Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Självständigt arbete (magister)

Distriktssköterskans erfarenheter av möten med kvinnor utsatta för våld i nära relationer

-En systematisk litteraturöversikt

Författare: Johanna Habbe
Handledare: Kristina Tryselius
Examinator: Janet Mattsson
Lärosäte: Linnéuniversitetet
Termin: HT 2025
Ämne: Vårdvetenskap
Nivå: Avancerad

Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö

Abstrakt

Bakgrund: Våld i nära relationer (VNR) är ett globalt folkhälsoproblem och ett hot mot kvinnors mänskliga rättigheter. VNR är komplext och kan drabba alla människor oavsett kön och ålder och förövaren kan vara en partner, vän eller släkting. Kvinnor utsatta för VNR av en manlig partner är vanligast förekommande. Distriktssköterskan ska besitta kunskap om VNR och dess komplexitet och arbeta på ett personcentrerat sätt där förståelse för kvinnornas livsvärld är essentiell. **Syfte:** Syftet var att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av möten med kvinnor i heterosexuella parrelationer utsatta för våld i nära relationer. **Metod:** En systematisk litteraturöversikt med kvalitativ metod och induktiv ansats i enlighet med Bettany-Saltikov och McSherry där resultatet baseras på en tematisk dataanalys av tio vetenskapliga artiklar. **Resultat:** Resultatet redovisas i tre kategorier: *Osäkerhet, Organisatoriskt stöd* och *Känslor, värderingar och normer*. Distriktssköterskorna var generellt positiva till identifiering av och interventioner med kvinnor utsatta för våld i nära relationer men merparten upplevde hindrande faktorer som exempelvis rädsla för att göra fel, brist på rutiner och träning samt oro för personliga reaktioner och/eller förutfattade meningar om våld i nära relationer. **Slutsats:** Litteraturöversikten visar att distriktssköterskans möte med kvinnor utsatta för våld i nära relationer präglas av osäkerhet, organisatoriska hinder och kulturella normer som påverkar handlingsförmågan. Utifrån ett personcentrerat vårdteoretiskt ramverk framträder behovet av strukturellt stöd för att möjliggöra etiskt medvetna, delaktighetsfrämjande möten. Distriktssköterskans arbete utgör en viktig del av det folkhälsofrämjande våldsförebyggande arbetet och kräver förutsättningar för att omsätta personcentrerad omvårdnad i praktiken.

Nyckelord
distriktssköterska, erfarenheter, kvinnor, personcentrerad vård, primärvård, våld i nära relationer

Tack
Tack till mina barn som stått ut med att mina tankar delvis varit kring min uppsats under flera månader. Tack till min handledare Kristina Tryselius som funnits där under hela processen med stöttning och kloka ord. Tack även till min handledargrupp som kommit med feedback och stöttande ord. Jag vill även rikta ett tack till min kurskamrat Sofia som trots att även hon arbetat ensam med sin uppsats tagit sig tid att bolla med mig nästan dagligen under tiden.

Abstract

Background: Intimate partner violence (IPV) is a global public health issue and a threat to women's human rights. IPV is complex and can affect individuals of any gender or age, with perpetrators including partners, friends, or relatives. Women exposed to IPV by male partners are most commonly represented. District nurses are expected to understand the complexity of IPV and work in a person-centred manner, with sensitivity to the woman's lived experience. **Aim:** To describe district nurses' experiences of encounters with women in heterosexual relationships exposed to IPV. **Method:** A systematic literature review using a qualitative, inductive approach based on Bettany-Saltikov and McSherry. The findings are based on thematic analysis of ten scientific articles. **Results:** Three categories emerged: Uncertainty, Organisational Support, and Emotions, Values and Norms. Nurses were generally positive toward identifying and supporting women exposed to IPV, but most described barriers such as fear of doing wrong, lack of routines and training, emotional discomfort, and cultural assumptions. **Conclusion:** The review shows that district nurses' encounters with women exposed to IPV are shaped by uncertainty, organisational limitations, and cultural norms that affect their ability to act. Based on a person-centred care framework, the need for structural support becomes evident to enable ethically aware, participatory encounters. District nurses play a key role in violence prevention and health promotion, and require conditions that allow person-centred care to be realised in practice.

Keywords:

District nurse, Experience, Intimate partner violence, Person centred care , Primary care settings, women

Innehållsförteckning

1. **Inledning** **1**

2. Bakgrund **1**
2.1. Våld 1
2.2. Våld mot kvinnor 1
2.3. Definition av våld i nära relationer 2
2.3.1. Fysiskt och psykiskt våld 2
2.3.2. Sexuellt och ekonomiskt våld 3
2.4. Beteendemönster i våld i nära relationer 3
2.4.1. Fysiska och psykiska följder 3
2.5. Distriktssköterskans roll och ansvar 4

3. Teoretisk referensram **5**
3.1. Personcentrerad vård 5

4. Problemformulering **6**

5. Syfte **6**

6. Metod **7**
6.1. Design 7
6.2. Urval 7
6.3. Datainsamling 8
6.4. Kvalitetsgranskning 11
6.5. Dataanalys 11
6.6. Forskningsetiska överväganden 12

7. Resultat **13**
7.1. Osäkerhet 13
7.1.1. Oro kring att närma sig det svåra samtalet i mötet *13*
7.1.2. Rädsla för förövaren *14*
7.1.3. Professionell osäkerhet vid bekräftad våldsutsatthet *15*
7.1.4. Kvarstående oro för kvinnan vid nekande svar *15*

7.2. Behov av organisatoriskt stöd 15
7.2.1. Kompetensutvecklingens roll i mötet *15*
7.2.2. Strukturella förutsättningar och arbetsbelastning *16*
7.2.3. Stöd från kollegor och ledning *17*

7.3. Värderingar, normer och emotionella reaktioner 17
7.3.1. Förutfattade meningar och attityder *17*
7.3.2. Skam och kulturella normer som barriär i mötet *18*
7.3.3. Emotionella konsekvenser för distriktssköterskan *18*

8. Diskussion **18**
8.1. Metoddiskussion 18
8.1.1. Design *18*
8.1.2. Urval *19*
8.1.3. Datainsamling *20*

8.1.4. Kvalitetsgranskning *21*
8.1.5. Dataanalys *21*
8.1.6. Forskningsetiska överväganden *22*

8.2. Resultatdiskussion 22
8.2.1. Osäkerhet *22*
8.2.2. Behov av organisatoriskt stöd *23*
8.2.3. Värderingar, normer och emotionella reaktioner *25*

9. Slutsats 27

10. Kliniska implikationer 27
11. Förslag till fortsatt forskning 28

Bilagor

Bilaga 1 Sökmatris CINAHL
Bilaga 2 Sökmatris PubMed
Bilaga 3 Sökmatris PsycInfo
Bilaga 4 Kvalitetsgranskningsmall inklusive exempel
Bilaga 5 Etisk egengranskning
Bilaga 6 Artikelmatris

1 Inledning

Känner du någon som är eller har blivit utsatt för våld i nära relationer (VNR)? Sannolikheten är stor att du gör det, medvetet eller omedvetet. VNR definieras som våld mot en person av en partner, nära vän, familjemedlem eller annan närstående (Stewart, 2020) och är ett utbrett samhällsproblem där lidandet inte enbart drabbar den utsatte utan även barn och närstående (Frenzel, 2024). Både män och kvinnor blir utsatta för VNR men kvinnor utsatta för mäns våld i nära relation är överrepresenterade (Stewart, 2020; Frenzel, 2024). Därför kommer denna uppsats fokusera på kvinnors utsatthet i en heterosexuell relation där mannen fortsättningsvis kommer att tituleras som ”förövaren”. Distriktssköterskan möter dagligen många patienter i sitt arbete och har därför goda möjligheter att upptäcka och hjälpa kvinnor utsatta för VNR. Det är dock av vikt att distriktssköterskan har kunskap om VNR och dess komplexitet för att kunna möta våldsutsatta kvinnor på bästa sätt.

2 Bakgrund

2.1 Våld

Våld definieras som handlingar eller beteenden som syftar till att medvetet skada en person eller grupp av människor (Berg & Loftsson, 2019; Jacquette, 2006). Våldsbrott är ett hot mot den globala folkhälsan och tiotusentals människor söker vård till följd av våldsutsatthet dagligen i världen (World health organisation [WHO], 2022). Skador till följd av våld kan vara fysiska, psykiska, berövande eller sexuella och kan förekomma kombinerat med varandra (United Nations Office for Disaster Risk Reduction [UNDRR] & International Science Council [ISC], 2025). I Sverige utgår myndigheter som exempelvis Socialstyrelsen (2023) från WHO:s definition av våld. WHO (2022) beskriver olika former av våld som exempelvis terrorism, hatbrott, könsrelaterat våld (inklusive VNR), barnmisshandel och gängrelaterat våld. Upp emot 11 procent av världens sammanlagda bruttonationalprodukt går till att bekosta konsekvenserna av denna typ av brott (WHO, 2022). I Sverige gjordes nästan 1,5 miljoner polisanmälningar år 2024 varav cirka 21 procent av dessa var ”brott mot person” (Brottsförebyggande rådet [BRÅ], 2025). ”Brott mot person” innefattar brott som exempelvis misshandel, sexualbrott, mord och ofredande (BRÅ, 2024).

2.2. Våld mot kvinnor

Våld mot kvinnor och i synnerhet kvinnor utsatta för VNR är globalt sett ett stort folkhälsoproblem och ett hot mot kvinnors mänskliga rättigheter (Stöckl & Sorenson, 2024; WHO, 2024a). Upp emot en tredjedel av alla kvinnor från 15 års ålder och uppåt har minst en gång blivit utsatta för våld globalt där förövaren oftast är en partner (WHO, 2022). I Agenda 2030 och de globala målen för hållbar utveckling beskrivs 17 mål för global utveckling. Mål 5 beskriver jämställdhet och kvinnors och flickors egenmakt och delmål 5.2 handlar om att utrota all form av våld mot kvinnor och flickor både i den offentliga och den privata sfären (United nations [UN], 2025). Snittet för kvinnor utsatta för någon form av våld i EU låg år

2024 på cirka 30 procent och i Sverige hade 52 procent av kvinnorna blivit utsatta (Eurostat, 2024).

Våld mot kvinnor drabbar inte enbart individer utan också samhället i stort vilket utgör ett hinder för utveckling och jämställdhet (Regeringskansliet, 2015; Stöckl & Sorenson, 2024). Våld mot kvinnor skapar otrygghet hos den kvinnliga befolkningen vilket innebär att kvinnor inte har möjlighet att leva på samma premisser som män vilket blir ett problem ur ett jämställdhetshetsperspektiv (Regeringskansliet, 2015; Socialstyrelsen, 2023; Öhman et al., 2020). Våld mot kvinnor innebär även en stor ekonomisk påverkan på samhället och staten i form av individuella kostnader för den utsatte som exempelvis psykisk vård, tandvård och läkemedel samt kostnader i stort för socialtjänstens insatser, hälso- och sjukvård och rättsväsende (Regeringskansliet, 2015).

Våld mot kvinnor har funnits i alla tider och har alltjämt tystats ner och ansetts vara en privat angelägenhet inom familjen (Regeringskansliet, 2015; Öhman et al., 2020). Historiskt sett insåg inte svenska folket våldets omfattning eller dess konsekvenser. Exempel på det var att all typ av våld i hemmet klassades som disciplinering och uppfostran av befolkningen fram till 1864 och så länge våldet inte ledde till allvarlig skada eller död ansågs det vara lagligt (Regeringskansliet, 2015). Våldtäkt i äktenskapet var lagligt fram till 1965 och det var först på 1990-talet mäns våld mot kvinnor synliggjordes och myndigheterna i Sverige fick ett tydligare och stramare ansvar i form av lagstiftning, föreskrifter och tillsyn (Regeringskansliet, 2015; Öhman et al., 2020). All offentlig verksamhet har idag ansvar för arbetet kring VNR i Sverige (Regeringskansliet, 2015) och trots att arbetet fortskrider gemensamt med övriga länder mot att nå det femte målet i Agenda 2030 (UN, 2025) hade upp emot 50 procent av den kvinnliga befolkningen i Sverige någon gång sedan 15 års ålder varit utsatta för VNR enligt Eurostats (2024) rapport.

