

**OM VI INTE FRÅGAR OM
VÅLD I NÄRA
RELATION, KOMMER VI
ALDRIG FÅ VETA – En
kvalitativ studie**

**IF WE DO NOT ASK
ABOUT INTIMATE
PARTNER VIOLENCE,
WE WILL NEVER KNOW
– A Qualitative study**

Examensarbete för specialistsjuksköterskeexamen
mot distriktssköterska och magisterexamen med
huvudområdet omvårdnad

Avancerad nivå 15 högskolepoäng
Vårtermin 2024

Student: Emelie Arvidsson;
Maj Glimmerveen

Handledare: Sophie Mårtensson

Examinator: Dip Raj Thapa

SAMMANFATTNING

Titel: Om vi inte frågar om våld i nära relation, kommer vi aldrig få veta.

Författare: Arvidsson, Emelie; Glimmerveen, Maj

Institution: Institutionen för hälsovetenskaper, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i omvårdnad, OM806A

Handledare: Mårtensson, Sophie

Examinator: Thapa, Dip Raj

Sidor: 26

Nyckelord: Distriktssköterskor, kvinnor, möta, primärvård, våld i nära relation

Bakgrund: Våld i nära relation är ett globalt samhällsproblem som drabbar många kvinnor varje år. Detta orsakar stora konsekvenser för deras hälsa och kan även leda till deras död. I distriktssköterskors uppgift ingår att arbeta hälsofrämjande för att lindra lidande, förebygga ohälsa samt att upptäcka våld i nära relation.

Syfte: Studiens syfte var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att fråga och agera vid våld i nära relation i mötet med kvinnor i primärvård.

Metod: En kvalitativ studie tillämpades med öppna frågor. Vid analysen av materialet användes en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Resultatet visade att distriktssköterskor saknar tydliga rutiner för att möjliggöra att frågan om våld i nära relation ställs, men att de ändå frågar vid tecken på eller misstanke om våld. De aspekter som skapar en känsla av trygghet för vid dessa svåra möten är stöttning av kollegor och chefer. Essensen av fenomenet byggs upp av tre kategorier: Vad påverkar att fråga eller inte fråga om våld i nära relation; Förutsättningar som möjliggör att frågan ställs samt Att agera efter att frågan ställs.

Konklusion: Det behövs tydligare rutiner samt ytterligare kunskap för att möjliggöra för distriktssköterskor att i större omfattning fråga om våld i nära relation.

ABSTRACT

Title: If we do not ask about intimate partner violence, we will never know.

Author: Arvidsson, Emelie; Glimmerveen, Maj

Department: School of Health Sciences, University of Skövde

Course: Master's degree Project in Nursing, 15 ECTS

Supervisor: Mårtensson, Sophie

Examiner: Thapa, Dip Raj

Pages: 26

Keywords: District nurse, intimate partner violence, meet, primary care, women.

Background: Intimate partner violence is a global health issue that effects many women and their well-being each year and it can also cause their death. A district nurse's task is to promote health, prevent suffering and to identify intimate partner violence.

Aim: The purpose of the study was to describe district nurses' experience of asking and acting on intimate partner violence in the meeting with women in primary care.

Method: A qualitative study was applied with open questions. A qualitative content analysis was used in the analysis of the material.

Findings: The result showed that district nurses lack clear routines to enable the question of IPV to be asked, but they do ask when signs of intimate partner violence are present. The aspects that make district nurses feel safe in those difficult meetings are support from colleagues and managers. The essence of the phenomenon is built up by three categories: What affects asking or not asking about intimate partner violence; Conditions that enable the question to be asked and Acting after the question is asked.

Conclusion: Clearer routines and knowledge are needed to enable district nurses to ask more extensively about intimate partner violence.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

1	INLEDNING	1
2	BAKGRUND	1
2.1	VÅLD I NÄRA RELATION	1
2.1.1	OLIKA FORMER OCH KONSEKVENSER AV VÅLD I NÄRA RELATION	2
2.1.2	NORMALISERINGSPROCESSEN	3
2.1.3	ATT SOM KVINNA UTSÄTTAS FÖR VÅLD I NÄRA RELATION MED BARN SOM NÄRVARAR.....	4
2.2	PRIMÄRVÅRD.....	5
2.2.1	DISTRIKTSSKÖTERSKA I PRIMÄRVÅRD.....	5
2.2.2	PERSONCENTRERAD VÅRD.....	6
2.2.3	VÅRDANDE KOMMUNIKATION I OMVÅRDNAD	6
3	PROBLEMFÖRMULERING	8
4	SYFTE.....	8
5	METOD.....	9
5.1	URVAL	9
5.2	DATAINSAMLING	9
5.3	ANALYS	10
5.4	ETISKA ÖVERVÄGANDEN	11
6	RESULTAT.....	13
6.1	VAD PÅVERKAR ATT FRÅGA ELLER INTE FRÅGA OM VÅLD I NÄRA RELATION.....	13
6.1.1	VAD LEDER TILL ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION STÄLLS	13
6.1.2	VAD LEDER TILL ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION INTE STÄLLS.....	14
6.2	FÖRUTSÄTTNINGAR SOM MÖJLIGGÖR ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION STÄLLS 15	
6.2.1	KUNSKAP OCH TRYGGHET.....	15
6.2.2	VERKSAMHETENS ANSVAR.....	16
6.2.3	VERKTYG FÖR ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR.....	16
6.3	ATT AGERA EFTER ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION STÄLLS.....	17
6.3.1	ATT HANDLÄGGA VÅLD I NÄRA RELATION.....	17
6.3.2	BEMÖTANDE AV KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION	17

6.4	RESULTATSAMMANFATTNING	18
7	DISKUSSION	19
7.1	METODDISKUSSION	19
7.2	RESULTATDISKUSSION	21
7.3	KONKLUSION	25
7.4	KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET	26
8	REFERENSER	27

BILAGOR

1. Brev till verksamhetschef
2. Brev till distriktssköterskor
3. Enkätfrågor
4. Tabell 3. Exempel på analysprocess

1 INLEDNING

Våld i nära relation (ViNR) är ett globalt samhällsproblem som drabbar var tredje kvinna (World Health Organisation [WHO], 2024). ViNR är komplext då det tar sig i uttryck på flera olika sätt, bland annat genom psykiskt, ekonomiskt, fysiskt och sexuellt våld. Våldsutsatthet leder ofta till omfattande hälsobesvär av både psykisk och fysisk karaktär. Kvinnor utsatta för ViNR kommer oftare i kontakt med hälso- och sjukvård än någon annan instans, men berättar sällan självmant om vad de utsatts för. De barn som bevittnar ViNR tar stor skada psykiskt samt att det hämmar barnets utveckling. Därför är det viktigt att primärvården arbetar för att i större utsträckning kunna identifiera kvinnor och barn utsatta för ViNR, för att förhindra onödigt lidande. I Distriktssköterskors ansvar ingår att arbeta hälsofrämjande, förebyggande samt att upptäcka ViNR. Därför är det av stor vikt att distriktssköterskor har kunskap om ViNR för att skapa förutsättningar som leder till att frågan om våld ställs oftare för att kunna uppmärksamma dessa kvinnor och erbjuda dem rätt stöd och behandling. Enligt senaste rapport från Inspektion för vård och omsorg (IVO, 2024) framkommer stora brister i primärvårdens arbete kring att upptäcka ViNR. Därmed är det av största vikt att fortsätta utveckla arbetet med ViNR i primärvård. Denna studie gjordes för att få en inblick i hur distriktssköterskor arbetar med ViNR samt vad som behöver förbättras för att kvinnor utsatta för ViNR ska kunna uppmärksammas.

2 BAKGRUND

2.1 VÅLD I NÄRA RELATION

Globalt sett utsätts 27 procent av alla kvinnor för någon form av ViNR under deras livstid (Sardinha et al., 2022). En stor andel av de kvinnor som utsätts för ViNR polisanmäler aldrig och därav finns det ett stort mörkertal (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2009). Av alla mord som sker på kvinnor i världen är 38 procent relaterade till ViNR (WHO, 2021). En nära relation kan definieras som en relation till en person som är närstående, vilket till exempel skulle kunna vara en make, maka, syskon, partner, förälder, sambo, barn eller en annan släkting. Det kan vara vilken person som helst så länge de har en nära och förtroendefull relation till varandra. En nära relation behöver inte enbart vara en person som är nära just nu, utan det kan också vara någon som personen tidigare har haft en bra relation till (våld i nära relationer, 2021a).

Män utsätts också för ViNR, men inte alls i samma utsträckning som kvinnor. Kvinnor drabbas oftare och av ett mer upprepat våld med allvarligare karaktär. I majoriteten av fallen av ViNR är förövaren en man (Socialstyrelsen, 2019). Under föregående år begicks 81 procent av de anmälda misshandelsbrotten i Sverige mot kvinnor av en bekant person. Under perioden 2017–2023 har det i genomsnitt avlidit 14 kvinnor varje år till följd av ViNR. Både år 2022 och 2023 avled 10 kvinnor till följd av att de blivit utsatta för dödligt våld i en nära relation. Det

förekom inga manliga offer av ViNR under dessa år (BRÅ, 2024). Kvinnor utsatta för ViNR söker sig ofta tidigt till hälso- och sjukvården som första instans, utan att själva relatera sina symtom till att vara våldsutsatta. Som sjukvårdspersonal är det viktigt att kunna erbjuda dessa kvinnor stöd, skydd och behandling (Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, 2019).

2.1.1 OLIKA FORMER OCH KONSEKVENSER AV VÅLD I NÄRA RELATION

Våld kan definieras på olika sätt. Det kan vara våld av fysisk karaktär samt sexuella övergrepp. Det kan även vara handlingar, så som nedsättande kommentarer, försummelse, ekonomiskt utnyttjande och isolering från vänner och familj. Dessa handlingar är inte brottsliga, men kan sammantaget skapa ett mönster av utsatthet. ViNR är ett hälsoproblem som ger upphov till psykiska och fysiska konsekvenser för den utsatta (Kunskapsguiden, 2022). Det vanligaste våldet som sker i en nära relation är det psykiska våldet som ofta sker metodiskt och utövas vid fler upprepade tillfällen. En av anledningarna till att partnern utövar psykiskt våld är för att få kontroll och markera gränser (våld i nära relationer, 2021b). Det psykiska våldet kan röra sig om att partnern kallar kvinnan för olämpliga och kränkande saker. Det kan även innebära att partnern bestämmer över kvinnans ekonomi och sociala liv samt avgör vem hon får träffa och när (Sugg, 2015). Ekonomiskt våld innebär att partnern använder sig av ett ekonomiskt övertag för att förtrycka den våldsutsatta. Det kan till exempel vara genom att kvinnan inte har tillgång till pengar alls, utan endast får "veckopeng" när partnern tillåter. Det kan även handla om att partnern tar lån i kvinnans namn, vilket kan leda till betalningsanmärkningar som i sin tur kan göra det svårt för kvinnan ekonomiskt i framtiden vid beslut att lämna relationen (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige [ROK], u.å.-a). Majoriteten av de kvinnor som tagit sig ur en relation med fysiskt och psykiskt våld var även utsatta för ekonomiskt våld. Det var vanligt förekommande att partnern använde pengar avsedda för att betala räkningar till annat, eller att inte betala räkningar som står i kvinnans namn. Det ekonomiska våld som kvinnor mestadels upplevde var att partnern krävde att få veta exakt vad kvinnan spenderat sina pengar på och hur mycket. En annan aspekt av det ekonomiska våldet är att partnern försöker sabotera kvinnans arbete och anställning. Till exempel genom att hindra kvinnan från att gå till arbetet eller kräva att denne avslutar sin anställning och på så vis inte längre har en egen inkomst, utan behöver förlita sig helt på partnern (Postmus et al., 2012).

Det fysiska våldet är mer än bara sparkar och slag. Det kan bestå av allt från knytnävsslag, knuffar och att dra någon i håret till stryptag, knivstick och könsstympling. Den allra allvarligaste formen av fysiskt våld kan i värsta fall leda till kvinnans död (våld i nära relationer, 2021c). En anledning till att det fysiska våldet kan leda till dödligt våld är då kvinnan bestämt sig för att separera från sin partner. En annan orsak till det dödliga våldet i en nära relation är besattheten som partnern känner till offret. Besattheten kan bestå av avundsjuka, stalking och kontrollerande beteende. Det dödliga våldet kan även bero på ett eskalerande

alkohol- och drogmissbruk, ekonomiska problem, en diskussion som eskalerar, psykiska hälsoproblem, strategisk planering eller en överhängande katastrof (Enander et al., 2021).

Det sexuella våldet som sker mot kvinnor är ett vanligt men också ett dolt våld i dagens samhälle (Tarzia, 2021). Då det är ett stort och brett begrepp som består av många olika handlingar är det svårt att definiera det sexuella våldet. Det kan till exempel bestå av allt från kränkningar till övergrepp med sexuella avsikter. Sexuella övergrepp kan vara att tafsa och ta på någon till att tvinga dem till att genomföra eller bevittna sexuella handlingar. Våldtäkt är den allvarligaste formen av sexuellt våld (våld i nära relationer, 2021d). Två stora riskfaktorer för att bli offer för det sexuella våldet är vid avsaknad av sexuell erfarenhet eller om det tidigare i livet skett en incident, såsom sexuell fysisk eller psykisk misshandel samt upplevelser av att ha bevittnat sexuellt våld. Detta kan i sig sedan leda till dålig självkänsla och en skev syn på ett hälsosamt sexuell förhållande. Med avsaknad av sexuell erfarenhet kommer även en osäkerhet när det gäller den sexuella relationen, vilket kan göra det svårt att veta vad som är normalt sexuell beteende (Tarzia, 2021).

