har fel i sina misstankar. Att inte vilja göra bort sig speglar en bekant mänsklig reaktion i sociala sammanhang. Alfred Bandura lanserade på 1980-talet en teori om självtillit eller självförmåga. Den handlar om hur människan själv upplever sin förmåga och vad människan har för tilltro till sig själv att göra skillnad i en situation när man tvekar om man ska ge sig i kast med den eller inte. Denna tilltro till sig själv påverkar det egna beslutsfattandet (Bandura, 1977) och kan göra att distriktssköterskor är obekväma med att fråga vilket är en av de hindrande faktorerna som resultatet i studie II visar. Att fråga kvinnor om våldsutsatthet handlar därmed inte bara om yttre faktorer i distriktssköterskans arbetsmiljö. Det handlar också om emotionella processer både hos den våldsutsatta kvinnan och hos sjuksköterskan (Klingbeil 2009). Att stärka de underlättande faktorerna som ligger på organisationsnivå kan vara betydelsefullt för att öka distriktssköterskors beredskap så att fler kvinnor som utsätts för våld verkligen identifieras när de söker vård.

Organisatoriska faktorer

Flera tillkortakommanden på organisatorisk nivå framkom i studierna. Den brist på mandat att arbeta med frågan om våldsutsatta kvinnor i vården som framkom i första studien har delvis åtgärdats genom att Socialstyrelsens författning SOSFS 2014:4 tydliggjort uppdraget hälso- och sjukvårdspersonal har att fråga om våldsutsatthet (Socialstyrelsen, SOSFS 2014:4). Det åligger också organisationen både på landstings- och lokal nivå att möjliggöra för distriktssköterskor att ta del av de utbildningar som erbjuds. Detsamma gäller riktlinjer för vården och omvårdnaden av våldsutsatta kvinnor och hennes barn (Socialstyrelsen, SOSFS 2014:4). I föreliggande avhandling visade inte utbildningsinterventionen en tydlig påverkan på beredskap. Resultaten både i studie I och II visar dock tydligt att både kunskap, riktlinjer

och stöd från organisationen är viktiga faktorer som underlättar för distriktssköterskor att fråga kvinnor om våldsutsatthet.

Att skaffa sig kunskap, träning och att ha strategier för att fråga om våldsutsatthet framkom i både första och andra studien som viktiga för att uppleva beredskap. Detta bekräftas också av tidigare studier som visar att just erfarenhet är den viktigaste bestämmelsefaktorn för att få ökad medvetenhet och identifiera kvinnor som är våldsutsatta (Beynon, Gutmanis, Tutty, Wathen, & MacMillan, 2012; Frost, 1999). Kunskap ökar både kompetensen och tilltron till den egna förmågan (Haggblom & Moller, 2006; Larkin, Rolniak, Hyman, MacLeod, & Savage, 2000; Olive, 2007; Roark, 2010) vilket gagnar den våldsutsatta kvinnan.

Tillgång till utbildning, fortbildning och riktlinjer för distriktssköterskorna i deras arbete med våldsutsatta kvinnor bör vårdgivaren skapa möjligheterna att få ta del av. Även stöd efterfrågades i studie II som en viktig underlättande faktor. Mest önskvärt var professionellt stöd på arbetsplatsen, möjligheter att diskutera med kollegor eller organiserad handledning. Som en deltagare uttryckte det; ”Vem ska trösta knyttet?” när hon i sin professionella roll som distriktssköterska blir tvungen att härbärgera den våldsutsatta kvinnans sorg och smärta över en relation där hon utsatts för våld.

9 METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN

Såväl kvalitativa som kvantitativa metoder användes för att besvara forskningsfrågorna i denna avhandling vilket kan ses som en styrka. Att använda olika metoder är en fördel särskilt när komplexa problem i den kliniska verksamheten undersöks. Med hjälp av de olika metoderna undersöktes olika aspekter av distriktssköterskors beredskap i mötet med våldsutsatta kvinnor vilket kan vara en styrka för klinisk tillämpning och fortsatt forskning. Initialt användes kvantitativ metod för en bred kartläggning av hur beredskapen såg ut i Stockholms län för att sedan med hjälp av en kvalitativ metod få en djupare förståelse för deras beredskap. Resultatet från dessa första studier gav en sammantagen förståelse för brister i distriktssköterskors beredskap som kunde användas för att finna ett instrument som mätte beredskapen och för utformande av utbildningsintervention.

Extern validitet

Ur ett könsperspektiv är studierna snedvridna då färre än en procent av deltagarna var män. Detta har sin naturliga förklaring i att det speglar könsfördelningen i distriktssköterskepopulationen i Sverige och därmed också vilka som möter de våldsutsatta kvinnorna i primärvården. Då ämnet våld i nära relationer som denna avhandling handlar om är ett ämne som ofta berör människor på det personliga planet måste risken för påverkan av urvalet av deltagare beaktas då deltagandet även var frivilligt. De som av olika skäl är engagerade i ämnet kan ha varit de som valde att delta medan de som inte ansåg att

våldsutsatta kvinnor berörde distriktssköterskans arbete valde att inte delta. De som har ett särskilt intresse för ämnet kan förväntas ha högre beredskap men resultaten visar att beredskapen är relativt låg och kan därför tolkas som att de som valde att delta inte påverkat resultatet i felaktig riktning. När det gäller delstudie IV och V så försvårades rekryteringen av deltagare till interventionsgruppen av så kallade yttre faktorer i Stockholms läns landsting såsom att vårdval samtidigt infördes och att det pågick en massvaccinering i befolkningen mot svininfluensan vilka var tidskrävande för personalen. Utöver kontrollgruppen valdes av den anledningen också en nationell grupp för att jämföra graden av beredskap innan interventionen. Samtliga studier är designade så att de kan upprepas vilket också föreslås då resultaten med undantag av delstudie III i föreliggande avhandling inte är generaliserbara.

Intern validitet

Kvalitativa studier

I studie II valdes grundad teori som metod då den lämpar sig för att studera sociala interaktioner i de dagliga mötena mellan vårdgivare och patienter på en vårdcentral i primärvården. Intervjuer och analyser skedde parallellt tills mättnad uppnåddes. Teoretisk mättnad, dvs. när kategorierna bedömdes vara fyllda (Glaser & Strauss, 1967) avslutade datainsamlingen.

Trovärdighet (trustworthiness), dvs. att resultatet skulle vara tillförlitligt och i överensstämmelse med data, eftersträvades vilket är särskilt viktigt när data skapas från rådata. (Elo, Kanste, Pölkki, Utriainen & Kyngäs, 2014). Trovärdighet kan delas in i tillförlitlighet (credibility), pålitlighet (dependability), anpassningsbarhet (conformability) och överförbarhet (transferability) (Elo et al., 2014). Detta beaktades genom att företrädesvis in vivo koder användes vid kodning av data, att ständig jämförelse av kategorierna med rådata gjordes under hela analysarbetet samt att deltagarnas utsagor citerades i resultatet.

Tillförlitligheten (credibility) innebär att analysprocessen är ordentligt beskriven. Metoden grundad teori följdes genom hela studien. Kvaliteten på data säkrades genom att samtliga intervjuer spelades in och transkriberades direkt efter att de utförts och memos skrevs kontinuerligt. Den teoretiska modellen, tvekanprocessen, prövades på kliniskt verksamma personer. Dessa fick titta på modellen och besvara fyra skriftliga frågor; Anser du att modellen stämmer med dina erfarenheter? Anser du att modellen är användbar? Anser du att modellen är begriplig? Samt Anser du att modellen ger dig ny information? För att pröva modellen och ytterligare utmejsla kärnprocessen gjordes en sista intervju med en erfaren distriktssköterska.

Pålitlighet (dependability) avser huruvida data är stabilt över tid (Elo et al., 2014). Samtliga intervjuer genomfördes av första författaren (ES). I studie II inleddes varje enskild intervju med samma öppna fråga ”Berätta om ditt senaste möte med en våldsutsatt kvinna” för att

fånga distriktssköterskornas egna upplevelser. Därpå ställdes individuellt anpassade följdfrågor.