2.3 Definition av våld i nära relationer

VNR definieras på liknande vis både globalt och nationellt och syftar till personer som blir utsatta för våld av exempelvis en familjemedlem, partner, vän eller annan närstående och våldet kan uttryckas på olika vis: fysiskt, psykiskt, sexuellt och/eller ekonomiskt samt kontrollerande och olaga förföljelse (stalkning) (Stewart, 2021). VNR är komplext då den som är utsatt inte alltid vet själv vad som räknas som våld och våldet kan av den anledningen fortgå en längre tid innan den utsatte inser att det är frågan om våldsutsatthet (Badenes-Sastre, 2025; Nordborg, 2019). Därtill finns känslomässiga band till förövaren, samt andra känslor som kärlek, skuld, skam och ansvarstagande, som försvårande faktorer (Austin, 2023).

2.3.1 Fysiskt och Psykiskt våld

Fysiskt våld innebär att skada någon med kroppsliga handlingar. Det kan vara allt från knuffar, nyp, fasthållning, bett och hårdragning till örfilar, strypning, sparkar, slag med eller utan tillhyggen och knivhugg (Stewart et al., 2021).

VNR innefattar alltid psykiskt våld vilket innebär att förövaren, med eller utan ord, skadar kvinnan mentalt, känslomässigt och i syfte att kontrollera. Psykiskt våld innebär allt från kränkningar, lögner och manipulation till direkta och indirekta hot

(Stewart et al., 2021). Skambeläggande, känslomässig utpressning och utnyttjande av barn i syfte att få kontroll är vanligt förekommande. Även hot om våld eller hot om våld mot husdjur, barn eller närstående räknas som psykiskt våld (Hultgren, 2021; Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK], 2025; Stewart et al., 2021)

2.3.2 Sexuellt och ekonomiskt våld

Sexuellt våld innebär att förövaren utsätter kvinnan för ofrivillig beröring av hennes kroppsdelar i sexuellt syfte, exempelvis smekningar och att utsättas för eller under tvång utföra sexuella handlingar inklusive våldtäkt (Stewart et al., 2021; WHO, 2024a). Sexuellt våld kan även innebära att tvingas bevittna sexuella handlingar (Austin, 2023). Vid ekonomiskt våld kontrollerar förövaren kvinnans ekonomi och pengar, ofta med allvarliga och långvariga konsekvenser för kvinnan som exempelvis skuldsättning (NCK, 2025).

2.4 Beteendemönster i våld i nära relationer

För att förstå komplexiteten med VNR, exempelvis varför många kvinnor stannar i eller återgår till destruktiva relationer är det av vikt att ha kunskap om vad som kännetecknar denna typ av relationer (Daibes & Safadi, 2023). VNR ter sig på olika sätt och i olika tidsintervaller (Nordborg, 2019). VNR startar ofta med intensiv förälskelse och bekräftelse. Våldet kommer sedan smygande, ofta i form av kontroll och svartsjuka. Trots att det beteendet kan kännas påfrestande för kvinnan tolkas det ofta som ett uttryck för kärlek (Austin, 2023). Kvinnans livsutrymme begränsas sedan gradvis vilket försvårar för henne att uppfatta vad som händer. Förövaren bagatelliserar våldet och skuldbelägger kvinnan (Austin, 2023; Badenes-Sastre et al., 2025).

VNR kan med tiden uppfattas som normalt i relationen och gränserna för vad som accepteras förskjuts, positiva handlingar uppförstoras och våldet förminskas av båda parterna (Nordborg, 2019). Detta kallas för normalisering och innebär att kvinnan omtolkar perioder utan våld som positiva just på grund av avsaknaden av våld (Daibes & Safadi, 2023). Detta beteende kan senare övergå till en strategi för överlevnad. Signifikant för normaliseringsprocessen är kontroll och växling mellan värme och våld i relationen, att kvinnan delar samma låga värderingar av sig själv som mannen har om henne samt att hon upplever sig vara orsaken till våldet (Nordborg, 2019). Att mannen växlar mellan våld och kärlek innebär en oförutsägbarhet och svårighet för kvinnan att värja sig emot. Det leder ofta till att de känslomässiga banden gentemot mannen förstärks samtidigt som självkänslan och självförtroendet sjunker vilket gör det svårare att ta sig ur relationen (Badenes-Sastre et al., 2023; Badenes-Sastre et al., 2025; Daibes & Safadi, 2023; NCK, 2025). Kvinnan gör ofta flera försök att lämna relationen innan det slutgiltiga uppbrottet sker (Daibes & Safadi, 2023).

2.4.1 Fysiska och psykiska följder för den som utsätts/utsatts för VNR

VNR leder till fysisk och/eller psykisk skada hos kvinnan. På kort sikt kan våldet leda till fysiska skador som frakturer, kontusioner, rivsår och ögonskador. De psykiska skadorna är ofta svårare att upptäckas av utomstående. På kort och lång sikt kan VNR leda till psykisk nedbrytning, depressioner, ångest, risk- och missbruk av alkohol och droger samt posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), självskadebeteenden och psykosomatiska symtom (Badanes-Sastre et al., 2024; Stewart, 2021). Det kan även leda till att kvinnan själv blir utåtagerande och brukar

våld (Austin, 2023; Socialstyrelsen, 2023). Badanes-Sastre et al. (2024) menar att påverkan på våldsutsatta kvinnors psykiska och fysiska hälsa kan vara förödande. Detta styrks i en studie av Sariaslan et al. (2024) som menar att riskerna för våldsutsatta kvinnor att utveckla allvarlig psykisk ohälsa, suicidförsök och för tidig död är nära på dubblerade jämfört med icke utsatta kvinnor.

2.5 Distriktssköterskans roll och ansvar

Patienter innehar lagstadgade rättigheter såsom exempelvis rätten till information, samtycke och delaktighet kring sin vård och omvårdnad (Hälso- och sjukvårdslag [HSL], 2017; Patientlag, 2014**).** Relaterat till detta ska distriktssköterskan respektera patientens autonomi och integritet samt skapa trygghet, tillit och förtroende i relationen med patienten och anhöriga. Distriktssköterskan ska även arbeta hälsofrämjande och hälsoförebyggande genom att organisera och driva arbete med livsstilsförändringar där VNR ingår (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Distriktssköterskan måste fråga kvinnor om våldsutsatthet och vårdgivaren är enligt lag skyldig att fastställa rutiner för kvalitetssäkring och utveckling kring arbetet med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Det ska finnas rutiner för var och när frågor om våldsutsatthet ska ställas och vilka åtgärder som ska vidtas. Samverkan med andra aktörer sker i enlighet med sekretessbestämmelser för att undvika att de inte motverkar varandra. Vårdgivaren ska tillse att personal har kunskap om VNR och kan omsätta den i praktiken (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer, 2022).

Våldsutsatta kvinnor tenderar att återkommande söka vård av olika skäl såsom huvudvärk eller långvarig oförklarlig smärta (Sundborg et al., 2012; Öhman, 2020). Det finns flera varningstecken som en distriktssköterska bör kunna uppmärksamma. Exempelvis om en av kvinnan uppgiven skadeorsak inte stämmer överens med utseendet på skadan, tidigare sjukvårdsbesök med oklar skadebild, upprepade vårdkontakter med diffusa åkommor eller patienten har väntat länge med att kontakta vården. Det kan även handla om en medföljande partner som inte vill lämna undersökningsrummet (Hultgren, 2021).

Distriktssköterskan möter många patienter och anhöriga vilket möjliggör upptäckten av VNR. Enligt Hultgren (2021) krävs beredskap för detta vilket innebär att ha kunskap om VNR och våga fråga, kunna ta emot svaret, att erbjuda lämpliga interventioner samt att medvetandegöra sina egna förutfattade meningar och attityder. Studier av bland andra Tarzia et al. (2020) och Peeren et al. (2024) visar att det finns brister inom primärvården när det kommer till att ställa frågan om våldsutsatthet och hur vårdpersonal ska hantera mötet med kvinnor utsatta för VNR. Både Tarzia et al. (2020) och Peeren et al. (2024) menar att kvinnor utsatta för VNR haft negativa upplevelser och erfarenheter från sjukvården efter att ha berättat om eller sökt för skador relaterade till VNR. De har exempelvis upplevt att sjukvårdspersonal inte tagit deras berättelse på allvar, inte haft intresse av vad de har att säga och även förminskat deras upplevelse och känslor. Studierna visade dock att våldsutsatta kvinnor som fått träffa vårdpersonal som tog sig tid att lyssna på deras berättelse, som inte dömde dem utan bekräftade och bemötte dem med respekt, kände en enorm lättnad (Peeren et al., 2024; Tarzia et al., 2020).

Distriktssköterskan kan uppleva olika känslor i mötet med kvinnor utsatta för VNR. Känslor som frustration över att en kvinna nekar vid frågan om våldsutsatthet trots

att de uppvisar uppenbara skador eller symtom som tyder på det. Kvinnliga distriktssköterskor som har egen erfarenhet av VNR på personligt plan kan uppleva rädsla och sårbarhet vid identifikation med offret (Berglund & Witkovski, 2019). I studier av Abdulrahman H Aljomaie et al. (2022), Dowrick, Feder och Kelly (2021) och Sundborg et al. (2012) ligger fokus på vårdspersonals, och däribland distriktssköterskors, upplevelser av mötet med patienter utsatta för VNR. Dessa studier visar på att sjukvårdspersonalen upplever svårigheter kring att fråga kvinnliga patienter om våldsutsatthet, bemöta dessa utifrån svaret de fick och hur de ska hantera ärenden kring VNR gällande behandling och/eller samtal.

3 Teoretisk referensram

3.1 Personcentrerad vård

McCormack och McCance (2006) har utarbetat ett ramverk för personcentrerad vård vilken författaren valt att utgå ifrån. McCormack och McCance (2006) beskriver att ramverket bygger på en humanistisk grundsyn där individer ses som unika baserat på deras resurser, värderingar och erfarenheter. Mötet och partnerskapet mellan sjuksköterska och patient ses som kärnan och patienten ses inte som en passiv mottagare utan som en aktiv deltagare i vården. I ramverket beskrivs fyra faktorer för att uppnå en individcentrerad vård: sjuksköterskans förutsättningar, vårdmiljön, personcentrerade processer och personcentrerade resultat (McCormack & McCance, 2006).

Sammanfattningsvis ska distriktssköterskan i enlighet med detta ramverk engagera sig, stötta och behandla patienten med respekt i mötet vilket innebär att patientens upplevelse är av vikt (Nygren Zotterman et al., 2015). Detta synsätt delar även Svensk sjuksköterskeförening (2019) som beskriver att distriktssköterskan ska kunna möta patienter och närstående med lyhördhet, närvaro och ärlighet. Det innebär också att kunna bekräfta och stötta patientens delaktighet och förmågor utifrån ett hälsofrämjande förhållningssätt. McCormack och McCance (2006), Nygren Zotterman et al (2015) och Svensk sjuksköterskeförenings (2019) beskrivning av personcentrerad vård stämmer väl överens med ”5 kap. Delaktighet” i Patientlag (2014). Personcentrerad vård har sitt ursprung i en patients egen berättelse. Patienten står i centrum och distriktssköterskan ska aktivt lyssna och vara följsam i samtalet (Boström & Fischer Grönlund, 2023). Vår livsvärld är utgångspunkten för hur kunskap tillägnas, den är individuell och bygger på erfarenheter, förförståelse och vilket sätt vi ser på det vi ska lära oss eller tillägna oss (Ekebergh, 2022). Mötet mellan distriktsköterskan och patienten är patienten experten på sin egen situation och distriktssköterskan bidrar med omvårdnads och medicinsk expertis (Boström & Fischer Grönlund, 2023). I personcentrerad vård är relationerna mellan vårdpersonal och patient öppna och samtalsbaserade och det är av vikt att medvetandegöra professionella dygder. Med ett holistiskt förhållningssätt där kvinnan ses som en unik individ där alla aspekter av hennes liv beaktas patientens förmågor i mötet. Detta leder till att den professionella medvetenheten och de unika aspekterna kring patienternas liv uppmärksammas (Josse Eklund, 2021; Wolf et al., 2017). Vidare är det av vikt att i mötet gemensamt författa en hälsoplan där patientens berättelse avgör vilka resurser och behov som finns, hur

pass delaktig patienten vill vara i planer och beslut om vård och behandling samt slutligen dokumentation och uppföljning (Holmström, 2022). Denna beskrivning stämmer väl överens med McCormack och McCance (2006) fyra faktorer för att uppnå personcentrerad vård.

