

EXAMENSARBETE - MAGISTERNIVÅ

VÅRDVETENSKAP
VID AKADEMIN FÖR VÅRD, ARBETSLIV OCH VÄLFÄRD
M2025:97

Ensam med ansvaret att fråga:
Distriktssköterskors upplevelser av att fråga om våld i nära relationer

Karin Adelson
Fanny Fors



HÖGSKOLAN
I BORÅS

MASTER'S THESIS

CARING SCIENCE

FACULTY OF CARING SCIENCE, WORK LIFE AND SOCIAL WELFARE
M2025:97

Left with the Responsibility to Ask:
Experiences of Primary Health Care Nurses in Asking about Intimate
Partner Violence

Karin Adelson
Fanny Fors



UNIVERSITY
OF BORÅS

Uppsatsens titel:	Ensam med ansvaret att fråga: Distriktssköterskors upplevelser av att fråga om våld i nära relationer
Titel på engelska:	Left with the Responsibility to Ask: Experiences of Primary Health Care Nurses in Asking about Intimate Partner Violence
Författare:	Karin Adelson & Fanny Fors
Huvudområde:	Vårdvetenskap
Nivå och poäng:	Magisternivå, 15 högskolepoäng
Utbildning:	Specialistsjuksköterskeutbildning med inriktning mot distriktssköterska
Handledare:	Ingrid Gustafsson
Examinator:	Laura Darcy

Sammanfattning

Våld i nära relationer (VINR) är ett globalt folkhälsoproblem. I Sverige ska hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården ställa frågor om VINR på indikation och vårdgivare ska ha rutiner för att upptäcka utsatta patienter, vilket ofta saknas. Patienter berättar sällan självmant om VINR men svarar oftare på frågan i en förtroendefull och trygg relation. Hälso- och sjukvårdspersonal beskriver osäkerhet inför att fråga. Forskning om VINR i relation till distriktssköterskor i primärvården är begränsad. Syftet var att belysa distriktssköterskors upplevelser av att fråga vuxna patienter i primärvården om utsatthet för VINR. En kvalitativ metod med induktiv ansats användes. Tio semistrukturerade intervjuer med distriktssköterskor genomfördes och analyserades enligt Elo och Kyngäs metod för kvalitativ innehållsanalys. Analysen genererade tre huvudkategorier; *Det vårdande mötet*, *Påverkan av regler och styrning* samt *Steg mot utveckling* med sju subkategorier. Resultatet visade hur egna värderingar, relationen till patienten samt kunskap, erfarenhet, styrning och stöd påverkade upplevelserna av att fråga om VINR. Det visade också hur kunskapsbrister och brist på stöd bidrog till att distriktssköterskorna kände sig ensamma eller osäkra inför att fråga om VINR och att hantera effekterna av att ha frågat. Digitalisering ställde nya krav på anpassning. För att uppleva en trygghet i att fråga om VINR behöver distriktssköterskor kunskap, stöd och tydlig styrning. Organisatorisk styrning liksom utbildningsinsatser behöver präglas av långsiktighet och kontinuitet. Detta kan bidra till att fler våldsutsatta identifieras och får tillgång till en god och säker vård som ger förutsättningar för en bättre hälsa på sikt.

Nyckelord: *distriktssköterskor, primärvård, upplevelser, våld i nära relationer*

Abstract

Intimate partner violence (IPV) is a global public health problem. In Sweden, healthcare professionals must respond to signs of IPV, and healthcare systems are obligated to have routines for identifying IPV. However, such routines are often absent. Patients rarely disclose IPV spontaneously but are more likely to disclose when asked within a trusting and safe relationship. Healthcare professionals report a lack of preparedness for asking about IPV. Research on primary healthcare nurses' experiences of asking about IPV in primary healthcare settings is limited. The aim of this study was to illuminate primary healthcare nurses' experiences of asking adult patients about exposure to IPV. A qualitative, explorative research design was adopted. Ten semistructured interviews with primary healthcare nurses were conducted and analysed using qualitative content analysis according to Elo and Kyngäs. The analysis generated three generic categories: *The caring relationship*, *Impact of management and regulation*, and *Paths to improvement* with seven subcategories. The results showed that personal values, the relationship with the patient, as well as knowledge, support and management influenced nurses' experiences of asking about IPV. Lack of knowledge and support made them feel isolated or unconfident when asking about IPV and managing its consequences. Digitalisation introduced new demands for adaptation in clinical practice. To feel confident and secure when asking about IPV, nurses need training and organisational support. Educational interventions and support models need to be sustainable and characterised by long-term commitment and continuity. This may lead to additional victims of IPV being identified and gaining access to safe, high-quality healthcare that promotes health in the long term.

Key words: *experiences, intimate partner violence, primary healthcare, primary healthcare nurses*

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relationer	1
Våldet i siffror	2
Våldets påverkan på hälsan	3
Ramar, regelverk och politik	3
Distriktssköterskans yrke och ansvar	4
Att fråga om våld	5
Att bli tillfrågad	5
Att fråga	6
Rekommendationer	6
Vårdande ur ett livsvärldsperspektiv	7
PROBLEMFÖRMULERING	8
SYFTE	8
METOD	8
Design	9
Urval	9
Datainsamling	10
Dataanalys	11
Forskningsetiska överväganden	12
Förförståelse	13
RESULTAT	14
Mötet med patienten	14
Ett ansvar att bry sig och en vilja att göra skillnad	14
Att fråga om våld väcker många känslor	15
Förutsättningar för relationen	16
Påverkan av regler och styrning	17
Verksamhetens stöd eller icke stöd	18
Fråga på rutin, ett problem och ett stöd	19
Steg mot utveckling	20
Värdet av yrkesmässig erfarenhet	20
Reflektionens påverkan på upplevelserna	21
DISKUSSION	21
Metoddiskussion	21
Resultatdiskussion	23
Betydelsen av distriktssköterskans egna värderingar	24
Betydelsen av relationen	26
Betydelsen av stöd och styrning för utveckling	27
SLUTSATS	30

KLINISKA IMPLIKATIONER _____ 30

REFERENSER _____ 32

Bilaga 1 - Till verksamhetschef för godkännande av datainsamling till examensarbete

Bilaga 2 - Information angående examensarbete om distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter om utsatthet för våld i nära relation

Bilaga 3 - Intervjuguide

INLEDNING

Distriktssköterskans kompetensområde innefattar identifiering av utsatthet för våld i nära relationer (VINR). Hälso- och sjukvårdspersonal i primärvården ska fråga patienter om utsatthet för VINR på indikation, det vill säga fråga patienter som uppvisar symtom som kan vara tecken på utsatthet för VINR. Det finns ingen enhetlig standard för hur det ska gå till eller hur frågor formuleras vilket lägger ett stort ansvar på den enskilda yrkesutövaren. Hur distriktssköterskor upplever att ställa dessa frågor kan påverka såväl sättet att lyfta frågan som benägenheten att fråga vilket i sin tur får betydelse för patientens möjligheter att blotta utsatthet för VINR. Genom att belysa distriktssköterskors upplevelser av att fråga patienter i primärvården om utsatthet för VINR hoppas vi kunna bidra till en ökad förståelse för de mekanismer som påverkar i stunden för frågan. Vi hoppas att denna kunskap ska kunna användas som stöd för professionen i den egna beredskapen och för verksamheter vid utformning av rutiner och arbetssätt.

BAKGRUND

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer (VINR) inbegriper allt våld som utövas av någon som den utsatta har en nära relation, och ofta starka känslomässiga band, till (Björsson & Lebedeva 2023, s. 14). Begreppet är bredare än engelskans ”intimate partner violence”, som enbart avser våld inom en parrelation (Carbin 2021). Begreppet *mäns våld mot kvinnor* inkluderar strukturella aspekter på könsbaserat våld och syftar till att synliggöra de ojämlika maktförhållandena mellan könen även på samhällsnivå (Björsson & Lebedeva 2023, s. 13). Nationella rapporter och styrdokument har gått mot att använda det mer könsneutrala begreppet *Våld i nära relationer* med syfte att motverka en heteronormativ syn på våldet (Holmberg, Enander & Lindgren 2015) även om de poängterar en ojämn fördelning av utsatthet och dess konsekvenser (Brottsförebyggande rådet [Brå] 2025, s. 5). Socialstyrelsen (2025, s. 3) likställer begreppen *Mäns våld mot kvinnor* och *Våld i nära relationer* och utgår från att forskning om partnervåld är applicerbar oberoende av kön. Yrkesverksamma förknippar dock begreppet VINR främst med mäns våld mot kvinnor (Carbin 2021).

Mäns våld mot kvinnor klassas som ett globalt folkhälsoproblem (Världshälsoorganisationen [WHO] 2013, s. 10) och definieras som ”varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet” (A/RES/48/104 1993). VINR inbegriper psykiskt, fysiskt, sexuellt, ekonomiskt, materiellt, latent, digitalt och nätbaserat sexuellt våld samt försummelse och hedersrelaterat våld i en relation (Socialstyrelsen 2025, s. 10; WHO 2021, s. 4-5) och klassas som ett allvarligt samhällsproblem (Brå 2025, s. 4). Psykiskt våld kan yttra sig i form av kränkningar, hot om våld, isolering och utnyttjande av barn eller djur i syfte att ta kontroll över den utsatta medan fysiskt våld tenderar att lämna skador på kroppen såsom blåmärken. Sexuellt våld kan yttra sig som beröring eller

sexuella handlingar där den utsatta inte har givit, velat ge eller förmått att ge sitt samtycke till de handlingar som han eller hon utsätts för. Materiellt våld kan yttra sig i förstörda tillhörigheter medan ekonomiskt våld bland annat kan utgöras av kontroll över den utsattas bankkonton (Nationellt Centrum för kvinnofrid [NCK] 2025).

Förståelse för vad det är som gör att människor stannar i våldsamma relationer kräver kunskaper om, och förståelse för, den process som driver en successiv anpassning till, acceptans för, och eskalering av våldet. Normaliseringsprocessen är en modell som beskriver och förklarar utvecklingen, varför den våldsutsatta stannar kvar i relationen och varför förövaren fortsätter att utöva och eskalera våldet. Den beskriver hur gränser successivt förskjuts och försvinner, hur den våldsutsatta börjar acceptera våldet som något till viss del normalt förekommande och som en överlevnadsstrategi. Samtidigt legaliserar våldsutövaren våldet genom anklagelser och skuldbeläggande (Enander 2024; Keatley, Quinn-Evans, Joyce & Richards 2022; Lundgren 2024; Wood 2001).

Våldet i siffror

VINR drabbar människor i alla samhällsklasser (Socialstyrelsen 2025, s. 37) och i Sverige klassas utsatthet för VINR av en nuvarande eller tidigare partner som ett allvarligt samhällsproblem (Brottsförebyggande rådet [Brå] 2024, s. 12). Ur ett globalt perspektiv beräknas ungefär var tredje kvinna ha varit utsatt för VINR någon gång i livet och andelen är som högst i lågutvecklade länder (WHO 2021, s. 37). De nordiska länderna står dock ut i statistiken, med en anmärkningsvärt hög prevalens i förhållande till socioekonomiska faktorer och jämställdhetsindex. Detta fenomen benämns och beskrivs i forskningen som den nordiska paradoxen (Gracia & Merlo 2016). Etiologin bakom paradoxen är inte fastslagen, forskning pågår och studier har presenterat ett flertal teorier om fenomenet (Castro, Lila, Wemrell & Gracia 2024; Wemrell, Stjernlöf, Lila, Gracia & Ivert 2022).

Resultaten skiljer sig åt mellan olika prevalensstudier och studierna är svåra att jämföra eftersom urval, design och definitioner av våld skiljer sig åt. Olika typer av våld tenderar dessutom att förekomma samtidigt vilket har visat sig gör det än svårare att beräkna prevalensen (Hester, Walker & Myhill 2023). I nationella trygghetsundersökningen från 2023 uppger 13,6% (15,2% av kvinnorna, 11,7% av männen) att de varit utsatta för VINR vid något tillfälle under 2022 och 28,7% (35,3% av kvinnorna, 20,8% av männen) att de utsatts för VINR vid minst ett tillfälle under sin livstid (Brå 2024, s. 24, 66). En europeisk undersökning rapporterar att 48,2% av kvinnorna i Sverige utsatts för fysiskt, psykiskt eller hot om VINR under sin livstid (Eurostat 2025). En studie baserad på data från Statistiska centralbyrån visar att 37% av kvinnorna i befolkningen under sin livstid har utsatts för fysiskt, sexuellt eller hot om VINR och att 10% av kvinnorna lever tillsammans med en man som har utsatt henne för någon av dessa former av våld (Strid, Ekbrand, Westerstrand & Carsbring 2023). Från samma datakälla framkommer att 13% utsatts för ekonomiskt våld (Bruno, Strid & Ekbrand 2024).

VINR beräknades kosta det svenska samhället cirka 4 miljarder euro under 2019 varav cirka 3,5 miljarder var för partnerrelaterat våld gentemot kvinnor (Europeiska jämställdhetsinstitutet [EIGE] 2021, s. 22). Summorna hamnar i samma storleksordning

även i nationella beräkningar beroende på vilka faktorer som inkluderas (SOU 2015:55, s. 106).

Våldets påverkan på hälsan

VINR skapar inte bara lidande utan har också en direkt negativ inverkan på både den psykiska och fysiska hälsan (García-Montes, Fares-Medins, Diaz-Caro, Corral-Liria & Garcia-Gomez-Heras 2022; Lohmann, Felmingham & Cowlshaw 2024; Strid et al. 2023; Ziaei & Hammarström 2023). Människor som utsatts för VINR löper två till tre gånger högre risk för att begå självmord, utveckla personlighetsstörningar, skadligt bruk av alkohol och andra droger eller drabbas av långvariga smärttillstånd, ångest, sömnproblem, depressioner och förtidig död (García-Montes et al. 2022; Lagdon, Ross, Waterhouse-Bradley & Armour 2023; Lohmann, Cowlshaw, Ney, O'Donnell & Felmingham 2024; Sariaslan et al. 2024; Ziaei & Hammarström 2023). Kvinnor som utsatts för VINR tenderar i högre grad att också drabbas av hjärt-kärlsjukdomar inklusive hjärtinfarkt, diabetes, astma, obesitas, sexuellt överförbara sjukdomar, missfall, prematur födsel och dödföddhet, av vissa cancerformer samt riskerar få svårare symtom under klimakteriet (NCK 2014, s. 74-87; Stubbs & Szoek 2022; WHO 2016, s. 6).

Män utsätts främst för olika former av psykiskt våld (Bates 2020; Lien & Lorentzen 2019). Majoriteten av de män som utsätts för fysiskt våld av en kvinnlig partner utövar också fysiskt våld gentemot partnern (Kolbe & Büttner 2020). Det finns ett samband mellan mäns utsatthet för VINR och riskbruk av alkohol/droger, försämrad hälsa och lägre livskvalitet (Lien & Lorentzen 2019). De kausala sambanden framträder dock inte lika tydligt, de psykiska symtom som männen uppvisar förklaras också ofta av socioekonomiska och beteenderelaterade faktorer (Macassa et al. 2023). Kunskapen om VINR och konsekvenserna för män och hbtqi-personer är relativt begränsad men frågan har börjat uppmärksammas nationellt. Forskning pågår på uppdrag av regeringen och som en del i arbetet publicerades hösten 2025 två rapporter; en kunskapsöversikt över hbtqi-personers utsatthet, hjälpsökande och stödbehov samt en kartläggning över mäns utsatthet, hjälpsökande och -behov tillsammans med våldets konsekvenser för bland annat hälsan (Ovesen & Sörensdotter 2025; Bodin 2025). WHO lyfter att både män och kvinnor kan bli utsatta för VINR men poängterar att det först och främst är ett jämställdhetsproblem som bottenar i könsbaserade maktstrukturer. Kvinnor utsätts oftare för upprepat våld och våld av allvarligare art vilket hälso- och sjukvårdspersonal behöver ha kunskap om, likväl som förståelse för de könsbaserade maktstrukturer som våldet grundar sig i (Brå 2024, s. 6; Brå 2025, s. 5-6; WHO 2013, s. 1, 10, 17). Rapporten *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck* (SOU 2015:55) slår utöver maktperspektivet också fast att en könsneutralisering av frågan riskerar att cementera ojämställdheten, skapa förskjutningar av stödåtgärder från kvinnor till män och att osynliggöra eller förminska kvinnors utsatthet (SOU 2015:55, s. 172-174).

Ramar, regelverk och politik

Agenda 2030 kap. 5 anger jämställdhet mellan könen och ett avskaffande av alla former av våld och diskriminering gentemot kvinnor och flickor som ett av de globala målen för

hållbar utveckling (United Nations [UN] 2015). Som ett led i utvecklingen mot målet har WHO (2016) utarbetat en global handlingsplan som grund för det nationella arbetet mot VINR med fokus på att stärka hälso- och sjukvårdens roll. Den följer också av den resolution som världshälsoorganisationens generalförsamling antog 2014, WHA67:15, vilken uppmanar till att stärka hälso- och sjukvården i sin roll i att bekämpa våld mot kvinnor och flickor (WHO 2014).

Sverige ratificerade Istanbulkonventionen (Europarådet 2011) år 2014 och förpliktade sig därmed att aktivt arbeta för att motverka mäns våld mot kvinnor samt att kontinuerligt följa upp och rapportera effekterna av arbetet. I enlighet med Istanbulkonventionen och WHO:s globala handlingsplan (WHO 2016) har regeringen antagit en nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor (Skr. 2016/17:10). Som ett led i arbetet har Socialstyrelsen bland annat uppdaterat och publicerat *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (HSLF-FS 2022:39) vilka uttrycker krav på hälso- och sjukvårdspersonal att fråga om VINR på indikation. Den ställer också krav på vårdgivare att, med syftet att upptäcka våldsutsatthet, skapa rutiner för när och hur frågor om VINR ska ställas samt ta fram de rutiner som anses behövas för att kvalitetssäkra arbetet med att upptäcka våldsutsatta (HSLF-FS 2022:39).

