



UTDRAG UR NCK-RAPPORT 2010:04 / ISSN 1654-7195

ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSATTHET SOM EN DEL AV ANAMNESEN

Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer

Anna T Höglund

Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relationer

Anna T Höglund

Att rutinmässigt tillfråga kvinnor om erfarenheter av våld i nära relationer väcker många etiska frågor. Att vårdpersonal dagligen upplever etiska dilemman i sin yrkesutövning är välkänt. Vanligt förekommande dilemman i vården kan handla om en svårbedömbart symtombild, osäkerhet, kommunikationsproblem eller prioriteringar och brist på resurser.¹ Att arbeta med människor som är sjuka eller i behov av hjälp och stöd ställer ofta stora krav på etiskt omdöme. Etik har således alltid varit en viktig del av hälso- och sjukvårdspersonalens arbete. Forskning har emellertid visat att de etiska kraven på vårdpersonal i allmänhet har ökat de senaste decennierna. Orsakerna är flera, men ofta brukar man peka på att det hänger samman med den snabba utvecklingen av biomedicinsk kunskap och teknologi, en förändrad demografi med en ökande andel äldre i befolkningen, samt krympande resurser till vård och omsorg.² Det är rimligt att anta att utökad kunskap om förekomsten av våld i nära relationer väcker nya etiska frågor och ställer utökade etiska krav på vårdpersonal av olika kategorier.

Etik handlar om frågor kring hur vi bör leva våra liv och vad som är rätt och fel, gott och ont. Enligt vedertagna definitioner står begreppet *moral* för människors uppfattningar, ställningstaganden och ageranden i svåra situationer, medan *etik* betecknar reflektionen över och det teoretiska resonemanget kring moralisk praxis.³ Ursprungligen har de två orden ungefär samma betydelse (sed, sedvänja), men det ena (*moral*) är lånat från latinet och det andra (*etik*) från grekiskan. Mot denna bakgrund kan man hävda att det ofta är berättigat att använda begreppen synonymt.

Etiska beslut tas ständigt av personal inom vården, ofta momentant och intuitivt, utan någon medveten etisk reflektion. Men i svåra etiska dilemman kan en djupare etisk reflektion och argumentation krävas. Till stöd i sådana situationer finns i dag väl

etablerade etiska principer inom hälso- och sjukvården, som ska fungera som riktlinjer för det konkreta arbetet. De arbetades fram av de amerikanska forskarna Tom Beauchamp och James Childress på 1970-talet och är fyra till antalet, nämligen *autonomiprincipen*, *principen att göra gott*, *principen att inte skada* och *rättvisprincipen*.⁴

Autonomiprincipen innebär att patienten har rätt att vara med och bestämma om vilken vård och behandling som ska sättas in för honom/henne. Principerna om att göra gott och inte skada står för att vårdgivaren i varje situation ska väga aktuell risk med en behandling mot den framtida nyttan av densamma; i varje situation ska man alltså sträva efter att maximera de goda och minimera de dåliga konsekvenserna av sina handlingar. Rättvisprincipen, slutligen, innebär dels att vårdens resurser ska fördelas efter behov, dels att alla patienter ska behandlas lika, det vill säga utifrån sina medicinska behov och inte utifrån faktorer som genus, etnicitet, sexualitet, funktionshinder eller ålder.

Tanken är att dessa fyra principer ska vara till praktisk nytta vid medicinska och omvårdnadsetiska beslut på klinisk nivå och att de kan alternera i viktighetsgrad, på så sätt att någon princip kan ges företräde beroende på situationen och någon annan överträdas med hänvisning till en annan princip. De fyra principerna bygger på väl etablerade teoritraditioner inom moralfilosofin, nämligen distinktionen mellan så kallad pliktetik (*deontologi*) och konsekvensetik (varav den mest välkända formen är *utilitarismen*). Autonomi- och rättvisprincipen är pliktetiska och bör i det ideala fallet uppfyllas oavsett vilka konsekvenser de ger. Principerna om att göra gott och inte skada är konsekvensetiska eller utilitaristiska till sin karaktär och bygger på en avvägning av nytta och risker, där det goda ska maximeras och negativa konsekvenser minimeras. I hög grad återspeglas dessa etiska principer i yrkesetiska koder för olika kategorier vårdpersonal, till exempel i den etiska kod som tagits fram av internationella sjuksköterskeföreningen, International Council of Nurses (ICN), liksom i den etiska koden för barnmorskor samt i Läkarförbundets etiska regler.⁵