Författaren har valt personcentrerad vård som teoretisk referensram då kvinnor utsatta för VNR ofta under lång tid levt med VNR, våldet har normaliserats och deras kontroll och makt har länge varit fråntaget dem (Badenes-Sastre et al., 2024). Personcentrerad vård kan motverka detta då den våldsutsatta kvinnan tillåts se sig själv som expert på sitt eget liv och vården kring henne anpassas i samråd mellan vårdpersonal och kvinnan. Personcentrerad vård bidrar till struktur och förståelse vilket underlättar främjande av återhämtning och välbefinnande (McCormack & McCarne, 2006).

4 Problemformulering

VNR är idag ett tydligt dokumenterat samhällsproblem och var tredje kvinna i världen har någon gång blivit utsatt. VNR är komplext och det är av vikt att distriktssköterskan har kunskap om denna komplexitet både för distriktssköterskans egen roll i mötet med dessa kvinnor samt för att tillse att kvinnorna får rätt information och fortsatt stöd och hjälp. Distriktssköterskan möter i sitt yrke dagligen ett stort antal patienter oavsett arbetsplats vilket innebär en viktig roll vid identifiering av VNR. Distriktssköterskan måste ställa frågan om VNR och vara förberedd på att ta emot svaret.

Trots att det framgår tydligt vilken roll hälso- och sjukvården, och därmed distriktssköterskan, har kring VNR visar studier att kvinnor utsatta för VNR upplever brister vid kontakt med sjukvården såsom känslan av att inte bli tagna på allvar eller att deras upplevelser och känslor förminskats. Det finns därför behov av att samla ihop och tydliggöra de erfarenheter distriktssköterskan kan ha i mötet med kvinnor utsatta för VNR, medvetandegöra dessa och hitta strategier för att med ett personcentrerat arbetssätt förbättra mötet mellan distriktssköterskor och våldsutsatta kvinnor. Detta för att kunna identifiera och hjälpa fler utsatta kvinnor och i enlighet med Agenda 2030s delmål 5.2 kunna bidra till eliminering av VNR.

5 Syfte

Syftet är att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av möten med vuxna kvinnor i heterosexuella parrelationer utsatta för våld i nära relationer.

6 Metod

6.1 Design

Systematisk litteraturöversikt är en syntes av all aktuell forskning som fokuserar på att svara på specifik frågeställning (Polit & Beck, 2021; Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Specifikt beskrivet genomförs litteraturöversikten för att försöka identifiera, välja ut, utvärdera och syntetisera all högkvalitativ forskningsevidens relevant för den specifika frågeställningen. Studier som inkluderas i en litteraturöversikt ska vara av explicit och rigorös design vilket möjliggör att ifrågasätta resultaten mot tydliga sammanhang och forskningsintentioner (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024).

Författaren har valt att designa en systematisk litteraturöversikt med en kvalitativ metod och en induktiv ansats där resultatet utgörs av vetenskapliga artiklar med kvalitativ design för att svara på litteraturöversiktens syfte. I forskning med induktiv ansats utgår forskaren i empirin och ska på ett förutsättningslöst vis observera och studera ett specifikt fenomen och beskriva detta så korrekt som möjligt (Priebe & Landström, 2023). För att på ett strukturerat sätt uppfylla alla kriterier för en systematisk litteraturöversikt har författaren utgått från och följt Bettany-Saltikov och McSherrys (2024) nio steg för att planera och strukturera litteraturöversikten:

Utveckla en svarbar forskningsfrågeställning (steg ett), skriva ett forskningsprotoll (steg två), författa en bakgrund (steg tre), skriva ner målet eller syftet med den systematiska översikten (steg fyra), specificera inklusions- och exklusionskriterier (steg fem), strukturera och genomföra artikelsökningen (steg sex), välja, värdera och extrahera relevant data från primära artiklar som svarar på litteraturöversiktens syfte (steg sju), vald data syntetiseras, sammanställas och presenteras samt utförande av detta (steg åtta) samt författa diskussion och färdigställa den systematiska litteraturöversikten (steg nio) (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Steg åtta mynnade ut i studiens resultat i kapitel sju och steg nio som var diskussionen presenteras i kapitel åtta. Hur författaren följde steg ett till sju är tydligt beskrivet i respektive rubriker i detta kapitel.

6.2 Urval

En forskningsfrågeställning initierades, som löd likt studiens nuvarande titel men då med två teman; upplevelser eller erfarenheter, enligt steg ett (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Steg två och tre (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024) var att strukturera upp den kommande studien genom att författaren antecknade samtliga huvudrubriker i ett dokument där den initiala forskningsfrågan blev titeln och bakgrunden formulerades sedan. Därefter utfördes testsökningar i CINAHL, PsycInfo och PubMed med engelska översättningar av sökorden ”våld i nära relationer”, ”primärvård” och ”distriktssköterska” i syfte att få en uppfattning om vilka områden och vilket antal artiklar som fanns. Vid testsökningarna kombinerades olika sökord och fler lämpliga synonymer upptäcktes. Utifrån sökresultaten bildades sedan syftet i sin helhet enligt steg fyra (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024).

Inklusionskriterierna, steg fem enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2024), var vetenskapliga artiklar med kvalitativ metod för att kunna plocka ut distriktssköterskans erfarenheter. Kvinnorna i mötet skulle vara över 18 år och leva i en heterosexuell parrelation för att resultatet skulle svara på denna studies syfte. Artiklarna skulle vara skrivna på engelska, vara peer-reviewed och vara publicerade från år 2015 till och med 2025. Kvalitetsgranskning skulle enligt granskningsprotokollet utmynna i god kvalitet och vara prövade samt godkända av en etisk kommitté (bilaga 5). Då benämningen distriktssköterska inte är likvärdig i alla länder valde författaren att även inkludera artiklar som fokuserade på legitimerade sjuksköterskor med motsvarande kompetens i primärvården för att minimera risken att missa relevanta artiklar som svarar på studiens syfte. Motsvarande kompetens innebär främst legitimerade sjuksköterskor med avancerad specialistutbildning verksamma inom primärvård men då det var svårt att finna tillräcklig mängd artiklar på dessa kriterier inkluderades även sjuksköterskor med minst två års erfarenhet av arbete inom primärvård samt barnmorskor och barnsjuksköterskor som arbetar i primärvården med liknande mottagningsarbete tillsammans med distriktssköterskor eller sjuksköterskor med motsvarande kompetens. Framledes i studien kommer alltså även legitimerad sjuksköterska inom primärvård samt barnmorskor och barnsjuksköterskor som arbetar med mottagning i primärvården att ingå i begreppet ”distriktssköterska”.

Exklusionskriterier var barn (under 18 år) utsatta för VNR samt artiklar som rörde prehospital vård och slutenvård. Artiklar som innehöll perspektiv från flera yrkesgrupper och professioner exkluderades om författaren inte kunde finna ut vilka delar av resultatet som gällde distriktssköterskor, specialistutbildade sjuksköterskor eller sjuksköterskor med motsvarande kompetens.

6.3 Datainsamling

I steg sex (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024) formulerades sedan, efter studiens syfte, en tydlig sökstrategi enligt PEOT-modellen (*population, Exposure, Outcomes/themes, Type of study/design)* (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024) (tabell 1).

Tabell 1. Specificering av syftet enligt PEOT (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024).

P (population)	E (Exposure)	O (outcomes/themes)	T (type of study)
Distriktssköterskan	Vuxna kvinnor i heterosexuell parrelation utsatta för våld i nära relationer	Distriktssköterskans erfarenheter av möten	Kvalitativ

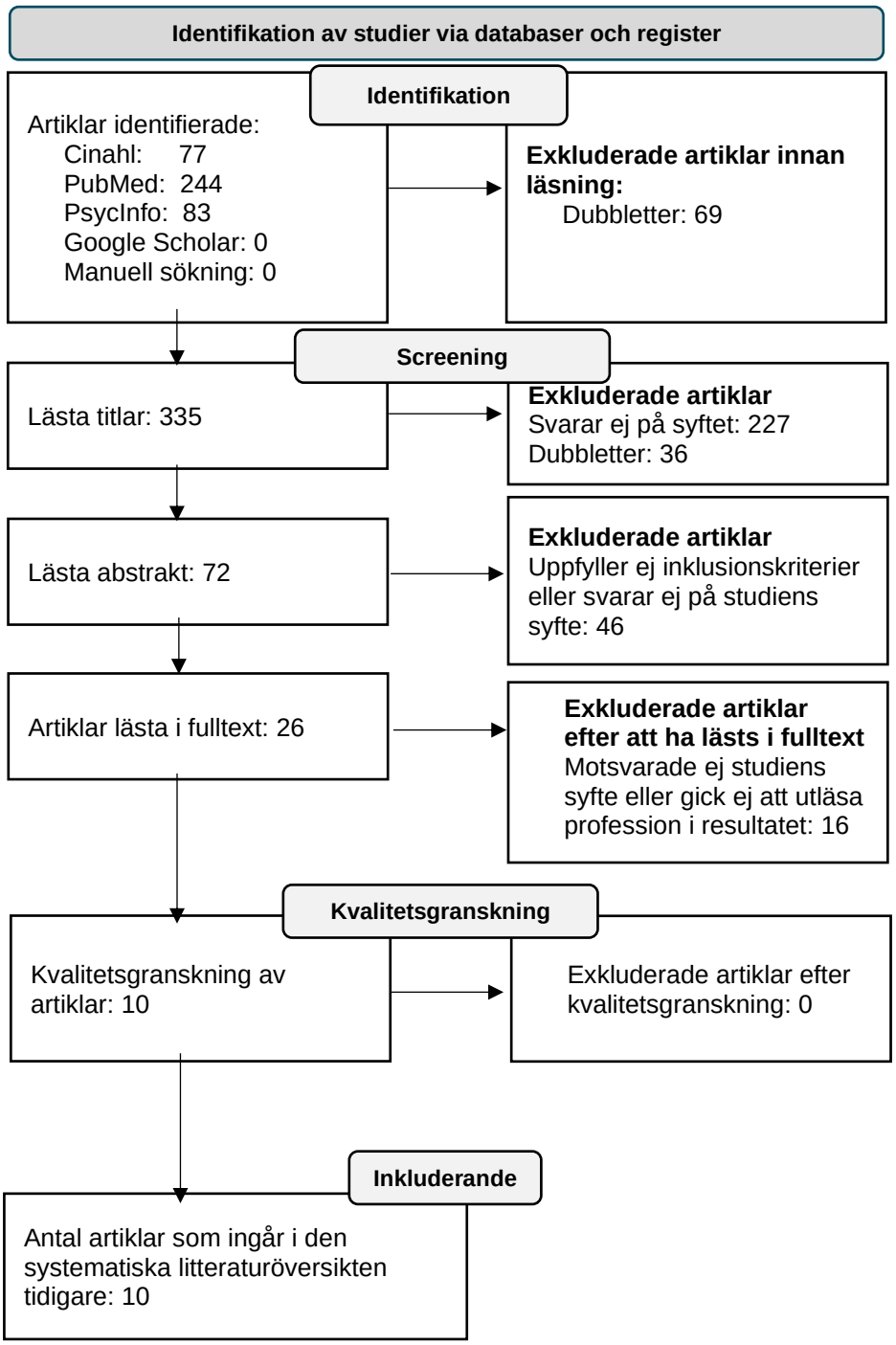
Datainsamlingen påbörjades genom att författaren utgick från söktermerna ”**distriktssköterska**” eller motsvarande, ”**primärvård**”, ”**våld i nära relationer**” samt ”**erfarenhet**”. Synonymer hittades via Svensk MeSh som även användes för