Att utsättas för ViNR kan ge upphov till både psykiska och fysiska besvär. Det kan handla om ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), huvudvärk, yrsel, smärta i nacke och axlar samt återkommande tarmbesvär (Nationellt Centrum för Kvinnofrid [NCK], 2022a). Att vara utsatt för psykiskt våld har enligt forskning visat sig ge upphov till större konsekvenser för hälsan än vad fysiskt våld gör. Eftersom psykiskt våld är svårare att mäta har det således fått mindre uppmärksamhet, men konsekvenserna är mer framträdande än vad som tidigare visats (Lagdon et al., 2014). Kvinnor utsatta för ViNR skattar sin hälsa betydligt lägre än kvinnor som inte varit våldsutsatta. Grav depression är vanligt förekommande, men även olika former av gynekologiska besvär (Elvin-Nowak et al., 2023). Kvinnor som är utsatta för ViNR upplever ofta rädsla och sårbarhet, vilket begränsar dem från att kunna leva sina liv till fullo. Förutom psykisk ohälsa upplever dessa kvinnor även känsla av isolering, skam, skuld och maktlöshet (Örmon et al., 2014). Upptrappning av våldet sker successivt och kvinnan skapar egna överlevnads- och anpassningsstrategier för att klara av vardagen (Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige [ROK], u.å.-b).

2.1.2 NORMALISERINGSPROCESSEN

Normaliseringsprocessen handlar om att kvinnan hela tiden anpassar sig efter mannens försök att bibehålla och öka kontrollen över kvinnan. Eftersom det sker successivt, suddas gränserna som kvinnan till en början hade i förhållandet ut och våldet blir till slut ett normalt inslag i kvinnans vardag. De mest väsentliga inslagen i normaliseringsprocessen är att gränser förskjuts och utplånas, kvinnan isoleras och mannen växlar mellan våld och värme (ROK, u.å.-b). Under normaliseringsprocessen trappas det psykiska och fysiska våldet upp. Till en början blir kvinnan chockad av våldet och det kan vara omöjligt att acceptera det,

men till slut blir våldet en del av vardagen och det upplevs således som normalt (Lundgren, 2005).

I en våldsamt relation gör mannen intrång i allt som rör kvinnans integritet. Det kan vara saker som ingår i vardagen, såsom att ha kontakt med familj och vänner eller att ha kontroll över kvinnans ekonomi. Kvinnans livsutrymme har erövrats av mannen då han gång efter gång har ignorerar de gränser som kvinnan till en början hade (ROK, u.å.-b). Mannen krymper kvinnans livsområden ytterligare, genom att kontrollera kvinnan alltmer (Lundgren, 2005). Den utsatta bryts sakta ner för att till sist känna sig maktlös och värdelös (våld i nära relationer, 2021b). Det blir allt lättare för mannen att utöva sitt våld mot kvinnan då hon undviker sitt sociala umgänge och blir än mer tacksam gentemot mannen när hon får bekräftelse i form av kärlek och närhet (ROK, u.å.-b). När mannen tillfälligt är vänlig mot kvinnan förstärks de konsekvenser som blir av våldet. När mannen växlar mellan att visa kärlek och ömhet i ena stunden, för att i den andra stunden bruka våld, blir en konsekvens att gränsen som fanns mellan våld och kärlek suddas ut och kvinnan upplever våldet hon utsätts för som ett tecken på kärlek (Lundgren, 2005).

2.1.3 ATT SOM KVINNA UTSÄTTAS FÖR VÅLD I NÄRA RELATION MED BARN SOM NÄRVARAR

Omkring 210 000 barn i Sverige upplever olika typer av våld i hemmet. Det är mer psykiskt skadligt för barn att uppleva våld i hemmet än att själva vara utsatta. Dessa barn har en tydligt ökad risk för att utveckla PTSD (NCK, 2022b). Barn som växer upp i familjer där våld förekommer kan drabbas av känslomässiga och beteendemässiga störningar som i sin tur kan leda till psykiska besvär samt hämma barnets utveckling. Barn som bevittnar ViNR löper större risk för att senare i livet utöva eller uppleva våld (Lamers-Winkelmann et al., 2012; WHO, 2021).

Barnkonventionen lagfördes den första januari 2020, där det tydligt framgår att alla barn har rätt till att växa upp under trygga förhållanden. Förenta nationernas (FN) barnrättskommitté har tidigare riktat kritik mot Sverige då barn som bevittnar våld inte haft ställning som målsägande samt att det krävs samtycke från båda vårdnadshavarna för att höra barn under 15 år som vittne. Detta har inneburit att barnets rätt att bli hörd och komma till tals, varit begränsad. Därför bedömdes att barn som bevittnar våld var i behov av ett förstärkt straffrättsligt skydd, varför lagen om barnfridsbrott tillkommit (Åklagarmyndigheten, u.å.). Lagen om barnfridsbrott (SFS 1962:700) började gälla 2021, den är till för att skydda barn som bevittnar ViNR. Detta innebär att förutom brottet i sig är det en brottslig handling att låta barn bevittna sexuellt våld, misshandel, skadegörelse eller mord på en nära anhörig.

Majoriteten av de kvinnor som utsatts för ViNR, bekräftar att deras partner använde barnen för att skrämja kvinnan till att utföra handlingar mot hennes vilja. Partnern kan hota med att skada barnen för att få kvinnan att stanna kvar i relationen eller att ta tillbaka partnern om de separerat. Det är även vanligt förekommande att partnern försöker manipulera barnen att vända sig emot

kvinnan och i stället ta partnerns sida. Dessa kvinnor hade i större utsträckning ångest och PTSD, vilket är en trolig följd av att ständigt oroa sig för sitt barns säkerhet samt en känsla av hjälplöshet (Clements et al., 2022). Att bli utsatt för denna typ av ViNR där barn används för att skada kvinnan, syns en försämrad livskvalité, ökad ångest och PTSD över tid (Sullivan et al., 2024). Många kvinnor som utsätts för ViNR kommer i kontakt med hälso- och sjukvården, där primärvård är en av instanserna de söker sig till (Malpass, 2014).

2.2 PRIMÄRVÅRD

Definitionen av primärvård är bred och beskriver öppenvård som ska ges till de som är i behov av den, utan begränsningar rörande ålder, sjukdomar eller patientgrupper. Åtgärder som till exempel medicinsk bedömning, behandling, rehabilitering, förebyggande arbete samt omvårdnad som inte kräver en specialiserad vård ska primärvården ansvara för (SFS 2017:30a). Primärvårdens uppdrag är att tillgodose lättillgänglig vård som behövs för de vanligaste förekommande vårdbehoven. Vidare ska förebyggande samt rehabiliterande insatser som är anpassade för individen och dess speciella behov och förutsättningar tillhandahållas (SFS 2017:30b). Primärvården ska utgöra centrum för hälso- och sjukvården samt stå för den vårdnivå som ligger närmast invånarna. Primärvården består av två olika huvudmän, kommun och region som har samma uppdrag, men verkar inom olika områden. Kommunen består av hemsjukvård, stödverksamhet samt särskilt boende. Regionen består av barnhälsovård, mödrahälsovård, ungdomsmottagning, vårdcentral och första-linje-verksamhet (Sveriges kommuner och regioner [SKR], 2023). Inom primärvård ska vården vara jämlik, patientfokuserad, samt vara lättillgänglig. Patienten bedöms, behandlas och följs upp av bland annat distriktssköterska som ofta har en tät kontakt med patienten (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

2.2.1 DISTRIKTSSKÖTERSKA I PRIMÄRVÅRD

Det ingår i distriktssköterskans fördjupade ansvar att leda och utveckla omvårdnaden i primärvård. Med ett hälsofrämjande synsätt ska de fungera som ett stöd för alla människor, oavsett ålder eller sjukdomstillstånd. Distriktssköterskor har ett stort ansvar vilket innebär att det ställs höga krav på förmåga till självständigt arbete, vetenskapligt förhållningssätt, mångkulturellt kunnande och professionellt ansvar. Det är viktigt att arbetet som utförs baseras på vetenskap och beprövad erfarenhet, samt präglas av ett etiskt och holistiskt förhållningssätt. Det ingår i distriktssköterskans kompetens att ha bra kunskap inom fyra vetenskapliga områden; omvårdnad, medicinsk vetenskap, folkhälsovetenskap samt vårdpedagogik (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Som distriktssköterska är det viktigt att arbeta personcentrerat, samordna vården kring patienten samt stötta dennes delaktighet och egenvårdsförmåga. Vidare ska de utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt kunna möta närstående med lyhördhet, ärlighet och bekräftelse. Utifrån patientens egna behov och beslut ska distriktssköterskan kunna hjälpa och vägleda personen genom alla de processer

som finns i vården. Detta i syfte att ge personen en bra och säker vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). I ansvaret ingår att vårda akut sjuka patienter, de patienter som har ett långvarigt sjukvårdsbehov samt de patienter som kräver vård vid livets slutskede. För att förhindra och minska antalet onödiga sjukhusinläggningar arbetar distriktssköterskan förebyggande samt tillhandahåller personcentrerad och samordnad vård (McCroly, 2019).

2.2.2 PERSONCENTRERAD VÅRD

Begreppet personcentrerad vård beskriver den vård som säkerställer att patienten är i centrum (McCance & McCormack, 2011). Personcentrerad vård innebär att hela människan och dennes behov synliggörs och tillgodoses. Behoven kan vara såväl psykiska, sociala och andliga, som fysiska. Hälso- och sjukvårdspersonal måste bekräfta och respektera patientens upplevelse av sin sjukdom och se till att de arbetar utifrån den för att ge patienten bästa möjliga vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2010). I mötet med kvinnor utsatta för ViNR är det betydelsefullt med ögonkontakt, att frågorna ställs på ett icke-dömande sätt, samt att det finns tillräckligt med tid avsatt för kvinnan att kunna svara på frågorna (Majeed, 2023).

De tre nyckelbegreppen inom personcentrerad vård är partnerskap, patientberättelse och dokumentation. Partnerskap handlar om att förstå och respektera varandras kunskap. Patienten och dess anhöriga har kunskap om hur det är att leva med ett tillstånd medan hälso- och sjukvårdspersonal har kunskap om vård, rehabilitering och den behandling som krävs vid det specifika tillståndet. Patientberättelse innebär att lyssna på patientens berättelse och upplevelser om sitt tillstånd. Dokumentation består av patientens berättelser samt den gemensamma hälsoplanen som innehåller patientens mål, både kort- och långsiktiga samt uppföljning av dessa för att kunna uppnå en förbättrad hälsa. (Centrum för personcentrerad vård, u.å.). En tydlig dokumentation vid förekomst av ViNR är väsentlig av många anledningar, det kan till exempel underlätta när det kommer till att samordna vård mellan olika instanser. En annan anledning till noggrann dokumentation är i de fall det går så långt som till domstol, då åklagaren förlitar sig på vad som står dokumenterat i journalen (Sugg, 2015). Målet med en personcentrerad vård är att ge patienten ett meningsfullt liv. För att utföra detta måste vårdpersonalen behandla sina patienter med respekt samt vara närvarande och engagerade. Det är viktigt med en bra tvåvägskommunikation där patienten känner sig hörd och delaktig i sin egen vård (Håkansson Eklund et al., 2019).

2.2.3 VÅRDANDE KOMMUNIKATION I OMVÅRDNAD

Kommunikation som sker mellan patient och vårdpersonal är viktig för att kunna skapa en hög kvalitet på den vård som ges. Det som kan försvåra kommunikation mellan patient och vårdpersonal kan vara språkförbristning, könsskillnader eller någon form av motvilja (Norouzinia et al., 2016). För att kommunikation mellan patient och vårdpersonal ska bli så bra som möjligt gäller det att vara lyhörd samt kommunicera på patientens villkor och vad denne är mottaglig för. Vårdpersonal

ska anpassa informationen efter individens ålder, mognad, erfarenhet, språkkunskap samt andra individuella förutsättningar (Socialstyrelsen, 2020). Det är inte alltid en kvinna känner sig redo att berätta om att hon är utsatt för ViNR när hon av olika anledningar besöker primärvården. Det kan då underlätta för de utsatta kvinnorna om det finns information om ViNR inne på ett undersökningsrum eller på toaletten då de kan ta del av den utan att någon vet (Chang et al., 2005).