Det är rimligt att anta att detta att rutinmässigt tillfråga kvinnliga patienter om deras erfarenheter av våld i nära relationer ställer höga etiska krav på den vårdpersonal som ska ställa frågorna. Det har hävdats att patienter far illa av att vårdpersonal inte följer etiska principer för god omvårdnad.⁶ Detta kan givetvis bli extra accentuerat i situationer där etiskt känslig information söks från patienter i ett redan utsatt läge. I det följande kommer några relevanta etiska aspekter på frågan om att rutinmässigt tillfråga kvinnor om våld i nära relationer att diskuteras utifrån olika etiska perspektiv och principer. Syftet i kapitlet är att ge vägledning för på vilka grunder och på vilket sätt sådana frågor kan ställas.

Tidigare forskning

Både i Sverige och internationellt har försök gjorts med att rutinmässigt tillfråga kvinnliga patienter om våld.⁷ Det föreligger ingen enighet om evidensen, så om

denna typ av verksamhet minskar våldsutövningen och förbättrar kvinnors hälsa är under debatt.⁸ Studier som belyser etiska aspekter på att ställa känsliga frågor inom hälso- och sjukvården har främst gällt till exempel misstanke om att barn far illa. I en studie framkom att 23 procent av de tillfrågade ungdomarna blev upprörda av att få frågor om misshandel. Ungdomar som själva varit utsatta för våld tenderade att bli mer upprörda av frågorna än ungdomar utan erfarenhet av övergrepp och misshandel. Slutsatsen av studien var att den viktigaste etiska frågan i detta fall rör huruvida barnens välbefinnande kan öka av att frågan ställs.⁹ Samma utgångspunkt kan gälla frågan om att tillfråga kvinnor om erfarenheter av våld; nämligen om ett rutinmässigt tillfrågande minskar förekomsten av våld i nära relationer och därmed förbättrar kvinnors hälsa och välbefinnande.

Få studier har tagit upp just etiska aspekter på att tillfråga kvinnor om våld under anamnesen, men det har hävdats att det finns goda etiska skäl för att denna typ av frågor ska ställas, då man kan anta att de förbättrar kvinnors hälsa och välbefinnande genom att tidigt fånga upp kvinnor som erfar, eller riskerar att erfar, våld i nära relationer.¹⁰ Empiriska studier där de etiska aspekterna står i centrum är dock sällsynta.

Risk och nytta

En uppenbar etisk fråga i anslutning till en rutinfråga om våld i nära relationer är om den kan orsaka mer skada än nytta för kvinnorna. Här aktualiseras ett klassiskt risk/nytta-resonemang, där man väger risker mot eventuella vinster med det agerande man studerar. Exempel på negativa konsekvenser som har nämnts i anslutning till att fråga om våld i anamnesen är att frågorna kan väcka obehag hos patienten; att de kan riva upp obehagliga minnen hos kvinnorna samt att frågorna kan upplevas som anklagande eller misstänkliggörande. Ytterligare en fråga som kan ställas gäller om frågor om våld i nära relationer under anamnesen kan utsätta kvinnorna för fara, på så sätt att de riskerar att utsättas för nytt eller mer våld. För att kunna bedöma denna typ av negativa konsekvenser överväger man positiva följder av tillfrågandet, så som om det kan leda till att våldet minskar genom att kvinnor stärks i att ta sig ur våldsamma relationer, vilket skulle förbättra kvinnors hälsa och välbefinnande. Detta skulle även kunna vara till nytta för folkhälsan, vilket innebär att man kan hävda att rutinfrågor om våld i nära relationer skulle kunna vara kostnadseffektivt för hälso- och sjukvården (förutsatt att det leder till att våldet minskar). En slutsats av ett sådant resonemang är att frågandet skulle kunna ge goda konsekvenser både för individer och samhälle.

Ett problem som brukar hävdas med ett utilitaristiskt resonemang är att det kan vara oklart vilka konsekvenser man syftar på. Är det de reella eller de önskade, de långsiktiga eller de kortsiktiga konsekvenserna? På kort sikt kan man hävda att tillfrågandet skulle kunna ge negativa konsekvenser, i form av obehag

eller olust hos patienten och den personal som ska fråga, men på lång sikt kan man anta att minskat våld mot kvinnor skulle leda till bättre hälsa och välbefinnande för kvinnorna.