Anpassningsbarhet (conformability) handlar om i vilken utsträckning resultatet baseras på deltagarna och deras kontext och inte på forskarens förförståelse. Forskarens förförståelse kan påverka insamling och analys av data. För att undvika detta diskuterades de transkriberade intervjuerna och det framväxande resultatet med handledare. Resultatet diskuterades även på vetenskapliga seminarier.

Överförbarhet (transferability) handlar om i vilken utsträckning resultaten är generaliserbara (Elo et al., 2014). Tvekanprocessen som är resultatet i studie II är en substantiv teori som kan appliceras i det sammanhang där den uppkom, dvs. bland distriktssköterskor i Stockholms län. Den teoretiska modellen kan användas i likande sammanhang där sjuksköterskor är tveksamma om de vågar ställa en fråga, men måste prövas i varje ny situation.

I studie III användes en metod framtagen av Guillemin, Beaton och Bombardier (1993) för att översätta och kulturanpassa instrumentet ”The Violence Against Women Health Care Provider Survey”. Metoden är validerad och har tidigare använts i ett flertal studier (Caminiti, Diodati, Filiberti, Marcomini, Annunziata, Ollari & Passalacqua, 2010; Gjersing, Caplehorn & Clausen, 2010; Råholm, Thorkildsen & Löfmark, 2009; Östlund, Gustavsson & Furst, 2007; Grotle, Brox & Vollestad, 2003; Padua, Padua, Ceccarelli, Romanini, Bondi, Zanolli & Campi, 2001)

I metoden anses en expertkommitté (Review kommitté) spela en viktig roll för att garantera överensstämmelsen mellan originalinstrumentet och det översatta instrumentet (Epstein et al., 2015). Medlemmarna i expertkommittén var enligt rekommendationerna tvåspråkiga och de var både formellt utbildade inom området våld i nära relationer och hade omfattande klinisk erfarenhet av arbetet med våld i nära relationer. I metoden är också testning och återkoppling på målgruppen viktig (Epstein et al., 2015), i detta fall distriktssköterskor. Den översatta enkäten förtestades både på olika yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården samt på dem som den var avsedd för, dvs. distriktssköterskor. Eftersom anpassning och validering är två skilda processer (Epstein et al., 2015) genomfördes ytterligare statistiska analyser och utvärdering av de psykometriska egenskaperna hos instrumentet (i den kvantitativa studie IV).

Instrumentet valdes då det bedömdes kunna mäta beredskap bland distriktssköterskor genom att det är uppbyggt av flera komponenter som tillsammans står för begreppet beredskap. I studie V var det viktigt att kunna mäta både distriktssköterskans egen känsla av beredskap men också att uppskatta vad denne verkligen gör när hon möter en våldsutsatt kvinna vilket ansågs möjligt med instrumentet Violence Against Women Health Care Provider Survey (Våld mot kvinnor. Enkät för distriktssköterskor).

Kvantitativa studier

Reliabilitet och validitet är det viktigaste kriterierna vid värdering av kvantitativa instrument.

I studie I användes en enkät som utformades specifikt för studien för att utforska beredskapen bland sjuksköterskor och distriktssköterskor i Stockholms län. Enkäten utformades utifrån tillgängliga forskningresultat inom ämnet samt författarnas kunskap och erfarenhet. Det kan ses som en begränsning att inte ett validerat instrument användes men då inget lämpligt sådant hittades inom litteraturen som kunde ge svar på syftet i studien blev det nödvändigt att ta fram en studiespecifik enkät.

För att nå validitet, dvs. att enkäten mätte det den avsåg att mäta, pilottestades den. Sex sjuksköterskor inom primärvården bedömde **begriplighet i frågorna (content clarity)** och **relevans (relevance)**. Efter detta togs två frågor bort och två andra lades till varefter ytterligare 39 sjuksköterskor och distriktssköterskor i primärvården bedömde begriplighet (content clarity) och relevansen (relevance). Detta resulterade i att två frågor delades så de blev fyra. Därutöver värderades svarsskalorna, mätbarheten, innehållet, begriplighet och relevansen av en expert vid Statistiska centralbyrån.

I studien var konfidensintervallet förhållandevis brett vilket kan tyda på låg power men den kalkylerade poweren för att signifikanta skillnader skulle upptäckas beräknades till 90 %, vilket är tillfredsställande. Dessutom var svarsfrekvensen 69,3 % vilket kan anses som adekvat.

I studie IV utvärderades de psykometriska egenskaperna av den svenska versionen av instrumentet ”The Violence Against Women Health Care Provider Survey”. De psykometriska testerna; exploratorisk och konfirmatorisk faktoranalys utfördes för att mäta de psykometriska förutsättningarna i instrumentet och modifiera modellen för att bli både statistiskt och teoretiskt accepterad. Studien har flera begränsningar. En begränsning gäller svarsfrekvensen som var 55 % vilket kan anses lågt. Det interna bortfallet var mellan 0.65 % till 4.58 % vilket kan förbises eftersom det är under 5 %. På grund av att deltagarna i studien var anonyma kunde inte bortfallsanalys utföras vilket kan vara viktigt för att bedöma om deltagarna är representativa för målgruppen. **Inre överensstämmelse (internal consistency)** kan användas för att mäta **reliabiliteten**. I studie IV användes Cronbachs alfa för att mäta detta och resultatet visade på god överensstämmelse.

Validiteten kan vara svår att bestämma, särskilt om det är ett nytt instrument och ingen allmänt accepterad referens (golden standard) finns att jämföra med

Studie V som avsåg att utvärdera påverkan av en utbildningsintervention på distriktssköterskors beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld måste tolkas med mycket stor försiktighet pga. den låga svarsfrekvensen vid uppföljningen. Bortfallet mellan mätningen av beredskapen innan och efter interventionen är stort, 69,44 procent i

interventionsgruppen. Orsaker kan vara att uppföljningen genomfördes efter ganska långt tid dvs. ett år efter interventionen. I Stockholm län är personalomsättningen stor vilket kan ha gjort att många föll bort efter ett år. Av dem som meddelade bortfallsorsaken spontant så uppgav de pensionsavgång, föräldraledighet, sjukdom eller att de bytt arbetsplats.

Trots detta kan man fråga sig om effekterna av interventionen hade visat på större signifikanta förbättringar om mätningen skett redan efter till exempel tre månader. Då det är önskvärt med en beredskap som kvarstår över tid och som gagnar den våldsutsatta kvinnan valdes ändå ett år som uppföljningstid. Bortfallsanalys var inte heller möjlig att göra i studie V på grund av att deltagarna besvarat enkäten anonymt.

10 KLINISK TILLÄMPNING

Resultaten i föreliggande avhandling har satt fokus på förbättringsområden när det gäller distriktssköterskors beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld. Med den författning om Våld i nära relationer, SOSFS 2014:4, som är ett viktigt styrdokument idag vilar ett ansvar både på distriktssköterskan personligen men även på ansvariga inom vården att öka beredskapen.