Begreppen kommunikation, människan som individ, mänskliga relationer samt mening och lidande är de mest betydelsefulla begrepp för Travelbee´s teori. Att ha insikt i vad som sker i samspelet mellan patient och sjuksköterska samt vilka konsekvenser det kan ha för patienten är viktigt att förstå för att kunna veta vad omvårdnad är och bör vara. Lidande ses som en grundläggande erfarenhet som på ett eller annat sätt någon gång drabbar alla människor. Det som kan orsaka lidande är förluster, separation eller en minskad känsla av egenvärde (Kirkevold, 2000). Hälso- och sjukvårdspersonal kan genom samtal bilda sig en uppfattning av det kvinnan blivit utsatt för i ViNR. Detta skapar en bättre förståelse när de möter kvinnan som lever med de omfattande konsekvenserna av ett utdraget lidande (Kyle, 2023). Patienten förklarar sina besvär genom att berätta om upplevelsen av sina specifika symtom. För att kunna utröna patientens besvär gäller det att ställa raka frågor samt vara lyhörd. Det patienten inte säger är minst lika viktigt som det som sägs (Holmes, 2007). Patienter uppger att de känner sig sedda och betydelsefulla när vårdpersonal bryr sig om och aktivt lyssnar. Patienter uppger också att det känns bra när den som lyssnar ställer frågor om eventuell sjukdom, familj eller om livet generellt (Baguley et al., 2022). Kvinnor som är utsatta för ViNR uppger att de uppskattar och värdesätter de gånger som vårdpersonal frågar dem om våldsutsatthet (Chang et al., 2005). För att kunna möta patienten där den befinner sig och ge feedback på vad som sägs krävs ett aktivt lyssnande, vilket innebär att den som lyssnar måste släppa sina egna tankar och förväntade riktningar på samtalet (folkhälsomyndigheten, u.å.). Patientens berättelse har en betydelsefull mening, när de berättar om sina upplevelser om exempelvis att leva med sjukdom, ges också en möjlighet för patienten att förstå vad som händer. Genom att lära sig att lyssna på patientens berättelse bidrar sjuksköterskor till dennes läkning (Beuthin, 2015).

En del i den vårdande kommunikationen är att skapa en relation med patienten. Ett steg mot att skapa en relation är att lyssna på patienten. Att lyssna och att höra beskrivs som två olika saker. Att lyssna innebär inte bara att ta in vad som sägs, utan det inkluderar även tolkning, reflektion samt förståelse (Fredriksson, 2003). Sjuksköterskans uppgift är enligt Travelbee´s teori att ge stöd till patienten och dennes familj så att de genom att finna hopp kan hantera lidandet och kanske uppleva mening. Genom att sjuksköterskan låter sig bli berörd och involverad i patientens lidande leder det till empati, sympati och ibland till ömsesidig förståelse. Omvårdnaden av patienten är individorienterad och måste bygga på patientens upplevelser av sin situation. Genom god kommunikation kan sjuksköterskan hjälpa patienten samt dennes familj att förebygga ohälsa och lidande (Willman, 2022).

3 PROBLEMFORMULERING

ViNR är ett globalt samhällsproblem som var tredje kvinna i världen någon gång utsätts för. Av alla de mord som sker på kvinnor i världen, är 38 procent relaterade till ViNR. Majoriteten av de misshandelsbrott mot kvinnor som anmäldes under förra året var gärningsmannen, en för kvinnan, bekant person. Många av dessa kvinnor uppsöker primärvård för andra åkommor och blir då sällan tillfrågade om ViNR. De kvinnor som utsätts för ViNR samt de barn som bevittnar våldet drabbas ofta av omfattande psykiska och somatiska besvär. Barnen löper även större risk för att i framtiden själva bli utsatta eller utsätta andra för ViNR. Med tanke på hur många kvinnor som utsätts för ViNR och söker sig till hälso-och sjukvård är det stor sannolikhet att distriktssköterskor träffar dem på sin arbetsplats. Många gånger kan distriktssköterskan vara den första personen som möter den våldsutsatta kvinnan och har då ett stort ansvar när det kommer till att identifiera samt att handlägga ViNR. Genom vårdande kommunikation samt ett personcentrerat förhållningssätt ges möjlighet för den våldsutsatta kvinnan att kunna berätta om ViNR. För att distriktssköterskan ska kunna erbjuda dessa kvinnor ett bra stöd och relevant hjälp, är det av största vikt att de erhåller rätt förutsättningar. Om det ska ske en förändring krävs ökad kunskap, mer forskning om ViNR och hur sjukvården ska arbeta vidare med denna fråga.

4 SYFTE

Syftet var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att fråga och agera vid våld i nära relation i mötet med kvinnor i primärvård.

5 METOD

En enkätstudie genomfördes och utgick från en kvalitativ metod. Insamlad data analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats som enligt Isaksson (2021) innebär att materialet bearbetas och skapar meningsbärande enheter, koder, kategorier, underkategorier och slutligen ett tema. Enligt Polit och Beck (2021) kan en kvalitativ metod bidra med fördjupad information samt åskådliggöra en persons erfarenheter av ett fenomen. Metoden skapar en möjlighet att presentera distriktssköterskornas upplevelser, erfarenheter och förväntningar.

5.1 URVAL

Urvalet i studien bestod av 45 distriktssköterskor, varav fyra var män. Av distriktssköterskorna arbetade 32 inom primärvård och 13 arbetade inom barnhälsovård (BHV) i Västra Götalandsregionen. Distriktssköterskornas ålder var från 24–64 och deras erfarenhet som distriktssköterska varierade mellan 1–35 år.

De informanter som ingår i en kvalitativ studie väljs inte ut slumpmässigt, utan personer som har erfarenheter av det fenomen som studeras tillfrågas om medverkan i studien. När syftet är brett och omfattande krävs det fler informanter än om syftet skulle vara smalt. Informanter kan ha svårare att dela med sig av sina erfarenheter när studien berör ett känsligt och personligt ämne, vilket då kräver ett större urval (Polit & Beck, 2021). De svar som inkom var korta och det upplevdes finnas behov av ytterligare information och därför skickades flera påminnelser ut som resulterade i sammanlagt 45 svar vilket ansågs vara tillräckligt för att analysera den kvalitativa datan. Specifika inklusionskriterier för att delta i studien var att distriktssköterskorna skulle arbeta inom primärvård samt arbeta inom Västra Götalands län då enkäten innehöll frågor om material framtaget av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV). Eftersom endast distriktssköterskor som arbetar inom primärvård i Västra Götalands län var relevanta för studien, exkluderades distriktssköterskor i resterande delar av Sverige. Handboken som efterfrågas i enkäten är ett stöd för vårdpersonal med fakta om vad ViNR innebär samt information om hur dessa ärenden ska handläggas. Formuläret frågor om våld (FOV) är också framtaget av VKV finns tillgängliga på flera olika språk för att möjliggöra att frågan kan ställas till alla oberoende av språkbarriärer eller ej.

5.2 DATAINSAMLING

Enkäten som skickades ut till enheterna bestod av både öppna och slutna frågor. Enligt Draper (2004) är det vanligt att en kombination av egenformulerade frågor samt redan färdigställda frågor används (a.a.). En redan färdig enkät från tidigare examensarbete användes delvis då den upplevdes innehålla relevanta frågor som till viss del besvarade syftet med studien. Egenkonstruerade frågor lades till för att få svar på hela syftet. För att få en så tydlig enkät som möjligt och undvika missförstånd fick två erfarna distriktssköterskor gå igenom enkäten innan den

skickades ut till enheterna. Datainsamlingen skedde genom en webbaserad enkät som utformats med hjälp av ett formulär anpassat för enkäter från Google forms. Enligt Billhult (2023) är det både praktiskt och enkelt att använda sig av en webbaserad enkät när data ska samlas in. Det är även relativt kostnadseffektivt samt lätt för informanterna att medverka om de har tillgång till en dator samt viss datorvana. Nackdelarna med en webbaserad enkät är dock att det kan bli svårt att få en uppfattning om hur många som inte har svarat.

De berörda verksamhetscheferna kontaktades via mejl med information kring den aktuella studien samt en förfrågan om att få kontakta distriktssköterskor på enheten. Efter ett godkännande av verksamhetschef skickades ett mejl ut till berörda distriktssköterskor där de fick information om studien samt en länk som tog dem till den webbaserade enkäten. I den första fasen skickades informationsbrev ut till 102 verksamhetschefer på Närhälsan, samt 48 privata vårdcentraler och deras verksamhetschefer. Totalt tillfrågades 150 enheter. På grund av bristfällig återkoppling från verksamhetschefer samt fåtal inkomna enkätsvar, skickades flera påminnelser ut. De svar som inkom upplevdes korta och inte tillräckligt utförliga varför ytterligare 16 privata vårdcentraler letades upp och kontaktades. Totalt skickades enkäten ut till 55 distriktssköterskor från 28 olika enheter, varav 82 procent av distriktssköterskorna svarade, vilket fick anses tillräckligt.

5.3 ANALYS

De enkätsvar som samlats in har analyserats med en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats, vilket enligt Isaksson (2021) innebär att författarna tar sig an samt bearbetar det material som samlats in. En kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats har för avsikt att framställa begreppsutveckling och modeller, inte en teori. Vidare utformas meningsbärande enheter av den data som samlats in. En meningsbärande enhet beskrivs som den text av meningar eller fraser som är relevant för studiens frågeställning. En kod är en meningsbärande del av data som beskriver ett innehåll. Det finns inga specifika riktlinjer om hur en kod ska se ut, utan det viktiga är att författaren förstår den. En kategori utgör en grupp av flera koder som har ett liknande innehåll och betydelse. Kategorier skapas utifrån de likheter och skillnader som finns i det material som är insamlat. Om materialet i en kategori känns alltför spretig och omfattande finns möjligheten att skapa underkategorier. En reflektion över de befintliga kategorierna krävs för att kunna identifiera och skapa olika teman. För att kunna skapa relevanta teman krävs det att den underliggande meningen återkommer i kategorierna (a.a.). I denna studie påbörjades analysen genom att skapa ett dokument där alla enkätfrågor med tillhörande svar skrevs ned. För att kunna veta vad varje respondent svarat på frågorna numrerades svaren. Färgkoder användes för att veta vilka av respondenterna som arbetade inom BHV samt vilka som var män. Dokumentet skrevs ut och lästes igenom noggrant flera gånger för att få en helhetsbild av materialet. I innehållsanalysen valdes fokus på det manifesta innehållet då det innebär en textnära analys. Vid ett latent fokus är det i stället den underliggande

meningen eller budskapet som framkommer (Graneheim & Lundman, 2004). För att inte gå miste om betydelsefull information lästes materialet igenom var för sig. Därefter togs de meningsbärande enheterna ut som svarade på studiens syfte. När de meningsbärande enheterna var fastställda togs koderna ut. Kodernas likheter och skillnader jämfördes sedan för att till slut få fram tre kategorier samt sju underkategorier (Bilaga 4. Exempel på analysprocessen). Detta gjordes utan att det fanns en teori som styrkt och berättat vad som eftersöktes.

5.4 ETISKA ÖVERVÄGANDEN

Då studien skrevs på avancerad nivå räknas den enligt etikprövningslagen (SFS 2003:460) inte som forskning och därför finns inte heller krav på att ansöka om en etikprövning (a.a.). Examensarbete på avancerad nivå faller således in under ramen för det så kallade studentundantaget varför det inte behövs en etikprövning. Varje lärosäte har ett ansvar att samtliga arbeten bedrivs under etiskt säkerställda och trygga former (Etikprövningsmyndigheten, 2023). Studien genomfördes däremot med de fyra etiska principerna i åtanke. Dessa fyra principer innefattar informationskrav, samtyckeskrav, konfidentialkrav och nyttjandekrav.

Informationskravet innebär att de som deltog i studien fick information om studiens syfte, vilken kunskap studien hade för avsikt att skapa och vad som förväntades av deltagarna så de därefter kunde fatta ett beslut om huruvida de ville delta eller ej. Samtyckeskravet bygger på att värna om deltagarnas självbestämmande och frihet. Ett samtycke kräver tre saker av de som deltar; att de har information om studien, att de förstår informationen och kan fatta ett beslut grundat på den samt att de förstår att deltagandet i studien är frivilligt (Kjellström, 2023). För att uppnå detta skickades informationsbrev ut till berörda enheter där författarna informerade om studien, dess syfte samt vad som förväntades av de som deltog. Det framgick tydligt att deltagandet var frivilligt och att deltagarna när som helst kunde avsluta sin medverkan. Enligt Kjellström (2023) innefattar konfidentialkrav två delar. Första delen handlar om att skydda och förvara data på ett sådant sätt att obehöriga inte kan få tillgång till den. Dock ska det aldrig lovas att andra inte kommer att ta del av den information som är insamlad då både lärare, studenter och forskare kan behöva granska materialet. Den andra delen handlar om att den insamlade informationen ska redovisas så den inte går att återföras till en enskild person (a.a.). Detta tydliggjordes genom att informera om att andra inom skolan, såsom lärare och studenter också tog del av materialet för granskning. Nyttjandekravet innebär att de personuppgifter som samlas in endast får användas i forskningsändamål. Uppgifterna får följaktligen inte användas för icke-vetenskapliga syften eller kommersiellt bruk (Regeringen, 2015). Det insamlade materialet avidentifierades för att inte kunna koppla till någon specifik person.

Författarna har viss förförståelse genom att ha läst böcker, lyssnat på podcasts samt följer konton på sociala medier relaterat till ViNR. Båda författarna har även kommit i kontakt med våldsutsatta kvinnor i arbetet som sjuksköterska. Detta ämne är även något som författarna anser vara en viktig fråga att arbeta vidare

med. Vidare upplevs det saknas information, utbildning och rutiner om ViNR både under genomgången utbildning, men även på samtliga arbetsplatser där författarna varit anställda.