Ytterligare en aspekt som ett utilitaristiskt resonemang aktualiserar är för vem konsekvenserna ska vara goda. För en enskild individ eller för samhället i stort? Ett klassiskt utilitaristiskt resonemang hävdar att nyttan eller välbefinnandet ska maximeras för så många som möjligt, alltså för samhället i stort. Samtidigt betonar man att ingen individ får räknas som mindre värd än någon annan, vilket kan göra att svaret på frågan ändå inte blir enkelt ur detta perspektiv, då konsekvenserna för de tillfrågade kvinnorna trots allt skulle kunna vara ett visst upplevt obehag.

I en studie som undersökte effekten av att tillfråga kvinnor om våld vid besök hos läkare framkom intressanta etiska aspekter beträffande risk och nytta med att rutinmässigt fråga om våld. De deltagande läkarna fick genomgå en utbildning med särskilt fokus på hur man bör bemöta berättelser om våld innan studien startade. Läkarna uppmanades också att vid behov rekommendera kvinnorna att kontakta ett lokalt kvinnofridscentrum. I slutsatsen av undersökningen konstaterades att det inte fanns någon indikation på att frågan om våld var förknippat med kortsiktig skada hos kvinnorna. Oron för att kvinnorna som en följd av frågorna skulle utsättas för förnyat våld, uppleva psykologiska stressreaktioner eller problem i familjen visade sig vara obefogad. I jämförelse med de kvinnor som inte fick frågor om våld fann man ingen skillnad i livskvalitet och våldserfarenhet.¹¹

Integritet och autonomi

Som en möjlig negativ konsekvens nämndes ovan upplevelsen av obehag hos tillfrågade kvinnor, samt risken att frågorna kan riva upp minnen och upplevas som anklagande eller misstänkliggörande för de tillfrågade kvinnorna. Med ett etiskt begrepp skulle man kunna beskriva detta som att tillfrågade kvinnor kan riskera att känna sig kränkta i sin *integritet*.

Integritet är, vid sidan av autonomi, ett mycket viktigt vårdetiskt begrepp. Det innebär att något uppfattas som okränkbart, och syftar i vårdetiska sammanhang dels på patientens rätt att inte bli kroppsligen kränkt, dels på det etiska kravet att känsliga upplysningar om patientens hälsotillstånd hanteras ansvarsfullt och inte lämnas ut till obehöriga.¹² Autonomi betecknar uppfattningen att varje människa är fri och självständig, och som sådan har hon både rätt och möjlighet att så långt det är möjligt fatta egna och fria beslut om vad som ska ske i hennes liv.

Inom sjukvården strävar man efter att respektera patienternas autonomi genom det etiska kravet på informerat samtycke, det vill säga kravet på att patienten ska få adekvat information om sitt tillstånd och möjliga behandlingar av det och därmed ges möjlighet till att samtycka till vård och/eller behandling. Endast i undantagsfall, som vid svår sjukdom eller medvetslöshet, bör någon annan gå in

och bestämma å patientens vägnar. För vårdpersonal kan det ofta uppstå en etisk konflikt mellan patientens autonoma rätt att säga nej till såväl information som behandling och personalens egen önskan om – och tillika yrkesetiska plikt – att ge patienten adekvata råd, som i enlighet med göra gott- och icke skada-principerna leder till att han eller hon får den vård och behandling som krävs.

Vilka risker finns att integriteten kränks vid tillfrågande om våld och hur kan dessa risker i så fall minimeras? Ett antagande skulle kunna vara att direkta, muntliga frågor om våld vid ett läkarbesök som gäller något helt annat upplevs som mer integritetskränkande än skriftliga frågor om våld. En studie som undersökte just på vilket sätt kvinnor ville bli tillfrågade om våld i nära relationer fann att en majoritet av kvinnorna föredrog att själva fylla i ett formulär, framför direkta frågor i personliga möten med läkare eller annan vårdpersonal.¹³

Om man betonar integritet mycket starkt kan man givetvis hävda att inga frågor av känslig och personlig art, som inte är direkt relaterade till patientens besök hos sjukvården, ska ställas. Detta kan ses som ett strikt deontologiskt resonemang, där plikten att respektera integritet och privatliv ges företräde framför ett mer konsekvensinriktat agerande där man låter nyttan väga tyngre än eventuellt upplevt obehag vid tillfrågandet.