översättning av svenska medicinska termer till engelska tillsammans med Thesaurus för att få en förklaring på termerna. Författaren fann även fler synonymer via testsökningarna (samtliga söktermer återfinns i bilaga 1-3). De fyra söktermerna och dess synonymer delades in i block och en grovsökning utfördes sedan i databaserna CINAHL (Bilaga 1), PubMed (Bilaga 2) och PsycInfo (Bilaga 3) vilka enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2024) alla är vedertagna databaser som lämpar sig för forskning inom vård, hälsa och medicin. Dessa tre databaser användes sedan vid den systematiska litteratursökningen. Vid blocksökningarna användes booleska orden OR och AND för att både smalna av sökningen (AND) och bredda sökningen genom att kombinera flera olika synonymer (OR) i syfte att fånga upp ämnet väl vid en sökning och slippa att göra flertalet snarlika sökningar (Hellberg & Karlsson, 2023). Vidare användes trunkering delvis för att inkludera ord med olika ändelser som exempelvis *nurs** och citationstecken användes vid sökning med flera ord i följd. Sökordet *”nurs*”* kombinerades med exempelvis ”primary care” för att inte riskera att gå miste om relevanta artiklar från länder där den engelska översättningen till distriktssköterska inte existerar. I tillägg till databassökningarna gjordes även fritextsökningar i Google Scholar. Dessa fritextsökningar ledde dock inte till några fynd för denna litteraturöversikt. Till sist utfördes manuella sökningar i redan funna artiklars referenslistor för att identifiera andra artiklar som eventuellt inte framkommit i databassökningarna. Den manuella sökningen ledde inte till några ytterligare fynd till studiens resultat, dock fann författaren artiklar användbara till diskussionen.

Initialt kombinerades samtliga sökord på samma sätt i PubMed, CINAHL och PsycInfo, fritextsökningar utfördes i Google Scholar och manuella sökningar i referenslistor. Sökträffarna filtrerades utifrån studiens inklusionskriterier vilket slutligen genererade sammanlagt 335 artiklar. Därefter lästes alla titlar i sökträffarna. Nästa steg var att sortera ut de artiklar som inte motsvarade studiens syfte samt dubbletter vilket genererade 72 artiklar. Dubbletter som återfanns i samtliga tre databaser exkluderades från PubMed och CINAHL. Dubbletter som återfanns i två databaser behölls i CINAHL respektive PsycInfo. Kvarvarande 72 artiklars abstrakt genomlästes och de som inte motsvarade studiens syfte och urvalskriterier exkluderades. I PubMed fanns inte funktionen för att enbart visa artiklar som var ”peer reviewed”. Författaren kontrollerade därför att även de artiklarna var peer-reviewed med hjälp av databasen Ulrichsweb som har en förteckning av internationella tidskrifter, samtliga aktuella tidsskrifter fanns listade där. De 26 artiklar som kvarstod efter granskning av abstrakt lästes i sin helhet i syfte att avgöra huruvida de var aktuella för kvalitetsgranskning. I detta steg gjordes en manuell granskning i de artiklar som berörde ”vårdpersonal” i primärvården om möjligheten att utläsa vilka informanter som var distriktssköterskor. Denna manuella granskning resulterade i exkludering av 12 artiklar. Här säkerställdes även att distriktssköterskornas patienter var kvinnor som blivit utsatta av en man i nära relation vilket bekräftades i samtliga artiklar. Ytterligare fyra artiklar exkluderades som inte tydligt motsvarade studiens syfte. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2024) är det viktigt att dokumentera sökdetaljer noga för att på så vis kunna göra om sökningarna och det ökar trovärdigheten på sökstrategin. Ett flödesschema på litteratursökningen utformades och fylldes i kontinuerligt enligt PRISMA (Page et al., 2012) för att enkelt kunna följa sökflödet (figur 1).

Figur 1.

Urvalsprocess presenterad enligt PRISMA Flödesschema, fritt översatt till svenska.



6.4 Kvalitetsgranskning

Initialt, enligt Bettany-Saltikov och McSherrys (2024) sjunde steg, utförde författaren sedan en kvalitetsgranskning för att bedöma vilket kvalitet artiklarna hade. Granskningen gjordes enligt Caldwells kvalitetsgranskningmall som syftar till att bedöma kvaliteten på både kvantitativa och kvalitativa artiklar (Caldwell, Henshaw & Taylor, 2011) (Bilaga 5). Granskningsmallen för kvalitativa artiklar innefattar 18 kriterier där maxpoängen är 36. Ja fick två poäng, delvis fick ett poäng och nej fick noll poäng. Artiklarna fick efter sammanställning av poängen låg <27, medel 27–29 eller hög kvalitet 30–36 poäng (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Samtliga tio artiklar som granskades var av hög kvalitet och gick vidare till analys.

6.5 Datanalys

Vid dataanalysen följde författaren Bettany-Saltikov och McSherrys (2024) lättöverskådliga och detaljerade nio-stegsmodell för tematisk dataanalys vilken omfattar helhetsbedömning, detaljerad analys och slutligen en syntetisering av resultaten. Denna metod bidrog till fördjupad förståelse för ämnet och underlättade identifiering av likheter och skillnader i resultaten (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024).

I *första steget* lästes resultatet igenom i samtliga artiklar flera gånger för att få en djupare förståelse för deltagarnas livsvärld. *Andra steget* var att identifiera meningsbärande enheter, exempelvis: *”*we cannot interfere in the family relationsship*” (*Uysal Yalçın et al., 2024, s. 5), utifrån studiens syfte. Detta gjordes genom att färgmarkera valda delar av resultatet i olika färger vartefter gemensamma enheter upptäcktes. Därefter överfördes samtliga markerade enheter till ett dokument där de sorterades efter färg i olika grupper utifrån artiklarna de hämtats från. *Tredje steget* var att skapa en tabell där alla meningsbärande enheter placerades. Samtliga färgmarkerade och sorterade meningsbärande enheter märktes med artiklarnas respektive nummer (1-10) för att underlätta vid referenshanteringen i resultatet senare. *Fjärde steget* var att genomföra en öppen kodning av meningsbärande enheter vilket innebar identifiering och gruppering av återkommande och liknande rubriker och citat vilka sedan översattes till svenska. Exempel på öppen kodning av meningsbärande enhet från senast nämnda citat är: ”No interferance in private matters”, översatt till svenska: ”undviker inblandning i andras privatliv”. I *Femte steget* grupperades de rubriker som liknade varandra till övergripande kategorier och därav bildades flera större kategorier. *Sjätte steget* var att syntetisera kategorierna och sortera ut de som liknade varandra.

Då det endast är en författare av denna litteraturöversikt fick en före detta kollega till författaren som är specialistutbildad sjuksköterska läsa igenom artiklarnas resultat, alla uppkomna meningsbärande enheter och därefter kategorierna för att undvika bias då det finns risk att en ensam författare kan missa relevant information som någon annan kan upptäcka. Detta skedde i det *sjunde steget.* I det *åttonde steget* lästes artikelns resultat igenom än en gång för att säkerställa att all data analyserats**.** I det sista *nionde steget* gjordes steg 1-8 om igen med alla resterande artiklar. Exempel på analysprocessen (Tabell 2).

Tabell 2.

Exempel på analysprocessen.

Artikel/ sida/kolumn/rad	Meningsbärande enhet	Översättning	Öppen kodning	Underkategori	Kategori
Simsek-Cetinkaya, Ş. & Evrenol Ocal, S. (2023). Sid 1119. Kolumn vänster Rad 4.	*"We are burnt out. Everything is expected from us, how much time can I spend to recognize violence in pregnancy? If I spend time on that, what happens to the other pregnant? A separate unit should be founded for that"*	"Vi är utbrända. Allt begärs från oss, hur mycket tid kan jag spendera på att upptäcka våld i graviditet? Om jag spenderar tid på det, vad händer med de andra gravida? En separat avdelning borde upprättas för det"	Vi är utbrända Allt begärs från oss Hur mycket tid kan jag spendera? Vad händer med de andra? En separat avdelning borde upprättas	Arbetsbörda Stöttning från kollegor och chef	Behovet av organisatoriskt stöd

6.6 Forskningsetiska överväganden

Examensarbeten inom högskoleutbildning på avancerad nivå undantas från etisk prövning som omfattar forskning på levande personer (Lag om etikprövning av forskning som avser människor, 2003). Oavsett detta är det av vikt att examensarbeten och i det här fallet systematiska litteraturöversikter är av god kvalitet och innehåller artiklar granskade och godkända av en etisk kommitté (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024).

Forskning bör följa god forskningssed. Fyra grundprinciper för god forskningssed är tillförlitlighet, ärlighet, ansvar och respekt (Vetenskapsrådet, 2024). Författaren har följt god forskningssed genom att ha återgivit tidigare forskning på ett korrekt vis samt följt gällande referenshantering. Författaren har också tillsett att alla artiklar inkluderade i denna litteraturöversikt har genomgått en etisk granskning med godkännande från etisk kommitté vilket framkommer i fråga sju i Caldwells (2011) granskningsmall (Bilaga 4). Författaren har i denna litteraturöversikt exempelvis använt citat från deltagare i inkluderade artiklar men eftersom samtliga artiklar är etiskt granskade och godkända av etisk kommitté överstiger nyttan den eventuella risken för samtliga deltagare. Författaren har även tagit etiska aspekter i åtanke genom att göra en etisk egengranskning (Etikkommittén sydost, 2025), (bilaga 5). Nyttan med litteraturöversikten överstiger eventuella risker då resultatet förväntas

vara till nytta för fortsatt forskning och i längden till nytta för kvinnor utsatta för VNR i mötet med distriktssköterskor.

Författaren har som privatperson och som sjuksköterska i flera olika vårdkontexter, bland annat ambulanssjukvård, erfarenheter av situationer där VNR förekommit vilket kan ha lett till förförståelse. Polit och Beck (2021) anser att det är av vikt att forskaren reflekterar över och håller sig objektiv till sin egen påverkan av resultatet. För att upprätthålla god kvalitet och transparens har författaren därför aktivt medvetandegjort sin förförståelse för att inte riskera att urval, analys och resultatet färgas i enlighet med Polit och Becks (2021) utsago.

7 Resultat

Samtliga artiklar inkluderade i studien hade en kvalitativ design och har sitt ursprung från ett flertal olika länder; Spanien (2), Brasilien (3), Sverige (2), Finland (1) och Turkiet (2). Dataanalysen mynnade ut i tre kategorier och tio underkategorier som blev studiens resultat (Figur 2).

Figur 2.