6 RESULTAT

Analysen resulterade i tre kategorier och sju underkategorier vilka ansågs besvara studiens syfte att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att fråga och agera vid våld i nära relation i mötet med kvinnor i primärvård. I tabell 1. Presenteras en översikt av kategorier och underkategorier. I resultatet presenteras citat från några av informanterna.

Tabell 1. Översikt över kategorier och underkategorier

KATEGORI	UNDERKATEGORI
Vad påverkar distriktssköterskor att fråga eller inte fråga	Vad leder till att frågan ställs
	Vad leder till att frågan inte ställs
Förutsättningar som möjliggör att frågan ställs	Kunskap och trygghet
	Verksamhetens ansvar
	Verktyg för att skapa förutsättningar
Att agera efter att frågan ställs	Att handlägga ärendet vidare
	Bemötande av kvinnor utsatta för ViNR

6.1 VAD PÅVERKAR ATT FRÅGA ELLER INTE FRÅGA OM VÅLD I NÄRA RELATION

6.1.1 VAD LEDER TILL ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION STÄLLS

De faktorer som påverkar till att fråga om ViNR är framför allt vid misstanke, oklara skador eller känslan av att något inte stämmer. Att inneha kunskap och erfarenhet anger vissa distriktssköterskor bidrar till att de ställer frågan om ViNR. En distriktssköterska med äldreomsorg upplever det extra viktigt att vara uppmärksam på de kvinnor med demenssjukdom som vårdas av män, då det kan vara svårt att upptäcka förekomst av ViNR. Andra faktorer som bidrar till att frågan om ViNR ställs är om kvinnan lider av psykisk ohälsa, vid nybesök, till exempel

hypertoni, upprepade urinvägsinfektioner eller om patienten har ett ökat sökmönster till primärvård. En annan indikation till att fråga om ViNR är om patienten uppger sig vara stressad, orolig, förekomst av bröstsmärta, andningsbesvär eller känsla av ensamhet. Andra faktorer som föranleder misstanke eller att distriktssköterskor reagerar och frågar om ViNR är synliga skador, sår samt vid återkommande diffusa besvär.

”Magkänslan, om det vid besök framkommer faktorer som gör att jag känner oro eller får en insikt om att här kan våld vara troligt” (Distriktssköterska 43)

Det framgår tydligt att de distriktssköterskor som arbetar inom BHV har en tydlig rutin som gör att frågan om ViNR ställs till alla de mödrar som är kopplade till BHV.

”Vi gör detta enligt rutin på BHV och ibland vid vissa situationer där barnet har märke på kroppen där man misstänker våld. Vuxna är ibland när mamma eller pappa visar tecken på depression eller rädsla för partner” (Distriktssköterska 32)

Frågeformuläret FOV används på rutin som mödrarna svarar på när barnet är cirka två månader gammalt. Även där barnet har oklara märken på kroppen eller om misstanke finns, tas frågan om ViNR upp. Vid de tillfällen distriktssköterskor upplever att kvinnan visar tecken på depression eller rädsla för sin partner tillfrågas kvinnan om ViNR i enskildhet.

6.1.2 VAD LEDER TILL ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION INTE STÄLLS

Många erfar att det inte finns något som hindrar dem från att fråga om våld, men trots det uppger majoriteten av distriktssköterskorna att de sällan eller aldrig frågar om ViNR. Faktorer som hindrar distriktssköterskorna att fråga om ViNR är framför allt vid de tillfällen kvinnan inte är ensam under besöket, till exempel om partner eller en släkting är med. Talar kvinnan ett annat språk så kan även detta bidra till att distriktssköterskorna inte frågar om ViNR då missförstånd lättare kan uppstå på grund av språkförbristning. Ytterligare faktorer som förhindrar distriktssköterskorna från att fråga är tidsbrist och att det inte finns någon implementerad rutin på vårdcentralen. Känslan av att inte ha tid att fråga under besöket på grund av stressig arbetsmiljö är något som påverkar distriktssköterskorna negativt. Några distriktssköterskor uppger att det inte känns relevant att fråga om ViNR under ett vanligt mottagningsbesök som till exempel omläggning av bensår, hypertoniomtagning eller avlägsnande av agraffer. En del distriktssköterskor uppger att det inte funnits någon anledning till att fråga om ViNR eller att det bara inte blir av.

”Brist på tid och fokus på andra frågor i besöket. Patienten är inte ensam eller har för dålig språkförståelse för att missförstånd skall kunna undvikas” (Distriktssköterska 30)

Ytterligare faktorer som förhindrar distriktssköterskorna från att fråga är tidsbrist och att det inte finns någon implementerad rutin på vårdcentralen. Känslan av att inte ha tid att fråga under besöket på grund av stressig arbetsmiljö är något som påverkar negativt. Några distriktssköterskor uppger att det inte känns relevant att fråga om ViNR under ett vanligt mottagningsbesök som till exempel omläggning av bensår, hypertoniomottagning eller avlägsnande av agraffer.

”Egentligen inte men finner inte relevans vid te x agrafftagning, omläggning av bensår hos äldre” (Distriktssköterska 36)

En del distriktssköterskor uppger att det inte funnits någon anledning till att fråga om ViNR eller att det bara inte blir av. Rädslan för att trampa någon på tårna, samt oron för att frågan i sig leder till ett dåligt vårdmöte är bidragande faktorer som påverkar distriktssköterskorna till att inte ställa frågan. Stundtals kan det upplevas svårt att ställa frågan generellt om det inte finns en direkt koppling till sökorsaken. Det är lättare att fråga om det finns en misstanke om att patienten utsätts för ViNR. En annan orsak till att frågan om ViNR inte ställs är att den lätt glöms bort, då den inte finns med som en rutinfråga i journalen, som till exempel för rökning och alkohol.

6.2 FÖRUTSÄTTNINGAR SOM MÖJLIGGÖR ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION STÄLLS

6.2.1 KUNSKAP OCH TRYGGHET

Majoriteten av distriktssköterskorna uppger att de har tillräckligt mycket kunskap om ViNR för att kunna ställa frågan. Flertalet av distriktssköterskorna har inte genomgått någon vidareutbildning eller fördjupningskurs inom ämnet. Flera uppger ändå att alla kan fråga om ViNR och att det egentligen inte är själva frågan som är det svåra, utan det är att sen kunna hantera svaret och att veta hur kvinnan kan hjälpas vidare. För att kunna hjälpa den våldsutsatta kvinnan på bästa sätt upplevs det viktigt med ytterligare kunskap och utbildning inom ämnet. Enligt majoriteten av distriktssköterskorna är det framför allt ökad kunskap och ytterligare information som kan leda till att rutinmässigt fråga om ViNR i arbetet i primärvård.

“Mer kunskap behövs alltid. Jag tänker att det inte är själva frågan som är problemet utan möjligheter och kunskap att hantera svaret på ett bra sätt” (Distriktssköterska 17)

Några uppger att något som verkligen hade underlättat att ställa frågor om våld på rutin är om det funnits en flik i journalen, till exempel liknande flikar som finns för att fråga om levnadsvanor. Mer tid i telefonrådgivning är också en viktig aspekt som flera påpekar hade kunnat underlätta för att hinna fråga om våld, samt skapa ett arbetssätt som underlättar att på rutin fråga om ViNR i telefonrådgivning.

6.2.2 VERKSAMHETENS ANSVAR

Flera distriktssköterskor uppger vikten av att prata om ViNR och diskutera tillsammans med kollegor på arbetsplatsträff eller liknande, om hur verksamheten kan arbeta med ViNR för att kunna uppmärksamma de som är utsatta. Många uppger att de under dessa möten då kan stämma av med kollegor samt reflektera och påminna varandra om att ställa frågan. De kan lära sig av varandra samt dela med sig av tankar och funderingar. Någon påpekar att det hade kunnat finnas frågor om ViNR när en patient listar om sig eller söker via 1177.

“Att ha mer kunskap i ämnet. Det kommer att skapa en ökad trygghet i att fråga svåra/känsliga frågor. Det kommer även att hjälpa att kunna stödja personer i utsatt situation” (Distriktssköterska 35)

Många distriktssköterskor påtalar vikten av att arbetsgivaren erbjuder regelbunden utbildning inom ViNR för att de ska känna sig trygga i att ställa frågan om våld till sina patienter. Flera distriktssköterskor uppger även att det behövs en kontinuerlig diskussion på arbetsplatsen om ViNR för att ständigt påminnas om vikten av att ställa frågan om våld. Att ha en närvarande och stöttande chef anses viktigt då det skapar en trygghet för distriktssköterskorna med uppbackning. Majoriteten av distriktssköterskorna uppger att de önskar få mer insikt och kunskap om ViNR och hur de kan hjälpa dessa kvinnor vidare.

6.2.3 VERKTYG FÖR ATT SKAPA FÖRUTSÄTTNINGAR

Det framkommer en viss osäkerhet kring huruvida det finns en specifik handlingsplan om ViNR eller inte. Flera distriktssköterskor uppger att det inte finns någon uttalad handlingsplan eller att det finns men att de inte vet hur den ser ut eller att den inte används optimalt. Även om det finns brister i rutiner och oklara handlingsplaner vet majoriteten av distriktssköterskorna var de kan hitta eller få tag i informationen om de skulle hamna i en situation med en patient utsatt för ViNR. Distriktssköterskor inom BHV har tydligare rutiner samt mer insikt i hur handlingsplanen ser ut och hur den kan tillämpas i arbetet. Majoriteten av övriga informanter känner inte till att det finns en handbok om våld specifikt framtagen som hjälp och stöttning vid möten med våldsutsatta kvinnor. Flera känner till handboken, men har inte använt den och några hade läst i den för att få en ökad kompetens inom ämnet. Framför allt distriktssköterskor inom BHV har läst handboken för information och ökad kunskap, samt att den används som handlingsplan för handläggande av kvinnor utsatta för ViNR.

“Vet inte exakt hur den handlingsplanen ser ut på vårdcentral då de är mer utefter situationen. Men när jag arbetade på BVC på mitt tidigare arbete var det en mer utarbetad handlingsplan” (Distriktssköterska 33)

Frågeformuläret FOV känner ungefär hälften av distriktssköterskorna till. Näst intill samtliga distriktssköterskor inom BHV använder sig av FOV medan resterande som svarat att de känner till formuläret inte har använt sig av det i sitt

arbete i primärvård. Enligt distriktssköterskor inom BHV är fördelen med frågeformuläret att det finns på flera olika språk vilket gör det mer applicerbart i möten med föräldrar som inte har svenska som modersmål.

6.3 ATT AGERA EFTER ATT FRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION STÄLLS

6.3.1 ATT HANDLÄGGA VÅLD I NÄRA RELATION

När frågan om ViNR är ställd och det uppdagas att en kvinna utsatts är samtliga distriktssköterskor enade om att de skulle agera, ta en djupare anamnes, informera kvinnan om vad som sker nu, samt erbjuda stöd och hjälp. Är det en akut pågående fara är samtliga distriktssköterskor överens om att polisen kontaktas och kopplas in. Många distriktssköterskor uppger att de konsulterar en mer erfaren kollega om hur ärendet ska behandlas. Den ansvariga läkaren kontaktas för konsultation och vidare hantering av ärendet. Att föra en noggrann dokumentation över det som sägs, eventuella skador samt de åtgärder som vidtas är viktigt, så det tydligt går att följa ärendet. För att hjälpa patienten erbjuds även kontakt med till exempel kvinnojour, kvinnofridslinje, psykolog eller andra instanser och professioner som kan hjälpa till.

”Viktigt med dokumentation, att följa de regler som finns för detta. Försöka kartlägga hemsituationen, hjälp till kontakt med socialtjänsten. Försöka stötta kvinnan eller mannen för att ta emot hjälp för att ta sig ur detta. Tillsammans med chef upprätta anmälan om så krävs” (Distriktssköterska 1)

Vid de fall där den våldsutsatta kvinnan har minderåriga barn, hade de flesta av distriktssköterskorna agerat på samma sätt. Detta genom att anmäla till socialtjänst, ta hjälp av kollegor och chef, kontakt med läkare samt noggrant dokumentera allt som sägs och görs. Även ta bilder på eventuella skador ifall det skulle behövas om anmälan sker och fallet leder till rättssak.

6.3.2 BEMÖTANDE AV KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION

Det som är centralt för distriktssköterskorna och hur de bemöter kvinnor utsatta för ViNR är framför allt vikten av att vara inkännande, att aktivt lyssna till patienten samt att bemöta med ett empatiskt och personcentrerat förhållningssätt. Detta görs med ett lugnt, respektfullt bemötande där kvinnan ges tid att berätta. Att förmedla en trygghet som gör att patienten känner tillit och vill fortsätta prata. Vidare uttrycker distriktssköterskorna hur betydelsefullt det är att informera kvinnan om att de finns tillgängliga vid behov av stöd. Uppföljning anses vara en betydelsefull del i vårdandet av kvinnor utsatta för ViNR, vilket kan göras genom att boka ett uppföljande besök direkt i stället för att kvinnan själv ska behöva kontakta primärvården.