Man kan emellertid hävda att detta är en förståelse av autonomi där människor på ett realistiskt sätt uppfattas som oberoende och rationella med möjlighet att i alla sammanhang fatta autonoma beslut och göra rationella, självständiga val. Mot detta kan man hävda en *relationell autonomi*, vilket i korthet står för uppfattningen att vi som människor står i ett ömsesidigt beroende till varandra och att ingen därför bör lämnas ensam.¹⁴ När vi möter en annan människa, väcks ett etiskt krav på att möta denna person på bästa sätt. Med denna förståelse av autonomi, med dess koppling till integritet, blir det möjligt att argumentera för att ett rutinmässigt tillfrågande om erfarenheter av våld kan ske utan att en patients integritet och autonomi kränks, förutsatt att frågandet sker på ett etiskt övervägt sätt; antingen genom att det är skriftligt eller genom att personalen som frågar har goda kunskaper om hur frågan bör ställas, med andra ord har en hög etisk kompetens för att fråga.

Dokumentation

Integritet i hälso- och sjukvården handlar emellertid inte enbart om patientens upplevelse av kroppslig kränkning eller intima frågor, utan berör även frågan om hur vårdpersonal ska *dokumentera* frågan om våld och svaren på den. Det är inte ovanligt att hälso- och sjukvårdspersonal upplever etiska konflikter när det gäller dokumentation av känsliga uppgifter. En studie visade till exempel att telefonsjuksköterskor i vissa fall undvek att utförligt dokumentera känslig information i journalen, som när en patient hänvisades till en venereologmottagning.

Sjuksköterskan valde då att enbart skriva "hänvisning" i journalen; en i och för sig korrekt men föga informativ uppgift. Det skäl som uppgavs för detta var att sjuksköterskan ville undvika att stigmatisera patienten och handlade i avsikt att skydda patientens integritet.¹⁵

Ett argument som kan användas i anslutning till frågor om våld i anamnesen är just att en dokumentation av detta slag kan stigmatisera kvinnan vid ett nytt besök hos hälso- och sjukvården. Kvinnan kan uppfatta det som att hon "förföljs" av sin erfarenhet, även om hon tagit sig ur ett våldsamt förhållande, och risken finns också att hon kontinuerligt kommer att bemötas på ett visst sätt inom hälso- och sjukvården, beroende på att hon klassas som en "misshandlad kvinna".

Å andra sidan kan en korrekt och informativ dokumentation vara till stor nytta för patienten. Om våldet upprepas eller återupptas kan onödiga besök undvikas och missbedömningar undvikas och kvinnan få hjälp betydligt snabbare och mer adekvat än om tidigare erfarenheter av våld i en nära relation inte dokumenteras. Detta innebär att dokumentationen efter ett tillfrågan måste balansera de etiska kraven på respekt för integritet och strävan efter att minimera skada, risker och negativa konsekvenser för patienten.

Ansvar och etisk kompetens

En tentativ slutsats av analysen så här långt är att nyttan med ett rutinmässigt tillfrågan bör överväga riskerna med det, men att integriteten hos de kvinnor som tillfrågas kan vara hotad och att frågan därför måste ske på ett mycket väl övervägt och genomtänkt sätt. Dessutom har analysen lett till argumentet att dokumentationen omkring eventuella erfarenheter av våld i nära relationer ska vara tydlig och informativ, utan att för den skull stigmatisera de kvinnor som har erfarenhet av våld, i syfte att undvika negativa konsekvenser för kvinnorna i framtida möten med hälso- och sjukvården. Allt detta ställer höga krav på etisk kompetens hos den personal som ska fråga. Att en sådan kompetens utvecklas är emellertid en förutsättning för att ett tillfrågan ska kunna uppfylla de etiska krav som aktualiseras genom denna rutin.