Kategorier och underkategorier i resultatet

Kategori	Underkategorier
Osäkerhet	Oro kring att närma sig det svåra samtalet i mötet Rädsla för förövaren Professionell osäkerhet vid bekräftad våldsutsatthet Kvarstående oro för kvinnan vid nekande svar
Behov av organisatoriskt stöd	Kompentensutvecklingens roll i mötet Strukturella förutsättningar och arbetsbelastning Stöd från kollegor och ledning
Värderingar, normer och emotionella reaktioner	Förutfattade meningar och attityder Skam och kulturella normer som barriär i mötet Konsekvenser för distriktssköterskan

7.1 Osäkerhet

7.1.1 Oro kring att närma sig det svåra samtalet i mötet

Att ställa frågan om VNR till kvinnor triggar upplevelsen av oro för negativa konsekvenser för kvinnorna vilket medför att distriktssköterskor upplever osäkerhet kring huruvida de ska ställa frågan om VNR, på vilket sätt frågan ska ställas och vilken reaktion de får efteråt (Anderzén Carlsson et al., 2021; Brinones-Vozmediano et al., 2022; Maquibar et al., 2023; Sundborg et al., 2015). Denna osäkerhet liknades av vissa distriktssköterskor med att öppna Pandoras ask, att de är osäkra på vad som ska ske vid och efter frågan om VNR (Brinones-Vozmediano et al., 2022). I en

studie framkommer att relationen mellan distriktssköterskor och kvinnor utsatta för VNR erfars som oerhört komplex och att det finns en skörhet mellan att göra rätt och fel (Maquibar et al., 2023). Distriktssköterskor beskriver även att de erfar oro för att relationen mellan distriktssköterskan och kvinnan ska påverkas negativt (Anderzén Carlsson et al., 2021; Sundborg et al., 2015). Andra erfar oro för att kvinnorna ska gå i försvarsställning, känna skam eller förneka utsatthet för VNR bland annat relaterat till rädsla eller misstro till rättssystemet ((Briones-Vozmediano et al., 2022; Maquibar et al., 2023; Simsek-Cetinkaya et al., 2023; Sundborg et al., 2015). Ett annat dilemma är distriktssköterskors osäkerhet kring om och när misstänkta eller bekräftade fall av VNR skulle anmälas till socialtjänsten av rädsla för att skada familjen eller att äventyra relationen mellan distriktssköterskan och kvinnan (Anderzén Carlsson et al., 2021). Upplevelser av osäkerhet hos distriktssköterskor tenderar att underlättas i takt med ökad erfarenhet (Anderzén Carlsson et al., 2021; Briones-Vozmediano et al., 2022; Maqubar et al., 2023) och i takt med att relationen mellan kvinnan och distriktssköterskan stärks genom kontinuerlig kontakt (Sundborg et al., 2015).

7.1.2 Rädsla för förövaren

Studiens resultat visar att rädsla för vedergällning från förövaren utgör ett hinder för distriktssköterskor för att ställa frågan till kvinnor om utsatthet för VNR samt påverkade dokumentationen av mötena (Anderzén Carlsson et al. (2021; Carneiro et al., 2022; Maqubar et al.; 2023; Uysal Yalçın et al., 2024). Distriktssköterskor erfar oro över att kvinnan och hennes familj skulle komma till skada om förövaren fick vetskap om att kvinnan tillfrågats om utsatthet för VNR (Simsek-Cetinkaya et al., 2023). Det förekommer även oro för att distriktssköterskor själva ska utsättas för hot och våld av förövaren om de uppmärksammat eller anmält fall av VNR (Maquibar et al., 2023; Uysal Yalçın et al., 2024; Anderzén Carlsson et al.,2021). Rädslan förstärks av hög incidens av våld mot hälso- och sjukvårdspersonal (Uysal Yalçın et al., 2024).

Distriktssköterskor erfar osäkerhet då förövaren finns med i rummet tillsammans med kvinnan. Upplevelsen beskrivs både som rädsla för egen person och som ett etiskt dilemma (Anderzén Carlsson et al., 2021; Maquibar et al., 2023). Etiska dilemman beskrivs som osäkerhet kring hanteringen av sina egna känslor inför vetskapen att en närvarande förövare i rummet utsätter kvinnan för VNR. Detta i kombination med professionellt uppträdande i dessa möten samtidigt som de hindras att tala med kvinnan om ämnet (Maquibar et al., 2023). Ytterligare en osäkerhet och etiskt dilemma uppstår när distriktssköterskan blir vittne till att förövaren utsätter kvinnan för verbalt våld vid mötet. Upplevelsen av detta fenomen skilde sig åt hos distriktssköterskorna då vissa anser att risken för att kvinnan utsätts för vedergällning av förövaren ökar om distriktssköterskan konfronterar förövaren vid händelsen, andra undviker konfrontation relaterat till rädsla för förövaren och några erfar att de måste agera och medvetandegöra förövaren om beteendet mot kvinnan (Maquibar et al., 2023). Distriktssköterskor erfar även osäkerhet kring dokumentation av information om VNR som framkommer i mötet med kvinnor relaterat till rädsla för att förövaren ska komma över informationen i kvinnans journal och konfrontera distriktssköterskan (Carneiro et al., 2022; Maqubar et al., 2023).

7.1.3 Professionell osäkerhet vid bekräftad våldsutsatthet

Distriktssköterskor ifrågasätter sig själva och erfar osäkerhet kring egen förmåga att hantera ett jakande svar på frågan om kvinnan är utsatt för VNR. Detta är en hindrande faktor till att alls ställa frågan om våldsutsatthet. Distriktssköterskor beskriver att de har en vilja att fråga kvinnor om våldsutsatthet, att de borde fråga alla men att de erfar rädsla relaterat till osäkerhet kring hur de ska hantera svaret (Briones-Vozmediano et al., 2023; Sundborg et al., 2015). Distriktssköterskans osäkerhet på sin egen roll i mötet med våldsutsatta kvinnor och vilket stöd kvinnan ska få spelar en viktig roll och försvåras ytterligare om kvinnan och hennes familj har andra behov och svårigheter (Anderzén Carlsson et al., 2021; Lähteenmäki et al., 2025). Några distriktssköterskor erfar att de inte kan erbjuda support alls till våldsutsatta kvinnor och vissa uppger att de kan identifiera VNR men är osäkra på hur de ska hantera situationen. Några anser att det inte finns något att göra åt kvinnornas situation och andra anser att den uppgiften inte ligger på deras bord (Sundborg et al., 2015; Uysal Yalçın et al., 2024).

7.1.4 Kvarstående oro för kvinnan vid nekande svar

En generell upplevelse finns bland distriktssköterskorna att många kvinnor inte svarar ärligt på frågan om de är utsatta för VNR. Det finns distriktssköterskor som uppfattar att kvinnorna själva inte vet att det de utsätts för av förövaren definierades som våld, i synnerhet psykiskt våld (Simsek-Cetinkaya et al., 2023). I de fall de misstänker att kvinnorna inte svarar sanningsenligt på frågan om utsatthet för VNR erfar distriktssköterskor oro för kvinnorna och osäkerhet kring vidare hantering (Visentin et al., 2015). Processen för att kvinnor ska inse att de är utsatta för VNR och påbörja arbetet med detta i efterkommande möten med distriktssköterskor är tidskrävande och resulterar i att distriktssköterskor erfar oro för att något ska hända kvinnorna i hemmet under tiden (Maquibar et al., 2023). Distriktssköterskor beskriver även osäkerhet gällande frågan om kvinnors våldsutsatthet i de fall de är bekanta med varandra privat. Detta medför svårigheter att fråga om kvinnan är utsatt för VNR och om det finns mod att fråga erfar de osäkerhet om kvinnorna svarar sanningsenligt eller inte (Lähteenmäki et al., 2025).

Distriktssköterskor som arbetar med hemsjukvård erfar oro för kvinnor som vid fysiska besök på kliniker eller mottagningar uppvisat tecken på utsatthet för VNR men som nekar till våldsutsatthet vid förfrågan. Vid efterföljande hembesök hos kvinnorna visade det sig att våldsutsatthet var ett faktum och distriktssköterskorna belyser hemsjukvård som ett bra verktyg för att upptäcka VNR (Paixão Sobral et al., 2023).

7.2 Vikten av organisatoriskt stöd

7.2.1 Kompentensutvecklingens roll i mötet

Professionell träning och intern utbildning kring VNR beskrivs som en viktig faktor för att kunna identifiera våldsutsatta kvinnor men erbjuds inte på alla arbetsplatser (Lähteenmäki et al., 2025; Sundborg et al., 2015; Visentin et al., 2015). Bristen på professionell träning och intern utbildning är hindrande faktorer som leder till känslan av att vara oförberedd (Visentin et al., 2015). Distriktssköterskor som däremot erhåller integrerad träning och utbildning upplever sig mindre tveksamma inför identifiering och möten med våldsutsatta kvinnor (Sundborg et al., 2015). Utöver bristen på träningen och utbildning inom organisationen uppger flera

distriktssköterskor att graden av utbildning varierar (Lähteenmäki et al., 2025) och att vissa helt saknar utbildning inom VNR från tidigare universitetsstudier (Brinoes-Vozmediano et al., 2022; Visentin et al., 2015).

7.2.2 Strukturella förutsättningar och arbetsbelastning

Resultatet visade att distriktssköterskor generellt är positiva till mötet med kvinnor utsatta för VNR (Anderzén Carlsson et al., 2021; Briones-Vozmediano et al., 2022; Carneiro et al., 2022;; Lähteenmäki et al., 2025; Maquibar et al., 2023; Paixão Sobral et al., 2023; Sundborg et al., 2017; Visentin et al., 2015). Deras arbetsbörda innebär dock ofta att de upplever tidsbrist vilket blir en hindrande faktor för både identifiering av och interventioner med kvinnor utsatta för VNR (Anderzén Carlsson et al., 2021; Briones-Vozmediano et al., 2022; Lähteenmäki et al., 2025; Paixão Sobral et al., 2023; Simsek-Cetinkaya et al., 2023; Sundborg et al., 2015; Visentin et al., 2015). Arbetsbördan kan bestå av fullbokat schema, dagliga rutiner, personalbrist och bokade patienter. Distriktssköterskor vittnar om att tidsbrist i samband med identifiering av kvinnor utsatta för VNR leder till erfarenheter av stress och dåligt samvete gentemot både kvinnorna och väntande bokade patienter (Briones-Vozmediano et al., 2022; Lähteenmäki et al., 2025; Simsek-Cetinkaya et al., 2023; Sundborg et al., 2015; Visentin et al., 2015). Upplevelsen av att behöva avsluta mötet med en kvinna som fått frågan hur hon mår och som då öppnat sig och börjat prata om sin utsatthet för VNR beskrivs som hemsk ur ett etiskt perspektiv för distriktssköterskan (Lähteenmäki et al., 2025). Motivationen för att arbeta med kvinnor utsatta för VNR sjunker då distriktssköterskor känner sig överbelastade med hårt arbete vid personalbrist (Briones-Vozmediano et al., 2022). Vissa distriktssköterskor erfar att de skulle bli utbrända om de tvingas spendera tid på möten med kvinnor utsatta av VNR och anser att detta ska utföras på annan enhet (Simsek-Cetinkaya et al., 2023; Sundborg et al., 2015).

Vid avsaknad av rutinmässig screening för att identifiera kvinnor utsatta för VNR väljer många distriktssköterskor att inte fråga kvinnor direkt om våldsutsatthet (Carneiro et al., 2022; Maquibar et al., 2023; Simsek-Cetinkaya et al., 2023; Sundborg et al., 2015; Uysal Yalçın et al., 2024; Visentin et al., 2015). De distriktssköterskor som inte frågar försöker initialt att vinna kvinnornas förtroende och bygga upp en god relation med henne. Detta genom att aktivt lyssna på kvinnan och visa empati, ställa följdfrågor och/eller boka fler tider för uppföljande möten (Carneiro et al., 2022; Maquibar et al., 2023; Sundborg et al., 2015; Visentin et al., 2015). Distriktssköterskor erfar att uppdaterad vetskap om gällande rutiner och tillgängliga resurser är av vikt (Maquibar et al., 2023). Avsaknad av rutiner kring identifiering av och interventioner för kvinnor utsatta för VNR på mottagningen kan leda till rollförvirring och uppfattningen att detta ansvar inte tillhör distriktssköterskan (Simsek-Cetinkaya et al., 2023 & Uysal Yalçın et al., 2024).