”Lugn och inkännande, lyssna på vad de berättar. Jag ber dem komma till mig vid flera tillfällen om det går för att lära känna och inge trygghet så hon kan öppna sig mer och på så sätt hjälpa henne med det vi kan här eller hänvisa till annan instans” (Distriktssköterska 9)

Några distriktssköterskor uppgav även vikten av att inte skuldbelägga patienten vid förekomst av ViNR samt att belysa att patienten får vara med och styra över fortsatt plan med stöd och eventuella insatser. Majoriteten av distriktssköterskorna är medvetna om att ViNR förekommer oftare än vad som antas och att hälso- och sjukvård måste bli bättre på att fråga om våldsutsatthet vid upprepade tillfällen. ViNR upplevs vara svårt att uppmärksamma samt att det finns ett stort mörkertal, därför uppger distriktssköterskorna att det är viktigt att ställa frågor om ViNR vid samtliga besök samt att frågan ställs flera gånger.

6.4 RESULTATSAMMANFATTNING

Distriktssköterskorna beskrev sina erfarenheter av att fråga kvinnor om ViNR. Det framkom då att det saknas tydliga rutiner och handlingsplan för hur distriktssköterskor ska arbeta med frågan. Majoriteten av distriktssköterskorna frågar sällan eller aldrig om ViNR och de som frågar gör det oftast vid misstanke eller synliga skador. De distriktssköterskor som arbetade inom BHV hade ett strukturerat arbetssätt och tydligare rutiner kring att fråga om ViNR även där misstanke saknas. Några distriktssköterskor uppgav att det hade underlättat att på rutin fråga om ViNR om det funnits en flik i journalen för att lättare påminnas om att fråga. Många uppger att tidsbrist är en faktor som bidrar till att frågan inte ställs. Genom att ha mer tid till både besök och telefonrådgivning hade det kunnat möjliggöra att distriktssköterskor oftare frågar om ViNR.

För att möjliggöra att frågan om ViNR ställs på rutin uppger distriktssköterskorna att det krävs mer kunskap och fördjupning inom ämnet. Detta kan möjliggöras genom att verksamhetschefen erbjuder utbildning samt att det tas upp på arbetsplatsmöten för diskussion om hur det kan praktiseras i det dagliga arbetet. Genom att arbetsplatsen upplevs trygg där det går att konsultera erfarna kollegor vid behov är också en aspekt som skapar förutsättningar till att fråga om ViNR och vidare handläggning. När det uppdagas att en kvinna är utsatt för ViNR är distriktssköterskorna överens om att agera genom att kontakta lämpliga instanser och ta hjälp av aktuella professioner. Vid de tillfällen minderåriga barn finns i hemmet kontaktas även socialtjänst och en orosanmälan görs.

Det framkommer att samtliga distriktssköterskor arbetar utifrån ett personcentrerat förhållningssätt där respekt, empati och aktivt lyssnande är en viktig del i mötet med den våldsutsatta kvinnan. Ytterligare aspekter som anses vara viktiga i detta möte är att förmedla trygghet samt att noggrant dokumentera allt som framkommer. De verktyg som finns att tillgå som VKV tagit fram för att underlätta handläggning av ViNR används sällan även om hälften känner till att det finns. Distriktssköterskorna inom BHV uppger däremot att de ofta använder dessa verktyg i mötet med vårdnadshavare till de barn som är inskrivna.

7 DISKUSSION

Resultatet beskriver distriktssköterskors erfarenhet av att fråga kvinnor i primärvård om ViNR. De kategorier som framkommer i resultatet åskådliggör distriktssköterskors erfarenheter genom tre kategorier; Vad påverkar att fråga eller inte fråga om ViNR, Förutsättningar som möjliggör att frågan ställs samt Att agera efter att frågan ställs

7.1 METODDISKUSSION

Syftet med denna studie var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att fråga och agera vid våld i nära relation i mötet med kvinnor i primärvård. En kvalitativ metod med induktiv ansats ansågs vara den mest lämpade metod för att besvara syftet. Genom den valda metoden kan forskaren bearbeta materialet utan att behöva tvinga in det i fördefinierade kategorier, vilket erbjuder ett öppnare fokus (Isaksson, 2021). Materialet bearbetades var för sig och sedan tillsammans för att få fram kategorier och underkategorier. Detta gjordes för att inte gå miste om relevant information från informanterna. Utifrån den valda metoden gavs möjlighet att beskriva distriktssköterskors erfarenhet och nå en förståelse för det valda området. Willman et al. (2011) skriver att kvalitativa studier bygger på att undersöka människors upplevelser, erfarenheter och uppfattningar. Bästa sättet att beskriva dessa fenomen är med ord, både det talade samt det skrivna och därför lämpade sig enkäter för datainsamlingen. Genom att inkludera distriktssköterskor inom BHV framkom en tydlig skillnad i hur ofta kvinnor tillfrågas om ViNR. Detta bidrog till en större variation av material samt insikt av skillnaden på att ha tydliga rutiner. Urvalet ansågs vara ändamålsenligt och bestod av 45 informanter vilka var i varierande åldrar med varierad mängd erfarenhet. Ett kvalitativt resultat har uppnått en mättnad när det inkommer liknande information som redan är insamlad. Genom att låta ytterligare informanter svara på enkäten efter ett resultat har utformats, går det att fastställa om en mättnad har uppstått (Polit & Beck, 2021). Enkäten som användes i studien har varit tillgänglig för informanter att svara på hela tiden. När författarna var nöjda med den insamlade datan sammanställdes den. Efter ytterligare några veckor inkom ännu något svar, vilket bekräftade att resultatet uppnått sin mättnad, då informationen som inkom var liknande det som redan samlats in. Datamättnad uppnåddes vid 45 besvarade enkäter, då ingen ny information ansågs framkommit i de senast inkomna enkätsvaren och med hänsyn till tiden för examensarbetet. Genom att inkludera samtliga primärvårdsenheter i Sverige hade fler svar kunnat komma in, och eventuellt större variation på svaren då andra regioner kan ha ett annat arbetssätt och rutiner för handläggande av kvinnor utsatta för ViNR.

Eftersom enkäten endast baserades på primärvård i Västra Götaland är det detta arbetssätt som framkommer i resultatet. Det reflekteras över om resultatet hade blivit annorlunda om fler regioner inkluderats och om det då hade bidragit till större variation i svaren. Enligt en rapport av IVO (2024) framkommer att Sveriges regioner har brister i arbetet med ViNR. Det syns en tydlig skillnad mellan olika

primärvårdsenheter i landet och deras följsamhet av föreskrifterna om ViNR (a.a.). Det reflekteras över betydelsen av att vara listad på en primärvårdsenhet där arbetet med ViNR görs i större utsträckning än om kvinnan varit listad på en enhet där arbetet med ViNR inte praktiseras. Det blir ett lotteri för vilka våldsutsatta kvinnor som tillfrågas och kan erbjudas adekvat hjälp beroende på var kvinnan är listad.

Datainsamlingen i studien skedde via en webbaserad enkät. Genom att välja en webbaserad enkät kunde informanterna vara anonyma till skillnad från om ett Word-dokument valts. Vidare upplevs det enklare för informanter att svara via en länk än att skriva i ett dokument som ska skickas in. Genom användandet av webbaserade enkäter kunde tid sparas, då intervjuer samt transkribering tar väsentligt mycket mer tid i anspråk. Därför ansågs den valda metoden av datainsamling vara en styrka, då resultatet skulle samlas in och färdigställas inom en viss tid, vilket enligt Billhult (2023) passar en enkätstudie. Enkäten som användes bestod av öppna frågor. Egenkonstruerade frågor lades till för att få svar på hela syftet. Det krävs att en enkät genomgår många steg innan den är tillräckligt bra att använda. Det finns både för- och nackdelar med att konstruera en egen enkät. Fördelar är till exempel att det själv går att styra över längden på enkäten samt att det går att efterfråga exakt det som forskaren är ute efter medan nackdelar kan vara att frågorna lätt kan missförstås eller att frågorna är ställda på ett sätt som gör dem svårtolkade (a.a.).

Helgesson (2017) anser att då ämnet är av känslig karaktär kan det ha bidragit till ett bortfall då det kan väcka tankar och känslor hos informanterna (a.a.). Eftersom enkäten var anonym kunde ingen påminnelse skickas ut till de som valt att inte svara. Informanterna kontaktades via arbetsmejl vilket innebar att de troligtvis behövde svara på enkäten under arbetstid. Stor arbetsbörda eller att bli avbruten under deltagandet kan ha bidragit till bortfallet. Enligt Jones et al. (2013) kan bortfallet minska genom att inleda enkäten med de frågor som ansågs vara mest betydelsefulla och avsluta med demografiska frågor. Det reflekteras över om bortfallet hade minskat genom att avsluta med demografisk data och i stället inleda med de viktiga frågorna, men eftersom enkäten inte var så omfattande avslås denna hypotes. Ytterligare en aspekt är om innehållet hade kunnat bli mer omfattande om enkäten inleddes med de betydelsefulla frågorna och avslutades med demografiska data.

En nackdel enligt Notter och Hott (1996) med enkätfrågor kan vara svårigheten att konstruera frågorna så att samtliga informanter tolkar frågorna på samma sätt (a.a.). Således var en svaghet med valet av metod att det inte fanns någon möjlighet att ställa följdfrågor till informanternas svar samt att det inte gick att säkerställa att de frågor som ställdes inte misstolkades. Detta är en brist i arbetet då flera informanter uppfattat frågan "Hur har du..." som "Har du..." vilket utgör en stor skillnad i svaret. Detta är en svaghet som kanske hade kunnat undvikas genom att testa enkäten på fler personer innan utskick till distriktssköterskorna. Det inkomna materialet från informanterna ansågs ändå vara fullgott, men det reflekteras över om svaren blivit utförligare om följdfrågor hade kunnat ställas.

Samtliga informanter besvarade enkäten anonymt, vilket kan ses både som en styrka och svaghet. Genom att låta informanterna svara anonymt var det inte möjligt att ta en andra kontakt för önskemål om att utveckla svaret. En styrka med att delta anonymt kan enligt Ali (2023) vara att informanterna är mer uppriktiga och ärliga med sina svar.

Analysmetoden som användes var en kvalitativ innehållsanalys med induktiv ansats vilket enligt Isaksson (2021) är en fördel då den erbjuder ett mer öppet fokus där materialet kan bearbetas utan att forceras in i olika kategorier och teman. Dock bör författaren vara medvetna om att denna analysmetod ställer högre krav på den analytiska förmågan (a.a.). Tillförlitlighet syftar till den riktighet och struktur av information som finns i en studie (Polit & Beck, 2021). Författarna till studien har innan studien påbörjats, tillsammans diskuterat och reflekterat över de förförståelser som funnits och vad de kunde ha för påverkan på studien. Lincoln och Guba (1985) skriver att en studies tillförlitlighet ökar då författarna är medvetna om sin förförståelse samt att både datainsamlingen och dataanalysen är väl skrivna (a.a.). Tillvägagångssättet som använts för att samla in data, samt analysprocessen är noggrant beskrivet för att det ska vara lätt för läsarna att följa hela processen.

Överförbarhet innebär att studiens resultat går att använda till andra sammanhang (Lincoln & Guba, 1985). Urval, datainsamling samt analysmetod bör tydligt framgå och vara väl beskrivet i studien för att kunna bedöma om den är överförbar (Graneheim & Lundman, 2004). Under metodavsnittet är de tre underrubriker väl beskrivna. Urvalet och dess variation i denna studie är tydligt beskrivet i tabell två. Studien utfördes inom Västra Götalandsregionen, om den hade utförts i en annan region eller inkluderat hela Sveriges primärvård hade resultatet kunnat bli annorlunda. Mårtensson och Fridlund (2023) skriver, för att studien ska uppnå en trovärdighet är det viktigt att det gjorts tydligt för läsaren att resultatet är rimligt samt att det äger giltighet (a.a.). Under studiens gång genomfördes regelbundna träffar med studiekamrater samt handledare för att diskutera arbetet. Enligt Lincoln och Guba (1985) ökar trovärdigheten genom att låta utomstående, så som handledare och studiekamrater få gå igenom analysprocessen samt studiens resultat (a.a.). Genom att använda sig av citat i resultatet så förstärks och tydliggörs texten, vilket underlättar för läsaren samt att det ökar tillförlitligheten och giltigheten (Kvale & Brinkeman, 2014).

7.2 RESULTATDISKUSSION

Syftet med studien var att beskriva distriktssköterskors erfarenhet av att fråga kvinnor om ViNR. I resultatet åskådliggörs distriktssköterskors erfarenheter genom tre kategorier; vad påverkar att fråga eller inte fråga om ViNR, förutsättningar som möjliggör att frågan ställs, att agera efter att frågan ställs.

I resultatet framkommer att de distriktssköterskor som arbetade inom BHV har tydliga rutiner och oftare frågar om ViNR. Här syns tydligt vikten av riktlinjer som

möjliggör att frågan ställs mer frekvent. Genom att ha detta som en implementerad rutin i arbetssättet skapar det förutsättningar för att i större omfattning kunna upptäcka kvinnor utsatta för ViNR. Enligt tidigare forskning framkommer det att sjuksköterskor upplevde det lättare att fråga om våldsutsatthet om det fanns tydliga riktlinjer på arbetsplatsen, samt rutiner på tillvägagångssätt om kvinnan bekräftar ViNR. Brist på riktlinjer gav i sin tur upphov till oklarheter om när, var och hur frågan om våld skulle ställas (Sundborg et al., 2015). I resultatet framkommer faktorer som påverkar till att distriktssköterskorna frågar om ViNR. Misstanke eller tecken på att kvinnan är våldsutsatt föranledde att frågan ställdes samt om patienten sökte för psykisk ohälsa eller diffusa symtom. Även känslan av stöttning och tryggheten från kollegor stärkte distriktssköterskorna i att fråga om ViNR, vilket överensstämmer med tidigare forskning av Sundborg et al. (2015).