En nyligen genomförd granskning från Inspektionen för vård och omsorg (IVO) visar dock på allvarliga brister hos vårdgivare i följsamheten till föreskrifterna samt hur dessa brister påverkar de våldsutsattas liv och hälsa i negativ riktning. Andelen kommuner som saknar eller inte vet om de har rutiner för att fråga om VINR uppgår till 23%, för regionerna uppgår andelen till 10% (IVO 2024, s. 3, 17, 25). Av Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall mellan 2022-2023 framgår att de som dödades eller utsattes för mordförsök av en partner ofta hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården, främst primärvård och psykiatri, kort tid före händelsen och vid upprepade tillfällen. Där framgår också att inget av offren vid något av dessa tillfällen hade tillfrågats om utsatthet för VINR trots tydliga varningssignaler (Socialstyrelsen 2024, s. 102-103) vilket tyder på kvarstående brister i implementeringen och en otydlighet i hur hälso- och sjukvården arbetar med frågor om utsatthet för VINR (Öhman, Burman, Carbin & Edin 2020).

Distriktsköterskans yrke och ansvar

3 kap. hälso- och sjukvårdslagen (SFS 2017:30), HSL, anger god hälsa som målet för hälso- och sjukvården och framhåller ansvaret att förebygga ohälsa. Kompetensbeskrivning för distriktsköterska beskriver ett ansvar att främja hälsa, förebygga ohälsa och att självständigt kunna organisera och bedriva arbete med att bland annat upptäcka VINR (SSF 2019, s. 6). Professionen omfattas även av ICN:s etiska kod för sjuksköterskor, vilken fastslår ett ansvar att "vidta nödvändiga åtgärder för att skydda individers, familjers, grupper och befolkningars hälsa när den hotas av medarbetare, annan person, policyer, praxis eller olämpligt eller felaktigt handhavande av teknik" (SSF 2021, s. 10). I den nationella strategin mot mäns våld mot kvinnor (Skr. 2016/17:10, s. 41) lyfts primärvården som en central aktör i det förebyggande arbetet och i arbetet med tidig upptäckt. Distriktsköterskan utgör ofta den första kontakten med primärvården för patienten (Svensk sjuksköterskeförening [SSF] 2019) vilket ställer denna först i ledet i

den våldsutsatta patientens kontakt med hälso- och sjukvården (Aregger Lundh, Tannlund & Kristensson Ekwall 2025). Generellt sett arbetar distriktssköterskor mer självständigt och leder vården kring patienten i större utsträckning (SSF 2019, s. 9), något som skapar goda förutsättningar för att driva arbetet även mot VINR. Genom distriktssköterskans större möjligheter att styra över sin tid finns också goda förutsättningar för att ställa frågor om VINR (Maquibar et al. 2022).

En svensk studie om distriktssköterskors erfarenheter av att hantera ärenden om våldsutsatthet visar att det finns en tvekan inför att adressera sina misstankar och att bristen på ramar och riktlinjer att förhålla sig till försvårar, och i vissa fall bidrar till att avstå ifrån, att försöka upptäcka VINR. Studien lyfter också utmaningar som distriktssköterskan står inför vad gäller förmågan att inge känsla av tillit och trygghet i relationen med patienten (Sundborg, Törnkvist, Saleh-Stattn, Wändell & Hylander 2015), något som är avgörande för att patienten ska berätta om våldsutsatthet (Aregger Lundh, Tannlund & Kristensson Ekwall 2025; Dichter et al. 2020; Dichter, Ogden, Tuepker, Iverson & True 2021; Hargrave et al. 2024).

Att fråga om våld

Att bli tillfrågad

5 kap. 1§ HSL anger att hälso- sjukvårdsverksamhet ska bedrivas på ett sådant sätt att kraven på god vård uppfylls och att vården särskilt ska tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet. Vidare anges att den ska bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet samt främja goda kontakter mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal (SFS 2017:30). Att bli bemött och omhändertagen med respekt har visat sig vara av stor betydelse för benägenheten att berätta om utsatthet för VINR. Forskning visar att våldsutsatta sällan berättar spontant om utsatthet men uppskattar att tillfrågas och att det kan ha en positiv inverkan på hälsan och förtroendet för hälso- och sjukvården (Dichter et al. 2020; Hargrave et al. 2024; Korab-Chandler, Kyei-Onanjiri, Cameron, Hegarty & Tarzia 2022; NCK 2010, s. 23-24). Huruvida frågor om VINR påverkar utsatta kvinnor är beroende av andra, emotionella, variabler såsom känslan av att bli bekräftad, lyssnad till, bemött med omsorg vänlighet och respekt, snarare än frågan i sig (Tarzia et al. 2020). Majoriteten av kvinnorna beskriver positiva upplevelser av att tillfrågas om utsatthet för VINR (Almqvist, Källström, Appell & Anderzén Carlsson 2018; Simmons & Swahnberg 2022) och kvinnor som varit utsatta för VINR uttryckte en önskan om införande av rutinmässig information om VINR (Korab-Chandler et al. 2022).

Frågorna beskrivs samtidigt väcka känslor av skam och en rädsla för stigmatisering tillsammans med en oro för integritet och säkerhet i samband med avslöjandet (Heron & Eisma 2021; Maras 2023). Detta kan mildras av vårdpersonals förmåga att visa empati (Aregger Lundh, Tannlund & Kristensson Ekwall 2025) och istället bidra till ökad benägenhet att medge utsatthet (Heron & Eisma 2021) samt till ökad känsla av egenmakt efter ett avslöjande (Dichter et al. 2020). En intervjustudie under utformningen av ett screeningverktyg för frågor om VINR visar betydelsen av hur och när frågorna ställs och

att upplevelsen av att bli tillfrågad är helt beroende av en redan etablerad tillit till vårdaren. Studien betonar det faktum att sannolikheten för att berätta om våldsutsatthet korrelerar med graden av kontinuitet i vårdrelationen och att sannolikhet för att avslöja våldsutsatthet vid första mötet i princip är obefintlig (Ostrach 2021).

Kvinnors erfarenheter av, och rädsla för, stigmatisering och att inte bli trodda utgör ofta hinder för att avslöja utsatthet samt för att be om hjälp (Korab-Chandler et al. 2022). En europeisk befolkningsundersökning från 2010 rapporterar att 59% av Sveriges befolkning anser mäns våld mot kvinnor vara orsakat av ett provokativt beteende från kvinnorna (Europeiska kommissionen 2010, Tabell 4.11) medan rapporten från 2024 visar att 18% av Svenskarna helt eller delvis håller med om att kvinnor ofta hittar på eller överdriver sina beskrivningar av det våld de utsatts för (Europeiska kommissionen 2024, s. 39).

Att fråga

Forskning visar att hälso- och sjukvårdspersonalens känslor, upplevelser och attityder har stor betydelse för kvaliteten på, samt resultat av, nya arbetssätt som syftar till att identifiera patienter som utsatts för VINR. Den visar också att sådana faktorer ofta förbises vid utformningen av arbetssätten (Beck, Förster, König & Pavlic 2025; Hall & Örmon 2025). Arbetet mot VINR påverkas av engagemang på både individuella och organisatoriska plan (Sundborg, Saleh-Stattin, Wändell & Törnkvist 2012). Att som sjuksköterska agera på misstankar beskrivs som ett personligt val vilket illustrerar behovet av en tydlig styrning i arbetet med våldsutsatta (Briones-Vozmediano et al. 2021). Hälso- och sjukvårdspersonal i svensk primärvård beskriver en önskan att fråga om och aktivt arbeta mot VINR men uppger sig sakna stöd, kunskap och resurser varför frågorna ofta uteblir (Sundborg et al. 2012; Öhman, Vives-Cases & Edin 2024). Tidsbrist och den egna förförståelsen är andra faktorer som påverkar huruvida patienter tillfrågas eller inte (Hudspeth, Cameron, Baloch, Tarzia & Hegarty 2022). Att möta våldsutsatta upplevs även tungt rent känslomässigt och känslan av otillräcklighet utgör hinder för att uppmärksamma utsattheten (Maquibar et al. 2022). Skuld- och obehagskänslor gentemot patientens reaktioner förekommer men påverkar inte nödvändigtvis benägenheten att rutinmässigt fråga om VINR (Hall & Örmon 2025). Aktivt arbete med frågor om VINR kräver praktisk träning i hantering och att hälso- och sjukvårdspersonal känner trygghet i sina kunskaper (Sundborg et al. 2012; Kalra, Hooker, Reisenhofer, Di Tanna & Garcia-Moreno 2021).

Rekommendationer

Rekommendationer förändras över tid. En nationell rapport konstaterar 2010 att rutinmässiga frågor om VINR är motiverade till samtliga patienter som söker hälso- och sjukvård (NCK 2010, s. 13) medan WHO (2013, s. 18) avråder från sådan typ av screening. De nu aktuella föreskrifterna (HSLF-FS 2022:39) baseras på WHO:s rekommendationer från 2013.

Det råder förhållandevis konsensus kring att frågor om utsatthet för VINR inte påverkar hälsan hos de tillfrågade åt vare sig det ena eller det andra hållet (NCK 2010, s. 13; WHO 2013, s. 18). Anledningarna till den numera avrådan från rutinmässiga frågor om VINR i flertalet verksamheter bottnar snarare i avsaknaden av hälsovinster för patienter på gruppnivå även om upptäckandet av utsatthet ökar. Utsattheten för VINR har visat sig bestå och tillsammans med en kalkylerad risk att människor avstår kontakt med hälso- och sjukvården på grund av upprepade standardiserade frågeställningar samt att massinförande av interventioner tenderar att påverka kvaliteten på utförandet gör att dagens rekommendationer avråder från rutinmässiga frågor till alla som söker sig till hälso- och sjukvården. Rutinmässiga frågor om VINR rekommenderas istället till vissa specifika målgrupper och på indikation (WHO 2013, s. 18). Med föreskrifterna (HSLF-FS 2022:39) som utgångspunkt publicerade Socialstyrelsen under våren 2025 ett nationellt kunskapsstöd med rekommendationer för hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete med att upptäcka VINR. Kunskapsstödet syftar till att stödja både vårdgivare och yrkesverksamma i utvecklingen mot att upptäcka utsatthet för VINR i större utsträckning, men är avgränsat till själva upptäckandet och omfattar inte insatser vid identifierat våld (Socialstyrelsen 2025, s. 3, 7).

Vårdande ur ett livsvärldsperspektiv

Medicinska och tekniska framsteg inom hälso- och sjukvården riskerar att avhumanisera vården vid implementering av nya arbetssätt och metoder. I jakten på produktion och effektivisering bortprioriteras värdet av människan, dess identitet och sammanhang till förmån för snabba resultat. Mjuka värden, hur människor upplever, påverkar och påverkas riskerar att hamna i skymundan medan vårdaren själv förvandlas till ett objekt att passa in i produktionslinjen (Galvin & Todres 2013, s. 24-26). Lidande är en del av mänskligt liv och något vi alla får hantera. Hur vi reagerar på lidande skiljer sig åt. Förståelse för lidande, människans sårbarhet och hur vi alla delar denna sårbarhet utgör grunden för en empati. Det starka bandet mellan lidande, empati och vårdande där empati utgör essensen av vårdande. Empati blir en förutsättning för en vårdande vård och avsaknad av densamma reducerar vården till teknik (Galvin & Todres 2013, s. 114-115). Vårdande är beroende av fler kunskaper än enbart de rent medicintekniska. Det baseras på komplexa avvägningar utifrån kunskaper och erfarenheter som inte alltid går att studera sig till och utgår från en av hjärtat begäran om att få vårda (Galvin & Todres 2013, s. 156-157, 168-169).

Galvin och Todres (2013) beskriver humanisering av vårdande ur åtta dimensioner; insiderness (att se och möta patienten inifrån) agency (handlingsförmåga och delaktighet), uniqueness (varje individ är unik), togetherness (relation och gemenskap), sense-making (förståelse och mening), personal journey (resan genom sjukdom/ vården), sense of place (miljö och sammanhang) och embodiment (hur kroppen upplevs), hur dessa kan användas som vägledande principer för ett vårdande förhållningssätt med hänsyn till hela människan och hur de bidrar till välbefinnande (Galvin & Todres 2013 s. 11-22).

Vårdande ur ett livsvärldsperspektiv blir ett förhållningssätt där patienten betraktas och förstås utifrån ett holistiskt perspektiv och som existerande i ett större sammanhang. Förståelse för människan som en sådan helhet kan bara skapas genom att utforska dennes

berättelser och upplevelser. Detta utesluter ett enbart medicinskt perspektiv och förutsätter istället kvalitativa metoder riktade mot människans mening och livsvärld (Galvin & Todres 2013, s. 26, 35). Människan existerar i förhållande till andra människor, det är i relation till andra människor som identiteten finns till (Galvin & Todres 2013, s. 28-30). Livsvärldsperspektivet blir därmed viktigt att beakta också utifrån vårdaren som en tänkande och kännande människa som förstår och handlar i förhållande till andra människor utifrån sin livsvärld (Palmér et al. 2022). Förmågan att ge en vårdande vård handlar förutom om tekniska färdigheter eller förberedelser också om viljan, drivkraften och förmågan att möta patienten öppenjärtat. Förmågan att ge en vård som faktiskt också är vårdande blir en process som ibland handlar om att veta, ibland om att inte veta, och att klara av att stå och vara kvar i det. Vårdaren utvecklar ett mod att våga och orka närma sig samt ta in patienten och hela dennes upplevelse (Galvin & Todres 2013, s. 174-178).

PROBLEMFORMULERING

VINR, i synnerhet mäns våld mot kvinnor, är ett globalt folkhälsoproblem. VINR kan yttra sig på många sätt och har ofta blivit en del av patientens vardag. VINR är något som förekommer i alla samhällsklasser och mer än var tredje kvinna i Sverige har någon gång under sin livstid utsatts för någon typ av VINR. Utsatthet för VINR skapar lidande för ett stort antal människor. Det leder till en försämrad både fysisk och psykisk hälsa hos dem som utsätts. Att identifiera människor som utsätts för VINR är en del av hälso- och sjukvårdens uppdrag och där finns krav på vårdgivare och yrkesutövare att arbeta aktivt med detta. Brist på kunskap, tid, stöd, och rutiner resulterar dock i att frågorna ofta uteblir. Distriktssköterskan har en central roll i hälsofrämjande arbete och för identifiering av riskfaktorer där VINR utgör en explicit del. Det ställer krav på kunskap om, och förmåga att, identifiera sådana risker samt förmåga att ställa frågor om VINR. En stor del av den aktuella forskningen är genomförd inom kvinnohälsovård och primärvård men är tunn beträffande distriktssköterskor och upplevelser av att ställa frågor om VINR. Fördjupade kunskaper om distriktssköterskors upplevelser av att fråga om VINR kan ge en ökad förståelse för vad som påverkar identifieringen av våldsutsatta patienter i det vårdande mötet mellan distriktssköterskan och patienten. Detta kan bidra till betydelsefulla insikter som ger vägledning för riktningen i strävan mot en hållbar och mer ändamålsenlig hälso- och sjukvård för patientgruppen.

SYFTE

Syftet var att belysa distriktssköterskors upplevelser av att fråga vuxna patienter i primärvården om utsatthet för våld i nära relation.

METOD

Design

Studien är en kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Kvalitativ metod lämpar sig för studier som syftar till att undersöka människors upplevelser och djupa känslomässiga aspekter av ett fenomen och används med fördel inom sådan typ av omvårdnadsforskning (Flanagan & Beck 2025, s. 49; Henricson & Billhult 2023, s. 115). Induktiv ansats används vid empiriska studier som syftar till att studera och beskriva specifika fenomen för att sedan kunna dra slutsatser av resultatet (Flanagan & Beck 2025, s. 76; Priebe & Landström 2023, s. 32).

Urval

För att deltagare ska kunna bidra med data som är relevant för studiens syfte krävs att de har erfarenhet av det fenomen som studeras och i den kontext som syftet avser. Tydligt formulerade inklusionskriterier skapar förutsättningar för en fördjupad förståelse av det fenomen som studeras. Ett strategiskt urval, baserat på inklusions- och exklusionskriterier, gör det möjligt att samla in data som är relevanta i sammanhanget (Flanagan & Beck 2025, s. 487-489, 491; Henricson & Billhult 2023, s. 118-119). Mot denna bakgrund tillämpade författarna ett strategiskt urval. Inklusionskriterier: distriktssköterska inom primärvård (kommunal eller regional) med erfarenhet av att fråga vuxna patienter om utsatthet för VINR och god förmåga att uttrycka sig muntligt på svenska språket. Exklusionskriterier: arbete inom ramen för barnhälsovårdens uppdrag.

Författarna skickade informationsblad för verksamhetschef och distriktssköterskor (se Bilaga 1, 2) via e-post till totalt 107 verksamhetschefer fördelat på två omgångar där första omgången utgjordes av norra Halland och Skåne. Påminnelser gick ut vid fyra tillfällen i första omgången. På grund av begränsad respons och antal deltagare i Halland utökades sökområdet efter fyra veckor till att omfatta hela Halland utefter tillgången till kontaktuppgifter samt södra Västra Götalandsregionen (VGR). Påminnelser gick ut vid tre tillfällen via e-post. Avsaknad av respons, avböjer deltagande från verksamhetschefer respektive återkopplar förmedling ut i verksamheten redovisas nedan (se Tabell 1). Distriktssköterskor som uppfyllde kriterierna och önskade delta kontaktades sedan författarna efter verksamhetschefens godkännande, alternativt kontaktades av författarna efter att verksamhetschef lämnat kontaktuppgifter.

Tabell 1. Urvalsprocessen

	Skåne (n=15)	Halland (n=32)	VGR (n=40)	Halland sökomgång 2 (n=20)
Svar uteblivit	6	21	18	16
Tackat nej pga. hög arbetsbelastning	1	4	10	2
Tackat nej, orsak ej angiven	1	1	4	0
Saknar distriktssköterskor	1	2	3	0
Återkopplat om informationsspridning i verksamheten	6	4	5	2

Tio distriktssköterskor valdes ut och fördelades om fem intervjuer vardera mellan författarna utefter geografiskt område. Samtliga tre regioner fanns representerade i

urvalet. Ålder, kön, yrkeserfarenhet och typ av verksamhet redovisas i Tabell 2. Några av deltagarna hade förkunskaper om att fråga och upptäcka VINR genom seminarium under sin specialistutbildning, tjänstgöring inom skolhälsovården, från videoklipp på en webbsida för forskning om VINR eller från en föreläsning på fritiden utifrån eget intresse och engagemang.