För att öka beredskapen föreslås följande tillämpning av resultaten i avhandlingen:

- Kontinuerlig utbildning inom området våld i nära relationer bör erbjudas distriktssköterskor och stödjas på chefs- och organisationsnivå
- Tvekanprocessen är lämplig att ta hänsyn till vid utformande av utbildningar om våld i nära relationer
- Distriktssköterskor bör ges möjlighet till träning i att fråga kvinnor om våldsutsatthet och ges tillgång till handledning och stöd under tiden
- Ansvariga för vården bör ta fram och implementera riktlinjer för hur frågan ska ställas, till vem och hur svaret ska tas om hand
- Samverkan med andra aktörer inom området våld mot kvinnor bör på lokal nivå utvecklas för att vara ett stöd vid interventioner riktade till våldsutsatta kvinnor
- Instrumentet Våld mot kvinnor, enkät för distriktssköterskor kan användas som en indikator och för att mäta beredskapen hos distriktssköterskor

11 SLUTSATS

Med stöd av avhandlingens studier dras följande slutsatser:

- Sjuksköterskor och distriktssköterskor i primärvården har otillräcklig beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld i nära relationer vilket de även bekräftar själva samtidigt som de önskar utbildning. Bristerna som finns både på det personliga och på det organisatoriska planet kan allvarligt påverka kvaliteten på mötet och den vård och omvårdnad som erbjuds till kvinnor som utsatts för våld
- Sjuksköterskor och distriktssköterskor i primärvården som skaffar sig kunskap om kvinnor som utsatts för våld i nära relationer känner sig mer förberedda och frågar då också kvinnor i högre grad om våld
- Distriktssköterskor är till stor del inriktade på medicinska lösningar som att hänvisa till läkare då de möter kvinnor som de misstänker eller som de vet har utsatts för våld
- Tvekanprocessen ger ökad förståelse för distriktssköterskors möte med kvinnor som utsatts för våld. Processen är central i mötet och inom ramen för denna finns försvårande och underlättande faktorerna som påverkar om distriktssköterskan frågar eller inte frågar en kvinna om hon utsatts för våld. Distriktssköterskor som blir medvetna om sina misstankar om att en kvinna är utsatt för våld kommer in i tvekanprocessen där de förhandlar med sig själva innan de beslutar om de skall fråga eller inte fråga om våldsutsatthet
- Instrumentet 'The Violence Against Women Health Care Provider Survey' finns nu i en svensk version 'Våld mot kvinnor. Enkät för distriktssköterskor' och som lämpar sig väl för att mäta beredskapen hos distriktssköterskor i Sverige. Det kan i fortsättningen utvecklas och användas vid kommande och förbättrade utbildningsinterventioner
- Utbildningsinterventionen 'Kunskapsnätet' till distriktssköterskor är en innehållsmässigt omfattande utbildning med fokus på distriktssköterskans omvårdnad. Den indikerar en viss förbättring av beredskap att möta kvinnor som utsatts för våld men bör utvecklas pedagogiskt för att passa dagens primärvård så att lärandemålen kan uppnås

12 FORTSATT FORSKNING

Denna avhandling har inriktat sig på en viktig yrkesgrupp i primärvården. Forskning behövs även när det gäller övriga yrkesgrupper samt om samverkan mellan professioner och andra aktörer i samhället.

Fortsatt testning av instrumentet 'Våld mot kvinnor. Enkät för distriktssköterskor' behövs för att undersöka om det kan leda till ett instrument som är enklare att använda och även i mindre sammanhang på lokal nivå. Utbildningsinterventionen "Kunskapsnätet" bör utvecklas och testas ytterligare för att åstadkomma en optimal utbildning som kan bidra till god beredskap att möta våldsutsatta kvinnor och kvalitet på vård och omvårdnad. För att göra utbildning lättillgänglig föreslås även en utveckling av en interaktiv webbutbildning som en grund. Utifrån bakgrunden till avhandlingen och dess resultat bör det också övervägas att i framtiden ge etiska frågeställningar och samtal ett större utrymme både inom forskningen och i utbildningar inom området.

13 SUMMARY IN ENGLISH

Background:

Intimate partner violence is a public health problem worldwide (World Health Organization, 2013), and in Sweden, nearly every second woman reports that she has experienced violence. Such violence can have devastating effects on women's health at many levels, on the health of any children they have and on society (Annerback et al. 2010). When women seek help, they typically turn to the health care system (Heimer et al. 2001), and personnel need to be aware of their responsibility to identify those who have been exposed to violence and to provide them with care. District nurses in Sweden meet women of all ages, and their preparedness to identify those exposed to intimate partner violence is therefore an important issue. It is thus noteworthy that studies show that health care personnel lack sufficient knowledge about intimate partner violence and that there are many factors that prevent nurses from asking women about violence. However, little is known about the preparedness of nurses who work in primary care, about tools for measuring preparedness and about training programs that can help district nurses achieve preparedness. Such knowledge is important so that district nurses can contribute to improving the health of women exposed to intimate partner violence.

General aim:

The general of this thesis was to explore district nurses and nurses' preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence, to contribute to a Swedish instrument that can measure preparedness among district nurses and to evaluate the impact of an educational intervention on district nurses' preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence.

Specific aims and methods:

The thesis includes five studies.

Study I (quantitative) aimed to investigate district nurses/nurses' preparedness to identify and provide nursing care to women exposed to intimate partner violence. Data were collected with a study-specific questionnaire about preparedness (demographic data and experiences, conditions at the organization, personal attitudes and knowledge on intimate partner violence). The questionnaire was distributed to 277 district nurses/nurses at 39 health care centers and completed by 192 (69.3%). Descriptive analysis and logistic regression analysis were used.

Study II (qualitative) aimed to increase understanding of how district nurses experience the encounter with women exposed to intimate partner violence. Grounded theory was used in the collection of data and the analysis of in-depth interviews with 11 district nurses in primary health care.

Study III (qualitative) aimed to describe the process of translating and culturally adapting the Violence Against Women Health Care Provider Survey to measure the preparedness of

district nurses in Sweden (Gutmanis et al. 2007). Guillemin, Bombardier and Beaton's five-step method (1993) was used to translate and adapt the instrument to the Swedish cultural context (Guillemin, Bombardier & Beaton, 1993).

Study IV (quantitative) aimed to evaluate the psychometric properties of the Swedish version of the Violence Against Women Health Care Provider Survey. A total of 538 district nurses from various parts of Sweden were invited to participate in the study; 306 (57%) participated. Descriptive statistics, confirmatory and exploratory factor analysis were used.

Study V (quantitative) aimed to evaluate the impact of an educational intervention on district nurses' preparedness at primary health care centres to encounter women exposed to intimate partner violence. A total of 306 district nurses participated. They were divided into three groups (intervention, control and national). Descriptive statistics, the Kruskal–Wallis test and ANOVA were used to test differences between the three groups at baseline, and the paired student's t-test and the Wilcoxon signed-rank test were used to test differences within groups over time. The Student's t-test and Mann-Whitney test were used to test differences between groups over time. P-values of less than or equal to 0.01 were used to ensure statistical significance. The confidence interval was 95%.

Results:

Study I showed that a total of 86% reported that they were insufficiently prepared to encounter women exposed to intimate partner violence. The age-adjusted model showed a correlation between feeling prepared and asking women about exposure to intimate partner violence (dependent variable). The odds ratio was 6.30 (95% CI 2.02-19.67). In the next step, in which preparedness was used as the dependent variable, those who felt that they were prepared were those who obtained knowledge on their own. Obtaining knowledge on one's own was the only significant independent variable ($p < 0.001$). The odds ratio was 7.53 (95% CI 2.46-29.03).

Study II focused on district nurse's hesitation to ask about IPV and described "the hesitation process" in a theoretical model. District nurses often did not know about women's experiences of exposure to violence. Some district nurses asked if women were exposed to violence, whereas others did not. Typically district nurses hesitated about asking and described both barriers and facilitating factors that influenced their decision to ask.

Study III resulted in a Swedish version of the Violence Against Women Health Care Provider Survey, which included the same number of questions as the English version.

Study IV resulted in a revised model in which four items were removed after item reduction procedure. All four items had correlations under 0.40. A new evaluation showed a satisfactory correlation ranging from 0.40 to 0.97. Cronbach's alpha was 0.68 to 0.71. The overall results of the study support the use of the instrument in the Swedish context to evaluate district nurses' preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence.

Study V showed that district nurses' preparedness was the same in all three groups before the intervention when applying the statistical significance level $p < 0.01$. After the intervention, there was a significant difference in a factor related to preparedness within the intervention group ($p = 0.003$), but when comparing the differences over time between the intervention and control groups, the difference between them was not significant ($p = 0.069$). Otherwise no significant differences were found when comparing the groups' delta values.