Enligt resultatet framkommer tydligt att majoriteten av distriktssköterskor önskar mer tid och tydligare rutiner för att enklare kunna implementera ett arbetssätt där frågan om ViNR lättare kan ställas på daglig basis. Ökad kunskap och återkommande fortbildning är även det en aspekt som kan möjliggöra för distriktssköterskor att ställa frågan om ViNR samt även veta hur svaret ska hanteras och handläggas. IVO (2024) har mellan 2021–2023 granskat kommuner och regioners handläggande av ViNR och kommit fram till stora brister, vilket leder till allvarliga konsekvenser för våldsutsatta kvinnor och barn. Många vårdcentraler har inte några tydliga riktlinjer för hur ViNR ska handläggas. Enligt 7 kap. HSLF-FS 2022:39 ska vårdgivaren fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med ViNR. Vårdgivaren har även ansvar för att fastställa rutiner som krävs för när och hur personal ska ställa frågor om ViNR för att kunna upptäcka våldsutsatta kvinnor samt de barn som bevittnat våld (a.a.). Det reflekteras över varför så få kvinnor tillfrågas om ViNR när det tydligt framkommer att vårdgivaren ansvarar för fastställandet av rutiner angående handläggandet av ViNR. Genom att säkra kvaliteten i arbetet med ViNR kan onödigt lidande förhindras och ett liv fritt från våld möjliggöras för fler kvinnor och barn. Enligt en studie av Malpass et al. (2014) kommer våldsutsatta kvinnor oftare i kontakt med hälso- och sjukvård än någon annan myndighet, vilket gör det än mer viktigt för primärvård att ta ställning till vad som kan möjliggöra en förändring där frågan oftare ställs (a.a.). Det anses vara av stor vikt att distriktssköterskor har kunskap om alla former av ViNR och hur det tar sig i uttryck för att kunna hjälpa de kvinnor som inte själva insett att de är utsatta för ViNR. Enligt en studie av Bradbury-Jones (2014) anser kvinnor som utsatts för ViNR att det är sjukvårdens ansvar att fråga om och identifiera ViNR. De önskar att de blivit tillfrågade och fått hjälp med att sätta ord på vad de utsatts för, då flera inte identifierat det som ViNR tidigare. Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2019) ingår det i distriktssköterskans ansvar att upptäcka ViNR samt att tillgodose patientens behov av kontinuitet, samordning, trygghet och säkerhet.

Enligt tidigare studie finns det distriktssköterskor som frågar kvinnor om de blivit utsatta för ViNR, men det är långt ifrån alla som frågar. Anledningar till att en del inte ställde frågan till sina patienter var om de inte ansåg att det var deras arbetsuppgift, dock kunde de hänvisa våldsutsatta kvinnor vidare till andra

professioner som de trodde kunde vara till bättre hjälp. En annan orsak till att frågan om våld inte ställdes var okunskap, distriktssköterskor visste inte vilken kvinna de skulle fråga, hur de skulle fråga henne eller när de skulle ställa frågan. De var även rädda för att de skulle ställa frågan på fel sätt (Sundborg et al., 2015). 86 procent av tillfrågade distriktssköterskor uppger att de inte känner sig tillräckligt förberedda eller har tillräckligt med kunskap för att kunna hjälpa kvinnor utsatta för ViNR och har därför valt att inte ställa frågan (Sundborg et al., 2012).

Enligt tidigare studie framkommer att endast nio procent av besökarna på en vårdcentral blivit tillfrågade om ViNR. Av de som faktiskt varit utsatta för våld var det ett fåtal som blivit tillfrågade. Vidare framkom att 43 procent av de patienter som besökt legitimerad vårdpersonal på vårdcentral fyra gånger eller mer under senaste året varit utsatta för ViNR, av dessa blev endast sex procent tillfrågade om våld (Simmons & Swahnberg, 2020). Det reflekteras över att så få patienter blev tillfrågade om ViNR vilket utgör ett hinder för att kunna upptäcka dessa kvinnor och barn. I resultatet syns ett tydligt samband mellan att ha tydliga rutiner och hur ofta frågan om ViNR ställs. Genom att implementera tydliga riktlinjer för distriktssköterskor i primärvård att rutinmässigt fråga kvinnor om ViNR, kan detta förhoppningsvis möjliggöra att fler våldsutsatta kvinnor kan identifieras och erbjudas hjälp. Enligt 2 §, kap. 3 i hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30c) ska all sjukvårdspersonal arbeta för att förebygga ohälsa (a.a.). Genom att systematiskt fråga om ViNR kan det leda till att dubbelt så många våldsutsatta kvinnor identifieras (O'Doherty et al., 2015). Med denna aspekt i åtanke förstärks vikten ytterligare av att på rutin fråga om ViNR. Att fråga om ViNR kräver inga större resurser, men kan förebygga onödigt lidande hos många kvinnor och barn. Genom att uppmärksamma dessa kvinnor tidigt skulle det kunna leda till att förhindra förekomst av hälsobesvär samt minska hälso- och sjukvårdsbesök som hade kunnat undvikas. Enligt Malpass et al. (2014) kommer kvinnor utsatta för ViNR oftare i kontakt med hälso- och sjukvård än med någon annan myndighet i samhället, vilket innebär att de har en betydande roll vad gäller att identifiera samt erbjuda hjälp och stöd till de som blir utsatta. Flera kvinnor i studien hade själva inte identifierat sig med att vara våldsutsatta förrän de blev tillfrågade. Med detta i beaktande anses det än mer viktigt att distriktssköterskor har insikt och kunskap om ViNR för att kunna ha förståelse för hur det påverkar dessa kvinnor.

I resultatet framkommer att flera distriktssköterskor känner trygghet i att veta vad som ska göras vid de fall kvinnan uppger sig vara utsatt för ViNR. De uppger även att det inte är svårt att fråga om ViNR. Trots detta visar resultatet att majoriteten av distriktssköterskorna sällan eller aldrig frågar kvinnor om ViNR. Detta kan delvis bero på att distriktssköterskorna inte upplever det relevant för vad kvinnan sökt vård för samt att inga misstankar om våldsutsatthet väckts under besöket. Enligt Elvin-Nowak et al. (2023) finns begränsad kunskap om sambandet mellan ViNR och sjukdom hos medicinsk personal (a.a.). För att ta det första steget mot en bättre vård för våldsutsatta kvinnor krävs utökad kunskap om problemets omfattning och de samband som finns mellan ViNR och minskat välbefinnande, olika somatiska besvär samt depressiva symtom. I en studie av Mason et al. (2013) ökar risken för kroniska sjukdomar som diabetes typ två av att vara utsatt för ViNR

under en längre tid. För de kvinnor som varit utsatta för fysiskt våld under mer än fem år syntes en tydlig ökning av diabetes typ två med 15–20 procent. Siffran ökar drastiskt om kvinnan varit utsatt för grovt psykiskt våld under en längre tid. Dessa kvinnor löper 80 procent högre risk att drabbas av diabetes typ två (a.a.). Genom ökad kunskap om vad ViNR kan orsaka för hälsokonsekvenser reflekteras det över om det kan leda till att frågan om ViNR ställs oftare. Detta är en viktig aspekt att ha i beaktande vid till exempel årskontroll för diabetespatienter eller vid nybesök för patienter med nydebuterad diabetes. Genom att ha kunskap om att diabetes ökar hos de kvinnor som utsätts för ViNR kan det förhoppningsvis leda till att fler kvinnor och deras barn uppmärksammas i hälso- och sjukvård. I tidigare forskning framkommer även att risken för hypertoni ökar av att vara utsatt för grovt psykiskt våld (Mason et al., 2012). Därför anses det vara en viktig del i arbetet i primärvård att fråga om ViNR under samtliga årskontroller. Enligt Pratt-Eriksson et al. (2014) har sjuksköterskan en viktig roll i att kunna förstå och identifiera signaler på ViNR. Genom att sjuksköterskan har ett personcentrerat förhållningssätt ökar chansen att kvinnor utsatta för ViNR berättar om deras situation och därefter kan erbjudas adekvat vård.

I det föreliggande resultatet framkommer att flera distriktssköterskor önskade att arbetsgivaren erbjud utbildning inom ämnet samt att det tas upp vid möten för att bli påmind om det. Det reflekteras över om distriktssköterskorna hade behövt bli påmind om att fråga om ViNR om det funnits tydliga riktlinjer för när frågan ska ställas. Genom att hälso- och sjukvård lägger mer fokus på att försöka identifiera kvinnor utsatta för ViNR kan även barn som upplever våldet uppmärksammas och onödigt lidande undvikas. Enligt § 2, kap. 5 i HSLF-FS 2022:39 framgår att det är vårdgivarens ansvar att personalen i verksamheten har den kunskap som krävs om ViNR för att på bästa sätt kunna hjälpa de personer som är utsatta (a.a.). Samtidigt ligger det i distriktssköterskans ansvarsområde att identifiera samt driva arbetet med hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande åtgärder på individ- grupp- och samhällsnivå (Svensk sjuksköterskeförening, 2019). Genom att fler distriktssköterskor tar ansvar för arbetet med ViNR kan sjukdom förebyggas och individens hälsa främjas.

Enligt tidigare forskning framkommer att barn som upplevt ViNR löper större risk att i vuxen ålder själva utsättas (Bendezu-Quispe et al., 2024). Med denna aspekt i åtanke anses det än mer betydelsefullt att i större utsträckning fråga om ViNR för att förebygga ohälsa samt kunna erbjuda adekvat behandling. Genom att fånga upp barn som bevittnar ViNR så tidigt som möjligt kan det förhindra att dessa barn senare blir utsatta eller utsätter andra för ViNR, vilket kan minska risken för ohälsa samt onödigt lidande.

I resultatet framkommer att distriktssköterskorna arbetar med ett personcentrerat arbetssätt i mötet med kvinnor utsatta för ViNR. De betonar vikten av att vara lyhörda samt lyssna med ett empatiskt förhållningssätt utan att skuldbelägga. Enligt tidigare forskning är ett empatiskt förhållningssätt gentemot kvinnor utsatta för ViNR en betydande del för deras fortsatta mående. Att inte få stöd och empati från vårdpersonal gav upphov till ett upprepat trauma för dessa kvinnor

samt ytterligare lidande (Pratt-Eriksson, 2014). Enligt McCance och McCormack (2011) ligger svårigheten i att kunna bortse från det medicinska perspektivet och i stället tänka relationsfokuserat med en helhetssyn på patienten. Mötet med patienten sker i ett samförstånd där det är viktigt med en sympatisk närvaro för att kunna skapa en terapeutisk miljö (a.a.). För kvinnor utsatta för ViNR framkommer vikten av sjukvårdspersonalens attityd samt bemötande av dem för att de ska känna sig trygga i att berätta om våldsutsatthet. En annan aspekt som möjliggör att dessa kvinnor vågade berätta var kontinuitet, samt att besöket inte var för kort eller upplevdes stressigt. Vidare framkom att om sjukvårdspersonal upplevdes ointresserad samt inte frågade om förekomst av ViNR fanns ingen vilja att berätta (Bacchus et al., 2002). Det reflekteras över vikten av ett personcentrerat förhållningssätt för att kunna skapa en miljö där kvinnor utsatta för ViNR känner sig tillräckligt trygga för att berätta samt betydelsen av att se hela patienten och inte enbart symtom. Enligt en rapport av Akademiskt primärvårdscentrum (2022) uppgav kvinnor utsatta för ViNR vikten av ett gott bemötande samt en trygg miljö för att lättare kunna berätta. Enligt Travelbee's teori är det av stor vikt att omvårdnaden bygger på patientens enskilda upplevelser av sin situation (Kirkevold, 2000). Med detta i åtanke har distriktssköterskor en viktig roll i bemötandet av kvinnor utsatta för ViNR genom att lyssna till deras berättelser samt kunna möta deras behov av omvårdnad.

VKV:s framtagna hjälpmedel för att underlätta handläggning av ViNR används sällan av distriktssköterskorna enligt det föreliggande resultatet. De distriktssköterskor som arbetar inom BHV uppgav däremot att de använder både handboken samt frågeformuläret om våld. Hälften av informanterna kände varken till handboken eller frågeformuläret. Genom att marknadsföra och i större utsträckning använda dessa hjälpmedel kan det medföra ökad kunskap om ViNR samt vad som indikerar våldsutsatthet för att i större utsträckning upptäcka och arbeta vidare med ViNR på respektive arbetsplats. Många kvinnor försöker dölja våldet och vill inte heller kännas vid att de är våldsutsatta (Bradbury-Jones, 2014). Därför måste hälso- och sjukvård fortsätta ställa frågor om ViNR med förhoppning om att dessa kvinnor till slut väljer att ta emot erbjuden hjälp.