Tabell 2. Informanter (n=10)

Karaktäristika	Indelning	N
Kön	Kvinnor	9
	Män	1
Ålder	31-39	2
	40-49	5
	50-59	1
	60-64	2
Antal år som distriktssköterska	1-5	3
	6-10	2
	11-15	1
	16-20	3
	21-25	0
	26-30	1
Antal år som sjuksköterska totalt	7-10	2
	11-15	1
	16-20	4
	21-25	1
	26-30	0
	31-35	2
Yrkeserfarenhet från	Vårdcentral	2
	Hemsjukvård	5
	Vårdcentral & hemsjukvård	3

Datainsamling

Semistrukturerade intervjuer används för att minska förförståelsens påverkan på de enskilda intervjuerna och för att hålla data riktad mot syftet. Metoden syftar till att begränsa respektive författares påverkan på informanterna och ge likvärdiga förutsättningar för berättelserna (Flanagan & Beck 2025, s. 553). Datainsamlingen bestod av semistrukturerade intervjuer utifrån en intervjuguide med öppna frågor vilken var utformad med en inledande del där informanten fick ge relevant bakgrundsinformation. Därefter följde nio öppna huvudfrågor som kompletterades med följdfrågor för att fånga mer detaljerade svar utifrån det fria berättandet (se Bilaga 3).

Provintervjuer kan användas för att kontrollera om frågorna i intervjuguiden svarar mot syftet (Engström & Juuso 2023, s. 155). Två provintervjuer genomfördes, en av varje författare, för att enligt Flanagan och Beck (2025, s. 508-509, 775) kontrollera intervjuguiden mot syftet och som förberedelse för att genomföra intervjuerna. Frågeformuleringar i intervjuguiden korrigerades något efter provintervjuerna gällande ordval och detaljering för att bättre svara mot syftet och samtidigt ge ett större utrymme för det fria berättandet. Författarna ändrade också frågornas ordning för att möjliggöra ett bättre flöde. Provintervjuerna avsågs inte ingå i resultatet eftersom de intervjuade

personerna dels till fullo inte uppfyllde inklusionskriterierna, dels för att förutsättningarna skulle se likadana ut för deltagarna.

Att låta informanter bestämma tid och plats för intervju samt att intervjuer sker ostört skapar trygghet hos deltagarna och har därmed betydelse för kvalitén (Engström & Juuso 2023, s. 156; Flanagan & Beck 2025, s. 507). För att skapa trygghet fick informanterna själva bestämma tid och plats för intervjun, som genomfördes utan störningsmoment. Intervjuerna spelades in med diktafon och transkriberades i nära anslutning till intervjutillfällena vilket enligt Flanagan och Beck (2025, s. 509-510), Mårtensson och Fridlund (2023, s. 484-485) och Polit och Beck (2017, s. 531) säkerställer att data inklusive anteckningar återges korrekt och utan påverkan av andra samtal eller intervjuer. Intervjuerna varade mellan 17 och 64 minuter och genomfördes under oktober 2025. Ljudinspelningar och transkriberingar överfördes till, samt förvarades krypterade med lösenordsskydd på bärbara lagringsenheter.

Dataanalys

Intervjuerna analyserades enligt Elo och Kyngäs (2008) metod för kvalitativ innehållsanalys och genomfördes med en induktiv ansats. Analysmetoden passar väl för studier som behandlar utforskade områden om människors multifacetterade upplevelser och där data utgörs av större textmassor (Elo & Kyngäs 2008; Flanagan & Beck 2025, s. 542). Metoden består huvudsakligen av tre faser; förberedelser, organisering och rapportering (Elo & Kyngäs 2008). Författarna valde i förberedelsefasen ut samtliga av de transkriberade intervjuerna som analysenheter och läste var för sig igenom intervjuerna upprepade gånger. Genom att läsa igenom intervjuerna flera gånger avsåg författarna att skapa sig en kunskap om och förståelse för materialet som helhet.

I nästa fas, organiseringsfasen, bearbetades materialet till att börja med enskilt av författarna. Meningsbärande enheter i texterna som svarade mot syftet kodades utifrån sitt innehåll och överfördes till en tabell där de markerades med en hänvisning till originaltexten för att göra det möjligt att senare också kunna gå tillbaka till ursprungskällan. Därifrån jämfördes koder och enheter mellan författarna för att enas och säkerställa att de stämde överens. Författarna skrev ut och sorterade enheter och koder utefter tillhörighet. Koderna jämfördes och sorterades in i subkategorier där de abstraherades utifrån sitt innehåll och utifrån att de i jämförelse med andra subkategorier inte kunde tillhöra någon annan sådan. Dessa abstraherades i sin tur in i kategorier (se Tabell 3).

Tabell 3. Exempel på analysprocessen

Analysenhet	Kod	Subkategori	Kategori
Som sjuksköterska så är du ju nästan... Du SKA. Bry dig. Du SKA vara omhändertagande du SKA... Axla den rollen.	Du ska bry dig som sjuksköterska	Ett ansvar att bry sig och en vilja att göra skillnad	Det vårdande mötet
Jag kan inte stå ut med att... Att senare få veta att den här personen har lidit allvarlig fysisk eller psykisk skada och jag gjorde ingenting.	Står inte ut med att jag gjorde ingenting		

För att garantera att processen gjordes i samförstånd förde författarna en tät dialog med varandra genom textmeddelanden, videomöten och telefonsamtal. Författarna arbetade också i delade dokument. Den sista fasen, rapporteringsfasen, innehåller en tydlig presentation av resultatet med hjälp av citat (Elo & Kyngäs 2008). I enlighet med analysmetodens rekommendationer använde sig författarna därför av citeringar från intervjuerna i resultatet. Citaten valdes dels utifrån var de representerades i texten, dels utifrån författarnas möjligheter att säkerställa deltagarnas konfidentialitet.

Forskningsetiska överväganden

Etiska principer för humanforskning utgår från grundprinciperna om att göra gott, att respektera rätten till självbestämmande, att inte skada och rättvisepincipen (Kjellström 2023, s. 65-68; Vetenskapsrådet 2024, s. 58). Författarna ansåg att studiens syfte uppfyllde kravet på att göra gott, det ansågs kunna tillföra ny kunskap och som skulle kunna vara av nytta för fler än enbart författarna.

I forskningssammanhang förbinder sig författarna att följa ett antal forskningsetiska principer. Ansvaret för att upprätthålla god forskningssed oavsett forskningsområde finns reglerat i lag (SFS 2019:504). Inom humanforskning finns utökade krav som syftar till att också skydda människor från att ta skada av forskningen (World Medical Association [WMA] 2024). Studier på människor kräver som regel att ha föregåtts av en godkänd etikprövning. Författarna utgick ifrån god forskningssed och forskningsetiska principer (ALLEA 2023; Council of International Organizations of Medical Sciences [CIOMS] 2016; SFS 2019:504; Vetenskapsrådet 2024; WMA 2024) och utifrån förutsättningarna i 14-23§ lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460) för etiskt godkännande. Någon etikprövning var dock inte aktuell i detta fall eftersom studien i form av en magisteruppsats utgjorde en del av ett utbildningsprogram (SFS 2003:460). En etisk självgranskning genomfördes istället tillsammans med, och godkändes av, handledaren för examensarbetet. Eftersom insamlade data skulle kunna innehålla personuppgifter behövde författarna också säkerställa att hanteringen skedde i enlighet med *Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning, GDPR*. Den data som samlades in (bakgrundsinformation, enkäter, inspelade och transkriberade intervjuer, anteckningar och kontaktuppgifter) kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Sedan Nürnberggrättegångarna 1947 och den etiska kod som följde av dessa har informerat samtycke varit ett krav vid forskning på människor (Etikprövningsmyndigheten 2023). Informerat samtycke är idag ett av de etiska kraven enligt Helsingforsdeklarationen (WMA 2024) och en förutsättning för godkänd etikprövning enligt lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Författarna lämnade skriftlig information via verksamhetschefer som i sin tur lämnade den till distriktssköterskor i verksamheterna. Författarna hade, i linje med Flanagan och Beck (2025, s. 489), avsikt att genom detta tillvägagångssätt minska risken för att påtryckningar skulle påverka valet

att delta. För att säkerställa deltagarnas informerade samtycke upprepades också muntlig och skriftlig information enligt bilaga 2 i direkt anslutning till intervjutillfället och skriftligt samtycke inhämtades innan intervjuerna började spelas in.

Skyddsintresset har en särställning inom forskningsetik. Det inbegriper samtliga delar från idé till spridning av resultat och är överordnat alla andra intressen (ALLEA 2023; Vetenskapsrådet 2024, s. 12-13). Författare behöver vara förberedda på att värna om både regelefterlevnad och deltagares och patienters integritet genom att förhindra att någon sådan information delges under intervjuerna (Flanagan & Beck 2025, s. 132-133). Ämnet för studien bedömdes kunna upplevas som känsligt eller laddat och författarna beredde sig på att hantera situationer där det fanns risk att delges information av känslig eller skyddsvärd karaktär.

Även om syftet med studier inte är att påverka deltagarna så behöver författare bereda sig på att ämnet kan väcka svåra minnen till liv hos deltagarna själva (Kjellström 2023, s. 65). Med tanke på att ämnet för studien utifrån bakgrunden visade sig vara ett så pass utbredd problem så behövde författarna också bereda sig på att det kunde komma att föra med sig sådana oavsiktliga konsekvenser. Risken för deltagares illabefinnande bedömdes dock inte vara så pass omfattande att ämnet eller designen tedde sig olämpliga (CIOMS 2016, s. 10). Eftersom deltagandet baserades på frivillighet utefter en på förhand delgiven skriftlig information om studiens syfte och innehåll kunde deltagarna själva avgöra om de kände att det var lämpligt eller inte. Författarna diskuterade sinsemellan och med handledare hur sådana eventuella situationer kunde hanteras. Författarna frågade deltagarna hur de mådde efter intervjuerna för att förvissa sig om att ingen lämnades ensam med svåra känslor och för att kunna fånga upp eventuella reaktioner. Författarna informerade deltagarna om att de var välkomna att höra av sig om de kände behov av stöd efteråt.

Alla deltagare delgavs samma muntliga och skriftliga information, de gavs samma skydd både före och efter medverkan och samtliga gavs möjlighet att kontakta författarna och huvudmannen. Deltagarna bedömdes också kunna dra nytta av forskningen (Kjellström 2023, s. 71; Vetenskapsrådet 2024, s. 59; WMA 2024). Intervjuerna avidentifierades genom att döpas till varsin siffra, plats- och ortsnamn ersattes med asterisker för att säkra konfidentialiteten. Data behöver hanteras samt förvaras på ett sätt som gör den otillgänglig för obehöriga (Flanagan & Beck 2025, s. 140) Materialet hanterades enligt beskrivning under datainsamling för att hållas otillgängligt för obehöriga.

Förförståelse

Författare behöver ha en medvetenhet om, och beskrivning av, sin egen förförståelse (Mårtensson & Fridlund 2023, s. 484). Författarna hade egna erfarenheter av att ställa frågor om utsatthet för VINR men inte i primärvårdskontext vilket förbättrade författarnas förutsättningar för neutralitet inför just primärvårdsspecifika upplevelser av fenomenet. Samtidigt var fenomenet som sådant något som båda författarna hade erfarenheter av ifrån yrkeslivet varför risken för förförståelsens påverkan ändå inte går att bortse ifrån. Genom att delge varandra sina erfarenheter fanns en förhoppning om att kunna sätta ljus på den egna förförståelsen. Författarna bearbetade först materialet var för sig med kodning och

förslag på subkategorier och förde samtidigt en kontinuerlig dialog med varandra för att identifiera och motverka den egna förförståelsens påverkan på resultatet Sedan jämförde och diskuterade författarna vad de kommit fram till och kunde konstatera att underlaget stämde bra överens och ordvalen för subkategorierna var jämförbara. Därefter diskuterade och samlade författarna tillsammans materialet under tre huvudkategorier. Författarna hade skilda ingångar i studien genom att förförståelse och erfarenheter skiljde sig åt beträffande arbetslivserfarenheter, geografisk utgångspunkt samt vårdens uppbyggnad och organisation. Ingen av författarna har tidigare aktivt arbetat med VINR.

RESULTAT

Analysen resulterade i 3 kategorier och 7 subkategorier

Subkategorier	Kategorier
Ett ansvar att bry sig och en vilja att göra skillnad	Mötet med patienten
Att fråga om våld väcker många känslor	
Förutsättningar för relationen	
Verksamhetens stöd eller icke stöd	Påverkan av regler och styrning
Fråga på rutin, ett problem och ett stöd	
Värdet av yrkesmässig erfarenhet	Steg mot utveckling
Upplevelser under förändring	

Mötet med patienten

Distriktssköterskor upplevde att de hade ett ansvar att fråga om utsatthet för VINR. Samtidigt fanns en känsla av ensamhet och att sakna stöd i att ställa sådana frågor. Det var svårt att formulera sig och det fanns en oro för att riskera uttrycka sig på ett sätt som skulle skada relationen. Distanskontakter satte förmågorna ytterligare på prov. Det fanns en frustration över kollegor som undvek frågor om VINR och över känslan att inte släppas in hos patienter när svaren tolkades som osanna. Oärliga svar kunde också upplevas som hoppfulla.

Ett ansvar att bry sig och en vilja att göra skillnad

Att ställa frågor om VINR upplevdes tungt men helt nödvändigt, det var en skyldighet gentemot patienten. Det egna samvetet, känslan av att inte kunna leva med tanken på att

inte ha agerat och det moraliska ansvaret utgjorde grunden för att fråga. Distriktssköterskorna kunde uppleva att där fanns ett yrkesmässigt ansvar att uppmärksamma och att visa omsorg genom att reagera och agera. Det betraktades som avgörande för skillnaden mellan att vara sjuksköterska i dess fulla innebörd och att enbart utföra arbetsuppgifterna. Skyldigheten att fråga baserades på det personliga ansvaret och på professionens etiska ansvar eller en kombination av dem båda.

”Man blundar nog mycket för... Hur det är. Alltså som sjuksköterska du kommer in gör det du ska och så går du. Och tänker men den tanten är ju inte snäll mot sin gubbe. Men sen då? Gör du nånting åt det? Och det är det jag tycker det är ju liksom det som är skillnaden på att bara komma in och göra vårdarbete... Till att faktiskt jobba som sjuksköterska. Det är liksom att du engagerar dig och du bryr dig.” - Deltagare 4

VINR utgör sedan ett par år tillbaka en del av den slutliga examinationen för grundutbildningen och att vara handledare eller NKSE-observatör för sjuksköterskestudenter i grundutbildningen upplevdes hjälpa distriktssköterskorna att synliggöra det ansvar som ligger på professionerna att fråga om VINR. Även om just att ställa frågor om VINR inte nödvändigtvis blev aktuellt vid varje examination så upplevdes det ha ett bra signalvärde. Kraven på att föra ett resonemang kring VINR hjälpte till att kommunicera hur viktigt det var att ställa frågor vid misstanke om utsatthet.

Samtidigt som där kunde finnas ett motstånd mot att fråga på grund av de obehagskänslor som det genererade så fanns ändå en tro på att frågor om utsatthet kunde göra skillnad. Det fanns också en förhoppning om att frågorna i sig skulle kunna starta en process hos patienten även om de just vid det givna tillfället inte syntes leda någonvart ur distriktssköterskans perspektiv. Att fråga betraktades som en möjliggörare, även om ansvaret fortfarande ansågs ligga på patienten att ta hjälpen och hantera problematiken.

Att fråga om våld väcker många känslor

Frågor om utsatthet för VINR kunde upplevas laddade. Distriktssköterskorna brottades med att hantera situationer där frågorna kom känslomässigt nära, och de upplevde sig ofta vara ensamma i att hantera detta. De känslor som väcktes påverkade tankar, bedömningar och överväganden och kunde göra det svårt att behålla ett professionellt förhållningssätt. Många av upplevelserna av att fråga om VINR kretsade kring känslor kopplade till att behöva ta emot och hantera svaren, något som hade stor inverkan och skapade osäkerhet redan på förhand. Distriktssköterskorna kände sig ofta ensamma och övergivna i att hantera svar som bekräftade utsatthet, och gjorde att de kunde tveka inför att fråga. Ensamheten kunde finnas där oberoende av vad distriktssköterskorna kände till om tillgängliga skyddsnet och stödinsatser, den behövde inte vara kopplad till de praktiska kunskaperna.

”Jag tycker aldrig att frågan är svår att ställa. Att ställa en fråga är aldrig svårt. Det som är svårt är att ta emot svaret. För att om du säger till mig att ja, jag är utsatt för våld, då blir det liksom då ligger bollen hos mig sedan.” - Deltagare 4

Samtidigt pågick inre konflikter kopplade till obehagliga känslor och deras påverkan. Distriktssköterskorna utvecklade egna strategier för att hantera obehagen eftersom motiven till att fråga var starka. Genom att gå in i sin profession som en roll kunde de hålla undan de egna känslorna för att inte påverkas i mötet med patienten. De beskrev samtidigt hur frågor om utsatthet för VINR upplevdes vara lika självklara som alla andra typer av frågor och menade att frågorna inte kunde upplevas vara annorlunda än andra frågor som angår distriktssköterskor i den dagliga yrkesutövningen. De menade att det var fejt att blunda för, eller hitta på egna förklaringar till eventuella tecken på utsatthet, eller till varför patienterna gjorde som de gjorde. De kunde bli frustrerade när de upplevde att kollegor försummade sitt ansvar och sin skyldighet att fråga om VINR. När distriktssköterskorna hade med sig relevanta kunskaper in i sin yrkesutövning kunde de också uppleva att det påverkade jämlikheten i vården lokalt. De ansåg kunskaperna vara styrande för huruvida de frågade patienter om utsatthet eller inte och de kunde känna en frustration över att variationer i kollegors kunskapsnivåer upplevdes bidra till en ökad ojämlikhet i vården.