Distriktssköterskor som använder sig av rutinmässig screening för att identifiera kvinnor utsatta för VNR ställer direkta frågor till kvinnor om våldsutsatthet i högre utsträckning (Anderzén Carlsson et al., 2021; Briones-Vozmediano et al., 2022; Lähteenmäki et al., 2025; Paixão Sobral et al., 2023). Men trots tillgång till screeningverktyg undviker vissa distriktssköterskor att ställa den direkta frågan om våldsutsatthet då de upplever sig obekväma och osäkra både på hur frågan ska ställas och vilka rutiner som finns kring interventioner (Anderzén Carlsson et al., 2021; Briones-Vozmediano et al., 2022; Lähteenmäki et al., 2025). Det finns även

distriktssköterskor som förnekar att de känner till rutinerna kring screening och identifiering av kvinnor utsatta för VNR (Briones-Vozmediano et al., 2022; Paixão Sobral et al., 2023).

7.2.3 Stöd från kollegor och ledning

Organisatorisk stöttning uppskattas högt av distriktssköterskor och beskrivs som en nyckelfaktor vid identifiering av VNR där kollegial stöttning och klara riktlinjer är av vikt för fortsatt arbete med kvinnor som uppgett att de är utsatta för VNR (Lähteenmäki et al., 2025; Sundborg et al., 2015). Teamarbete med och rådgivning av distriktssköterskekollegor och även andra professioner, exempelvis läkare och socialtjänst, underlättar möten med kvinnor utsatta för VNR (Anderzén Carlsson et al., 2021; Caneiro et al., 2022; Maquibar et al., 2023). Stöttningen kan även bestå i att underlätta den emotionella påfrestningen som möten med kvinnor utsatta för VNR kan leda till (Anderzén Carlsson et al., 2021).

Brist på stöd från kollegor beskrivs ha en negativ påverkan på distriktssköterskor och leder till osäkerhet inför identifiering av VNR (Sundborg et al., 2015). Några distriktssköterskor uppger att möten med negativ utgång med våldsutsatta kvinnor förvärras ytterligare emotionellt vid brist på stöttning från kollegor (Maquibar et al., 2023). Vissa som inte får tillräcklig organisatorisk stöttning söker tröst privat från en vän eller av familjen i syfte att minska sin osäkerhet (Sundborg et al., 2015).

7.3 Distriktssköterskans värderingar, normer och emotionella reaktioner

7.3.1 Förutfattade meningar och attityder

Flera distriktssköterskor menar att outtalade och förutfattade antaganden om VNR måste glömmas och att förutfattade meningar om familjer måste undvikas (Lähteenmäki et al., 2025). Vissa noterar att förtrogenhet med kvinnor och deras familjer under vårdtiden kan leda till en falsk trygghet vilket i sin tur kan leda till att frågan om VNR aldrig ställs till kvinnan (Lähteenmäki et al., 2025).

Tron om att VNR är mer eller mindre tolererat i vissa kulturer beroende på ursprungsland, ålder och sociala grupper bidrar till att vissa distriktssköterskor tvekar till att fråga kvinnor om våldsutsatthet. Detta grundar sig i svårigheten att veta vilken syn på sig själva kvinnor i dessa kulturer har i relation till VNR (Sundborg et al., 2015). Andra förutfattade meningar är att äldre kvinnor uppfattar VNR annorlunda än yngre kvinnor då äldre kvinnors åsikter kring VNR har sitt ursprung i deras uppväxt, där VNR var vanligt förekommande, samt att kvinnor med alkoholberoende är vana vid VNR vilket leder till att de inte anser det vara så allvarligt (Sundborg et al., 2015)

Distriktssköterskor beskriver att kollegor ibland kan ha uppfattningen att kvinnorna bär egen skuld till sin utsatthet för VNR och kan neka kvinnor fortsatt hjälp exempelvis i fall av återgång till relationen (Maquibar et al., 2023). Distriktssköterskor tenderar att inte fråga kvinnor om våldsutsatthet då de vittnade

om att VNR i allmänhet ses som något normalt och något som kvinnor ska acceptera i linje med att sköta hemmet (Uysal Yalçın et al., 2024).

7.3.2 Skam och kulturella normer som barriär i mötet

Det faktum att distriktssköterskor har en uppfattning om att kvinnor i allmänhet upplever skam över att berätta om utsatthet för VNR hindrar distriktssköterskor från att fråga i rädsla för att genera kvinnorna (Sundborg et al., 2015). Flera distriktssköterskor anser att kvinnor som söker primärvården av någon orsak själva är ansvariga för att ta upp eventuell våldsutsatthet. I annat fall tillfrågas de inte då det ses som att distriktssköterskorna lägger sig i deras privatliv (Uysal Yalçın et al., 2024). Distriktssköterskor menade även att det är att lägga sig i andras privatliv om de tillfrågar de kvinnor som var uppfostrade i patriarkala kulturer om våldsutsatthet då dessa kvinnor skulle uppleva skam eller att ha vanärat sin familj om hon anger att hon blir utsatt för VNR (Simsek-Cetinkaya et al., 2023).

7.3.3 Emotionella konsekvenser för distriktssköterskan

Resultatet belyser att VNR påverkar distriktssköterskor emotionellt på ett personligt plan och känslor av både rädsla och intresse av att lyssna till kvinnornas berättelser om utsatthet för VNR beskrivs (Anderzén Carlsson et al. 2021; Brinoes-Vozmediano et al., 2022; Maquibar et al., 2023; Sundborg et al., 2015). Distriktssköterskor är rädda för att själva uppleva ångest och att bli för känslomässigt engagerade. Detta kan resultera i att de i slutändan undviker att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnor i syfte att skydda sig själva från emotionella reaktioner (Sundborg et al., 2015). Andra beskrivna känslor är emotionell smärta, nervositet och irritation och vissa blir så emotionellt påverkade att de tar tankar från jobbet med sig hem vilket resulterar i att de har svårt att sova med vetskapen att kvinnor blir utsatta för VNR (Maqubar et al., 2023). Det finns även distriktssköterskor som beskriver negativa känslor som skuldkänslor, emotionell börda och nedtyngdhet vilket uppstår exempelvis när relationer mellan kvinnor och distriktssköterska inte fungerar eller när en kvinna upplever negativa konsekvenser i hemmet efter att ha följt råd som givits henne under mötet med distriktsköterskan (Maquibar et al., 2023).

8 Diskussion

8.1 Metoddiskussion

8.1.1 Design

En systematisk litteraturöversikt med en kvalitativ metod och induktiv ansats valdes för att svara an till studiens syfte. Författaren valde att följa Bettany-Saltikov och McSherrys (2024) tillvägagångssätt för systematisk litteraturöversikt där varje steg genom processen presenterades överskådligt och tydligt. De nio stegen underlättade förfarandet då författaren tydligt såg var i processen denne befann sig samt på vilket sätt och i vilken ordning studien skulle utformas för att få en röd tråd genom hela studien. Att författaren noga följde de nio stegen bidrog även till studiens trovärdighet. God vetenskaplig kvalitet på forskningsarbeten med kvalitativ metod bygger på trovärdighet, pålitlighet, bekräftelsebarhet och överförbarhet (Mårtensson & Fridlund, 2023).

En kvalitativ metod fångar erfarenheter och upplevelser av ett fenomen (Henricson & Billhult, 2023) och induktiv ansats syftar till att på ett förutsättningslöst vis observera, studera och beskriva det specifika fenomenet (Priebe & Landström, 2023). Dessa val lämpade sig väl då författaren, på ett så förutsättningslöst vis som möjligt, kunde beskriva distriktssköterskors erfarenheter av fenomenet, baserat på en sammanställning av befintlig forskning. Detta gav ny information och en djupare förståelse av fenomenet. Enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2024) är intervjustudier vanligast när det kommer till kvalitativ forskning. Då våld mot kvinnor enligt WHO (2022) ses som ett hot mot den globala folkhälsan och ingår i mål fem i Agenda 2030 (UN, 2025) ville författaren försöka få en djupare förståelse genom att fånga erfarenheter från distriktssköterskor i andra länder**.** Av den anledningen valdes intervjustudie bort då intervjuer enbart hade kunnat utföras i Sverige vilket hade inneburit att utfallet inte hade lett till den djupare förståelse för fenomenet som författaren önskade.

En studie kan enligt Priebe och Landström (2023) inte vara helt och hållet induktiv då forskaren alltid har någon slags kunskap om objektet sedan tidigare samt att alla människor bär med sig en viss förförståelse. Författaren till denna studie har exempelvis personligen och som sjuksköterska inom prehospital sjukvård och primärvård tidigare erfarenheter av situationer där VNR förekommit. Studiens resultat skulle därför kunnat färgats av författarens förförståelse vilket kunde ses som en svaghet. En styrka ses i att författaren medvetandegjorde förförståelsen relaterat till tidigare erfarenheter kring VNR samt vilka känslor dessa frambringade och sedan aktivt under hela studieprocessen fortsatte vara medveten om sin förförståelse. Denna tranperens bidrog även till ökad pålitlighet och trovärdighet.

8.1.2 Urval

Inklusionskriterier och exklusionskriterier ska vara tydliga och noga genomtänkta i en högkvalitativ studie i syfte att få en transparant, tillförlitlig och överförbar studie (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Artiklar inkluderade i studien skulle vara peer-reviewed vilket säkerställer att artiklarna bedömts vara vetenskapliga (Polit & Beck, 2021) vilket stärker studiens trovärdighet, samt ha en kvalitativ metod för att fånga distriktssköterskornas upplevelser. Kvantitativ metod syftar till att fånga upp objektiv kunskap och jämföra resultat mellan olika fenomen och populationer (Billhult, 2023). Författaren valde att inte inkludera kvantitativa artiklar då författaren ville fånga djupet i informanters beskrivningar för att svara till syftet. VNR förekommer i alla typer av relationer oavsett sexuell läggning och kön. Men då undersökningar visat att vuxna kvinnor är mest utsatta för VNR av män i en parrelation valde författaren att avgränsa syftet och enbart inkludera artiklar där distriktssköterskor mötte kvinnor över 18 år som levde i en heterosexuell parrelation. En negativ följd av denna avgränsning kan vara att författaren gick miste om fler artiklar som belyste distriktssköterskors erfarenhet av VNR oavsett kön på den vårdsökande i mötet och vilken relation hen hade till förövaren vilket hade kunnat ge en djupare och mer rättvis bild av distriktssköterskans erfarenheter. Vidare valde författaren att inkludera artiklar som var publicerade från 2015 till 2025. Initialt hade författaren som mål att inkludera nyare forskning då samhällets syn på VNR förändrats senaste åren och hälso- och sjukvården globalt går mer mot obligatorisk screening och interventioner i flera länder (Dowrick, Feder & Kelly, 2021; Bacchus et al., 2023). Författaren sökte därför initialt efter artiklar publicerade för maximalt fem år sedan. Detta mynnade dock ut i för få träffar varpå

årsspannet fick utökas till slutliga tio år i syfte att kunna fånga upp tillräcklig mängd data för att resultatet skulle bli trovärdigt. Att inkludera kvinnor utsatta för VNR i alla typer av relationer hade kunnat möjliggöra ett kortare åldersspann på artiklarna.