7.3 KONKLUSION

Resultatet visar vikten av tydliga rutiner för att underlätta för distriktssköterskor att fråga om ViNR. Att ställa frågan om ViNR anses inte vara det största problemet för distriktssköterskorna, utan det är att fråga även där ingen misstanke väcks eller då det inte känns relevant för besöket. Enligt distriktssköterskornas erfarenheter efterfrågas ytterligare kunskap, mer tid för patientmötet samt ett strukturerat arbetssätt för att möjliggöra att i större utsträckning kunna uppmärksamma kvinnor utsatta för ViNR. Majoriteten av distriktssköterskorna är överens om att dessa patienter förekommer oftare än vad som uppmärksammas samt att det är en viktig fråga att arbeta vidare med. Vidare visar resultatet att distriktssköterskor som arbetar inom BHV redan har erfarenhet av att på rutin fråga kvinnor om ViNR.

7.4 KLINISKA IMPLIKATIONER OCH FÖRSLAG TILL UTVECKLING AV ÄMNET

Studiens resultat kan bidra med att skapa en förståelse för behovet av tydliga rutiner för att möjliggöra för distriktssköterskor att oftare fråga om ViNR. Genom ökad förståelse för distriktssköterskors behov av att prata om ViNR på arbetsplatsen samt att känna trygghet från sina kollegor kan det bidra med att skapa förutsättningar för att lättare kunna arbeta med ViNR. Förslag på vidare forskning är att intervjua kvinnor utsatta för ViNR och vad de har för tankar samt förslag kring hur distriktssköterskor kan arbeta för att lättare kunna identifiera fler kvinnor och barn som upplever ViNR. För framtiden skulle tydligare rutiner kunna implementeras för samtliga årskontroller i primärvård och då framför allt vid diabetes och hypertoni eftersom risken för dessa sjukdomar ökar hos personer utsatta för ViNR. Hälso- och sjukvården behöver ökad kunskap om de hälsokonsekvenser som orsakas av att vara utsatt för ViNR för att veta när det finns indikation på att fråga om ViNR. Det finns därmed potential för mer utvecklingsarbete samt fördjupande forskning kring hälso- och sjukvårdens möjligheter att upptäcka och förebygga dödligt våld i en nära relation.

Studiens resultat är oroväckande vad gäller distriktssköterskor erfarenhet av att fråga om ViNR. Trots att många distriktssköterskor uppger att de har tillräcklig kunskap och erfarenhet för att kunna fråga är det ytterst sällan det görs. Genom att oftare fråga kvinnor om de är utsatta för ViNR kan onödigt lidande och i värsta fall dödsfall förhindras. Rutiner och handlingsplan måste finnas och bli tydligare. För att skapa trygghet hos distriktssköterskor är det viktigt att aktuell utbildning regelbundet erbjuds samt att det tas upp och diskuteras inom arbetsgruppen. En stöttande chef som bidrar till utveckling samt stöd är av största vikt för att distriktssköterskor ska känna sig trygga i att fråga om ViNR.

8 REFERENSER

Akademiskt primärvårdscentrum. (2022). "Jag visste inte att vården kunde hjälpa mig." Om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm. <https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/493482/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/akademiskt-primarvardscentrum/2.-verksamhetsomraden/vald-i-nara-relationer/rapport---jag-visste-inte-att-varden-kunde-hjalpa-mig.pdf>

Ali, L. (2023). Att använda internet vid datainsamling. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl., s. 225–240). Lund: Studentlitteratur

Bacchus, L. Mezey, G. & Bewley, S. (2002). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health and Social Care in the Community* **11**(1), 10–18

Baguley, S., Pavlova, A. & Nathan, S. Consedine. (2022). More than a feeling? What does compassion in healthcare 'look like' to patients? *Wiley*, *25*(4), 1691–1702. doi [10.1111/hex.13512](https://doi.org/10.1111/hex.13512)

Bendezu-Quispe, G., Fernandez-Guzman, D., Caira-Chuquineyrac, B., Urrunaga-Pastor, D., Cortez-Soto, A., Chavez-Malpartida, S. & Rosales-Rimache, J. (2024). Association between witnessing domestic violence against the mother in childhood and intimate partner violence in adulthood: A population-based analysis of Peru. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* (21). <https://doi.org/10.1016/j.eurox.2023.100275>

Beuthin, R. (2015). Cultivating a Narrative Sensibility in Nursing Practice. *Journal of Holistic Nursing*, *33*(1), 98–102. doi: [10.1177/0898010114536633](https://doi.org/10.1177/0898010114536633)

Billhult, A. (2023). Enkäter. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl., s. 127–139). Lund: Studentlitteratur.

Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Kroll, T., & Duncan, F. (2014). Domestic abuse awareness and recognition among primary healthcare professionals and abused women: a qualitative investigation. *Journal of Clinical Nursing* *23*, 3057–3068.

Brottsförebyggande rådet. (2009). *Våld mot kvinnor och män i nära relationer*. Våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet. Hämtad 22 maj, 2024, från https://bra.se/download/18.cba82f7130f475a2f180002016/1371914720735/2009_12_vald_kvinnor_man_nara_relationer.pdf

Brottsförebyggande rådet. (2024). *Våld i nära relationer*. Hämtad 19 februari, 2024, från <https://bra.se/statistik/statistik-om-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>

Centrum för personcentrerad vård. (u.å.). *Om personcentrerad vård. Tre nyckelbegrepp; partnerskap, patientberättelser och dokumentation*. Hämtad 17 januari, 2024, från <https://www.gu.se/gpcc/om-personcentrerad-varld#Tre-nyckelbegrepp-partnerskap-patientber%C3%A4ttelse-och-dokumentation>

Chang, J.C., Cluss, P.A., Ranieri, L., Hawker, L., Buranosky, R., Dado, D., McNeil, M. & Scholle, S.H. (2005). Health care interventions for intimate partner violence: what women want. *Women's health issues*, 15(1), 21–30. doi: [10.1016/j.whi.2004.08.007](https://doi.org/10.1016/j.whi.2004.08.007)

Clements, K., Sprecher, M., Modica, S., Terrones, M., Gregory, K. & Sullivan, C M. (2022). The Use of Children as a Tactic of Intimate Partner Violence and its Relationship to Survivors' Mental Health. *Journal of Family Violence*, 37, 1049–1055. doi.org/10.1007/s10896-021-00330-0

Draper, J. (2004). The relationship between research question and research design. *The Open University's repository of research publications and other research outputs (2)*, 69–84.

Elvin-Nowak, Y., Backman-Enelius, M., Jonas, W., Eriksson, J., Åhlund, D., & Barimani, M. (2023). Intimate partner violence and negative health consequences: A cross-sectional study among women in a regional sample in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health* 51 (4), 509–643. doi: [10.1177/14034948221148056](https://doi.org/10.1177/14034948221148056)

Enander, V., Krantz, G., Lysell, H. & Örmon, K. (2021). Before the killing: intimate partner homicides in a process perspective, Part I. *Journal of Gender-Based Violence*, 5(1), 59–74. doi.org/10.1332/239868020X15922355479497

Etikprövningsmyndigheten. (2023). Vanliga frågor. Hämtad 11 april, 2024, från <https://etikprovningssmyndigheten.se/vanliga-fragor/>

Fredriksson, L. (2003). *Det vårdande samtalet*. Åbo: Åbo Akademis förlag

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001

Helgesson, G. (2017). *Forskningsetik. 2: a uppl.* Lund: Studentlitteratur

Holmes, F. (2007). If you listen, the patient will tell you the diagnosis. *The International Journal of Listening* 21(2), 156–161. Doi: [10.1080/10904010701302030](https://doi.org/10.1080/10904010701302030)

HSLF-FS 2022:39. *Gemensamma författningssamlingen avseende hälso- och sjukvård, socialtjänst, läkemedel, folkhälsa m.m.* Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. Hämtad 3 maj, 2024, från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/foreskrifter-och-allmanna-rad/2022-6-7967.pdf>

Håkansson Eklund, J., Holmström, I. K., Kumlin, T., Kaminsky, E., Skoglund, K., Högländer, J., Sundler, A. J., Condén, E. & Summer-Meranius, M. (2019). "Same same or different?" A review of reviews of person-centered and patient-centered care. *Patient Education and Counseling* 102 (1), 3–11. doi: 10.1016/j.pec.2018.08.029

Inspektion för vård och omsorg. (2024). *Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck*.

<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2024/ivo-slutrapport-regeringsuppdrag-mans-vald-mot-kvinnor--a2021-01714.pdf>

Isaksson, J. (2021). Riktad kvalitativ innehållsanalys. I G. Klingberg & U. Hallberg (Red.), *Kvalitativa metoder helt enkelt* (1 uppl., s. 283–302). Lund: Studentlitteratur AB

Jones, TL., Baxter, M. & Khanduja, V. (2013). A quick guide to survey research. *Advance surgical standard*, 95, 5–7. doi: 10.1308/003588413X13511609956372

Kirkevold, M. (2000). *Omvårdnadsteorier - analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur

Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom vård- och omsorg* (3 uppl., s. 61–83). Lund: Studentlitteratur AB

Kunskapsguiden. (2022). *Vad är våld i nära relationer?* Hämtad 29 november, 2023, från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/vald-och-fortryck/vald-i-nara-relationer/vad-ar-vald-i-nara-relationer/>

Kvale, S. & Brinkeman, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun* (3:e uppl.). Studentlitteratur.

Kyle, J. (2023). Intimate partner violence. *Medical Clinics of North America*, 107(2), 385–395. doi: [10.1016/j.mcna.2022.10.012](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2022.10.012)

Lagdon, S., Armour, C. & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review. *European journal of psychotraumatology*, 5(1), 24794.

Lamers-Winkelmann, F., Oosterman, M. & De Schipper, C. (2012). Children's physical health complaints after exposure to intimate partner violence. *British Journal of Health Psychology*, 17, 771–784.

Lincoln, Y. & Guba, E. (1985). *Naturalistic inquiry*. Newbury Park: Sage Publications, Inc
Lundgren, E. (2005). *Våldets normaliseringsprocess*. Roks

Majeed, I. A., Jivani, K. K., Mughal, F. B., Karim, K., Mistri, N., Ali, S. S., Kabir, A. & Carroll, K. (2023). Application of Virginia Henderson's Theory within an intimate partner violence scenario. *Nursing science Quarterly*, 36(4), 343-347. DOI: 10.1177/08943184231187846

Malpass, A., Sales, K., Johnson, M., Howell, A., Agnew-Davies, R. & Feder, G. (2014). Women's experiences of referral to a domestic violence advocate in UK primary care settings. *British Journal of General Practice* 64 (620), 151-158. doi:10.3399/bjgp14X677527

Mason, S. M., Wright, R. J., Hibert, E. N., Spiegelman, Forman, J. P. & Rich-Edwards, J. W. (2012). Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. *Annals of epidemiology* 22 (8), 562-567.

Mason, S. M., Wright, R. J., Hibert, E. N., Spiegelman, D., JUN, H-J., HU, F. B. & Rich-Edwards, J. W. (2013). Intimate partner violence and incidence of type 2 diabetes in women. *Diabetes Care* 36 (5), 1159-65.

McCance, T., McCormack, B., & Dewing, J. (2011). An exploration of personcentredness in practice. *The Online Journal of Issues in Nursing* 16(2), 1. doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No02Man01

McCrory, V. (2019). An overview of the role of the district nurse caring for individuals with complex needs. *British Journal of Community Nursing*, 24(1), 20-26. doi.org/10.12968/bjcn.2019.24.1.20

Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod - från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl., s. 473-490). Lund: Studentlitteratur.

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2022a). *Medicinska och psykosociala konsekvenser av våld*. Hämtad 29 november, 2023, från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/medicinska-och-psykosociala-konsekvenser-av-vald-i-nara-relationer/>

Nationellt centrum för kvinnofrid. (2022b). *Ämnesguider om barn som upplever våld*. Hämtad 7 december, 2023, från <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/barn-som-upplever-vald/>

Norouzinia, R., Aghabarari, M., Maryam, S., Mehrdad, K. & Samami, E. (2016). Communication Barriers Perceived by Nurses and Patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65-74. doi: 10.5539/gjhs.v8n6p65

Notter, L. E. & Hott, J. R. (1996). *Forskningsmetodik inom omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur

O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G. & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. Cochrane database of systematic reviews, (7). Doi: 10.1002/14651858.CD007007.pub3

Polit, D.F. & Beck, C. (2021). *Nursing Research. Generating And Assessing Evidence for Nursing Practice*. (11 uppl.). Lippincott Williams & Wilkins.

Postmus, J. L., Plummer, S-B., McMahon, S., Murshid, N. S. & Sung Kim, M. (2012). Understanding Economic Abuse in the Lives of Survivors. *Journal of Interpersonal Violence*, 27(3), 411–430. DOI: 10.1177/0886260511421669

Regeringen. (2015). *Etikprövning av forskning som avser människor*.
<https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/departementsserien-och-promemorior/2001/01/ds-200162/>

Pratt-Eriksson, D., Bergbom, I. & Lyckhage, E. D. (2014). Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, (9) 1, 23166-23166. DOI: 10.3402/qhw.v9.23166

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (u.å.-a). *Ta makten över kvinnans ekonomi*. Hämtad 7 mars, 2024, från <https://www.roks.se/har-finns-kunskap/ta-makten-over-kvinnans-ekonomi>

Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige. (u.å.-b). *Normaliseringsprocessen*. Hämtad 2 november, 2024, från <https://www.roks.se/har-finns-kunskap/normaliseringsprocessen>

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet* 399, 803–813. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02664-7

Segesten, K. (2012). Att välja ämne och modell för sitt examensarbete. I F. Friberg (Red.), *Dags för uppsats – vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (2 uppl., s. 97–100). Lund: Studentlitteratur.