Ofta rörde det sig om tecken på fysiskt våld när distriktssköterskorna ställde frågor på indikation, och det kunde finnas en uppfattning om att svaret redan var givet. De beskrev att de kunde ställa frågor när de misstänkte att patienten var utsatt, men att de samtidigt inte förväntade sig att patienten skulle bekräfta någon sådan utsatthet. Känslomässigt utgick de från att ett nekande svar inte var tillförlitligt. När distriktssköterskorna på förhand bedömde huruvida patienten var utsatt för VINR tolkades svaret som ärligt eller oärligt utifrån ett samlat intryck av att det saknades kongruens mellan patientens svar och något obestämbarhet eller svårdefinierat i omständigheterna eller rummet. De beskrev det obestämbara i termer av magkänsla, intuition eller ”något som inte stämmer”. Det nekande svaret gav en känsla av att inte nå fram eller släppas in och de kunde bli frustrerade över att vara förhindrade att hjälpa patienten och låsta i att inte kunna göra vad de hade önskat. Ibland kändes det meningslöst att ställa frågor om VINR och distriktssköterskorna kunde tveka inför om det egentligen fanns någon anledning att fråga, när frågorna ändå inte upplevdes göra någon skillnad.

“Oftast tycker jag nog att man inte, eftersom man inte... Nu är det kanske lite dumt men med min erfarenhet att man ändå inte får något riktigt rakt svar” - Deltagare 10

Förutsättningar för relationen

En etablerad och förtroendefull relation mellan distriktssköterskan och patienten var viktig för att våga fråga om VINR, relationen gjorde det lättare att fråga. Samtidigt fanns en osäkerhet inför hur relationen påverkade patientens upplevelse av att bli tillfrågad. Där fanns en oro över att patienten skulle känna sig anklagad eller förolämpad eller att frågorna skulle skapa en distans. Patientens förmodade upplevelse av att tillfrågas genererade obehag. Det fanns också ett motstånd mot vad som upplevdes vara att lägga sig i familjeangelägenheter och att intima frågor befarades kränka patientens integritet.

Tankarna kring att ställa frågor om VINR handlade också om osäkerhet inför ordval. De kunde uppleva att de riskerade skapa konflikter, förminska patienten och påverka

benägenheten att berätta eller rent av ta hjälp även i framtiden och att detta var svårt att hantera eftersom de inte visste vad det fanns för stöd att ta till sin hjälp.

”Jag tycker själv att jag har ett litet fattigt språk, att jag känner mer att... Ja när jag lyssnar på mig själv utifrån att det låter som jag talar till ett barn. Och det är ju svårt... Tänker jag... Att vara den andra personen som ska svara.” - Deltagare 7

Språkbarriärer, såsom kognitiv sjukdom eller andra modersmål än svenska, kunde skapa ytterligare utmaningar. Frågorna blev än svårare att anpassa till ett ökat behov av tydlighet, och samtidigt försöka undvika att uppfattas som hård om frågorna blev alltför raka. När de ställde frågor om utsatthet för VINR med hjälp av tolk kunde det vara svårt att veta om patienten uppfattade frågorna på det sätt som avsågs. De kunde få svårare att både identifiera och hantera eventuella missförstånd. Tolken upplevdes som ett filter som skapade en relationell-emotionell distans mellan distriktssköterskan och patienten. Förlusterna av språkliga nyanser påverkade möjligheterna att skapa den relation och det samtal som distriktssköterskan önskade. Frågor om utsatthet kunde också missförstås och tappa sin substans eftersom definitionerna av VINR inte alltid föreföll vara uppenbara för patienten och det kunde kännas krångligt att få fram att det var VINR som de frågade om.

*”Det kanske är så att man har olika synsätt... Nej ehm... En svårighet i att få fram tror jag frågan på ett sätt som liksom begripbar... I den andra personens kontext. Hur långt ska du gå med den frågan eller försöka leda in mig i att det kanske kan vara våld.”
- Deltagare 9*

Distriktssköterskorna beskrev hur utvecklingen mot en mer digitaliserad primärvård gjorde att de fått svårare att förhålla sig till att ställa frågor om VINR. Det blev svårare att bedöma på distans om det fanns tecken på att något inte stod helt rätt till. Det personliga mötet, som utgör en förutsättning för att skapa en förtroendefull relation inför att ställa frågor om VINR, kunde inte ersättas i en chatt-konversation. Samtidigt kunde distanskontakten göra att distriktssköterskan kände sig mer förberedd på fortsättningen om relationen redan var påbörjad på distans.

Det fanns en stark känsla av ansvar för att värna om och förvalta ett förtroende när patienter sedan bekräftade och började berätta för distriktssköterskan om utsatthet för VINR. De beskrev hur de kände att relationen och förtroendet förbrukades när de tvingades hänvisa patienten till någon annan för att kunna få skydd eller stöd efter att först ha frågat och öppnat upp för att berätta för dem om utsatthet för VINR.

Påverkan av regler och styrning

Frågor om VINR saknade utrymme i verksamheterna och avsaknaden av rutiner och beredskap gjorde det svårt att integrera frågorna i den egna praktiska yrkesutövningen. Att rutinmässigt fråga om VINR uppfattades föra med sig både fördelar och nackdelar. De som hade erfarenhet från arbetsplatser med tydliga rutiner och beredskap menade att viljan och självklarheten att ställa frågan i hög grad påverkades av verksamhetens generella inställning.

Verksamhetens stöd eller icke stöd

Det gick snabbt att utveckla en trygghet i att fråga om VINR när det var implementerat som ett levande inslag i verksamheten och utgjorde en del av arbetssättet. Frågorna blev mindre känsloladdade eller beroende av det egna ställningstagandet redan från start. Det upplevdes tryggt att kunna lämna vidare när det fanns inarbetade rutiner och etablerade kontakter med människor i andra verksamheter för de saker som hamnade utanför det egna ansvarsområdet. Självklarheten i att fråga försvann ganska snabbt vid byte till tjänstgöring i verksamheter där VINR hade givits mindre uppmärksamhet från ledningen, även om tryggheten i att ställa själva frågorna bestod.

Frågor om utsatthet för VINR upplevdes inte vara närvarande i verksamheterna. Frågans plats samt kunskapen i verksamheterna var bristfällig och i de flesta fall obefintlig. Det beskrevs vara en icke-fråga. Distriktssköterskorna upplevde brist på engagemang och stundtals också ett motstånd mot att diskutera ämnet från ledning och kollegor. Att ställa frågor om VINR till patienter upplevdes vara helt och hållet upp till en själv.

Distriktssköterskorna beskrev en stress över att de saknade tidsmässigt utrymme för att ställa frågorna på ett respektfullt sätt och för att hantera de svar som skulle kunna komma. Att öppna upp för patienten att berätta och sedan finnas där som ett stöd krävde både tid, kunskap och resurser, vilket de ofta upplevde sig sakna. Tiden var beräknad utifrån de uppgifter som var inbokade och kunde inte omfördelas för andra moment som krävde extra utrymme, vilket frågor om VINR ofta ansågs göra. Det kunde vara svårt att hantera de känslor av otillräcklighet som följde av bristen på makt och kontroll över den egna tiden. Frustration över begränsningarna i verksamheten kunde hanteras med egna prioriteringar där distriktssköterskan tog ställning för patienten, medveten om att det skulle kunna komma att påverka den övriga verksamheten. Bristen på kunskap om hur svaret skulle hanteras kunde också upplevas som ett sekundärt problem och något som fick lösas först om behovet skulle uppstå efter att distriktssköterskan hade frågat.

”Allting bara läggs på, nu ska ni göra de här och de här och de här sakerna och så ska man samtidigt hinna fånga upp de här sakerna in emellan. Som patienten kanske inte egentligen ens söker för” - Deltagare 8

Det fanns möjligheter till både praktiskt och visst emotionellt stöd av chefer och kollegor vid hantering av specifika situationer. Stödet upplevdes dock komma först i efterhand, när distriktssköterskorna redan planerade att fråga eller hade frågat och upptäckt utsatthet för VINR. Ämnet diskuterades inte på daglig basis, och de upplevde att det saknades en beredskap på arbetsplatsen. Avsaknaden upplevdes som ett problem för möjligheten att ställa frågor om VINR, de efterlyste handledning och utbildningsinsatser från arbetsgivaren. Distriktssköterskorna återkom ofta till hur bristen på stöd, riktlinjer eller något att luta sig mot gjorde uppgiften svår att förhålla sig till, eftersom frågan upplevdes så komplex.

Riktlinjer var sällsynta och de som fanns upplevdes ofta som oanvändbara. De uppfattades finnas till för att se bra ut externt snarare än att utgöra något verkligt stöd. Några beskrev att de inte kände till om där fanns några riktlinjer eller styrdokument på arbetsplatsen, och att de saknade kunskap om vilka ansvar eller skyldigheter vårdgivare och yrkesutövare hade när det gällde att fråga om utsatthet för VINR.

“Det finns men de är bara trams? Oftast kräver det lite mer finurlighet än det som... i de situationerna än vad man har än vad vi kanske, framgår och då av den riktlinjen liksom, alltså de flesta riktlinjerna handlar ju mer om att man ska ha ryggen fri som organisation men vad kanske det är sen.... det ska ju vara ett stöd också.” - Deltagare 10

Fråga på rutin, ett problem och ett stöd

Distriktssköterskorna var ambivalenta inför att rutinmässigt ställa frågor om VINR. Att ställa frågor på rutin kunde upplevas som olustigt, dels på grund av rädsla för patienternas reaktioner, dels av oro för att frågorna skulle uppfattas som kränkande. De menade att både det aktuella och fortsatta förtroendet riskerade att påverkas negativt, och att ett sådant arbetssätt kunde skada förtroendet också för hälso- och sjukvården som helhet. Frågor om VINR av sådan screeningkaraktär upplevdes påverka arbetsglädjen genom att begränsa mänskligheten i kontakten med patienten. Det kunde kännas svårt att motivera sig till att ställa frågorna när det saknades en egentlig misstanke om utsatthet för VINR, och distriktssköterskorna såg även risker med att ställa denna typ av frågor utan att först ha kunnat bygga upp en relation.

*”Jag tänker att det kanske är svårare att hitta dem då. Eller inte hitta... Eller vad heter det men alltså den här relationen. *skratt* Om jag börjar med att fråga enligt PM... Om liksom... Om misshandel och sånt och så sitter man där och är misshandlad. Jag tänker att... Kanske kan vara lite svårare. Att svara... Ja så tänker jag.” - Deltagare 5*

Rädslan för att rutinmässiga frågor skulle leda till att patienten istället slöt sig eller lämnades kvar med en känsla av att vara misstänkliggjord förstärktes i möten där distriktssköterskor uppmärksammade hur flera maktordningar samverkade i en intersektionell ojämlikhet. De beförde att frågor om VINR av en heteronormativ eller etnisk svensk distriktssköterska till en patient som inte var det skulle upplevas stigmatiserande. Där fanns en föreställning om att det kunde påverka relationen i en än mer negativ riktning eftersom det förväntades att patienten skulle uppleva sig vara utsatt för kränkning eller diskriminering.

”Varför ska någon fråga mig om just det? Speciellt när jag är ifrån ett annat land... För känner jag att oj, är det bara för att jag är ifrån ett annat land?” - Deltagare 2

De negativa aspekterna påtalades av dem som saknade erfarenhet av rutinfrågor som ett arbetssätt och aspekterna var i förhållande till patienten. Upplevelserna av att fråga på indikation fanns kvar och intensifierades inför frågan som en rutinfråga och det fanns en tveksamhet kring om arbetssättet kunde medföra att fler våldsutsatta verkligen upptäcktes. Det sådde ibland även tvivel om ämnet som helhet egentligen var distriktssköterskors eller hälso- och sjukvårdens ansvar att engagera sig i.

De kunde också se positiva aspekter av att fråga om VINR på rutin. Vården upplevdes bli mer jämlik när alla patienter tillfrågades och det gav en trygghet att veta att alla kollegor gjorde på samma sätt. Det fanns en lättnad över att ansvaret inte längre behövde ligga på individen att bedöma huruvida frågan var befogad eller inte när det gick att stödja sig

emot att det var en rutinfråga till alla och som inte var riktad mot en enskild eller utpekad patient. Ett sådant införande kunde också innebära en förväntan om stöd både i form av praktiska råd kring frågeformuleringar och i fråga om ansvarsfördelning. Det kunde kännas lättare att fråga när orsaken till och ansvaret för frågeställningen gick att hänvisa till någon annan.

”Det hade gått mycket enklare. För då har jag ett liksom vad ska man säga att... Då har vi blivit ålagda det, då har man liksom att då... Informerar man ju patienter att vi, jag har blivit ålagd att, vi går ut med allt det här nu.” - Deltagare 6

Steg mot utveckling

Det blev lättare att fråga om VINR med tiden. Vanan och erfarenheten bidrog till att avdramatisera ämnet. Intervjun blev ett tillfälle för reflektion. Distriktssköterskorna beskrev hur det gav dem nya perspektiv och hur de skulle använda dessa.

Värdet av yrkesmässig erfarenhet

Frågor om VINR kunde vara svåra att ställa till en början. Rädslor och obehag upplevdes då vara som allra värst. Ibland var de så pass starka att distriktssköterskor avstod från att fråga. Men frågan blev mindre laddad med tiden, det blev lättare att fråga ju oftare de frågade.

”Det första gjorde jag inte det. För jag tyckte att det var för jobbigt. Jag tyckte det var f... Jag tyckte det var HEMSKT. Och jag bara ladda hur ska jag liksom kunna fråga om alltså det här intima liksom. Men nu är, nu är det en fråga av alla.” - Deltagare 5

Utvecklingen jämfördes med känslorna inför andra frågor som ansågs vara svåra att närma sig, att fråga om VINR beskrevs till viss del följa ett liknande mönster. Distriktssköterskor jämförde frågor om VINR med frågor om självskada och suicid, som till skillnad från VINR dock var närvarande i verksamheten. Dessa frågor mer tydliga plats bidrog till fler övningstillfällen vilket hade neutraliserat och givit dem en betydligt mindre känslomässig laddning.

”Det är ändå en känslig fråga också som man behöver ställa... Och den stöter jag ju på mer och där märker jag att det är lättare ju fler gånger man ställer den. Att så här man ställer inte det slentrianmässigt men det blir lite mer så här... Jag vet liksom hur jag ska bemöta den typ.” - Deltagare 8

Distriktssköterskor återkom till upplevelsen att de borde våga fråga oftare om utsatthet för VINR och det fanns en tro på att frågorna rent känslomässigt skulle kunna utvecklas åt samma håll om de bara började våga ställa dem. Den känslomässiga laddningen kom inte tillbaka om de hade frågat så pass många gånger att de en gång vant sig. Vanan påverkades inte heller av flyttar mellan olika verksamheter med varierande stöd. Tankarna om att det skulle gå lättare med tiden, liksom upplevelser av att det faktiskt gjorde det, utgick utifrån deltagarna själva och var förknippade med erfarenhet och

personlig utveckling men också med ett förväntat personligt ansvar för att driva den utvecklingen.

Den kunskap som distriktssköterskor erhöll vid olika utbildningstillfällen gav dem en ökad känsla av beredskap inför att fråga om VINR. Kunskaperna gjorde dem mer modiga att våga fråga, att våga fråga oftare och även i situationer där våldet inte var synligt eller uppenbart. De upplevde också att kunskaperna hjälpte dem att tolka och reflektera över diffusa symtom på ett annat sätt. De påpekade dock att den kunskap de hade fått genom utbildningstillfällena utgjorde all den kunskap de besatt kring att fråga om VINR, och att den inte upplevde vara tillräcklig för det ansvar som de blev satta med.

Reflektionens påverkan på upplevelserna

Intervjun beskrevs ge ny förståelse för de egna upplevelserna av att fråga om VINR. Den bidrog till nya insikter om både kunskaper och brister och gav utrymme för reflektion över upplevelserna. Intervjun väckte frågan till liv för dem själva och intervjufrågorna satte igång reflektionsprocesser över möjliga ingångar till att fråga om utsatthet för VINR eller sätt att formulera sig på i framtiden. Distriktssköterskor beskrev hur de under intervjun kom till nya insikter om tillfällena som de enligt egen uppfattning borde ha reagerat och hur de såg behov av att ta itu med dessa framöver.

”Det tänkte jag inte på då men nu när vi sitter här där kunde jag ju spunnet vidare på det och fångat upp bollen och frågat. Men jag träffar ju henne igen.” - Deltagare 3

Distriktssköterskor kunde uppleva sig ha svikit patienter när de insåg sina egna kunskapsbrister som de tidigare inte reflekterat över. Det gav dem samtidigt en beslutsamhet att ta reda på hur de skulle kunna hjälpa patienter vidare. I slutet av intervjuerna återkom de ofta till insikten att de borde ställa frågor om VINR oftare än vad de faktiskt gjorde och att de framöver skulle våga fråga mer. Intervjun startade reflektioner kring frågan i stort, om varför frågor om VINR upplevdes vara så laddade och varför ämnet i stort sett var obefintligt i verksamheterna medan andra personliga frågor kunde behandlas och ställas obehindrat. Reflektionen beskrevs minska laddningen, stärka modet att fråga och väcka en beslutsamhet att lyfta ämnet inom verksamheten.

”Att man lyfter frågan i verksamheten, ska inte det här tas upp mer, ska vi inte skapa rutiner kring det här och riktlinjer. Så att det är jätte bra det här för mig också att för oss... Att det kan väcka en fråga. Det är viktiga jätte viktiga frågor.” - Deltagare 1

DISKUSSION

Metoddiskussion

Kvaliteten på kvalitativa studier beror på graden av trovärdighet (*credibility*), pålitlighet (*dependability*), bekräftelsebarhet (*confirmability*) och överförbarhet (*transferability*) (Flanagan & Beck 2025, s. 553; Mårtensson & Fridlund 2023, s. 484-485). Människors

upplevelser är mångfacetterade och kan inte fångas i sin helhet och komplexitet med kvantitativa data eller effektmått. En djupare förståelse på ett sätt av betydelse för mänsklighet som vårdandets kärna kräver dynamiska forskningsmetoder med individen som utgångspunkt (Galvin & Todres 2013, s. 30-32). Kvalitativa metoder präglas av holism och kännetecknas av en flexibilitet och följsamhet som möjliggör anpassning till forskningsprocessens komplexitet (Flanagan & Beck, s. 462). En induktiv ansats ger författarna möjlighet att studera och beskriva fenomenet och människors upplevelser av det (Flanagan & Beck 2025, s. 49, 76; Henricson & Billhult 2023, s. 115; Priebe & Landström 2023, s. 32). Kvalitativ metod med en induktiv ansats ansågs därför vara en lämplig design för studien.