Conclusion: Shortcomings were found in district nurses' preparedness to encounter women exposed to intimate partner violence. At the same time, the thesis project provided a greater understanding of the shortcomings that exist and why district nurses hesitate to ask women if they are exposed to violence. The Swedish version of the Violence Against Women Health Care Provider Survey can be used to measure district nurses' preparedness, improvements in preparedness and effects of various interventions regarding preparedness. The educational program might improve preparedness but must be further developed and evaluated in new studies.

14 TILLKÄNNAGIVANDEN

Jag vill uttrycka ett stort tack till alla kollegor och ledare på Akademiskt primärvårdcentrum, Huddinge som jag haft förmånen att arbeta med under tio år. Tack för den stimulerande och kreativa miljö som ni alla bidragit till. Ett mycket varmt tack till alla sjuksköterskor och distriktssköterskor som så villigt och generöst delat med sig av sina erfarenheter genom att besvara enkäter, låta sig intervjuas och delta i utbildningsintervention för att bidra till kunskapsutveckling inom området.

Ett stort tack vill jag också rikta till mina fantastiska medarbetare på Fittja vårdcentral för ert stora tålamod det senaste året.

Ett alldeles särskilt tack vill jag rikta till

Lena Törnkvist, min huvudhandledare, för att du tålmodigt, klokt och vänligt men bestämt guidat mig framåt under min forskarutbildning.

Nouha Saleh-Stattin, min bihandledare, för alla kloka råd och uppmuntran genom åren.

Per Wändell, min bihandledare, för förnuftiga förslag i planering av arbetet och alla förklaringar av de statistiska beräkningarna.

Ingrid Hylander, medförfattare, för din kunskap om grundad teori och excellenta handledning under analysarbetet.

Hassan Alinaghizadeh, medförfattare och statistiker, för ditt expertkunnande i statistiskt och förklaringar av de psykometriska testningarna.

Hans Michélsen, medförfattare, för kunskap och värdefulla synpunkter.

Kimberly Kane, för dina ytterst noggranna granskningar av mina studier och värdefulla kommentarer.

Rebecca Popenoe, min mentor, för att du lyssnat när jag behövde det.

Päivi Kaila, kollega, för att du delade med dig av dina expertkunskaper inom det pedagogiska området och lämnade synpunkter på utbildningsmaterialet.

Liselotte Kuehn, *Helena Sherman*, kollegor och *Jonas Sundborg*, min kära bror, för tid och energi ni lade ner på att översätta från engelska.

Sari Röpötti och *Gunilla Seflin*, experter med mångårig erfarenhet av att arbeta med kvinnor som utsatts för våld, för all tid ni lade ner i Review kommittén och all er erfarenhet och allt kunnande som ni bidrog med.

Tarja Lindell, min vän och ”lätsassyster”, för många korrekturläsningar genom åren.

Elisabeth Bos, *Erika Berggren* och *Annica Lagerin*, kära arbetskamrater och vänner, vad hade jag gjort utan er?

Jonathan och David Fjellving, mina älskade söner, det är er jag lever för. Tack för att ni finns.

Mamma och pappa mina föräldrar, för er ständiga tro på mig som varit min styrka och uppmuntran genom all tid och rymd som skiljer oss åt.

Ni är så många fler som betytt så oerhört mycket för mig och med risk för att jag glömmet att nämna någon så säger jag bara ett varmt tack från djupet av mitt hjärta

Denna avhandling genomfördes på Akademiskt primärvårdcentrum i Stockholms läns landsting, Sektionen för allmänmedicin, Institutionen för neurobiologi, vårdvetenskap och samhälle vid Karolinska Institutet. Arbetet har genomförts med medel från Stockholms läns landsting

15 REFERENSER

- Alsaker, K., Moen, B. E., Nortvedt, M., W., & Baste, V. (2006). Low health-related quality of life among abused women. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 15(6), 959-965. doi: 10.1007/s11136-006-0046-4
- Anderson, D., Saunders, D. (2003). Leaving an abusive partner: An Empirical Review of Predictors, The Process of Leaving, and Psychological Well-Being. *Trauma Violence & Abuse*, 4 (2): 163-191. doi: 10.1177/1524838002250769
- Annerback, E. M., Wingren, G., Svedin, C. G., & Gustafsson, P. A. (2010). Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta paediatrica*, 99(8), 1229-1236. doi: 10.1111/j.1651-2227.2010.01792.x
- Bair-Merritt, M. H., Blackstone, M., & Feudtner, C. (2006). Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review. [Review]. *Pediatrics*, 117(2), e278-290. doi: 10.1542/peds.2005-1473
- Barranti, C. C., & Yuen, F. K. (2008). Intimate partner violence and women with disabilities: toward bringing visibility to an unrecognized population. *Journal of social work in disability & rehabilitation*, 7(2), 115-130.
- Barrett, K. A., O'Day, B., Roche, A., & Carlson, B. L. (2009). Intimate partner violence, health status, and health care access among women with disabilities. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 19(2), 94-100. doi: 10.1016/j.whi.2008.10.005
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84 (2):191-215.
- Bailey, B.A., Daugherty, R.A. (2007). Intimate partner violence during pregnancy: incidence and associated health behaviors in a rural population. *Maternal Child Health*, 11(5); 495-503.
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (2009). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Bengtsson-Tops, A., & Tops, D. (2007). Self-reported consequences and needs for support associated with abuse in female users of psychiatric care. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International journal of mental health nursing*, 16(1), 35-43. doi: 10.1111/j.1447-0349.2006.00442.x
- Beydoun, H.A., Tamim, H., Lincoln, A.M., Dooley, S.D., Beydoun, M.A. (2011). Association of physical violence by an intimate partner around the time of pregnancy with inadequate gestational weight gain. *Social Science Medicine*, 72(6):867-73. doi: 10.1016/j.socscimed.2011.01.006
- Beynon, C. E., Gutmanis, I. A., Tutty, L. M., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2012). Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMC public health*, 12, 473. doi: 10.1186/1471-2458-12-473
- Biggs, J. (2003.) *Teaching for Quality Learning at University – What the Student Does* (2nd Edition) Buckingham: SRHE / Open University Press.

Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. (2008). Chronic disease and health risk behaviors associated with intimate partner violence-18 U.S. states/territories, 2005. *Annals of epidemiology*, 18(7):538-544. doi: 10.1016/j.annepidem.2008.02.005

Brottsförebyggande rådet. (2011). *Det dödliga våldets utveckling*. (Rapport 2011:5). Stockholm: Brottsförebyggande rådet.

Brottsoffermyndigheten. (2001). *Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfångsundersökning i Umeå kommun*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.

Brykczynski, K. (2012). Clarifying, affirming, and preserving the nurse in nurse practitioner education and practice. *Journal of American Academic Nurse Practitioner*, 24 (9): 554-64. doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00738.x

Caetano, R., McGrath, C., Ramisetty-Milker, S., & Field, C.A. (2005). Drinking, alcohol problems and the five-year recurrence and incidence of male and to female and female to male partner violence. *Alcohol Clinical Experiences Research*, 29 (1): 98-106. doi: 10.1097/01.ALC.0000150015.84381.63

Caminiti, C., Diodati, F., Filiberti, S., Marcomini, B., Annunziata, M., Ollari, M., & Passalacqua, R. (2010). Cross-cultural adaptation and patients' judgements of a Question Prompt List for Italian, speaking cancer patients. *Health Services Research*, 10 (16). doi: 10.1186/1472-6963-10-16

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. [Review]. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336. doi: 10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Campbell, J. C., Coben, J. H., McLoughlin, E., Dearwater, S., Nah, G., Glass, N., & Durborow, N. (2001). An evaluation of a system-change training model to improve emergency department response to battered women. [Clinical Trial Multicenter Study Randomized Controlled Trial. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Academic emergency medicine : official journal of the Society for Academic Emergency Medicine*, 8(2), 131-138.