Benämningen på *distriktssköterska* varierar internationellt och författaren valde därför att även inkludera artiklar som belyste erfarenheter från legitimerade sjuksköterskor med motsvarande kompentens. Med motsvarande kompetens menar författaren att arbetsuppgifterna inom primärvården skulle vara överensstämmande med distriktssköterskans i Sverige. Författaren bedömde det lämpligt att begränsa sjuksköterskornas erfarenhet av arbete i primärvården till minst två år för att säkerställa tillräcklig erfarenhet i yrket. Även legitimerade sjuksköterskor med annan specialistutbildning som kan förekomma i svensk primärvård inkluderades, exempelvis barnsjuksköterska i artikeln av Lähteenmäki (2025). Uysal Yalçın et al. (2024) och Simsek-Cetinkaya et al. (2023) belyste både sjuksköterskans och barnmorskans erfarenheter i primärvården då dessa hade samma arbetsuppgifter i mottagningsarbetet. Författaren bedömde att dessa tre ovanstående artiklar kunde inkluderas då Sverige har motsvarande mottagningsarbete i form av familjecentraler där distriktssköterskor, barnmorskor och barnsjuksköterskor samarbetar (Folkhälsomyndigheten, 2024) samt att legitimerad barnmorska och barnsjuksköterska är specialistutbildade sjuksköterskor (Linnéuniversitetet [LNU], 2025; Karolinska institutet [KI], 2025). En svaghet kunde ha varit risken för att resultatet blir missvisande då kompetensbeskrivningen för respektive specialistkompetens kan skilja sig åt. Författaren bedömde dock att dessa val bidrog till studiens överförbarhet även till motsvarande yrken i andra länder då författaren noga studerat respektive lands utbildningskrav och specialistutbildningarnas akademiska värde för sjuksköterskor och funnit dessa likvärdiga med Sveriges**.**

Distriktssköterskorna i artiklarna var yrkesverksamma i ett flertal olika världsdelar; Europa, delar av Västasien och Sydamerika, vilket kan vara fördelaktigt då det ger en god spridning av olika länders arbete med kvinnor utsatta för VNR. En eventuell svaghet med att inkludera artiklar från olika länder kan vara att arbetsuppgifter skiljer sig mellan olika länders distriktssköterskor vilket kan ge missvisande resultat. Författaren anser dock att distriktssköterskor kan dra nytta av kollegors olika perspektiv globalt och att litteraturöversikten av den anledningen leder till överförbarhet.

8.1.3 Datainsamling

PEOT- modellen enligt Bettany-Saltikov och McSherry (2024) användes systematiskt för att finna adekvata sökord och genom databassökningen. För att stärka studiens trovärdighet dokumenterades sökstrategier och sökförfarande noga genom hela processen, delvis genom flödesschemat baserat på PRISMA (Page et al., 2012) samt genom att bifoga söktabeller från samtliga tre databaser som använts vid sökförfarandet. Vid den initiala testsökningen framkom flera olika användbara engelska synonymer till distriktssköterska vilka sedan användes i den strukturerade datainsamlingen (bilaga 1, 2 & 3). Författaren använde sig även av snowball-sökning genom att läsa igenom referenslistor (bakåtsökning) och använda funktionen ”cited by” (framåtsökning) i syfte att finna mer relevanta artiklar (Polit & Beck, 2021). Genom en gedigen, transparent, strukturerad och väldokumenterad datainsamling ökar studiens bekräftelsebarhet, pålitlighet och trovärdighet. Totalt

hittades tio artiklar som svarade till studiens syfte. Merparten av dessa var dubbletter vilket ökar studiens trovärdighet då de förekommer i flera databaser och publikationer (Henricson, 2023) och vilka artiklar som var dubbletter är redovisade i artikelmatrisen (bilaga 6).

8.1.4 Kvalitetsgranskning

Kvalitetsgranskning av artiklar inkluderade i en systematisk litteraturöversikt är avgörande för att uppnå god vetenskaplig kvalitet (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Granskning av artiklar är även av vikt för att eventuellt kunna se samband mellan respektive artikels kvalitet och eventuella olikheter i artiklarnas resultat (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). Granskningsmallen utgick från Caldwell et al. (2011) ramverk och poängen på de tio granskade artiklarna var mellan 31 och 36 vilket utifrån det innebar att samtliga artiklar var av hög kvalitet och kunde inkluderas i studien. Kvalitetsgranskning bör utföras av två oberoende granskare (Rosén, 2023). Författaren har inte bett någon utomstående kontrollera den utförda kvalitetsgranskningen vilket kan innebära en eventuell svaghet då författaren kan ha missat viktig information eller missförstått någon punkt i granskningsprotokollet. Protokollet beskrevs dock tydligt av Bettany-Saltikov och McSherry (2024) vilket var till hjälp för att säkerställa att granskningen utfördes korrekt. Samtliga artiklar finns detaljerat redovisade i en artikelmatris (bilaga 6) för att fortsatt bibehålla transparens och därmed ökad trovärdighet och pålitlighet.

8.1.5 Dataanalys

Dataanalysen följde Bettany-Saltikov och McSherrys (2024) modell för tematisk dataanalys vilken bestod av nio steg. En genomgående svaghet i analysförfarandet kan vara att författaren utfört den ensam. En styrka med denna niostegsmodell, där varje steg var välbeskrivet, var att analysförfarandet kunde genomföras systematiskt med en minskad risk att missa viktiga delar. Rosén (2023) menar att analysen ska utföras på ett transparent och reproducerbart vis för att minimera risken för bias. Författarens förförståelse kan ha lett till att meningsbärande enheter missats eller misstolkats. Detta försökte författaren undvika genom hela analysprocessen genom att förförståelsen medvetandegjordes kontinuerligt genom att stanna upp vid varje resultat och reflektera över hur resultatet tolkades av artikelförfattarna och föra över meningsbärande enheter förutsättningslöst utan egen tolkning. Författaren valde även att be en före detta kollega, som var specialistutbildad sjuksköterska och nyligen författat en uppsats på avancerad nivå, att läsa igenom resultatet på samtliga artiklar och jämföra med de meningsbärande enheter denna studies författare hittat samt se över uppkomna kategorier och underkategorier som författaren kommit fram till. Detta i syfte att undersöka om någon information missats eller missförståtts. Den före detta kollegan hade inga invändningar och studiens kategorier och underkategorier kunde användas. Även handledningstillfällen med kontinuerliga förbättringsförslag från handledare och studenter bidrog till minimering av risker för missad information och missuppfattningar. Detta var steg sju i dataanalysen (Bettany-Saltikov & McSherry, 2024). En svaghet kan ha varit att författaren tog en risk genom att låta den före detta kollegan granska analysförfarandet först efter det att dataanalysen var utförd på samtliga artiklar. Om kollegan upptäckt bias i dataanalysen hade författaren fått börja om hela analysprocessen. En styrka var att dataanalysens förfarande beskrevs tydligt och exempel på analysprocessen redovisas i tabell 2 för att ytterligare förtydliga processen vilket ökade bekräftelsebarheten.

8.1.6 Forskningsetiska överväganden

Vid litteraturstudier ska ett etiskt resonemang föras (Sandman & Kjellström, 2024). I syfte att minimera etiska risker har författaren försäkrat sig om vilka etiska principer som ska följas i en litteraturöversikt, bland annat genom att studera Vetenskapsrådets (2024) information om forskningsetik, studerat McCormack & McCance (2006) ramverk samt haft tankar kring etiska ställningstaganden genomgående under processen. Då resultatet i litteraturöversikten grundar sig på redan publicerad forskning valde författaren att ha som inklusionskriterie att samtliga inkluderade artiklar skulle vara etiskt prövade och godkända av en etisk kommitté vilket kontrollerades med hjälp av Caldwell et al. (2011) kvalitetsgranskningsmall. Valet att enbart inkludera etiskt granskade och godkända artiklar i en litteraturöversikt stöds av Bettany-Saltikov och McSherry (2024). Samtliga granskade artiklar uppfyllde detta kriterium vilket innebar att risken för deltagare i inkluderade studier att utsättas för kränkning eller lidande var minimala i denna litteraturöversikt. Bristen på erfarenhet av forskningsmetodik kan innebära skeva bedömningar och misstolkning av inkluderade artiklar (Sandman & Kjellström, 2024). Även bristande språkkunskaper kan innebära etiska risker (Sandman & Kjellström, 2024). Trots att författaren ansåg sig ha goda kunskaper i det engelska språket kunde feltolkningar och syftningsfel uppstå, då engelska inte är författarens modersmål. Detta kunde leda till etiska risker för deltagare i inkluderade artiklar. Exempelvis kunde språkmässig misstolkning av en informants utsago i primärartiklarna leda till felaktig beskrivning i litteraturöversiktens resultat. Författaren har därför använt sig av lexikon genom hela processen för att undvika missuppfattningar och tolkningar av engelska ord.

8.2 Resultatdiskussion

Syftet var att beskriva distriktssköterskans erfarenheter av möten med kvinnor i heterosexuella parrelationer utsatta för våld i nära relationer. Enligt Henricson (2023) och Bettany-Saltikov och McSherry (2024) ska resultatdiskussionen innehålla en sammanfattning av huvudfynden i resultatet. Författaren har valt att inte behandla samtliga delar av resultatet i diskussionen. I stället kommer de centrala fynden i respektive kategori att diskuteras nedan.

8.2.1 Osäkerhet

Resultatet visar att distriktssköterskor ofta upplever osäkerhet inför att ställa frågor om VNR till kvinnor i mötet. Denna tvekan grundar sig i flera faktorer: oro för att skada vårdrelationen, rädsla för att väcka skam hos kvinnan, och känslan av att inte ha tillräcklig handlingsberedskap vid ett jakande svar. Distriktssköterskor uttrycker även osäkerhet kring sin professionella roll och ansvar i dessa möten, särskilt när kvinnan misstänks vara utsatt men inte själv tar initiativ till att berätta.

Distriktssköterskornas osäkerhet kan leda till allvarliga konsekvenser för våldsutsatta kvinnor. Detta styrks i forskning av Aregger Lundh (2025) där våldsutsatta kvinnor beskriver vikten av att ställa frågan om våldsutsatthet till samtliga kvinnor och att den som ställer frågan varken räds frågan eller dess konsekvenser. I resultatet beskriver flera distriktssköterskor att de undviker att ställa frågan om våld av rädsla för att kvinnan ska neka, särskilt om hon saknar tillit till rättssystemet eller socialtjänsten. Aregger Lundh et al. (2025) beskriver i sin forskning att känslorna kring att inte få frågan om våldsutsatthet är tudelad hos

kvinnorna; vid vårdsökande i samband med våldsutsatthet upplever de i stunden lättnad när vårdpersonalen inte lägger sig i medan de, när de sedan lämnat relationen med förövaren, upplever ilska och besvikelse över att ingen agerat samt en minskad tillit till vården (Aregger Lundh et al., 2025).

Distriktssköterskans osäkerhet förstärks även av upplevelsen av otillräcklig handlingsberedskap. Rädslan för att göra fel eller inte veta vad som väntar liknas av vissa med att öppna Pandoras ask (Tarzia et al., 2021), ett uttryck för den emotionella osäkerhet som kan uppstå. Uttrycket ”Pandoras ask” användes även av informanter i resultatet. Denna osäkerhet kan leda till att frågan om våldsutsatthet undviks helt. Forskning av Hall och Örmon (2025) visar att vårdpersonal kan uppleva skuld och obehag när frågan om våld väcker negativa reaktioner hos patienten. Vårdpersonalens undvikande av att ställa frågan kan leda till negativa konsekvenser för våldsutsatta kvinnor vilket bekräftas i forskning av Aregger Lundh et al. (2025), där kvinnor utsatta för VNR vittnar om svårigheter att samtala med vårdpersonal som saknar erfarenhet av våld, och om känslor av frustration, skam och sårbarhet när frågan uteblir eller bemöts med misstro. När kvinnan inte blir sedd eller lyssnad till riskerar mötet att förstärka hennes utsatthet. Litteraturöversiktens resultat visar att vissa distriktssköterskor dessutom uttrycker att de inte vet vad de kan erbjuda kvinnan vid ett jakande svar, vilket ytterligare försvårar initiativet att ställa frågan.