För att nå en högre grad av trovärdighet är det önskvärt att involvera personer med erfarenhet av fenomenet i studiens planering (Flanagan & Beck 2025, s. 156). Önskemålet var dock svårt att uppfylla eftersom den gruppen skulle kunna antas utgöras av patienter som blivit utsatta för VINR. Författarna var medvetna om det strategiska urvalets svagheter eftersom det kunde antas begränsa representationen till deltagare med särskilt intresse för frågan. Samtidigt underlättar urvalskriterier insamling av innehållsrika data (Flanagan & Beck 2025, s. 489). Syftet krävde dessutom att deltagarna hade erfarenhet av det fenomen som studerades. Under intervjuerna visade det sig att en deltagare saknade erfarenhet av att fråga om VINR men inkluderades ändå eftersom deltagarens erfarenheter ansågs vara jämförbara med vad som angavs i inklusionskriterierna och dem som hade erfarenhet.

Metoder för rekrytering av deltagare har betydelse för studiens trovärdighet genom dess inverkan på sanningshalten i resultatet (Flanagan & Beck 2025, s. 553). På grund av kravet på verksamhetschefers godkännande av anställdas deltagande i studien gick rekryteringen genom dem. Detta kan ses som en svaghet för studiens trovärdighet och överförbarhet eftersom urvalet därmed kan ha styrts av verksamhetscheferna. Deltagartriangulering hänvisas till som en metod för att samla data ur många perspektiv för att nå en mer täckande bild av fenomenet (Flanagan & Beck 2025, s. 556). Det var en stor spridning på deltagarnas ålder, erfarenhet, typ av verksamhet samt geografiska område och upplevelsorna var likartade deltagarna emellan, vilket kan anses stärka studiens överförbarhet. Huruvida ett resultat är överförbart eller inte är dock i slutändan upp till läsaren att avgöra (Flanagan & Beck 2025, s. 554). Kvalitativa studier som undersöker fenomen genom intervjuer kräver i regel ett mindre antal deltagare men är istället beroende av intervjuarnas kunskaper i intervjumetodik. Erfarenhet och kunskaper hos intervjuarna påverkar mängden data som kommer ur varje intervju (Flanagan & Beck 2025, s. 492-494). Författarna saknade tidigare erfarenhet av att genomföra intervjustudier varför ett större antal deltagare hade krävts för att nå en högre nivå av trovärdighet. Längden på intervjuerna kan också antas ha givit variationer i intervjuernas innehållsrikedom.

Forskare bör sträva efter transparens i sitt arbete samtidigt som kvalitativ forskning kräver följsamhet till deltagarna. Det är deltagarna som driver forskningen framåt medan forskaren uppmuntrar dem att berätta fritt och öppet (Flanagan & Beck 2025, s. 503, 562-563). Semistrukturerade intervjuer ansågs bidra till studiens bekräftelsebarhet genom ökad transparens gentemot läsaren i och med att intervjuguiden publicerades. Metoden med öppna frågor utifrån intervjuguiden bidrog till flexibilitet och gav förutsättningar för

en djupare och mer nyanserad bild av fenomenet. En intervjuguide gör det möjligt att behålla strukturen över tid (Hällgren Graneheim, Lindgren & Lundman 2023, s. 309). Intervjuguiden avsåg att minska respektive författares subjektiva påverkan på de enskilda intervjuerna och skapa mer likvärdiga och konsistenta förutsättningar för berättelserna samtidigt som den gav stöd till att bibehålla fokus på syftet. Detta kan anses stärka studiens pålitlighet. Intervjuerna genomfördes av författarna var för sig vilket kan ha skapat variationer som påverkade studiens pålitlighet eftersom användningen av följdfrågor skiljde sig åt mellan intervjuerna. Detta skulle dock vara svårt att styra eftersom varje intervju utgör en unik berättelse med olika förutsättningar, oavsett intervjuare. Vid genomläsningarna noterades att en fråga i intervjuguiden hade tolkats väsentligen olika av deltagarna. Det var tydligt hur de värderade och läste in olika innebörd i frågan om att ställa frågor om VINR till alla. Dessa skillnader kan antas ha fått betydelse för hur deltagare beskrivit sina upplevelser av fenomenet. Skillnaderna fanns i båda författarnas insamlade data och verkar således inte ha varit beroende av vem som genomförde intervjun.

Intervjuerna analyserades enligt Elo och Kyngäs (2008), en vedertagen analysmetod, och tillvägagångssättet beskrivs i arbetet med syfte att, i enlighet med Mårtensson och Fridlund (2023, s. 485), stärka bekräftelsebarheten i studien. Att materialet först bearbetades individuellt och sedan gemensamt skulle kunna betraktas som en svaghet på grund av riskerna för den egna förförståelsens påverkan. Samtidigt antogs strategin för att motverka just detta eftersom författarna på så vis kunde använda varandra för triangulering och som en form av ”kritiska vänner”. Triangulering mellan forskare genom att jämföra individuellt utförda kodningsscheman kan användas som ett sätt att motverka biaser och förförståelsens påverkan på analyser (Flanagan & Beck 2025, s. 558-559). Författarna jämförde koder och meningsbärande enheter för att på så sätt kontrollera pålitligheten i resultatet och kunde konstatera att de individuella analyserna stämde väl överens med varandras vilket kan anses stärka bekräftelsebarheten i resultatet. Handedare har under processen använts för guidning och som extern granskare av kategorier och subkategorier, något som Mårtensson och Fridlund (2023, s. 484-485) menar kan bidra till att stärka studiens kvalitet.

Författarna jämförde kontinuerligt mellan delar i det insamlade materialet och intervjuerna som helhet för att, i enlighet med Elo & Kyngäs (2008) säkerställa att information inte gick förlorad eller omtolkades under analysens gång. Trots det kan författarna ha tappat eller uteslutit relevanta data medan irrelevanta data kan ha inkluderats.

Resultatdiskussion

Syftet med studien var att belysa distriktssköterskors upplevelser av att fråga vuxna patienter om utsatthet för VINR. Resultatet visar att frågor om VINR väcker starka känslor hos distriktssköterskorna och att flera av dem upplevde frågan som laddad. Centrala fynd som här kommer att presenteras och diskuteras är betydelsen av distriktssköterskornas egna värderingar, betydelsen av relationen och värdet av stöd från arbetsgivare vilka diskuteras med utgångspunkt i Galvin och Todres (2013) teori om vårdande.

Distriktssköterskorna använde både benämningarna sjuksköterska och distriktssköterska för att titulera sig själva och sina kollegor vilket speglas i både resultat och diskussion. Forskningen på området är begränsad nationellt, i synnerhet när det kommer till primärvårdsperspektiv, varför flera av källorna kommer från andra länder där hälso- och sjukvårdssystemen är uppbyggda på andra sätt. Titlar, kompetens, ansvar och befogenheter skiljer sig också åt mellan länder (Dury et al. 2014), vilket kan påverka diskussionen som i den här uppsatsen utgår från ett distriktssköterskeperspektiv.

Betydelsen av distriktssköterskans egna värderingar

Upplevelser av att ha ett moraliskt och professionellt ansvar att fråga om VINR grundar sig i både personliga och professionella etiska principer hos distriktssköterskorna och det kan ibland vara svårt att skilja det personliga från det professionella. Upplevelserna formas av den personliga värdegrunden men blandas samtidigt med värden som kännetecknar professionen, där beslut om att ställa frågor om VINR styrs av det egna samvetet medan frågan rättfärdigas av ett etiskt krav att i egenskap av sjuksköterska bry sig om patienten. Att fråga om utsatthet för VINR blir en förutsättning för att kunna bära och företräda professionen med stolthet. Det påverkar också distriktssköterskornas syn på och känslor inför kollegor. Distriktssköterskor, liksom sjuksköterskor, förbinder sig att följa ett antal etiska principer som följer av att företräda professionen. ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (SSF 2021) betonar sjuksköterskans professionella ansvar att identifiera och motverka VINR bland annat genom ett uttryckt ansvar att skydda människors hälsa när den hotas av andra människor. Sjuksköterskans yrkesidentitet är en stark gruppidentitet och enskilda sjuksköterskor tenderar att identifiera sig med egenskaper hos gruppen. Sjuksköterska är inte någonting man arbetar som utan någonting man *är*, det internaliseras i personligheten och blir en del av den egna självbilden (van der Cingel & Brouwer 2021). Detta kan förklara distriktssköterskornas upplevelse av hur personliga värderingar och professionella etiska krav samverkar på ett sätt som gör dem svåra att särskilja. Professionella värderingar utvecklas samtidigt ur den personliga värdegrunden (Sastrawan, Weller-Newton, Brand & Malik 2021), vilket sannolikt bidrar till att sudda ut gränserna ytterligare.

När frågor om VINR överläts till att styras av den egna värdegrunden blir personliga erfarenheter och förförståelse det som styr vilken vård som erbjuds. Bristande kunskap riskerar att leda till en situation där frågorna om utsatthet för VINR baseras på stigman eller stereotypa föreställningar hos enskilda individer. Distriktssköterskornas egna kunskaper, upplevelser och förförståelse kan därmed skapa en bias som påverkar både bedömning och bemötande. Liknande effekter har observerats i andra delar av hälso- och sjukvården (Robinson 2010) men kan antas vara giltiga även inom primärvården. Effekterna kan också förstärkas om bedömningar och beslut påverkas av flera intersektionella faktorer samtidigt. Sådana tendenser har visat sig i tidigare studier när det kommer till bland annat socioekonomiska faktorer och skapar en paradox där sjuksköterskor frågar kvinnor med lägre inkomst i mindre utsträckning samtidigt som dessa i högre grad visar sig vara benägna att medge utsatthet för VINR när de tillfrågas (Hooker & Taft 2021). Distriktssköterskorna i studien beskrev hur intersektionella aspekter, såsom kön, ålder, etnicitet och sexuell läggning ökade komplexiteten i

upplevelserna av att ställa frågor om VINR. Konsekvensen blir att patienter som utsätts riskerar att gå obemärkt förbi vilket medför onödiga risker.

Magkänsla kan förstås som ett element som både påverkar och påverkas av distriktssköterskornas känslor och livsvärld, bidrar till bilden av frågor om utsatthet för VINR som en svår avvägning och som är beroende av känslan som uppstår i mötet med patienten. Sådana komplexa och personliga faktorer finns återgivet i ett stort antal studier som sträcker sig över både lång tid och över flera yrkesgrupper (Creedy, Baird, Gillespie & Branjerdporn 2021; d'Oliveira et al. 2020; Gómez-Fernández, Goberna-Tricas & Payà-Sánchez 2017; Hudspeth et al. 2022; Loring & Smith 1994; Robinson 2010; Sharma et al. 2018; Sundborg et al. 2012; Vieira et al. 2013; Briones-Vozmediano et al. 2021 Öhman, Vives-Cases & Edin 2024).

Sambanden mellan klinisk erfarenhet och attityder till VINR föreföll vara komplexa. De samband som har påvisats i tidigare studier (Alhalal 2020; Sharma, Vatsa, Kalaivani & Bhardwaj 2018) går åt motsatta håll varför sjuksköterskornas mognad och antal år i yrket inte helt kan förklara relationen till förståelsen för och förmågan att bemöta överlevande efter VINR. Alhalal (2020) visade hur mognad och yrkeserfarenhet korrelerade med en större förståelse för, och en mer positiv attityd till, att möta patienter som varit utsatta för VINR medan studien av Sharma et al. (2018) visar det motsatta, det vill säga att yngre sjuksköterskor med kortare yrkeserfarenhet och högre utbildningsnivå hade en mer positiv attityd. De hade större kunskaper om VINR och lättare att hantera frågorna i mötet med våldsutsatta patienter. Upplevelserna visar sig således inte vara knutna till yrkeserfarenhet eller mognad utan förefaller styras av andra värden vilket också bekräftas i denna studie.

Tvivel kring huruvida VINR är ett ämne för hälso- och sjukvården att engagera sig i stämmer överens med tidigare studier, vilka även visar att inställningen är utbredd över flera yrkeskategorier inom hälso- och sjukvården (d'Oliveira et al. 2020; Sharma et al. 2018; Vieira et al. 2013). Hälso- och sjukvårdspersonal har visat sig undvika att betrakta VINR som ett hälsoproblem i sig och tenderar att medikalisera eller reducera lidandet till patologi (d'Oliveira et al. 2020). Utsatthet för VINR är en riskfaktor för både kroniska sjukdomar och psykisk ohälsa (Stubbs & Szoeko 2022) vilket gör det högst angeläget att rikta in sig på att förändra, men för att nå verklig förändring och förbättrad hälsa behöver vi lyfta blicken och se symtomen i dess kontext (d'Oliveira et al. 2020). Vård som faktiskt är vårdande kräver mer komplexa avvägningar och förutsätter mod samt förmåga att våga och vilja se lidande i en större kontext, tillsammans med en drivkraft mot vårdande med öppet hjärta (Galvin & Todres 2013, s. 156-157, 168-169). Det är därför inte acceptabelt att låta frågorna fortsätta styras endast av distriktssköterskornas personliga upplevelser eller värderingar i den utsträckning som framkommer både här och i andra studier (Baraldi, de Almeida, Perdoná, Vieira & dos Santos 2013). Stöd i form av utbildning tillsammans med forum för reflektion som präglas av samverkan och kontinuitet kan öka tryggheten i yrkesrollen, motverka känslan av ensamhet och bidra till mer jämlik vård som är mindre beroende av personliga faktorer (Notko, Husso, Piipo, Fagerlund & Houtsonen 2022). Ökad kunskap och medvetenhet ger bättre förutsättningar för att fullgöra sitt ansvar att främja hälsa och stärka tilliten vilket i förlängningen bidrar till en mer hållbar samhällsutveckling.

Betydelsen av relationen

Relationen visade sig spela en central roll för upplevelserna av att ställa frågor om VINR. En befintlig och tillitsfull relation underlättade för att fråga och upplevdes signalera välmening snarare än kritik. En tillitsfull relation där patienten upplever sig bli bemött med empati, fritt från dömande har många gånger visat sig vara skillnaden mellan att berätta och att inte berätta vid frågor om utsatthet för VINR. Frågan i sig har av patienter dessutom, under rätt förutsättningar, visat sig kunna upplevas som hälsofrämjande i sig (Dichter et al. 2020; Hargrave et al. 2024). Distriktssköterskor upplevde att det var svårt att formulera frågorna på ett sätt som kändes lämpligt och att de genom ordval riskerade att behandla patienten som ett barn. Rädslan för att formulera sig på ett sätt eller ställa frågor som skadar tilliten eller relationen finns väl dokumenterad i litteraturen (Li et al. 2023; Saletti-Cuesta, Aizenberg & Ricci-Cabello 2018). Hälso- och sjukvårdspersonal tenderar att också infantiliserar patienter som varit utsatta för VINR (Baraldi et al. 2013). Resultaten är alltså bestående över tid vilket visar på behovet av att ompröva befintliga metoder för att uppnå en verklig förändring. Tidigare studier framhåller relationens betydelse för sannolikheten att få ett ärligt svar (Ostrach 2021), men beskriver även att det inte är frågan i sig utan snarare hur och i vilken kontext som frågorna ställs som påverkar patientens upplevelse (Korab-Chandler et al. 2022; Tarzia et al. 2020) samt att majoriteten av patienterna har positiva upplevelser av att tillfrågas vare sig de varit utsatta eller inte (Almqvist et al. 2018; NCK 2010, s. 23-24).

Distriktssköterskorna uttryckte oro över hur patienten skulle reagera och hade svårt att se screeningfrågor som ett lämpligt verktyg. Flera av distriktssköterskorna menade att metoder av sådan karaktär kunde skada den vårdande och tillitsfulla relationen även på lång sikt. Det fanns en rädsla för att uppfattas som anklagande eller för att patienten skulle känna sig kränkt. Motståndet mot rutinfrågor var särskilt uttalat hos distriktssköterskor som hade en vana av att fråga om VINR men som saknade erfarenhet av stöd eller styrning från chefer eller verksamheten. Tidigare forskning har visat att en förtroendefull relation, ur ett patientperspektiv, är en förutsättning för att upptäcka utsatthet, för att frågan ska uppfattas som lämplig och för att patienten ska våga öppna sig i samtalet (Saletti-Cuesta, Aizenberg & Ricci-Cabello 2018; Tarzia et al. 2020), något som distriktssköterskor i denna studie förefaller vara införstådda med. Frågor om VINR i screeningprogram har sedan tidigare visat sig ge upphov till känslor av obehag även om hälso- och sjukvårdspersonal enligt dessa studier ändå förefaller adaptera till arbetssättet (Hall & Örmon 2025). Rutinmässiga frågor om utsatthet för VINR har även visat sig vara möjliga att använda utan att kränka eller skada relation eller förtroende men förutsätter att frågorna ställs på ett respektfullt sätt och utan att få frågorna att låta rutinmässiga eller opersonliga (Tuepker et al. 2023). Sammantaget visar resultatet och tidigare forskning att det finns en rädsla för att ställa frågor om VINR till personer som inte varit utsatta, samtidigt som det finns metoder som trots detta ökar benägenheten att ställa frågorna samt minskar risken att skada en relation. Den oro för risken att kränka patienten, som distriktssköterskorna beskriver i denna studie, bottnar i en avsikt att visa omtanke men kan samtidigt förstås som en effekt av okunskap.

Distriktssköterskorna lyfte hur de genom den ökade digitaliseringen möttes av nya utmaningar med att hantera relationsskapandet. Den mellanmänniska relationen

tillsammans med möjligheten att läsa av och förmedla via kroppsspråket upplevdes vara grundläggande för att kunna fråga om VINR. Den ökade digitaliseringen har introducerat nya utmaningar för relationsskapandet. Digitala vårdmöten har ökat drastiskt sedan pandemin av Covid-19 och är ett område som anses ha stor potential att lösa flera av hälso- och sjukvårdens utmaningar framöver (Inera 2022; Inera 2025; S2016/01874/FS). Det kan antas innebära att distriktssköterskor kommer att stå inför dessa former av utmaningar i än högre grad framöver. Evidensen för att fråga om VINR på distans är tunn och hur hälso- och sjukvårdspersonal upplever dessa vårdformer är fortfarande relativt okänt. Studier beskriver stödjande instrument och flöden vid frågeställningar om VINR, men poängterar också de risker och utmaningar som personal kan ställas inför i de digitala mötena (Jack et al. 2021; Simon 2021). Att sätta en alltför stor tilltro till distanskontakter, flödesdiagram och bedömningsinstrument riskerar att bidra till att bortse från VINR som ett hot mot hälsan och en form av mänskligt lidande. Betydelsen av de mjuka värdena och att se människan i sitt sammanhang (Galvin & Todres 2013, s. 24-26, 156-157) behöver ges ett utrymme i både forskningen och debatten framöver för att inte riskera att förlora synen på den sårbara människan som en helhet.