Campbell, J., Pliska, M., Taylor, W., & Sheridan, D. (1994). Battered women's experiences in the emergency department. *Journal of emergency nursing*, 20 (4): 280-288.

Catallo, C., Jack, S., Ciliska, D., & MacMillan, H. (2013). Minimizing risk of intrusion: a grounded theory of intimate partner violence disclosure in emergency departments. *Journal of advanced nursing*, 69(6):1366-76. doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06128.x

Chang, J. C., Decker, M. R., Moracco, K. E., Martin, S. L., Petersen, R., & Frasier, P. Y. (2005). Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Patient education and counseling*, 59(2), 141-147. doi: 10.1016/j.pec.2004.10.008

Chambliss, L.R. (2008). Intimate partner violence and its implications for pregnancy. *Clinical Obstetric and Gynecology*, 51 (2):385-97. doi: 10.1097/GRF.0b013e31816f29ce

Charmaz, K. (2010). *Constructing Grounded Theory* (2nd edition). London: Sage Publications.

Coker, A. L. (2006). Preventing intimate partner violence: how we will rise to this challenge. [Comment Editorial]. *American journal of preventive medicine*, 30(6), 528-529. doi: 10.1016/j.amepre.2006.03.002

- Coker, A. L., Smith, P. H., & Fadden, M. K. (2005). Intimate partner violence and disabilities among women attending family practice clinics. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of women's health*, 14(9), 829-838. doi: 10.1089/jwh.2005.14.829
- Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., & Davis, K. E. (2002). Social support protects against the negative effects of partner violence on mental health. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 11(5), 465-476. doi: 10.1089/15246090260137644
- Cooper, C., Selwood, A., & Livingston, G. (2008). The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review. [Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Age and ageing*, 37(2), 151-160. doi: 10.1093/ageing/afm194
- Crofford, L. J. (2007). Violence, stress, and somatic syndromes. [Review]. *Trauma, violence & abuse*, 8(3), 299-313. doi: 10.1177/1524838007303196
- Dahl, B. M., Clancy, A., & Andrews, T. (2014). The meaning of ethically charged encounters and their possible influence on professional identity in Norwegian public health nursing: a phenomenological hermeneutic study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Scandinavian journal of caring sciences*, 28(3), 600-608. doi: 10.1111/scs.12089
- Dahlberg, K., Todres, L., & Galvin, K. (2009). Lifeworld-led healthcare is more than patient-led care: an existential view of well-being. *Medical Health Care and Philosophy*, 12(3):265-71. doi: 10.1007/s11019-008-9174-7
- Dahlberg, K. (2002). The unnecessary suffering from care. *Vård i Norden*, 63(22), 1:4-8.
- Danielsson, I., Blom, H., Nilsson, C., Heimer, G., & Hogberg, U. (2009). Gendered patterns of high violence exposure among Swedish youth. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 88(5), 528-535. doi: 10.1080/00016340902846056
- Davila, Y. R. (2006). Increasing nurses' knowledge and skills for enhanced response to intimate partner violence. [Evaluation Studies Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of continuing education in nursing*, 37(4), 171-177.
- Davidson, L.L., Grisso, J.A., Garcia-Moreno, C., Garcia, J., King, V.J., & Marchant, S. (2001). Training programs for health care professionals in domestic violence. *Journal for Womens Health Gendered Based Medicine*, 10 (10):953-69. doi:10.1089/152460901317193530
- Dickson, F., & Tutty, L.M. (1998). The development of a measure of public health nurses' practice responses to women who are abused. *Journal of Nursing Measurement*, 6 (1), 87-103.
- Dienemann, J., Campbell, J., Wiederhorn, N., Laughon, K., & Jordan, E. (2003). A critical pathway for intimate partner violence across the continuum of care. [Multicenter Study Research Support, U.S. Gov't, Non-P.H.S. Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 32(5), 594-603.
- Distriktssköterskeföreningen i Sverige (2008). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska med specialistsjuksköterskeexamen till distriktssköterska*. Tillgänglig: <http://www.swenurse.se/Sa-tycker-vi/Publikationer/Kompetensbeskrivningar-och-riktlinjer/Distriktsskoterska/>.
- Dixon, L., Graham-Kevan, N. (2011). Understanding the nature and ethology of intimate partner violence and implications for practice and policy. *Clinical Psychology Review* 31, 1145–1155. doi:10.1016/j.cpr.2011.07.001

Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Williamson, D.F., Dube, S.R., Brown, D.W., & Giles, W.H. (2005). Childhood residential mobility and multiple health risks during adolescence and adulthood: the hidden role of adverse childhood experiences. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 159(12):1104-10.

Drossman, D.A., Talley, N.J., Leserman, J., Olden, K.W., & Barreiro, M.A. (1995). Sexual and physical abuse and gastrointestinal illness. Review and recommendations. *Journal of Annals Internal Medicine*, 15:123(10):782-94. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00007

Edwardsen, E.A., Pless, N., Fiscella, K.A., Horwitz, S.H., & Meldrum, S.C. (2004). Pilot educational outreach project on partner violence. *Preventive Medicine*, 39 (3):536-542. doi:10.1016/j.ypmed.2004.02.011

El-Bassel, N., McGrath, C., Ramisetty-Milker, S., & Field C.A. (2005). Relationship between drug abuse and intimate partner violence: A longitudinal study among women receiving methadone. *American Journal of Public Health*, 95 (3):465-470. doi:10.2105/AJPH.2003.023200

Ellsberg, M.C. (2006). Violence against women: A global public health crisis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34:1-4. doi: 10.1080/14034940500494941.

Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Lancet*, 371(9619), 1165-1172. doi: 10.1016/S0140-6736(08)60522-X

Elo, S.K., Kanste, M., Pölkki, T., Utriainen, K., & Kyngäs, H. (2014). Qualitative Content Analysis; A Focus on Trustworthiness. *SAGE Open*, 1-10. doi: 10.1177/2158244014522633

Enander, V., & Holmberg, C. (2008). Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health care for women international*, 29(3), 200-226. doi: 10.1080/07399330801913802

Epstein, J., Santo, R., Guillemin, F. (2015). A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. *Journal of Clinical Epidemiology*, 68:435-441.

Eriksson, K.(2001). *Den lidande människan* (2:a upplagan) Stockholm: Liber.

Faisal-Cury, A., Menezes, P.R., Lucas d'Olivera, A.F., Schraiber, L., B., & Lopes, C.,S. (2012). Temporal Relationship Between Intimate Partner Violence and Postpartum Depression in a Sample of Low Income Women. *Maternal Children Health Journal*, doi:10.1007/s10995-012-3

Fanslow, J. L., & Robinson, E. M. (2011). Physical injuries resulting from intimate partner violence and disclosure to healthcare providers: results from a New Zealand population-based study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Injury prevention : journal of the International Society for Child and Adolescent Injury Prevention*, 17(1), 37-42. doi: 10.1136/ip.2009.026104

Fawcett, J. (2005). *Contemporary Nursing Knowledge. Analysis and Evaluation of Nursing Models and Theories*. (2nd edition). Philadelphia: Davids Company.

Feingold, A., Kerr, D. C., & Capaldi, D. M. (2008). Associations of substance use problems with intimate partner violence for at-risk men in long-term relationships. [Research Support,

N.I.H., Extramural]. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association*, 22(3), 429-438. doi: 10.1037/0893-3200.22.3.429

Felitti, V.J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatric*, 9(3):131-2. doi: 10.1016/j.acap.2009.03.001.

Fernbrant, C., Essen, B., Ostergren, P. O., & Cantor-Graae, E. (2011). Perceived threat of violence and exposure to physical violence against foreign-born women: a Swedish population-based study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21(3), 206-213. doi: 10.1016/j.whi.2010.12.001

Frost, M. (1999). Health visitors' perceptions of domestic violence: the private nature of the problem. *Journal of advanced nursing*, 30 (3), 589-596.

Foss, B., & Nåden, D. (2009). Janice Morse' Theory of Suffering – a Discussion in a Caring Science Perspective. *Vård i Norden*, 91(29), 1:14-18.