SFS 1962:700. *Brottsbalk*. Justitiedepartementet L5. Hämtad 2 januari, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700/#K4

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor*. Utbildningsdepartementet. Hämtad 2 januari, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

SFS 2017:30a. *Hälso- och sjukvårdslag*. Definitioner. Hämtad 23 februari, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/#K2

SFS 2017:30b. *Hälso- och sjukvårdslag*. Primärvårdens grunduppdrag. Hämtad 23 februari, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/#K13a

SFS 2017:30c. *Hälso- och sjukvårdslag*. Bestämmelser för all hälso- och sjukvård. Hämtad 3 maj, 2024, från https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/#K13a

Simmons, J. & Swahnberg, K. (2020). Characteristics Associated With Being Asked About Violence Victimization in Health Care: A Swedish Random Population Study. *Journal of Interpersonal Violence* 37 (11–12), 8479–8506. doi: 10.1177/0886260520977836

Socialstyrelsen. (2019). *Personer som utövar våld i nära relationer*. Hämtad 16 april, 2024, från <https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/valdsutovare/>

Socialstyrelsen. (2020). *Kommunikation och informationsöverföring*. Hämtad 6 februari 2024 från <https://patientsakerhet.socialstyrelsen.se/risker-och-varadskador/riskomraden/kommunikation-och-informationsoverforing/>

Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics of North America* 99(3), 629–649. doi: 10.1016/j.mcna.2015.01.012

Sullivan, C. M., Sprecher, M., Guerrero, M., Fernandez, A. & Simmons, C. (2024). The Use of Children as a Tactic of Intimate Partner Violence and its Impact on Survivors' Mental Health and Well-being Over Time. *Journal of Family Violence*, 39, 153–163. <https://doi.org/10.1007/s10896-022-00483-6>

Sundborg, E., Saleh-Stattin, N., Wändell, P & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate Partner Violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing* (11).

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P. & Hylander, I. (2015). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing* 26 (15–16), 2256–2265. doi: 10.1111/jocn.12992

Sveriges kommuner och regioner. (2023). *Primärvård - ett uppdrag två huvudmän*. Hämtad 23 februari, 2024, från <https://skr.se/skr/halsasjukvard/utvecklingavverksamhet/naravard/gemensamplan-primarvard/primarvardenvardniva.69558.html>

Svensk sjuksköterskeförening. (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*.

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssk%C3%B6terska%202019.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening. (2010). *Personcentrerad vård*.

<https://swenurse.se/download/18.21c1e38d1759774592615393/1605100833382/Personcentrerad%20v%C3%A5rd.pdf>

Tarzia, L. (2021). Toward an Ecological Understanding of Intimate Partner Sexual Violence. *Journal of Interpersonal Violence* 36 (23–24) 11704–11727. doi.org/10.1177/0886260519900298

Våld i nära relationer. (2021a). *Vad är nära relationer?* Hämtad 19 februari, 2024, från <https://www.valdinararelationer.se/tand-halso-sjukvard/om-vald/vad-ar-nara-relationer/>

Våld i nära relationer. (2021b). *Psykiskt våld*. Hämtad 19 februari, 2024, från <https://www.valdinararelationer.se/tand-halso-sjukvard/om-vald/psykiskt-vald/>

Våld i nära relationer (2021c). *Fysiskt våld*. Hämtad 19 februari, 2024 från <https://www.valdinararelationer.se/tand-halso-sjukvard/om-vald/fysiskt-vald/>

Våld i nära relationer. (2021d). *Sexuellt våld*. Hämtad den 19 februari, 2024, från <https://www.valdinararelationer.se/tand-halso-sjukvard/om-vald/sexuellt-vald/>

Västra Götalandsregionens kompetenscenter om våld i nära relationer. (2019). *Handbok om våld*. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rhs7438-1286040036-83/native/Handbok%20om%20v%C3%A5ld%20i%20n%C3%A4ra%20relationer%20VVKV.pdf>

Willman, A. (2022) *Teorier för omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur AB

Willman, A., Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad. En bro mellan forskning och klinisk verksamhet* (3 uppl.). Studentlitteratur.

World Health Organization. (2021). *Violence against women*. Hämtad 29 november, 2023, från https://www.who.int/health-topics/violence-against-women#tab=tab_2

World Health Organisation. (2024). *Violence against women*. Hämtad 23 april, 2024, från <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Åklagarmyndigheten. (u.å.). *Faktablad Barnfridsbrott*. <https://www.aklagare.se/globalassets/dokument/informationsmaterial/faktablad-barnfridsbrottet.pdf>

Örmon, K., Torstensson-Levander, M., Sunnqvist, C., & Bahtsevani, C. (2014). Vulnerable and without protection: Lifetime experiences of abuse and its influence on mental ill health - An interview study among Swedish women within general psychiatric care. *Open Journal of Nursing* 4, 34-41, <http://dx.doi.org/10.4236/ojn.2014.41006>

Bilaga 1. Brev till verksamhetschef



Förfrågan om tillstånd att genomföra studien: "Distriktssköterskors erfarenhet av att fråga kvinnor om våldsutsatthet i primärvård"

Våld i nära relation (ViNR) är ett globalt samhällsproblem som drabbar var tredje kvinna. Våldsutsatthet kan leda till både fysiska och psykiska besvär. Kvinnor utsatta för ViNR kommer oftare i kontakt med hälso- och sjukvård än någon annan instans, därför är det av stor vikt att sjukvården kan identifiera samt hjälpa dessa kvinnor och deras barn. För att sjuksköterskor ska känna sig trygga med att identifiera och våga fråga kvinnor om våldsutsatthet, är tydliga rutiner och riktlinjer på arbetsplatsen en förutsättning.

Vi vill ta reda på i vilken utsträckning distriktssköterskor frågar kvinnor om våldsutsatthet, samt om det finns tydliga rutiner att följa för att känna sig trygg i att möta dessa kvinnor på bästa sätt.

Studien vänder sig till distriktssköterskor och distriktssköterskor på BVC. Deltagande i studien innebär att svara på en enkät som beräknas ta cirka 10 minuter. Berörda distriktssköterskor kommer via e-postadress få ett informationsbrev som beskriver studien, distriktssköterskor som uppfyller inklusionskriterier och är intresserade av att delta uppmanas att svara på enkäten via e-post.

Deltagande i studien är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas utan att uppge varför. Den information som distriktssköterskor lämnar kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. att inte någon obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan jag/vi delge dig resultatet.

Vänligen besvara denna förfrågan om att Distriktssköterskor i din verksamhet tillfrågas om deltagande genom att skicka ett meddelande där du bekräftar om studien medges eller inte via e-post till någon av de undertecknande studenterna. Du kan skriva i den medskickade blanketten för samtycke.

Studien ingår som examensarbete i Distriktssköterskeprogrammet på Högskolan i Skövde

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Distriktssköterskestudent
Emelie Arvidsson
Högskolan i Skövde

Distriktssköterskestudent
Maj Glimmerveen
Högskolan i Skövde

Handledare:
Sophie Mårtensson
Högskolan i Skövde

Bilaga 2. Brev till distriktssköterskor



Distriktssköterskors erfarenhet av att fråga kvinnor om våldsutsatthet i primärvård

Du tillfrågas om deltagande i ovanstående studie. Din verksamhetschef har givit sitt godkännande till att du tillfrågas om deltagande i studien. Studien ingår som ett examensarbete i distriktssköterskeprogrammet på Högskolan i Skövde.

Studien syftar till att undersöka distriktssköterskors erfarenhet av att fråga kvinnor om våld i primärvård. Våld i nära relation är ett globalt samhällsproblem som drabbar var tredje kvinna. Forskning visar att våldsutsatta kvinnor ofta söker vård i primärvård för andra åkommor men blir väldigt sällan tillfrågade om våld i nära relation. För att kunna känna sig trygg i att fråga om våldsutsatthet talar forskning om vikten av kunskap, tydliga rutiner och riktlinjer på arbetsplatsen.

Vi har gjort en enkät som vi skulle önska att du svarar på. Den består av 22 frågor och tar cirka 10 minuter. Vi vore tacksamma om du svarar så utförligt som möjligt. Enkäten berör dina erfarenheter av att fråga om våld i ditt arbete, samt vad som kan underlätta att på rutin ställa frågor om våldsutsatthet.

Deltagandet är frivilligt och du kan avbryta när som helst utan att du behöver ange varför. Den information du lämnar i enkäten kommer att behandlas konfidentiellt, dvs. så att ingen obehörig får tillgång till den. Allt material kommer att avidentifieras, så att enskilda individer inte kan urskiljas. Resultat kommer att presenteras på gruppnivå, vilket innebär att uppgifter om enskilda personer inte kommer att redovisas för sig. Om du är intresserad kan vi delge dig resultatet av studien.

Om du vill delta ber vi dig att skicka ett meddelande via e-post till någon av de undertecknande studenterna, så skickar vi en länk med enkätfrågor. Genom att svara på enkäten ger du ditt samtycke till att delta i studien.

Om du har några frågor eller vill veta mer, kontakta gärna oss eller vår handledare.

Med vänliga hälsningar

Distriktssköterskestudent
Emelie Arvidsson
Högskolan i Skövde
Tfn: 070-5865816
a21emear@student.his.se

Distriktssköterskestudent
Maj Glimmerveen
Högskolan i Skövde
Tfn: 073-9972091
a21majgl@student.his.se

Handledare
Sophie Mårtensson
Högskolan i Skövde
Tfn: 0500-44 84 87
sophie.martensson@his.se

Bilaga 3. Enkätfrågor

1. Vart arbetar du?
Storstad
Stad
Landsbygd
2. Ange din ålder:
25-34 35-44 45-54 55-64 65-
3. Ange kön
Kvinna/Man/Vet ej
4. Hur många år har du arbetat som Sjuksköterska?
5. Hur många år har du arbetat som Distriktssjuksköterska?
6. Arbetar du på BVC
7. Hur har du tagit del av fördjupningskurs eller vidareutbildning inom ämnet?
8. Hur ser handlingsplanen ut på er arbetsplats gällande ViNR och hur används den?
9. **Känner du till att det finns en utarbetad handbok om våld?** (Finns på marknadsplatsen, framtagen av VKV* Handboken går igenom olika typer av våld, råd om hur frågor om våld kan ställas samt kapitel om dokumentation och anmälan.) *VKV är Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer. VKV är ett kompetenscentrum som skapar, samlar och sprider kunskap.
10. Om du svarat "JA" på tidigare fråga, har du använt dig av handboken och i så fall hur har du använt den?
11. **Känner du till att det finns ett utarbetat frågeformulär om våldsutsatthet?** JA/NEJ (Finns på flera olika språk. Framtaget av VKV*).
12. Om du har använt dig av frågeformuläret, hur har du använt den?
13. Hur ofta frågar du kvinnliga patienter om de utsatts för våld i en nära relation?

14. Om du frågar om våldsutsatthet, vilka faktorer har bidragit till att du gjort det?
15. Finns det något som hindrar dig från att ställa frågor om våld i nära relation, vad?
16. Om det uppdagas att en kvinna utsatts för våld. Hur gör du då?
17. Hur agerar du om det är barn inblandade?
18. Anser du att du har tillräcklig kunskap om ViNR för att kunna fråga?
19. Vad skulle underlätta för dig att rutinmässigt ställa frågor om våld i nära relation?
20. Vad kan din arbetsgivare göra för att du ska känna dig trygg i att fråga om våld i nära relation?
21. Skulle du vilja lära dig mer om våld i nära relationer och hur du kan hjälpa dessa personer vidare?
22. Hur bemöter du dessa kvinnor med ett personcentrerat förhållningssätt?
23. Vad har du för egna tankar om våld i nära relation?

Bilaga 4. Exempel på analysprocess

Meningsbärande enhet	Kod	Subkategori	Kategori
Brist på tid och fokus på andra frågor i besöket. Patienten är inte ensam eller har för dålig språkförståelse för att missförstånd skall kunna undvikas	Brist på tid och fokus, dålig språkförståelse, ej ensam	Vad leder till att frågan om ViNR inte ställs	Vad påverkar att fråga eller inte fråga om ViNR
Att ha mer kunskap i ämnet. Det kommer att skapa en ökad trygghet i att fråga svåra/känsliga frågor. Det kommer även att hjälpa att kunna stödja personer i utsatt situation.	Kunskap inom ämnet ger ökad trygghet.	Kunskap och trygghet	Förutsättningar som möjliggör att frågan ställs
Jag bemöter dem med respekt och öppna frågor. Ingen press. De får berätta i sin takt när ämnet väl öppnats och de har öppnat upp för att vilja berätta	Respekt. Öppna frågor. Ingen press. Patientens takt!	Bemötande av kvinnor utsatta för ViNR	Att agera efter att frågan ställs