Att relationen underlättar frågan kan bero på att distriktssköterskorna känner omsorg och vill hjälpa snarare än att det är något som tas ur ett formellt protokoll. När det finns tid att lyssna, stötta och ge omsorg skapas meningsfullhet där distriktssköterskan kan uppleva att arbetet gör skillnad och bidrar till patientens hälsa och självständighet (Galvin & Todres 2013, s. 15-16). Ur ett livsvärldsperspektiv kan distriktssköterskans upplevelser förstås genom dimensionen Togetherness (Galvin & Todres 2013, s. 14). En känsla av glädje, stolthet och trygghet i yrkesrollen skapar möjligheter att etablera meningsfulla och förtroendefulla relationer även vid tunga möten. Den förtroendefulla relationen blir då en källa till professionell tillfredsställelse och gör det möjligt för distriktssköterskan att agera i linje med egna värderingar och etiska ansvar vilket främjar hållbar och meningsfull yrkesutövning.

Betydelsen av stöd och styrning för utveckling

Resultatet visar tydligt hur arbetet med att fråga om VINR i primärvården ofta präglas av känslor av ensamhet. Ansvaret för att besluta om att ställa frågan, bemöta svaret och hantera konsekvenserna upplevs ofta vara på individen. Distriktssköterskor brottas med ett stort ansvar att fråga patienter för att upptäcka utsatthet för VINR men att deras kunskaper och det organisatoriska stödet inte svarar upp mot det ansvar som de är ställda att förvalta. Frågor om VINR förefaller inte finnas på agendan i verksamheterna vilket medför att distriktssköterskorna känner sig lämnade att bedöma om och hur de ska ställa frågan. Frånvaron av kunskap, stöd och rutiner förstärker upplevelsen av att stå ensam med ansvar och beslut. Detta indikerar att avsaknaden av organisatoriskt stöd utgör ett centralt hinder för att ställa frågor om VINR på ett tryggt och professionellt sätt vilket överensstämmer med tidigare studier (Hudspeth et al. 2022). Det förstärks också av att distriktssköterskor i denna studie med erfarenhet av arbete både i verksamheter med och utan organisatoriskt stöd beskriver tydliga skillnader i sina upplevelser av att fråga om VINR. Brist på utbildning, tid och stöd är inte begränsad till specifika geografiska områden eller verksamheter, inte heller är de exklusivt för yrkeskategorin utan är ett

problem inom hälso- och sjukvården generellt (Anderzén Carlsson, Bäckman & Almqvist 2021; Creedy et al. 2021; Crossley et al. 2025; Li et al. 2023).

Distriktssköterskornas upplevelser av att frågor om VINR i praktiken var upp till dem själva att besluta om står i konflikt med både gällande riktlinjer (HSLF-FS 2022:39) och den samlade forskningen om vad som faktiskt har effekt. Samtidigt är regelverken snåriga vilket sannolikt bidrar till osäkerhet inför hur långt det egna ansvaret sträcker sig. Tidigare forskning visar att varje yrkesgrupp tenderar att tolka fenomenet utifrån den egna professionens perspektiv varför mer långtgående institutionella och strukturella förändringar där hälso- och sjukvårdsorganisationer samverkar på högre nivåer är utmanande men betydelsefulla för att nå en hållbar förändring (Notko et al. 2022). Distriktssköterskorna upplevde sig sakna en beredskap i verksamheten för att möta effekterna av att ha frågat om VINR. Frånvaron av utbildning och avsaknaden av kunskap skapade en osäkerhet och stöd efterfrågades för att öka känslan av trygghet och beredskap. Känslan av att stå ensam i att fatta beslut att fråga om VINR och att hantera svaren var påtaglig och gav en olustig känsla som bidrog till en tvekan inför att fråga. Litteraturen visar en samstämmighet i att hälso- och sjukvårdspersonals förmåga och benägenhet att fråga om VINR är beroende av kunskap, utbildning, stöd och rutiner (Beck et al. 2025; Feder et al. 2011). Tillgång till bedömningsverktyg i kombination med utbildning har också visat sig vara kopplat till en ökad upplevd beredskap (Lee et al. 2019). Resultatet indikerar att utbildning kan få distriktssjuksköterskor att känna sig mer förberedda att praktiskt hantera effekterna av att ställa frågor om VINR, vilket ligger i linje med tidigare studier (Creedy et al. 2021; Nyame, Howard, Feder & Trevillion 2013).

Samtidigt visar tidigare studier att hälso- och sjukvårdspersonal upplever en minskad belastning och mindre oro inför att ställa frågor om VINR i verksamheter som har implementerat en beredskap i arbetssätten (Colombini, Dockerty & Mayhew 2017). Förändringar på systemnivå där modeller för samordning och samverkan med andra samhällstjänster som exempel olika hjälporganisationer, utgör en del visar sig också kunna ha positiva effekter på upplevelser av beredskap inför att fråga om VINR och möjligheten att tillhandahålla ett adekvat stöd (Crossley et al. 2025; Dichter et al. 2021). De nu gällande rekommendationerna i Sverige sträcker sig till att avse identifiera fler offer för VINR (Socialstyrelsen 2025) men resultatet i den här studien visar att verksamheterna behöver fokusera på mål som ligger bortom att fråga om VINR för att nå en verklig förändring som är hållbar även över tid.

Beskrivningarna av hur frågornas laddning minskade med tiden och hur det blev lättare att ställa frågor om VINR ju oftare de gjorde det återfinns i studier på distriktssköterskor i andra sammanhang (Anderzén Carlsson, Bäckman & Almqvist 2021). Samband mellan känslan av att ha en beredskap och erfarenhet av att ha identifierat utsatthet finns också belagd sedan tidigare (Gutmanis, Beynon, Tutty, Wathen & MacMillan 2007; Sundborg et al. 2012). Hälso- och sjukvårdspersonal med erfarenhet av att fråga om VINR tenderar att känna sig bättre förberedda för att hantera eventuella konsekvenser av att ha frågat (Creedy et al. 2021; Gutmanis et al. 2007). Övning i att ställa frågor om VINR har visat sig ha en positiv inverkan på beredskapen i andra typer av hälso- och sjukvårdsverksamheter (Edberg Matei, Johansson & Sjövall 2025) och skulle kunna antas vara relevant även för distriktssköterskor inom primärvården. De distriktssköterskor som hade någon form av utbildning om VINR beskrev hur den var till stor hjälp men att den

samtidigt upplevdes otillräcklig. Tidigare studier har visat att utbildningsinsatser har en positiv inverkan på upplevelserna att känna sig rustad för uppgiften men att effekten inte är bestående över tid (Arora et al. 2021; Crombie, Hooker & Reisenhofer 2016), vilket indikerar att frågor om VINR måste vara levande inslag i verksamheten. För att bygga en hälso- och sjukvård där distriktssköterskorna klarar av sitt uppdrag att fråga om utsatthet för VINR krävs alltså utbildningsinsatser under både utbildning och kontinuerligt i kliniskt arbete. Resultatet, tillsammans med tidigare studier, stärker teorin om att implementering av arbetssätt i verksamheten, kombinerat med utbildning och stöd, kan främja distriktssköterskors förmågor och därigenom gynna det hälsofrämjande arbetet med VINR (Maquibar et al. 2022).

Internationella liksom nationella rapporter samt styrdokument baseras på forskning och förefaller omfattande. Trots detta upplever sig distriktssköterskorna ensamma, övergivna och okunniga vilket tyder på att någonting förhindrar kunskap och stöd från att nå ända fram. Effekterna framgår av både IVO (2024) och Socialstyrelsen (2024). Distriktssköterskor möter sannolikt patienter som utsätts för VINR (Aregger Lundh, Tannlund & Kristensson Ekwall 2025), de har därmed en unik position när det kommer till möjligheter att både identifiera och att ge stöd till dessa patienter. Men för att tillvarata denna resurs behöver distriktssköterskorna också vara rustade för att ta sig an uppgiften. Om kunskap och stöd inte når dem som behöver den, är den då ändamålsenlig? Utifrån nordiska paradoxens (Garcia & Merlo 2016) förefallna komplexitet (Wemrell et al. 2022) skulle det kunna bli svårt att lösa utmaningarna med statiska checklistor eller mätinstrument. Kvalitativa data skulle där kunna utgöra en viktig källa till kunskap (Galvin & Todres 2013, s. 150), genom att bidra till dels en ökad förståelse för paradoxen, dels till att utforma stöd eller styrning för distriktssköterskor att möta patienter som människor och i de livsvärldar som de existerar i.

Kunskap och utbildning men även reflektion visade sig ha en positiv inverkan på upplevelserna. Vi vet sedan tidigare att reflektion bidrar till utveckling, djupare förståelse och större förmåga att ge en vårdande vård (Ekebergh 2022, s. 274-280). Intervjuerna i sig föreföll bidra till nya insikter om frågans icke existens i den egna verksamheten, om tillfällena då de borde ha reagerat samt till att väcka en vilja eller avsikt att engagera sig i ämnet efteråt. De föreföll även ha en avdramatiserande effekt, minska laddningen inför att fråga om VINR. Ur ett livsvärldsperspektiv kan förändringen tolkas i termer av att distriktssköterskornas reflektioner bidrar till att utveckla en känsla av mening i att fråga om VINR och ökar viljan och modet att hjälpa. Att förstå sina egna känslor tillsammans med kunskap ur ett livsvärldsperspektiv ger en bättre och mer meningsfull vård dels genom beredskap för att ta emot och erkänna patientens värld och att kritiskt reflektera över perspektiv och förutsättningar för vård, dels genom att vårdandet i sig får en större mening för den som utför den (Ekebergh 2022, s. 274-280; Hörberg, Galvin, Ekebergh & Ozolins 2019). Känslan av mening underlättar att möta patienten med empati och professionalism (Galvin & Todres 2013, s. 65-74, 114-115). Det skulle kunna tyda på att det inte nödvändigtvis är ämnet i sig som utgör den största utmaningen utan att det främst handlar om andra faktorer som påverkar, vilket i sin tur skulle kunna innebära att det finns förutsättningar för att även med relativt små medel göra förändringar som ändå har effekt. Tydliga riktlinjer tillsammans med utbildning ger distriktssköterskor kunskap om tillvägagångssätt som ökar tryggheten i mötet med patienten och förbättrar vården för personer utsatta för VINR. Forskningen är samstämmig när det kommer till att beskriva

betydelsen av stöd och styrning för ett sammanhållet och säkert omhändertagande av hög kvalitet för personer som utsätts för VINR (Notko et al. 2022). Forskningen är också förhållandevis enig om att grunden för utformningen behöver baseras på kontinuitet, det vill säga koncept där ämnet är ständigt närvarande och ett återkommande inslag i kunskapsförmedlingen (Bradbury-Jones, Clark, Parry & Taylor 2017). Det saknas dock evidensbaserade metoder för att implementera detta på ett framgångsrikt sätt som också har en bestående effekt även över tid (Arora et al. 2021; Crombie, Hooker & Reisenhofer 2016). Befintlig forskning på området studerar i regel dessutom större och mer omfattande interventioner och det saknas studier på mer småskaliga förändringar. I en hälso- och sjukvård där utbildningsinsatser ofta blir en resursfråga hade det varit värdefullt att studera vad insatser som rymms inom ramen för befintlig verksamhet har för effekt på distriktssköterskornas upplevelser av att ställa frågor om VINR och hur det påverkar identifiering av våldsutsatta kvinnor och män.

SLUTSATS

Eftersom utsatthet för VINR är ett utbrett folkhälsoproblem och som har en omfattande påverkan på hälsa och livslängd, samtidigt som utsatta ofta har kontinuerliga kontakter med primärvården, så är det angeläget att lägga fokus på att förbättra omhändertagande av patientgruppen. För att nå långsiktiga förbättringar krävs kontinuerlig kunskapsförmedling parallellt med förändringar på systemnivå, såsom tydliga riktlinjer, organisatoriska rutiner och tillgång till stödstrukturer vilket studien styrker. Fortsatt forskning om stöd, samverkan och dess implementering krävs för att arbetet med att fråga om VINR ska nå en förändring som är hållbar över tid. Genom kunskap om upplevelserna av att fråga om VINR kan vi nå en djupare förståelse för uppgiftens innebörd. Sådan förståelse har också betydelse för att förstå och förutse effekter av de rutiner och beslut som införs och som påverkar distriktssköterskorna i sin yrkesutövning. Intervjun som tillfälle för reflektion och dess effekter i form av nya insikter gav en inblick i potentiella forskningsområden vilket skulle kunna bidra med kunskap om användningen som ett pedagogiskt och utvecklande verktyg. Att aktivt arbeta med att förbättra förutsättningarna för att ställa frågor om VINR främjar folkhälsan och för en mer jämlik vård. Resultaten kan utgöra underlag för vad distriktssköterskor behöver för att implementera frågan i arbetet och för att kunna leva upp till de lagstadgade kraven om arbetet mot VINR samt att aktivt arbeta med frågan. På så sätt kan vi skapa hälsovinster både ekonomiskt och socialt.

KLINISKA IMPLIKATIONER

Resultatet pekar ut ett antal områden som är relevanta för forskare, verksamheter och yrkesutövare i arbetet med att förbättra förutsättningarna för identifiering av patienter utsatta för VINR:

- Verksamheter behöver uppmärksamma och agera på behovet av organisatorisk styrning med tydliga rutiner och riktlinjer som främjar jämlik vård, trygghet för

yrkesutövare och som motverkar att arbetet med att identifiera patienter utsatta för VINR blir beroende av individuella värderingar. En tydlig styrning med struktur underlättar även identifiering av utsatta patienter och hantering av svaren.

- Verksamheter behöver se till att det finns faktiska möjligheter för distriktssköterskor att styra över sin tid, med möjlighet att ställa frågor om VINR och att hantera svaren. Där behöver också finnas tydliga och välkända rutiner och riktlinjer gällande tillgängliga insatser, stöd och säkerhetsplaner, samt lättillgänglig information om vart det går att vända sig för skydd och stöd.
- Utbildning behöver vara kontinuerlig och integrerad i verksamheten för att minska påverkan av stigma och bias. Det kan förbättra förutsättningarna för att ställa frågorna på ett tryggt och säkert sätt som främjar tillit i relationen.
- Reflekterande samtal som pedagogiskt verktyg i verksamheten kan stärka distriktssköterskor i sin trygghet och etiska medvetenhet i yrkesrollen. Reflektionen främjar meningsfullhet i yrkesutövningen och bidrar till en hållbar professionsutveckling vilket vidare forskning kan bidra till.
- Digitaliseringen ställer nya krav på klinisk praxis. Distriktssköterskor behöver stöd och kunskap om lämplig användning och arbetsätt behöver anpassas till digitala vårdmöten framförallt med avseende på hur det påverkar tillit, relation och säkerhet. Mer forskning behövs om hantering av frågor om VINR vid digitala vårdmöten.

REFERENSER

A/RES/48/104 (1993). *Declaration on the Elimination of Violence against Women*. United Nations General Assembly. <https://undocs.org/en/A/RES/48/104>

Alhalal, E. (2020). Nurses' knowledge, attitudes and preparedness to manage women with intimate partner violence. *International nursing review*, 67(2), s. 265-274. doi: 10.1111/inr.12584

ALLEA. (2023). *Den europeiska kodexen för forskningens integritet, reviderad utgåva* (svenska). Berlin. doi: 10.26356/ECOC-Swedish

Almqvist, K., Källström, A., Appell, P. & Anderzén Carlsson, A. (2018). Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child health care*, 22(2), s. 228-237. doi: 10.1177/1367493517753081

Anderzén Carlsson, A., Bäckman, B. & Almqvist K. (2021). The professional relationship forms the base: Swedish child health care nurses' experiences of encountering mothers exposed to intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), Artikel 1988043. doi: 10.1080/17482631.2021.1988043

Aregger Lundh, A., Tanlund, C. & Kristensson Ekwall, A. (2025). Experiences of unplanned healthcare encounters from victims of intimate partner violence in Sweden. *BMJ Public Health*, 3, Artikel e002041. doi: 10.1136/bmjph-2024-002041

Arora, S., Rege, S., Bhate-Deosthali, P., Thwin, S. S., Amin, A., García-Moreno, C. & Meyer, S. R. (2021). Knowledge, attitudes and practices of health care providers trained in responding to violence against women: a pre- and post-intervention study. *BMC Public Health*, 21, Artikel 1973. doi: 10.1186/s12889-021-12042-7

Baraldi, A. C. P., de Almeida, A. M., Perdoná, G., Vieira, E. M. & dos Santos, M. A. (2013). Perception and attitudes of physicians and nurses about violence against women. *Nursing research and practice*, 2013(1), Artikel 785025. doi: 10.1155/2013/785025

Bates, E. A. (2020). "Walking on egg shells": A qualitative examination of men's experiences of intimate partner violence. *Psychology of Men & Masculinities*, 21(1), s. 13-24. doi: 10.1037/men0000203

Beck, T., Förster, C., König, S. & Pavlic, M. (2025). Breaking the ice: How awareness training affects the treatment of domestic violence patients by health care professionals. *Health Care Management Review*, 50(2), s. 77-84. doi: 10.1097/HMR.0000000000000431

Björsson, M. & Lebedeva, A. (2023). *Jämställdhet och våldsutsatthet. Teoretiska perspektiv och begreppsanvändning*. Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], Uppsala universitet.