Furniss, K., McCaffrey, M., Parnell, V., & Rovi, S. (2007). Nurses and barriers to screening for intimate partner violence. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 32(4), 238-243. doi: 10.1097/01.NMC.0000281964.45905.89

Gilbert, L., El-Bassel, N., Chang, M., Wu, E., & Roy, L. (2012). Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2):226-35. doi: 10.1037/a0025869

Gadomski, A. M., Wolff, D., Tripp, M., Lewis, C., & Short, L. M. (2001). Changes in health care providers' knowledge, attitudes, beliefs, and behaviors regarding domestic violence, following a multifaceted intervention. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Academic medicine : journal of the Association of American Medical Colleges*, 76(10), 1045-1052.

Glaser B.G., & Strauss, A.L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory; Strategies for Qualitative Research*. Chicago: Aldine Pub.co.

Goldblatt, H. (2009). Caring for abused women: impact on nurses' professional and personal life experiences. *Journal of advanced nursing*, 65(8), 1645-1654. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05019.x

Goldblatt, H., Buchbinder, E., Eisikovits, Z., & Arizon-Mesinger, I. (2009). Between the professional and the private: the meaning of working with intimate partner violence in social workers' private lives. *Violence against women*, 15(3), 362-384. doi: 10.1177/1077801208330436

Grejsing, L., Caplehorn, J., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10, (13). doi: 10.1186/1471-2288-10-13

Grotle, M., Brox, J., & Vollestad, N.K. (2003). Cross-cultural adaptation of the Norwegian versions of the Roland-Morris Disability Questionnaire and the Oswestry Disability Index. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35 (5): 241-7. doi: 10.1080/16501970306094

Guillemin, F., Bombardier, C., & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: Literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.

- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C.N., & MacMillan, H.L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7. doi: 1471-2458-7-12
- Hegarty, K.L., Gunn, J., Chondros, P., & Small, R. (2004) Association between depression and abuse by partners of women attending general practice: descriptive, cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 328:621-624.
- Heimer, G., Björck, A., & Kunosson, C. (2014). *Våldsutsatta kvinnor-samhällets ansvar* (3:dje upplagan). Lund: Studentlitteratur.
- Henderson, A. (2001). Factors Influencing Nurses' Responses to Abused Women: What They Say They Do and Why They Say They Do It. *Journal of Interpersonal Violence*, 2001, (13):1284-1305. doi: 10.1177/088626001012004
- Hinderliter, D., Doughty, A.S., Delaney, K., Pitula, C.R., & Campbell, J. (2003). The effect of intimate partner violence education on nurse practitioners' feelings of competence and ability to screen patients. *Journal of Nursing Education*, 42, 449-454.
- Holmberg, C., Stjernqvist, U., & Sörensen, E. (2005) *Våldsamt lika och olika: om våld i samkönade parrelationer*. Stockholm: Centrum för Genusstudier, Stockholms universitet.
- Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797-810. doi: 10.1016/j.chiabu.2008.02.004
- Husso, M., Virkki, T., Notko, M., Holma, J., Laitila, A., & Mäntysaari, M. (2012). Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health and Social Care in Community*, 20(4):347-55. doi: 10.1111/j.1365-2524.2011.01034.x
- Hydén, M. (1999). *The world of the fearful: Battered women's narratives of leaving abusive husbands*. *Feminism & Psychology*, 9, 449-469.
- Hydén, M (1994). *Woman battering as marital act: The construction of a violent marriage*. Oslo: Scandinavian University Press.
- Hägglom, A. M., Hallberg, L. R., & Moller, A. R. (2005). Nurses' attitudes and practices towards abused women. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Nursing & health sciences*, 7(4), 235-242. doi: 10.1111/j.1442-2018.2005.00242.x
- Hägglom, A. M., & Moller, A. R. (2006). On a life-saving mission: Nurses' willingness to encounter with intimate partner abuse. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Qualitative health research*, 16(8), 1075-1090. doi: 10.1177/1049732306292086
- Jaquier, V., Hellmuth, J. C., & Sullivan, T. P. (2013). Posttraumatic stress and depression symptoms as correlates of deliberate self-harm among community women experiencing intimate partner violence. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychiatry research*, 206(1), 37-42. doi: 10.1016/j.psychres.2012.09.020
- Johannesen, M., & LoGiudice, D. (2013). Elder abuse: a systematic review of risk factors in community-dwelling elders. [Review]. *Age and ageing*, 42(3), 292-298. doi: 10.1093/ageing/afs195
- Johnston, B. (2006). Intimate Partner Violence Screening and Treatment: The Importance of Nursing Caring Behaviors. *Journal of Forensic Nursing*. 2 (4): 184-188.
- Justitiedepartementet. (2005). *Patriarkalt våld som ett hot mot mänsklig säkerhet*. Tillgänglig:

<http://www.regeringen.se/contentassets/d8d7512f54bd4ac1b15a4d6287d72374/patriarkalt-vald-som-hot-mot-mansklig-sakerhet>.

Jöreskog, K. G., Sörbom D. (1979). *Advances in factor analysis and structural equation models*, edited by Jay Magidson, Cambridge, Mass.: Abt Books.

Jöreskog, K.G. (1969). *A general approach to confirmatory maximum likelihood factor analysis*. *Psychometrika*, 34, 183-202.

Kasén, A., Nordman, T., Lindholm, T., & Eriksson, K. (2008). When patient suffers from care – nurses' characterization of patients' suffering related to care. *Vård i Norden*, 88 (28),2:4-8.

Kearney, M.H., Munro, B.H., Kelly,U., & Hawkins, J.W. (2004). Health behaviors as mediators for effect of partner abuse on infant birth weight. *Nursing Research*, 53(1):36-45.

Klingbeil, C.G., Johnson, N.L., Totka, J.P., & Doyle. L. (2009). How to Select The Correct Education Strategy. *Journal for nurses in staff development*, 25 (6):287-291. Doi: 10.1097/NND.0b013e3181c2656b.

Kramer, A., Lorenzon, D., & Mueller, G. (2004). Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. [Multicenter StudyResearch Support, Non-U.S. Gov't]. *Women's health issues : official publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 14(1), 19-29. doi: 10.1016/j.whi.2003.12.002

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. [Review]. *Lancet*, 360(9339), 1083-1088. doi: 10.1016/S0140-6736(02)11133-0

Larkin, G. L., Rolniak, S., Hyman, K. B., MacLeod, B. A., & Savage, R. (2000). Effect of an administrative intervention on rates of screening for domestic violence in an urban emergency department. [Clinical Trial Controlled Clinical Trial]. *American journal of public health*, 90(9), 1444-1448.

Leserman, J., Drossman, D.A. (2007). Relationship of abuse history to functional gastrointestinal disorders and symptoms: Some possible mediating mechanisms. *Trauma Violence Abuse*, 8 (3):331-43.

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

Levinas, E. (1988), *Entres Nous – Thinking of the Other (European perspectives)*. Columbia: Columbia University Press.

Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S.S., Römken, R., Hezemans, D., & Lagro-Janssen, T. (2007). Talking matters: Abused women's view on disclosure of partner abuse to the family doctor and its role in handling the abuse. *Patient Education and Counseling*, 70 (3) :386-394. doi:10.1016/j.pec.2007.11.013

Lo Fo Wong, S., Wester, F., Mol, S.S., & Lagro-Janssen, T.L. (2006). Increased awareness of intimate partner abuse after training: a randomised controlled trial. *British Journal of General Practice*, 56 (525):249-57

- Lutenbacher, M., Cohen, A., & Mitzel, J. (2003). Do We Really Help? Perspectives of Abused Women. *Public Health Nursing*, 20 (1):55-64. doi: 10.1046/j.1525-1446.2003.20108
- Lundgren, E. (1991). *Våldets normaliseringsprocess: Två parter-två stragier*. Stockholm:Riskorganisationen för kvinnojourer i Sverige.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., & Kalliokoski, A-M.(2001). *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige - en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten och Uppsala: Uppsala Universitet.
- Lögstrup, K.E. (1994). *Det etiska kravet*. Göteborg:Daidalos.
- MacCallum, R.C. (1986). Specification searches in covariance structure modeling. *Psychological Bulletin*, 100, 107-120.
- McCauley, J., Kern, D.E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A.F., DeChant, H.K., Ryden, J., Bass, E.B., & Derogatis, L.R. (1995). The Battering Syndrome”: prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals Internal Medicine*, 15;123 (10): 73-46. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001
- McColgan, M.D., Cruz, M. McKee, J., Dempsey, S.H., Davis, M.B., Barry, P., Yoder A.L., & Giardino, A.P. (2010). Results of a multifaceted Intimate Partner Violence training program for pediatric residents. *Child Abuse & Neglect*, 34 (4):275-283. doi:10.1016/j.chiabu.2009.07.008
- McLaughlin, J., O'Carroll, R. E., & O'Connor, R. C. (2012). Intimate partner abuse and suicidality: a systematic review. [Comparative Study Research Support, Non-U.S. Gov't Review]. *Clinical psychology review*, 32(8), 677-689. doi: 10.1016/j.cpr.2012.08.002
- Monahan, K., & O'Leary, K. D. (1999). Head injury and battered women: an initial inquiry. [Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Health & social work*, 24(4), 269-278.
- Montero, I., Escriba, V., Ruiz-Perez, I., Vives-Cases, C., Martin-Baena, D., Talavera, M., & Plazaola, J. (2011). Interpersonal violence and women's psychological well-being. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of women's health*, 20(2), 295-301. doi: 10.1089/jwh.2010.2136
- Moore, M. L., Zaccaro, D., & Parsons, L. H. (1998). Attitudes and practices of registered nurses toward women who have experienced abuse/domestic violence. [Comparative Study Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 27(2), 175-182.
- Morse, J.M. (2001). Toward a Praxis Theory of suffering. *Advanced in nursing Science*, 24(1), 47-59.
- Murphy, C. C., Schei, B., Myhr, T. L., & Du Mont, J. (2001). Abuse: a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov't]. *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne*, 164(11), 1567-1572.
- Muthén, L.K. and Muthén, B.O. (1998). *Mplus user's guide*. Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.

- Natan, M.B., & Rais, I. (2010). Knowledge and attitudes of nurses regarding domestic violence and their effect on the identification of battered women. *Journal of Trauma Nursing*, 17 (2): 112-7. doi: 10.1097/JTN.0b013e3181e736db
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2006). Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor. Nationell kartläggning. Uppsala: Uppsala Universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2009). Delrapport 1. Kartläggning av fristående universitets- och högskolekurser i ämnet mäns våld mot kvinnor. Uppsala: Uppsala universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2010). Delrapport 2. Nationell kartläggning om hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor. NCK-rapport 2010:3.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa.* (NCK-rapport 2014:1). Uppsala: Uppsala universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt.* (NCK-rapport 2009:2). Uppsala: Uppsala universitet.
- Naumann, P., Langford, D., Torres, S., Campbell, J., & Glass, N. (1999). Women battering in primary care practice. [Review]. *Family practice*, 16(4), 343-352.
- Nayak, M., Byrne, C., Martin, M., Abraham. (2003). Attitudes Toward Violence Against Women: A Cross-Nation Study. *Sexual Roles*, 49 (7/8):333-342.
- Nelms, T.P. (1999). An educational program to examine emergency nurses' attitudes and enhance caring intervention with battered women. *Journal of Emergency Nursing*, 25 (4): 290-293. doi:10.1016/S0099-1767(99)70055-3
- Nicolaidis, C. (2002). The Voices of Survivors Documentary. Using Patient Narrative to Educate Physicians About Domestic Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 17(2):117-124. doi:10.1046/j.1525-1497.2002.10713.x
- Nicolaidis, C., Curry, M.A., & Gerrity, M. (2005). Measuring the Impact of the Voices of Survivors Program on Health Care Workers' Attitudes Toward Survivors of Intimate Partner Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 20: 731-737. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0141.x
- O'Doherty, L. J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. [Meta-Analysis Research Support, Non-U.S. Gov'tReview]. *BMJ*, 348, g2913. doi: 10.1136/bmj.g2913
- Olive, P. (2007). Care for emergency department patients who have experienced domestic violence: a review of the evidence base. [Review]. *Journal of clinical nursing*, 16(9), 1736-1748. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.01746.x
- Padua, R., Padua, L., Ceccarelli, E., Romanini, E., Bondi, R., Zanolli, G., & Campi, A. (2001). Cross-cultural Adaptaion of the Lumbar North America Spince Society Questionnaire for Italina-Speaking Patients With Lumbar Spinal Disease. *Spine*, 26 (15): 344-347.
- Patserson, J.G., Zderad, L.T. (1988). *Humanistic nursing.* (2nd edition). New York: national League for Nursing.

- Plichta, S. B. (2007). Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: policy and practice implications. *Trauma, violence & abuse*, 8(2), 226-239. doi: 10.1177/1524838007301220
- Prozman, G. J., Jansen, S. J., Lo Fo Wong, S. H., & Lagro-Janssen, A. L. (2011). Prevalence of intimate partner violence among migrant and native women attending general practice and the association between intimate partner violence and depression. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Family practice*, 28(3), 267-271. doi: 10.1093/fampra/cmq117
- Protheroe, L., Green, J., Spiby, H. (2004). An interview of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20, (1):94-103. doi:10.1016/j.midw.2003.08.001
- Regeringskansliet. (2015). *Jämställdhet*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/regeringspolitik/jamstallldhet/mal-for-jamstallldhet/>.
- Regeringskansliet. (2005). *Makt att forma samhället och sitt eget liv – nya mål i jämställdhetspolitiken*. Tillgänglig:<http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2006/03/prop.-200506155/>.
- Rees, S., Silove, D., Chey, T., Ivancic, L., Steel, Z., Creamer, M., & Forbes, D. (2011). Lifetime prevalence of gender-based violence in women and the relationship with mental disorders and psychosocial function. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *JAMA*, 306(5), 513-521. doi: 10.1001/jama.2011.1098
- Rest, J. Narvaez, D. (1994). *Moral Development in the Profession: Psychology and Applied Ethics*. Hove: Psychology Press.
- Rest, J., Narvaez, D., Bebeau, M.J., & Thoma, S.J. (1999). *Postconventional Moral Thinking: A Neo-kohlbergian Approach*. Hove: Psychology Press.
- Richardson, J., Coid, J., Petruckevitch, A., Chung, W. S., Moorey, S., & Feder, G. (2002). Identifying domestic violence: cross sectional study in primary care. [Multicenter Study Research Support, Non-U.S. Gov't]. *BMJ*, 324(7332), 274.
- Roark, S. V. (2010). Intimate partner violence: screening and intervention in the health care setting. *Journal of continuing education in nursing*, 41(11), 490-495; quiz 496-497. doi: 10.3928/00220124-20100601-02
- Robinson, R. (2010). Myths and Stereotypes. How registered Nurses Screen for Intimate Partner Violence. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (6):572-576. doi:10.1016/j.jen.2009.09.008
- Rådestad, I., Rubertsson, C., Ebeling, M., & Hildingsson, I. (2004). What Factors in Early Pregnancy Indicate that the Mother Will Be Hit by Her Partner during the Year after Childbirth. *Birth Issues in Perinatal Care*, 31 (2):84. doi. 10.1111/j.0730-7659.2004.00285.x
- Råholm, M-B., Thorkildsen, K. & Löfmark, A. (2009). Translation of the Nursing Clinical Facilitators Questionnaire (NCFQ) to Norwegian language. *Nurse Education in Practice*, 10 (4): 196-200. doi: 10.1016/j.nepr.2009.08.005
- Salmon, D, Murphy, S., Baird, K., & Price, S. (2005). An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*, 22 (1):6-14. doi: 10.1016/j.midw.2005.05.02
- Sandman, L. Kjellström, S. (2013). *Etikboken. Etik för vårdande yrken*. Lund: Studentlitteratur.