I ICN:s etiska kod för sjuksköterskor står det att sjuksköterskan "ingriper på lämpligt sätt för att skydda enskilda individer, familjer och samhälle när deras/ dess hälsa är hotad av medarbetare eller andra personers handlande". I den etiska koden för barnmorskor sägs att barnmorskan "förstår de skadande konsekvenser som våld mot etiska och mänskliga rättigheter har på kvinnors och barns hälsa, och arbetar för att eliminera sådant våld". Dessa formuleringar tyder på att man från professionernas sida uppfattar det som att vårdgivaren har ett ansvar gentemot de patienter de träffar, vad gäller deras livssituation i ett helhetsperspektiv. Detta kan tala för att man ska vara uppmärksam på om kvinnor utsätts för våld i sina nära relationer, vilket kan ses som ett stöd för argumentet att frågan om våld

ska ingå i anamnesen. För att frågandet ska vara etiskt berättigat krävs dock att det sker på ett ansvarsfullt sätt, samt att de kvinnor som har erfarenhet av våld erbjuds adekvat hjälp. Särskilda etiska krav reses givetvis när det gäller särskilt utsatta patienter, som äldre dementa kvinnor, funktionshindrade kvinnor och invandrade kvinnor med svaga kunskaper i svenska.

Begreppet etisk kompetens har studerats mycket inom den empiriska etiken. Det har hävdats att etisk kompetens består av förmågan att varsebli etiska konflikter, att reflektera över dem samt att sedan agera utifrån reflektionen.¹⁶ En annan uppfattning är att etisk kompetens inom hälso- och sjukvården bör ses som ett begrepp som innefattar både kognitiva förmågor, som att ha kännedom om etiska principer, resonemangsmodeller och etiska riktlinjer, och emotionella förmågor, som att utveckla lämpliga karaktärsdrag för arbete med människor liksom att i dialog och diskussion med andra kunna utveckla sin etiska kompetens.¹⁷

Ett exempel på hur etisk kompetens kan visas vid frågor om våld är att undvika att fråga "osäkert", vilket kan ge patienten en känsla av att personalen inte klarar av ett jakande svar på frågan om erfarenhet av våld. Ordet "misshandlad" kan dessutom vara stigmatiserande och laddat för många kvinnor, varför konkreta frågor kan vara att föredra, till exempel om patienten har blivit knuffad, sparkad eller slagen hemma någon gång. Att på detta sätt klara av att balansera respekten för patientens autonomi och integritet dels med den yrkesetiska plikten att ställa frågan om våld (om denna rutin införs i anamnesen), dels med det etiska kravet på att ge patienten vård som maximerar det goda och minimerar skadorna för patientens hälsa, är ett uttryck för en hög etisk kompetens hos personalen.

Samtidigt som ansvaret för att utveckla etisk kompetens till stor del ligger på den enskilda vårdgivaren, har även ledningsnivån inom hälso- och sjukvården ett ansvar i detta avseende. För att bygga upp och upprätthålla en hög etisk kompetens hos personalen krävs olika former av stödstrukturer, till exempel fortbildning och regelbundna etiska diskussioner. En form som provats med viss framgång är införandet av så kallade "etikronder", det vill säga tvärprofessionella etikdiskussioner, under ledning av en moderator.¹⁸ Sådana diskussioner kan leda till större insikt i hur man kan resonera i svåra etiska frågor och förbättra förmågan att argumentera för den egna etiska uppfattningen. De kan även fylla en funktion som "debriefing", något som tidigare studier visat att vårdpersonal efterfrågar när försök med att rutinmässigt tillfråga kvinnor om erfarenhet av våld i nära relationer införts.¹⁹

Slutsats

I detta kapitel har några centrala etiska frågeställningar omkring frågan om våld i anamnesen presenterats och diskuterats. Slutsatsen av analysen är att om tillfrågandet om våld och övergrepp införs som en rutinmässig åtgärd i anamnesen,

så ställs krav på adekvat etisk kompetens hos dem som ska fråga precis som när exempelvis svåra besked om vård och behandling ska ges. Inledningsvis diskuterades hur risken med ett tillfrågande kan balanseras mot nyttan av att fråga. Här framkom att nyttan med ett rutinmässigt tillfrågande bör överväga riskerna med det, eftersom det dels kan leda till att kvinnor som utsätts för våld tidigt får hjälp och därmed förbättrad livskvalitet, dels kan minska antalet återbesök och felbehandlingar, vilket på sikt kan vara kostnadseffektivt för hälso- och sjukvården.

Därefter diskuterades begreppet integritet, utifrån den etiska frågan om huruvida patientens integritet kan hotas av frågan om våld i nära relationer, oavsett vad besöket hos hälso- och sjukvården gäller. Slutsatsen av detta resonemang var att i syfte att skydda integriteten hos de kvinnor som tillfrågas måste frågan ställas på ett mycket väl övervägt och genomtänkt sätt. Dessutom ska dokumentationen vara tydlig och informativ, i syfte att undvika skada för kvinnorna i mötet med hälso- och sjukvården, utan att för den skull stigmatisera de kvinnor som har erfarenhet av våld.