<https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/946/J%C3%A4mst%C3%A4lldhet%20o%20v%C3%A5ldsutsatthet.pdf>

Bodin, M. (2025). *Mäns upplevelser av utsatthet för våld i nära relation, hjälpsökande och stöd - en intervjustudie*. Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], Uppsala universitet. https://www.uu.se/download/18.42671f6199769aad57806e/1758809095847/NCK-rapport%202025_2_Mäns%20upplevelser%20av%20utsatthet%20för%20våld_FINAL.pdf

Bradbury-Jones, C., Clark, M. T., Parry, J. & Taylor, J. (2017). Development of a practice framework for improving nurses' responses to intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), s. 2495-2502. doi: 10.1111/jocn.13276

Briones-Vozmediano, E., Otero-Garcia, L., Gea-Sánchez, M., De Fuentes, S., García-Quinto, M., Vives-Cases, C. & Maquibar, A. (2021). A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of Advances Nursing*, 78(5), s. 1448-1460. doi: 10.1111/jan.15119

Brottsförebyggande rådet (Brå) (2024). *Brott i nära relation. Kartläggning av utsatthet under 2022 och under livstiden. Rapport 2024:4*. https://bra.se/download/18.63eed38e192716a4afc1536/1728997063093/2024_4-Brott-i-nara-relation.pdf

Brottsförebyggande rådet (Brå) (2025). *Risk för våld i partnerrelation. En statistisk analys av sociodemografiska faktorer*. https://bra.se/download/18.68b80e7f194b6c6bb2711e08/1738591623684/2025_1_Våld%20i%20partnerrelation.pdf

Bruno, L., Strid, S. & Ekbrand, H. (2024). Men's Economic Abuse Toward Women In Sweden: Findings From a National Survey. *Violence against women*, 31(9), s. 2194-2218. doi: 10.1177/10778012241257248

Carbin, M. (2021). Towards a politics of uncertainty: difficulties of naming the relationship between gender and violence. *Journal of Gender-Based Violence*, 5(1), s. 95-109. doi: 10.1332/239868020X16040659627358

Castro, A., Lila, M., Wemrell, M. & Gracia, E. (2024). Professional's views on the 'Nordic paradox' in a low intimate partner violence prevalence country. *The Spanish journal of psychology*, 27, Artikel e13. doi: 10.1017/SJP.2024.14

Colombini, M., Dockerty, C. & Mayhew, S. H. (2017). Barriers and facilitators to integrating health service responses to intimate partner violence in low-and middle-income countries: A comparative health systems and service analysis. *Studies in family planning*, 48(2), s. 179-200. doi: 10.1111/sifp.12021

Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2016). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans*. 4 uppl., Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS). doi: 10.56759/rgxl7405

Creedy, D. K., Baird, K., Gillespie, K. & Branjerdporn, G. (2021). Australian hospital staff perceptions of barriers and enablers of domestic and family violence screening and

response. *BMC Health Services Research*, 21, Artikel 1121. doi: 10.1186/s12913-021-07207-4

Crombie, N., Hooker, L. & Reisenhofer, S. (2016). Nurse and midwifery education and intimate partner violence: a scoping review. *Journal of clinical nursing*, 26(15-16), s. 2100-2125. doi: 10.1111/jocn.13376

Crossley, C., Greville, H., Pelkowitz, D., Gee, A., Pelkowitz, L. & Thompson, S. C. (2025). Knowledge and practices of regional and rural general practitioners in the identification and management of intimate partner and family violence: a mixed methods study in Western Australia. *BMC Primary Care*, 26(1), Artikel 70. doi: 10.1186/s12875-025-02754-9

Dichter, M., Makaroun, L., Tuepker, A., True, G., Montgomery, A. E. & Iverson, K. (2020). Middle-aged women's experiences of intimate partner violence screening and disclosure: "It's a private matter. It's an embarrassing situation". *Journal of general internal medicine*, 35(9), s. 2655-2661. doi: 10.1007/s11606-020-05947-3

Dichter, M., Ogden, S. N., Tuepker, A., Iverson, K. M. & True, G. (2021). Survivors' input on health care-connected services for intimate partner violence. *Journal of women's health*, 30(12), s. 1744-1750. doi: 10.1089/jwh.2020.8585

d'Oliveira, A. F. P. L., Pereira, S., Schraiber, L. B., Graglia, C. G. V., Aguiar, J. M. D., Sousa, P. C. D. & Bonin, R. G. (2020). Obstacles and facilitators to primary health care offered to women experiencing domestic violence: a systematic review. *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, 24, Artikel e190164. doi: 10.1590/Interface.190164

Dury, C., Hall, C., Danan, J. L., Mondoux, J., Aguiar Barbieri-Figueiredo, M. C., Costa, M. A. M. & Debout, C. (2014). Specialist nurse in Europe: education, regulation and role. *International nursing review*, 61(4), s. 454-462. doi: 10.1111/inr.12123

Edberg Matei, E., Johansson, J. & Sjövall, K. (2025). Ambulance Nurses' Experience of a Simulation Exercise Concerning Intimate Partner Violence. *International Nursing Review*, 72(2), Artikel e70030. doi: 10.1111/inr.70030

Ekebergh, M. (2022). Reflektionens roll för vårdande vård. I Arman, M., Dahlberg, K. & Ekebergh, M. (red.) *Teoretiska grunder för vårdande*. 2 uppl., Liber, s. 274-281.

Elo, S. & Kyngäs, H. A. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of advanced nursing*, 62(1), s. 107-115. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04569.x

Enander, V. (2024). *Genväg till forskning, Att stanna och att gå: Forskning kring misshandelsprocessen och misshandlade kvinnors uppbrottsprocess*. Västra Götalandsregionen. <https://mellanarkiv-offentlig.vgregion.se/alfresco/s/archive/stream/public/v1/source/available/sofia/rhs7438-1286040036-103/surrogate/Genv%C3%A4g%20till%20forskning%20Att%20stanna%20och%20att%20g%C3%A5%20-%20forskning%20kring%20misshandelsprocessen%20och%20misshandlade%20kvinnors%20uppbrottsprocess%20VKV.pdf>

Engström, Å. & Juuso, P. (2023). Kvalitativ forskningsintervju. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 151-164.

Etikprövningsmyndigheten (2023). *Vägledning - Om etikprovning av forskning på människor*. <https://etikprovningsmyndigheten.se/wp-content/uploads/2023/12/Vagledning-om-etikprovning-EPM.pdf>

Europarådet (2011). *Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention)*. <https://rm.coe.int/168008482e>

Europaparlamentets och rådets förordning (EU) 2016/679 av den 27 april 2016 om skydd för fysiska personer med avseende på behandling av personuppgifter och om det fria flödet av sådana uppgifter och om upphävande av direktiv 95/46/EG (allmän dataskyddsförordning) (EUT L 119, 4.5.2016, s. 1–88). <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/SV/TXT/?uri=celex%3A32016R0679>

Europeiska kommissionen (2010). *Domestic Violence against Women. Report*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=39067>

Europeiska kommissionen (2024). *Gender Stereotypes-Violence against women*. <https://europa.eu/eurobarometer/api/deliverable/download/file?deliverableId=95144>

Europeiska jämställdhetsinstitutet (EIGE) (2021). *The costs of gender-based violence in the European Union*. European Union. https://eige.europa.eu/sites/default/files/documents/20213229_mh0921238enn_pdf.pdf

Eurostat (2025). *Ever-partnered women who have experienced violence by an intimate partner, by type of violence*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/gbv_ipv_type/default/table?lang=en&category=livcon.gbv.gbv_ipv [2025-12-26]

Feder, G. et al. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 378(9805), s. 1788-1795. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61179-3

Flanagan, J. & Beck, C. T. (2025). *Polit & Beck's nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 12 uppl., Wolters Kluwer

Galvin, K. & Todres, L. (2013). *Caring and Well-being A lifeworld Approach*. Routledge.

Gracia, E. & Merlo, J. (2016). Intimate partner violence against women and the Nordic paradox. *Social Science & Medicine*, 157, s. 27-30. doi: 10.1016/j.socscimed.2016.03.040

García-Montes, R., Fares-Medina, S., Diaz-Caro, I., Corral-Liria, I. & García-Gómez-Heras, S. (2022). The impact of violence on women's health. The present as a reflection

of the past: A qualitative study. *PLOS ONE*, 17(9), Artikel e0273973. doi: 10.1371/journal.pone.0273973

Gómez-Fernández, M. A., Goberna-Tricas, J. & Payà-Sánchez, M. (2017). Intimate partner violence as a subject of study during the training of nurses and midwives in Catalonia (Spain): A qualitative study. *Nurse Education in Practice*, 27, s. 13-21. doi: 10.1016/j.nepr.2017.08.001

Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N. & MacMillan, H. L. (2007). Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC public health*, 7(1), Artikel 12. doi: 10.1186/1471-2458-7-12

Hall, A. & Örmon, K. (2025). Affective Aspects of Screening for Intimate Partner Violence: The Impact of Emotions on the Implementation of Routinely Asking Questions About Violence in Women's Health Care. *Women's Reproductive Health*, 12(2), s. 393-414. doi: 10.1080/23293691.2025.2460640

Hargrave, A. S., Dawson-Rose, C., Schillinger, D., Ng, F., Valdez, J., Rodriguez, A., Cuca, Y. P., Hayes Bakken, E. & Kimberg, L. (2024). In their own words: Perspectives of IPV survivors on obtaining support within the healthcare system. *PloS one*, 19(9), Artikel e0310043. doi: 10.1371/journal.pone.0310043

Henricson, M. & Billhult, A. (2023). Kvalitativ metod. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 115-125.

Heron, R. L. & Eisma, M. C. (2021). Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health & social care in the community*, 29(3), s. 612-630. doi: 10.1111/hsc.13282

Hester, M., Walker, S. J. & Myhill, A. (2023). The measurement of domestic abuse- Redeveloping the Crime Survey for England and Wales. *Journal of family violence*, 38(6), s. 1079-1093. doi: 10.1007/s10896-023-00507-9

Holmberg, C., Enander, V. & Lindgren, A. L. (2015). A little word may mean so much: Changed meanings of the concept men's violence against women. *Sociologisk Forskning*, 52(3), s. 257-278. <http://www.jstor.org/stable/24898942>

Hooker, L. & Taft, A. (2021). Who is being screened for intimate partner violence in primary care settings? Secondary data analysis of a cluster randomised trial. *Maternal and child health journal*, 25(10), s. 1554-1561. doi: 10.1007/s10995-021-03136-0

HSLF-FS 2022:39. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer

Hudspeth, N., Cameron, J., Baloch, S., Tarzia, L. & Hegarty, K. (2022). Health practitioners' perceptions of structural barriers to the identification of intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis. *BMC health services research*, 22, Artikel 96. doi: 10.1186/s12913-022-07491-8

- Hällgren Graneheim, U., Lindgren, B-M. & Lundman, B. (2023). Kvalitativ innehållsanalys. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 295-312.
- Hörberg, U., Galvin, K., Ekebergh, M. & Ozolins, L. L. (2019). Using lifeworld philosophy in education to intertwine caring and learning: An illustration of ways of learning how to care. *Reflective Practice*, 20(1), s. 56-69. doi: 10.1080/14623943.2018.1539664
- Inera (2022). *1177 Vårdguidens utveckling mot nära vård - rapport för programmet Första linjens digitala vård 2019-2021*.
https://www.inera.se/globalassets/inera/media/dokument/projekt/forsta-linjens-digitala-varld/rapport-forsta-linjens-digitala-varld_mars-2022.pdf
- Inera (2025). *IT och digitalisering i hälso- och sjukvården 2025*.
<https://www.inera.se/globalassets/inera/media/dokument/projekt/it-och-digitalisering-i-halso--och-sjukvarden-2025.pdf>
- Inspektionen för vård och omsorg (IVO) (2024). *Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714*.
<https://www.ivo.se/globalassets/dokument/publikationer/rapporter/rapporter-2024/ivo-slutrapport-regeringsuppdrag-mans-vald-mot-kvinnor--a2021-01714.pdf>
- Jack, S. M., Munro-Kramer, M. L., Williams, J. R., Schminkey, D., Tomlinson, E., Jennings Mayo-Wilson, L., Bradbury-Jones, C. & Campbell, J. C. (2021). Recognising and responding to intimate partner violence using telehealth: Practical guidance for nurses and midwives. *Journal of clinical nursing*, 30(3-4), s. 588-602. doi: 10.1111/jocn.15554
- Kalra, N., Hooker, L., Reisenhofer, S., Di Tanna, G. L. & García-Moreno, C. (2021). Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5), Artikel CD012423. doi: 10.1002/14651858.CD012423.pub2
- Keatley, D. A., Quinn-Evans, L., Joyce, T. & Richards, L. (2022). Behavior sequence analysis of victims' accounts of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, 37(21-22), s. 19290-19309. doi: 10.1177/08862605211043587
- Kjellström, S. (2023). Forskningsetik. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 61-81.
- Korab-Chandler, E., Kyei-Onanjiri, M., Cameron, J., Hegarty, K. & Tarzia, L. (2022). Women's experiences and expectations of intimate partner abuse identification in healthcare settings: a qualitative evidence synthesis. *BMJ Open*, 12, Artikel e058582. doi: 10.1136/bmjopen-2021-058582

- Lagdon, S., Ross, J., Waterhouse-Bradley, B. & Armour, C. (2023). Exploring the existence of distinct subclasses of intimate partner violence experience and associations with mental health. *Journal of family violence*, 38(4), s. 735-746. doi: 10.1007/s10896-022-00393-7
- Lee, A. S. D., McDonald, L. R., Will, S., Wahab, M., Lee, J. & Coleman, J. S. (2019). Improving Provider Readiness for Intimate Partner Violence Screening. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 16(3), s. 204-210. doi: 10.1111/wvn.12360
- Li, Q. et al. (2023). Nurses' preparedness, opinions, barriers, and facilitators in responding to intimate partner violence: A mixed-methods study. *Journal of Nursing Scholarship*, 56(1), s. 174-190. doi: 10.1111/jnu.12929
- Lien, M. I. & Lorentzen, J. (2019). *Men's experiences of violence in intimate relationships*. Springer Nature.
- Lohmann, S., Cowlshaw, S., Ney, L., O'Donnell, M. & Felmingham, K. (2024). The trauma and mental health impacts of coercive control: A systematic review and meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(1), s. 630-647. doi: 10.1177/15248380231162972
- Lohmann, S., Felmingham, K. & Cowlshaw, S. (2024). "It's Like You're a Living Hostage, and It Never Ends": A Qualitative Examination of the Trauma and Mental Health Impacts of Coercive Control. *Psychology of Women Quarterly*, 48(4), s. 571-588. doi: 10.1177/03616843241269941
- Loring, M. T. & Smith, R. W. (1994). Health care barriers and interventions for battered women. *Public health reports (Washington, D.C. : 1974)*, 109(3), s. 328-338.
- Lundgren, E. (2024). *Våldets normaliseringsprocess. Kvinnor, män, barn och unga, våldsförståelser*. Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (Roks).
- Macassa, G., Wijk, K., Rashid, M., Hiswåls, A. S., Daca, C. & Soares, J. (2023). Interpersonal violence is associated with self-reported stress, anxiety and depression among men in east-central Sweden: Results of a population-based survey. *Medicina*, 59(2), Artikel 235. doi: 10.3390/medicina59020235
- Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E. & Lancharro-Tavero, I. (2022). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. *Journal of advanced nursing*, 79(4), s. 1399-1413. doi: 10.1111/jan.15406
- Maras, S. A. (2023). "You just want to feel safe when you go to a healthcare professional:" Intimate partner violence and patient safety. *Social Science & Medicine*, 331, Artikel 116066. doi: 10.1016/j.socscimed.2023.116066
- Mårtensson, J. & Fridlund, B. (2023). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 473-490.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (2010). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. <https://www.uu.se/download/18.719e0b6018d874d37f1104b8/1707740801967/nck-rapport-att-fraga-om-valdsutsatthet-som-en-del-av-anamnesen-2010-4.pdf>

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. <https://www.uu.se/download/18.5d24229018d2a71a7758c0e/1706111473644/nckrapport-vald-och-halsa-2014-1.pdf>

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (2025). *Våldets uttryck och mekanismer*. <https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald/valdets-uttryck-och-mekanismer> [2025-12-19]

Notko, M., Husso, M., Piippo, S., Fagerlund, M. & Houtsonen, J. (2022). Intervening in domestic violence: interprofessional collaboration among social and health care professionals and the police. *Journal of interprofessional care*, 36(1), s. 15-23. doi: 10.1080/13561820.2021.1876645

Nyame, S., Howard, L. M., Feder, G. & Trevillion, K. (2013). A survey of mental health professionals' knowledge, attitudes and preparedness to respond to domestic violence. *Journal of Mental Health*, 22(6), s. 536-543. doi: 10.3109/09638237.2013.841871

Ostrach, B. M. (2021). "I'll tell you what's important to me...": lessons for women's health screening. *BMC women's health*, 21(1), Artikel 73. doi: 10.1186/s12905-021-01220-9

Ovesen, N. & Sörensdotter, R. (2025). *Hbtqi-personer och våld i nära relationer. Om hjälpsökande och stödinsatser*. Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], Uppsala universitet. <https://www.uu.se/download/18.5f8770f2195b257fd02a3aea/1744206413423/Rapport%20HBTQI%20och%20hjalpsokande.pdf>

Palmér, L., Nyström, M., Carlsson, G., Ekebergh, M., Fridh, I., Lindberg, E. & Wireklint Sundström, B. (2022). Caring Science With a Focus on Existential Issues in a Caring Context: A Research Area Inspired by Existential Philosophy. *International journal for human caring*, 26(3), s. 1-11. doi: 10.20467/HumanCaring-D-21-00014

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2017). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 10 uppl., Wolters Kluwer.

Priebe, G. & Landström, C. (2023). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar. I Henricson, M. (red.) *Vetenskaplig teori och metod, från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap*. 3 uppl., Studentlitteratur, s. 27-44.