- Scheffer Lindgren, M., & Renck, B. (2008). 'It is still so deep-seated, the fear': psychological stress reactions as consequences of intimate partner violence. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 15(3), 219-228. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01215.x
- Schoening, A. M., Greenwood, J. L., McNichols, J. A., Heermann, J. A., & Agrawal, S. (2004). Effect of an intimate partner violence educational program on the attitudes of nurses. [Comparative Study]. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing : JOGNN / NAACOG*, 33(5), 572-579.
- Shah, P.S., & Shah, J. (2010). Knowledge synthesis group determinants of preterm/LBW births. Maternal exposure to domestic violence and pregnancy and birth outcomes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Women Health*, 19 (11):2017-2031. doi: 10.1089/jwh.2010.2051
- Short, L., Apert, E., Harris, J., & Surprenant, J. (2006). A tool for measuring physicians readiness to manage intimate partner violence. *American journal of Preventative Medicine*, 30 (2):173-180.
- Scott-Storey, K., Wuest, J., & Ford-Gilboe, M. (2009). Intimate partner violence and cardiovascular risk: is there a link? [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of advanced nursing*, 65(10), 2186-2197.
- Shepard, M. F., Elliott, B. A., Falk, D. R., & Regal, R. R. (1999). Public health nurses' responses to domestic violence: a report from the Enhanced Domestic Abuse Intervention Project. [Comparative Study Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Public health nursing*, 16(5), 359-366.
- Socialdepartementet. (2001). *Barnmisshandel att förebygga och åtgärda* (SOU 2001:72). Stockholm: Fritzes.
- Socialdepartementet. (1997). *Kvinnofrid*. (Proposition 1997/98:55). Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/1998/02/prop.-19979855/>.
- Socialstyrelsen. (2014). *Blånader och silverhår. Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2014). *Ensam och utsatt – utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med utländsk bakgrund*. Stockholm: Kopiecenter.
- Socialstyrelsen (2011). *Skylla sig själv? Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor i missbruk*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2011). *Sällan sedda. Utbildningsmaterial om våld mot kvinnor med funktionshinder*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2005). *När mamma blir slagen. Att hjälpa barn som levt med våld i familjen*. Tillgänglig: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/10191/2005-131-9_20051319.pdf.
- Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4). Stockholm: Edita Brobergs.

Spargue, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N.K., Bhandari, M., & Goslings, J.C. (2012). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women and Health*, 52:587-605. doi:10.1080/03630242.2012.690840

Stenson, K., & Heimer, G. (2008). Prevalence of Experiences of partner violence among female health staff. Relevance to Awareness and Action When Meeting Abused Women Patients. *Women's Health Issues*. 18 (2):141-149. doi: 10.1016/j.whi.2007.12.003

Stinson, C., & Robinson, R. (2006). Intimate Partner Violence: Continuing Education for Registered Nurses. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 37 (2): 58-63.

Subramanian, S. V., Ackerson, L. K., Subramanyam, M. A., & Wright, R. J. (2007). Domestic violence is associated with adult and childhood asthma prevalence in India. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *International journal of epidemiology*, 36(3), 569-579. doi: 10.1093/ije/dym007

Suglia, S. F., Ryan, L., Laden, F., Dockery, D. W., & Wright, R. J. (2008). Violence exposure, a chronic psychosocial stressor, and childhood lung function. [Research Support, N.I.H., Extramural Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Psychosomatic medicine*, 70(2), 160-169. doi: 10.1097/PSY.0b013e318160687c

Sundin, K., Axelsson, K., Jansson, L., & Norberg, A. (2000). Suffering from Care as Expressed in Narratives of Former Patients in Somatic Wards. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 14(1):16-22. doi: 10.1111/j.1471-6712.2000.tb00556.x

Sutherland, C., Bybee, D., & Sullivan, C. (1998). The long-term effects of battering on women's health. [Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, U.S. Gov't, P.H.S.]. *Women's health*, 4(1), 41-70.

Svensk författningssamling (2001). Socialtjänstlag. (SFS 2001:453).

Svavarsdottir, E. K., & Orlygsdottir, B. (2009). Intimate partner abuse factors associated with women's health: a general population study. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of advanced nursing*, 65(7), 1452-1462. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05006.x

Tam, S., Joyce, D., Gerber, M. R., & Tan, A. (2010). Head and neck injuries in adult victims of intimate-partner violence. *Journal of otolaryngology - head & neck surgery = Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale*, 39(6), 737-743.

Todres, L., Galvin, K., & Dahlberg, K. (2007). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care and Philosophy*, (10): 53-63. doi: 10.1007/s11019-006-9012-8

Tufts, K., Clements, P., & Karlowicz, K.A. (2009). Integrating intimate partner violence content across curricula; developing a new generation of nurse educators. *Nurse Education Today*, 29(1):40-47. doi:10.1016/j.nedt.2008.06.005

United Nations. (1995). *Fourth World Conference on Women*.
Tillgänglig:<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/platform/> .

United Nations. (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*
Tillgänglig:<http://www.unhcr.ch/huridocda/huridoca.nsf/%28Symbol%29/A.RES.48.104.En>

United Nations. (1990). *Convention on the rights of the children*. Tillgänglig:
<http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CRC.aspx>.

- Varvaro, F., & Gesmond, S. (1997). ED Physicians house staff response to training on domestic violence. *Journal of emergency nursing*, 23(1):17-22. doi:10.1016/S0099-1767(97)90054-4
- Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M. T., Escriba-Aguir, V., & Miralles, J. J. (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. [Research Support, Non-U.S. Gov't]. *Journal of public health*, 33(1), 15-21. doi: 10.1093/pubmed/fdq101
- Wallace, A. (2002). Domestic violence: an education programme for hospital staff. *The journal of family health care*, 12(3), 65-67.
- Wathen, C.N., Tanaka, M., Catallo, C., Lebner, A.C., Friedman, M.K., Hanson, M.D., Freeman, C., Jack, S.M., Jamieson, E., MacMillan, H.L., McMaster. (2009). Are clinicians being prepared to care for abused women? A survey of health professional education in Ontario, Canada. *BMC Medical Education*, 18 (9):34. doi: 10.1186/1472-6920-9-34
- Widerberg, K. (1980). *Kvinnor, klasser och lagar 1750-1980*. Stockholm: Liber.
- Wuest, J., Merrit-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., Campbell, J.C. (2008) Chronic pain in women survivors of intimate partner violence. *The Journal of Pain*, 9 (11); 1049-75. doi: 10.1016/j.jpain.2008.06.009
- Wolf, Z. R., & Zuzelo, P. R. (2006). "Never again" stories of nurses: dilemmas in nursing practice. *Qualitative health research*, 16(9), 1191-1206. doi: 10.1177/1049732306292544
- Wood, S. L., & Sommers, M. S. (2011). Consequences of intimate partner violence on child witnesses: a systematic review of the literature. [Comparative Study Review]. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 24(4), 223-236. doi: 10.1111/j.1744-6171.2011.00302.x
- Woodtli, M. A. (2000). Domestic violence and the nursing curriculum: tuning in and tuning up. *The Journal of nursing education*, 39(4), 173-182.
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Tillgänglig: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85241/1/WHO_RHR_HRP_13.06_eng.pdf?ua=1.
- World Health Organization. (2004). *The economic dimensions of interpersonal violence*. Geneve.
- Qvist, G (1978). *Konsten att blifva en god flicka: Kvinnohistoriska uppsatser*. Stockholm: Liber.
- Östlund, U., Gustavsson, P., Furst. (2006). Translation and cultural adaptation of the Piper Fatigue Scale for use in Sweden. *European Journal of Oncology Nursing*, 11(2):133-40. doi:10.1016/j.ejon.2006.04.034