Avslutningsvis kopplades dessa resonemang till frågan om etisk kompetens hos personalen, vilket hävdades vara en förutsättning för att de etiska kraven som framkommit i kapitlet skulle kunna uppfyllas. Ansvaret för att en sådan kompetens utvecklas och upprätthålls ligger inte enbart på den enskilda vårdgivaren utan även på lednings- och organisationsnivå. Mot bakgrund av analysen i kapitlet kan man hävda att det finns goda etiska skäl för att införa ett rutinmässigt tillfrågande om erfarenheter av våld i nära relationer, men om detta införs krävs att alla nivåer inom hälso- och sjukvården tar del i ansvaret för att denna rutin utförs på ett etiskt ansvarsfullt sätt.

- ¹ Wolf ZR & Zuzelo PR (2006). "Never again". Stories of nurses: dilemmas in nursing practice. *Qual Health Res*. 16, s. 1191–1206.
- Hurst SA, Perrier A, Pegoraro R, Reiter-Theil S, Forde R, Slowther AM, et al. (2007). Ethical difficulties in clinical practice: experiences of European doctors. *Journal of Medical Ethics*. 33, s. 51–57.
- ² Källemark S, Höglund AT, Hansson MG, Westerholm P & Arnetz B (2004). Living with conflicts: ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*. 58, s. 1075–1084.
- ³ Johnstone MJ (2001). *Bioethics. A Nursing Perspective*. Sydney: Churchill Livingstone, Elsevier.
- ⁴ Beauchamp TL & Childress JF (2008). *Principles of Biomedical Ethics. 6th edition*. New York: Oxford University Press.
- ⁵ Se vidare www.icn.ch, www.barnmorskeforbundet.se och www.slf.se.
- ⁶ Swanberg K, Wijma B & Liss PE (2006). Female patients report on health care staff's disobedience of ethical principles. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 85, s. 830–836.
- ⁷ Se till exempel Stenson K (2004). *Men's violence against women – a challenge in antenatal care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 302, s. 493–501.
- MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 296, s. 530–536.
- ⁸ Spangaro J, Zwi AB & Poulos R (2009). The elusive search for definitive evidence on routine screening for intimate partner violence. *Trauma Violence & Abuse*. 10, s. 55–68.
- Klevens J & Saltzman LE (2009). The controversy on screening for intimate partner violence: a question of semantics? *Journal of Women's Health*. 18, s. 143–145.
- ⁹ Ybarra ML, Langhinrichsen-Rohling J, Friend J & Diener-West M (2009). Impact of asking sensitive questions about violence to children and adolescents. *Journal of Adolescents Health*. 45, s. 499–507.
- ¹⁰ Valente SM (2000). Evaluating and managing intimate partner violence. *Nurse Pract*. 25, s. 18–30.
- ¹¹ MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 302, s. 493–501.
- ¹² Arlebrink J (2006). *Grundläggande vårdetik – Teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- ¹³ MacMillan HL, Wathen CN, Jamieson E et al. (2006). Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA*. 296, s. 530–536.
- ¹⁴ Mackenzie, Catriona & Stoljar, Natalie (eds.) (2000). *Relational Autonomy. Feminist Perspectives on Autonomy, Agency, and the Social Self*. New York & Oxford: Oxford University Press.
- ¹⁵ Holmström I & Höglund AT (2007). The faceless encounter. Ethical dilemmas in telephone nursing. *Journal of Clinical Nursing*. 16, s. 1865–1871.
- ¹⁶ Jormsri P, Kunaviktikul W, Ketefian S & Chaowalit A (2005). Moral competence in nursing practice. *Nursing Ethics*. 12, s. 582–594.
- ¹⁷ Eriksson S, Helgesson G & Höglund AT (2007). Being, Doing, and Knowing: Developing Ethical Competence in Health Care Practice. *Journal of Academic Ethics*. 5, s. 207–216.
- ¹⁸ Svantesson M, Anderzén-Carlsson A, Thorsén H, Kallenberg K & Ahlström G (2008). Interprofessional ethics rounds concerning dialysis patients: staff's ethical reflections before and after rounds. *Journal of Medical Ethics*. 34, s. 407–413.
- ¹⁹ Socialstyrelsen (2002). *"Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen.