Robinson, R. (2010). Myths and stereotypes: how registered nurses screen for intimate partner violence. *Journal of emergency nursing*, 36(6), s. 572-576. doi: 10.1016/j.jen.2009.09.008

S2016/01874/FS. *Vision e-hälsa 2025- gemensamma utgångspunkter för digitalisering i socialtjänst och hälso- och sjukvård*. Socialdepartementet, Sveriges kommuner och

landsting. <https://ehalsa2025.se/wp-content/uploads/2021/02/vision-e-halsa-2025-overenskommelse.pdf>

Saletti-Cuesta, L., Aizenberg, L. & Ricci-Cabello, I. (2018). Opinions and Experiences of Primary Healthcare Providers Regarding Violence against Women: a Systematic Review of Qualitative Studies. *Journal of Family Violence*. 33, s. 405-420. doi: 10.1007/s10896-018-9971-6

Sariaslan, A. et al. (2024). Risk of common psychiatric disorders, suicidal behaviors and premature mortality following violent victimization: A matched cohort and sibling-comparison study of 217,628 people who experienced violence in Finland and Sweden. *PLOS Medicine*, 21(10), Artikel e1004410. doi: 10.1371/journal.pmed.1004410

Sastrawan, S., Weller-Newton, J., Brand, G. & Malik, G. (2021). The development of nurses' foundational values. *Nursing Ethics*, 28(7-8), s. 1244-1257. doi: 10.1177/09697330211003222

SFS 2003:460. *Lag om etikprövning av forskning som avser människor.*

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag.*

SFS 2019:504. *Lag om ansvar för god forskningssed och prövning av oredlighet i forskning.*

Sharma, K. K., Vatsa, M., Kalaivani, M. & Bhardwaj, D. N. (2018). Knowledge, attitude, practice and learning needs of nursing personnel related to domestic violence against women: a facility based cross sectional survey. *International Journal of Community Medicine and Public Health*, 5(3), s. 996-1003. doi: 10.18203/2394-6040.ijcmph20180750

Simmons, J. & Swahnberg, K. (2022). Characteristics associated with being asked about violence victimization in health care: a Swedish random population study. *Journal of interpersonal violence*, 37(11-12), Artikel NP8479-NP8506. doi: 10.1177/0886260520977836

Simon, M. A. (2021). *Responding to intimate partner violence during telehealth clinical encounters*. *JAMA*, 325(22), s. 2307-2308. doi: 10.1001/jama.2021.1071

Skr. 2016/17:10. *Makt, mål och myndighet - feministisk politik för en jämställd framtid*. Kap 5. Socialdepartementet. <https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2016/11/skr.-20161710/>

Socialstyrelsen (2024). *Socialstyrelsens utredningar av vissa skador och dödsfall 2022-2023*. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/6dc9be6f6bec42959271ac5f8fc414db/2024-1-8880.pdf>

Socialstyrelsen (2025). *Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer: Våld i nära relationer. Stöd till beslutsfattare och personal i hälso- och sjukvården och tandvården*. <https://www.socialstyrelsen.se/contentassets/4379c9174e364da8802d8d1eb9f7bc/2025-5-9569.pdf>

SOU 2015:55. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck

Strid, S., Ekbrand, H., Westerstrand, J. & Carsbring, A. (2023). Men's violence against women in gender equal Sweden - results from a prevalence study. *Tidsskrift for kjönnsforskning*, 45(2-3), s. 130-151. doi: 10.18261/tfk.47.2.7

Stubbs, A. & Szoek, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, violence, & abuse*, 23(4), s. 1157-1172. doi: 10.1177/1524838020985541

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(1), s. 1-11. doi: 10.1186/1472-6955-11-1

Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, 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), s. 2256-2265. doi: 10.1111/jocn.12992

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2019). *Kompetensbeskrivning avancerad nivå distriktssköterska*.
<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c0030623175b/1584023673165/kompetensbeskrivning%20distriktssköterska%202019.pdf>

Svensk sjuksköterskeförening (SSF) (2021). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*.
<https://swenurse.se/download/18.7104a0bd1817fce0092f0133/1656659417947/A4%20ICN%20Etiska%20kod%20uppslag.pdf>

Tarzia, L. et al. (2020). Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis. *BMJ open*, 10(11), Artikel e041339. doi: 10.1136/bmjopen-2020-041339.

Tuepker, A., Newell, S., Sorrentino, A., Cusack, A., True, G. & Dichter, M. (2023). High-Risk Encounters: Primary Care Experiences of Women Living with Intimate Partner Violence, and Implications for the Patient Centered Medical Home. *Journal of Aggression Maltreatment & Trauma*. 32(7-8) s. 1041-1054. doi: 10.1080/10926771.2022.2038755

van der Cingel, M. & Brouwer, J. (2021). What makes a nurse today? A debate on the nursing professional identity and its need for change. *Nursing philosophy*, 22(2), Artikel e12343. doi: 10.1111/nup.12343

Vetenskapsrådet. (2024). *God forskningssed 2024*. Vetenskapsrådet.
<https://www.vr.se/download/18.4c9f221a191e4edf9053a474/1727853946433/God%20forskningssed%20VR%202024.pdf>

Vieira, E. M., Ford, N. J., De Ferrante, F. G., Almeida, A. M. D., Daltoso, D. & dos Santos, M. A. D. (2013). The response to gender violence among Brazilian health care

professionals. *Ciencia & saude coletiva*, 18(3), s. 681-690. doi: 10.1590/S1413-81232013000300014

Världshälsoorganisationen. (WHO) (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1

Världshälsoorganisationen. (WHO) (2014). *Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19-24 May 2014: resolutions and decisions: annexes*. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/260211>

Världshälsoorganisationen (WHO) (2016). *Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252276/9789241511537-eng.pdf?sequence=1>

Världshälsoorganisationen. (WHO) (2021). *Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341337/9789240022256-eng.pdf?sequence=1>

Wemrell, M., Stjernlöf, S., Lila, M., Gracia, E., & Ivert, A. K. (2022). The Nordic paradox. Professionals' discussions about gender equality and intimate partner violence against women in Sweden. *Women & Criminal Justice*, 32(5), s. 431-453. doi: 10.1080/08974454.2021.1905588

Wood, J. T. (2001). The normalization of violence in heterosexual romantic relationships: Women's narratives of love and violence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18(2), s. 239-261. doi: 10.1177/026540750118

World Medical Association (WMA) (2024). *Declaration of Helsinki-Ethical principles for medical research involving human subjects*. <https://pdf-it.dev.acw.website/please-and-thank-you?url=https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/&pdfName=wma-declaration-of-helsinki>

Ziaei, S. & Hammarström, A. (2023). The relationship between interpersonal violence in adulthood and mental health: a longitudinal study based on the Northern Swedish Cohort. *BMC Public Health*, 23, Artikel 673. doi: 10.1186/s12889-023-15525-x

Öhman, A., Burman, M., Carbin, M. & Edin, K. (2020). 'The public health turn on violence against women': analysing Swedish healthcare law, public health and gender-equality policies. *BMC public health*, 20(1), Artikel 753. doi: 10.1186/s12889-020-08766-7

Öhman, A., Vives-Cases, C. & Edin, K. (2024). 'Important, but difficult': Swedish primary care professionals' perceptions and experiences of dealing with violence against women: an interview study. *BMC primary care*, 25, Artikel 258. doi: 10.1186/s12875-024-02489-z



TILL VERKSAMHETSCHEF FÖR GODKÄNNANDE AV DATAINSAMLING TILL EXAMENSARBETE

Vi är två studenter på distriktssköterskeprogrammet vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå där syftet är att beskriva distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter i primärvården om utsatthet för våld i nära relation, nr M2025:97. Vi kontaktar därför dig för att informera om samt få tillstånd att samla in data genom intervjuer av distriktssköterskor i din verksamhet.

WHO inkluderar psykiskt, fysiskt, sexuellt, ekonomiskt, materiellt, latent, digitalt, försummelse och hedersrelaterat våld i definitionen och klassar mäns våld mot kvinnor som ett globalt folkhälsoproblem. Var tredje kvinna och var femte man uppges ha varit utsatta för våld i en nära relation. Att vara utsatt för våld i nära relation har negativ inverkan på hälsan inom områden även bortom direkta skador från fysiskt våld. Att avstå frågor om våld har identifierats som den största bristen i vården av våldsutsatta. Under de senaste tio åren har cirka 14 kvinnor per år dödats i Sverige av en partner eller före detta partner. Majoriteten hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården bara dagar eller veckor innan det dödliga våldet utan att våldsutsattheten uppmärksammats. Socialstyrelsen har som led i regeringens strategi mot våld i nära relationer bland annat publicerat en föreskrift, handbok och ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvården samt tandvården där frågor om våld ingår som en av de primära delarna. Mot bakgrund av detta vill vi beskriva distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter i primärvården om utsatthet för våld i nära relation.

Inklusionskriterier för att delta i studien är distriktssköterska i sin profession, anställd i primärvård i Halland, Malmö, Trelleborg eller södra delarna av Västra Götalandsregionen, ha erfarenhet av att fråga patienter om utsatthet för våld i nära relation (men inte som en del av barnhälsovårdens uppdrag) och att kunna formulera sig muntligt på svenska språket. Vi eftersträvar en så jämn könsfördelning som möjligt vid urvalet och beaktar möjligheter till intersektionella perspektiv. Rekrytering av deltagare sker genom förmedling via verksamhetschef. Vi tillfrågar därför dig som chef om att lämna bifogad informations- och samtyckesblankett till distriktssköterskorna i din verksamhet samt fråga om vi får lov att kontakta dem. Lämna oss i sådana fall telefonnummer till deltagaren, alternativt kom överens med denne om att själv ta kontakt med oss.

Deltagare ges muntlig och skriftlig information och skriftligt samtycke inhämtas innan intervjun. Insamling av data sker genom intervjuer där ljudet spelas in, transkriberas och avidentifieras för att sedan analyseras av oss. Resultatet redovisas sedan på gruppnivå i examensarbetet. Ingen information kommer att kunna härledas till någon av deltagarna. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås.

Om du undrar över något eller önskar mer information är du varmt välkommen att ta kontakt med någon utav oss.



ANSVARIGA FÖR EXAMENSARBETET

Fanny Fors

Adress

tel: XXXX-XX XX XX

mail: *namn@student.hb.se*

Karin Adelsson

Adress

tel: XXXX-XX XX XX

mail: *namn@student.hb.se*

Handledare: Ingrid Gustafsson, *namn@hb.se*

tel: 0XX-XXX XX XX

Om Kursens namn: Examensarbete med inriktning mot distriktssköterskans arbete.

Fylls i av verksamhetschef

Jag samtycker till att distriktssköterskor här på/i _____ får intervjuas för examensarbetet om distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter i primärvården om utsatthet för våld i nära relation, nr M2025:97.

Namnteckning

Ort och datum



INFORMATION ANGÅENDE EXAMENSARBETE OM DISTRIKTSSKÖTERSORS UPPLEVELSE AV ATT FRÅGA PATIENTER OM UTSATTHET FÖR VÅLD I NÄRA RELATION

Vi är två studenter på distriktssköterskeprogrammet vid Akademin för vård, arbetsliv och välfärd, Högskolan i Borås. Som en del i utbildningen gör vi ett examensarbete på avancerad nivå. Vi vill fråga dig om du vill delta i vårt examensarbete med syftet att beskriva distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter i primärvården om utsatthet för våld i nära relation, nr M2025:97.

VAD ÄR DET FÖR PROJEKT OCH VARFÖR VILL NI ATT JAG SKA DELTA?

WHO inkluderar psykiskt, fysiskt, sexuellt, ekonomiskt, materiellt, latent, digitalt, försummelse och hedersrelaterat våld i definitionen och klassar mäns våld mot kvinnor som ett globalt folkhälsoproblem. Var tredje kvinna och var femte man uppges ha varit utsatta för våld i en nära relation. Att vara utsatt för våld i nära relation har negativ inverkan på hälsan inom områden även bortom direkta skador från fysiskt våld. Att avstå frågor om våld har identifierats som den största bristen i vården av våldsutsatta. Under de senaste tio åren har cirka 14 kvinnor per år dödats i Sverige av en partner eller före detta partner. Majoriteten av dem hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården bara dagar eller veckor innan det dödliga våldet utan att våldsutsattheten uppmärksammats. Socialstyrelsen har som led i regeringens strategi mot våld i nära relationer bland annat publicerat en föreskrift, handbok och ett kunskapsstöd för hälso- och sjukvården samt tandvården där frågor om våld ingår som en av de primära delarna. Mot bakgrund av detta vill vi beskriva distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter om utsatthet för våld i nära relation.

Vi söker distriktssköterskor i Halland, Malmö, Trelleborg och södra delarna av Västra Götalandsregionen med erfarenhet av att fråga patienter i primärvården (men inte inom ramen för barnhälsovårdens uppdrag) om utsatthet för våld i nära relation. Alla distriktssköterskor tillfrågas genom respektive chef. Om du lämnar ditt medgivande till att vi tar kontakt med dig får vi dina kontaktuppgifter, alternativt kommer ni överens om att du hör av dig själv till oss. Huvudman för examensarbetet är Högskolan i Borås, som är en statlig myndighet. Med huvudman menas den organisation som är ansvarig för studien.

HUR GÅR EXAMENSARBETET TILL?

Vi kommer att kontakta dig för att boka en tid för intervju. Du väljer datum och tid som passar dig. Intervjun sker under ett fysiskt möte och genomförd med stöd av en intervjuguide. Intervjun beräknas ta cirka 60 minuter. Det går att ta pauser under intervjun om det behövs. Vi kommer att göra en ljudupptagning för att vi skall kunna skriva av intervjun ordagrant efteråt. Texten kommer att aidentifieras, analyseras tillsammans med övriga intervjuer och redovisas på gruppnivå i examensarbetet. Ingen information kommer att kunna härledas till dig och din medverkan kommer inte att påverka din yrkesutövning.



HUR FÅR JAG INFORMATION OM RESULTATET AV STUDIEN?

När examensarbetet är examinerat kommer det att publiceras enligt sedvanliga rutiner för examensarbete vid Högskolan i Borås och finnas tillgängligt i databasen DIVA. Om du önskar kan Högskolan tillhandahålla en kopia till dig.

DELTAGANDET ÄR FRIVILLIGT

Ditt deltagande är frivilligt och du kan när som helst välja att avbryta deltagandet. Om du väljer att inte delta eller vill avbryta ditt deltagande behöver du inte uppge varför och det kommer inte heller att påverka ditt arbete. För att delta behöver du lämna ditt samtycke.

Om du vill avbryta ditt deltagande ska du kontakta handledaren [kontaktuppgifter se nedan].

VAD HÄNDER MED MINA UPPGIFTER?

I examensarbetet kommer vi att samla in information från dig. Inga namn, uppgifter eller resultat som kan härledas till dig som person kommer att redovisas i examensarbetet. Allt material kommer att behandlas så att inte obehöriga kan ta del av det, i enlighet med gällande lagstiftning.

Det datamaterial som samlats in, (*bakgrundsinformation* och *intervjuer, enkäter, fältanteckningar eller annat*), kommer att förstöras när examensarbetet är examinerat och godkänt varvid personuppgiftsbehandlingen upphör.

Behandlingen av uppgifter om dig sker med stöd av artikel 6.1 (a) i dataskyddsförordningen (samtycke). Högskolan i Borås är personuppgiftsansvarig. Som deltagare har du ett antal rättigheter enligt dataskyddsförordningens artikel 15–18, 20 och 22, som bland annat innebär att du har rätt att ta del av de uppgifter om dig som behandlas i studien samt få dessa rättade eller raderade. Du har också rätt att få behandlingen av uppgifter om dig begränsad. Kontakta ansvarig handledare [kontaktuppgifter nedan] i dessa fall.

Om du har frågor kring behandlingen av dina personuppgifter är du välkommen att i första hand kontakta ansvariga för examensarbetet eller handledaren. Du är också välkommen att kontakta högskolans dataskyddsombud via e-post, dataskydd@hb.se, med synpunkter. Du har därtill rätt att klaga på högskolans behandling av personuppgifter till Datainspektionen, som är tillsynsmyndighet.



ANSVARIGA FÖR EXAMENSARBETET

Fanny Fors

Adress

tel: XXXX-XX XX XX

mail: *namn@student.hb.se*

Karin Adellsson

Adress

tel: XXXX-XX XX XX

mail: *namn@student.hb.se*

Handledare: Ingrid Gustafsson, *namn@hb.se*

tel: 0XX-XXX XX XX

Om Kursens namn: Examensarbete med inriktning mot distriktssköterskans arbete.



SAMTYCKE OM DELTAGANDE

Fylls i av handledaren

Härmed intygas att ansvariga studenter har uppvisat skriftligt samtycke av informanten till deltagande i examensarbetet och behandling av informantens personuppgifter enligt ovan.

Datum och handledares namnteckning

✂-----

Fylls i av deltagaren

Jag har fått muntlig och skriftlig information om examensarbetet och har haft möjlighet att ställa frågor. Jag får behålla en kopia av den skriftliga informationen.

Jag samtycker till att delta i examensarbetet om distriktssköterskors upplevelse av att fråga patienter i primärvården om utsatthet för våld i nära relation, nr M2025:97 och att uppgifter om mig samlas in och behandlas på det sätt som beskrivs i informationen ovan.

Namnteckning

Ort och datum

Intervjuguide

Presentera studien och informera om frivillighet etc, samtyckesblankett.

Bakgrundsinformation:

Datum:	Plats:
Deltagare:	Intervjuare:
Ålder:	Kön:
Utbildning:	År i yrket:
Verksamhet:	Erfarenhet av att arbeta med utsatthet för våld:

Huvudfråga:

- Kan du berätta om dina upplevelser av att fråga patienter om utsatthet för våld i nära relation?

Följdfrågor:

- Vad tänker du innan du ställer frågan?
- Vad gör att du beslutar dig för att ta steget och fråga?
- Hur upplever du stunden efter att ha ställt frågor om våldsutsatthet?
- Finns det någonting du upplever gör det svårare alternativt lättare att fråga om våld?
- [Hur] upplever du arbetsgivare, rutiner och regelverk ger dig stöd vid frågor om våld?
- Har du några kunskaper eller erfarenheter som du anser vara särskilt betydelsefulla för dig när du ställer frågor om utsatthet för våld i nära relation?
- Hur skulle du uppleva [Vad tänker du om] att ställa frågor om utsatthet för våld till alla?
- (*sammanfatta intervjun och fråga*) Är det någonting mer du vill berätta om, lägga till eller förtydliga innan vi avslutar?

Följdfrågor exempel:

Har du några exempel? / Kan du berätta mer om det? / Kan du ge en mer detaljerad bild av vad som hände? / Hur menar du? / Hur reagerade du? / Vad tänkte du då? / Vad kände du då? / Vad gjorde du då? / Hur gick du vidare? / Vad gjorde du sedan? / Du nämnde [...] har jag förstått dig rätt?