Ett negativt patientmöte beskrivs bland annat som när patienten inte blir involverad i sin egen omvårdnad, inte blir trodd på eller ignorerad enligt forskning av Nygren Zotterman et al. (2015). Detta står i kontrast till forskning av Salievska (2020), som framhåller att distriktssköterskan har möjlighet att vara pionjär i arbetet med våldsutsatta kvinnor genom att upprätta rutiner och genomföra kontinuerlig screening. För att kunna agera krävs att distriktssköterskan har kunskap om standardmetoder för screening, samt om lokala, regionala och nationella riktlinjer och vilka alternativ som finns för kvinnor att bryta sig ur våldsrelationer.

Ur ett personcentrerat perspektiv är denna osäkerhet särskilt problematisk. Enligt forskning av Ekman et al. (2011) bygger personcentrerad vård på respekt för patientens autonomi och integritet, där vårdrelationen ska främja hälsa genom att erkänna patientens livsvärld. Nygren Zotterman et al. (2015) och McCormack och McCance (2006) betonar att vårdpersnonal som arbetar personcentrerat medvetandegör sina egna värderingar och bemöter patienten genom att aktivt lyssna och se hen som en unik person. När frågan om våld uteblir riskerar kvinnan att inte erkännas i sin utsatthet, vilket kan leda till negativa känslor och minskad tillit till vården (Aregger Lundh et al., 2025). Enligt författaren till denna litteraturöversikt belyser detta vikten av att distriktssköterskor bör ha kunskap om komplexiteten i VNR, att de ska fråga kvinnor om våldsutsatthet samt vara medvetna om handlingsplaner vid ett jakande svar, allt i enlighet med personcentrerad vård och distriktssköterskans kompetensbeskrivning (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

8.2.2 Behov av organisatoriskt stöd

Resultatet visar att distriktssköterskor upplever betydande organisatoriska hinder i arbetet med kvinnor utsatta för VNR. En återkommande erfarenhet är brist på

formell kompetens i form av utbildning och praktisk träning, vilket blir en hindrande faktor i mötet med våldsutsatta kvinnor. Även om screeningverktyg finns tillgängliga på flera mottagningar, saknar vissa distriktssköterskor kännedom om att dessa används, medan andra uppger att de inte vet hur verktygen fungerar. Enligt litteraturöversiktens författare tyder detta på bristande kommunikation mellan ledning och distriktssköterskor samt otillräcklig implementering av rutiner och stödstrukturer.

Trots att screening för VNR är obligatoriskt i Sverige sedan 2022 (Socialstyrelsen, 2022), saknas ofta tydliga riktlinjer för hur ett jakande svar ska hanteras enligt forskning av Hall & Örmon (2025). Detta skapar en otrygghet som försvårar distriktssköterskans möjligheter att agera i enlighet med sitt professionella ansvar. Internationella screeningprogram som IRIS (Dowrick, Feder & Kelly, 2021) och HERA (Bacchus et al., 2023) har visat positiva effekter på vårdpersonals benägenhet att ställa frågor om våldsutsatthet till kvinnor, men även där kvarstår osäkerhet kring efterföljande handläggning (Alvarez et al., 2017; Bacchus et al., 2023; Clark et al., 2020; Dowrick et al., 2021). I Sverige varierar användningen av screeningverktyg mellan regioner, vilket ytterligare försvårar en enhetlig och jämlik vård. Resultatet understryker därför behovet av fortsatt forskning och nationellt förankrade metoder för screening och intervention.

Resultatet visar att utbildningens roll är central. Sedan 2018 är undervisning om mäns våld mot kvinnor obligatorisk i sjuksköterskeutbildningen (Högskoleförordningen, 1993; Jämställdhetsmyndigheten, 2024), vilket ökar möjligheten till kunskap om VNR bland nyutexaminerade distriktssköterskor. Samtidigt kvarstår behov av kontinuerlig fortbildning för redan yrkesverksamma, särskilt i ljuset av de komplexa etiska och kommunikativa utmaningar som mötet med våldsutsatta kvinnor innebär.

I resultatet lyfter distriktssköterskor utöver bristande utbildning fram negativa arbetsvillkor såsom tidsbrist, stress och otydliga rutiner – faktorer som enligt Nygren Zotterman et al. (2015) riskerar att försämra kvaliteten i patientmötet. Dessa organisatoriska begränsningar påverkar möjligheten att arbeta personcentrerat, där relationella aspekter som autonomi, kommunikation och delaktighet är centrala (Ekman & Norberg, 2021). När arbetet blir uppgiftsorienterat på grund av strukturell press, riskerar kvinnans livsvärld att hamna i skymundan, vilket strider mot kärnan i personcentrerad omvårdnad (Holmström, 2022).

Samhälleliga faktorer spelar också en avgörande roll. Enligt Socialstyrelsen (2023) påverkas kvinnors möjlighet att få stöd av både individuella och strukturella riskfaktorer, såsom bristande kunskap om rättigheter, isolering och osäkerhet kring vart man kan vända sig. När vården saknar fungerande rutiner för att identifiera och bemöta dessa faktorer, riskerar den att reproducera ojämlikhet och osynliggöra våldsutsatthet. Att använda strukturer som regnbågsmodellen för att synliggöra hälsans bestämningsfaktorer kan stödja distriktssköterskan i att utforska kvinnans livssituation på ett systematiskt och hälsofrämjande sätt (Folkhälsomyndigheten, 2025). De positiva aspekterna kan därefter lyftas fram och förstärkas, vilket ligger i linje med personcentrerad vård (McCormack och McCance, 2006). Detta styrks av

forskning av Ekman och Norberg (2021) som menar att distriktssköterskan ser kvinnan utifrån hennes livsvärld och fokuserar på hennes egna resurser, förmågor och vilja, snarare än enbart på hennes behov.

Resultatet visar också att kollegialt och organisatoriskt stöd är avgörande för distriktssköterskans trygghet i mötet med våldsutsatta kvinnor. Flera distriktssköterskor uttrycker att stöd från kollegor och ledning är viktigt både före, under och efter dessa möten. Detta bekräftas i forskning av Hall och Örmon (2025), som visar att vårdpersonal behöver emotionellt stöd för att hantera känslor av rädsla, obehag och oro. Resultatet i denna litteraturöversikt visade att när sådant stöd saknas, söker vissa distriktssköterskor stöd i privata nätverk. Enligt författaren till denna litteraturöversikt kan detta tyda på att arbetsplatsen inte tillhandahåller tillräckliga resurser för professionell återhämtning.

För att distriktssköterskan ska kunna uppfylla sitt uppdrag enligt kompetensbeskrivningen (Svensk sjuksköterskeförening, 2019) krävs organisatoriska förutsättningar som möjliggör ett personcentrerat arbetssätt. Holmström (2022) betonar vikten av god ledning, tydliga rutiner och en uppmuntrande arbetsmiljö. När dessa saknas riskerar mötet att präglas av maktobalans, där kvinnans autonomi och delaktighet åsidosätts. Forskning av Reeves och Humphreys (2017) visar att patienter som inte upplever respekt och inflytande i vårdmötet kan drabbas av ångest, minskat förtroende och försämrad vårdrelation. För att motverka detta behöver distriktssköterskan ges möjlighet att tillsammans med kvinnan identifiera risk- och skyddsfaktorer, och därigenom skapa en vårdrelation som främjar trygghet, delaktighet och hälsa (McCormack och McCance, 2006; Socialstyrelsen, 2023).

8.2.3 Värderingar, normer och emotionella reaktioner

Resultatet visar att distriktssköterskor uttrycker att fördomar mot kvinnor utsatta för våld i nära relationer (VNR) bör betraktas som förlegade. Samtidigt framkommer att flera distriktssköterskor avstår från att ställa frågan om våldsutsatthet, med hänvisning till en ovilja att ingripa i kvinnans privatliv. Detta speglar en kvarstående normativ osäkerhet, där gränsen mellan respekt för autonomi och ansvar att agera blir otydlig – en problematik som även lyfts i forskning av Tarzia et al. (2021).

Distriktssköterskans förhållningssätt påverkas också av kulturella föreställningar. I resultatet framgår att svenska distriktssköterskor tvekar att fråga kvinnor från kulturer där våld antas vara mer accepterat, vilket riskerar att förstärka stereotypa uppfattningar. Liknande hinder beskrivs i de två turkiska artiklarna (Simsek-Cetinkaya et al., 2023; Uysal Yalçın et al., 2024) vilket även bekräftas i internationell forskning, där distriktssköterskors insatser begränsas av sociala och kulturella normer samt rädsla för att ingripa i familjeangelägenheter (Ibrahim et al., 2021). I vissa kontexter förväntas kvinnor tiga om våld och hålla det inom familjen, vilket skapar ytterligare barriärer för vårdpersonal att agera (Ibrahim et al., 2021). Etiska normer kring kön, makt och familj kan därmed komma i konflikt med vårdens värdegrund om likabehandling och jämlikhet. Sandman och Kjellström (2024) betonar att vårdetik innebär att navigera mellan olika värden och reflektera över hur dessa påverkar det professionella handlandet. Litteraturöversiktens

författare anser därför att i mötet med kvinnor utsatta för VNR krävs att distriktssköterskan har både etisk kompetens och kulturell medvetenhet för att kunna erbjuda personcentrerad vård.

Statistik visar att upp till 50 % av kvinnor i Sverige har utsatts för VNR sedan 15 års ålder (Eurostat, 2024), jämfört med 32 % i Turkiet (WHO, 2024b). Enligt Wemrell och Hiltunen (2025) bör Sveriges högre prevalens inte tolkas som ett misslyckande, utan snarare som ett uttryck för ökad medvetenhet, starkare jämställdhetsideal och bättre stödstrukturer – faktorer som gör att fler kvinnor vågar rapportera våld. Detta illustrerar hur samhälleliga förutsättningar påverkar både kvinnors benägenhet att söka hjälp och vårdpersonalens möjligheter att agera.

Forskning visar att för att distriktssköterskan ska kunna möta kvinnor från olika kulturella kontexter krävs ett normreflekterande och inkluderande förhållningssätt (Ibrahim, et al., 2021; Tarzia et al., 2021). Enligt Svensk sjuksköterskeförening (2019) ska distriktssköterskan ha god kännedom om kulturella skillnader och kunna anpassa sig till olika samhälleliga förhållanden. Att flera distriktssköterskor i resultatet uttrycker tvekan inför att ställa frågan om våld på grund av förutfattade meningar och kulturella skillnader strider mot det etiska ansvaret att motverka sociala och kulturella ojämlikheter i vården (Svensk sjuksköterskeförening, 2019).

Resultatet visar på att distriktssköterskans emotionella reaktioner utgör ytterligare en dimension av hindrande faktorer vid mötet med våldsutsatta kvinnor. Flera uttrycker rädsla för att bli känslomässigt påverkade i mötet med våldsutsatta kvinnor, vilket kan leda till att frågan om våld undviks. Detta kan förstås som en etisk konflikt mellan viljan att lindra lidande och behovet av att skydda sig själv. För att kunna erbjuda personcentrerad vård i dessa möten krävs att distriktssköterskan ges möjlighet att reflektera över sina egna känslor och värderingar, samt tillgång till organisatoriskt stöd (Sandman & Kjellström, 2024). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Swenurse, 2022) erbjuder vägledning för distriktssköterskor vid etiska dilemman, och kan fungera som stöd för distriktssköterskan i att hantera komplexa vårdsituationer (Sandman & Kjellström, 2024).

Ur ett samhällsperspektiv är distriktssköterskans arbete med våldsutsatta kvinnor en del av ett bredare folkhälsoarbete som syftar till att främja trygghet, jämställdhet och social hållbarhet (Regeringskansliet, 2015). VNR medför inte bara individuellt lidande, utan också omfattande samhällskostnader i form av sjukfrånvaro, minskad arbetsförmåga och belastning på vård- och rättssystem (Regeringskansliet, 2015; Socialstyrelsen, 2023; Öhman et al., 2020). Genom att erbjuda stöd, skapa trygghet och främja kvinnors rätt till ett liv fritt från våld bidrar distriktssköterskan ur ett hållbarhetsperspektiv till Agenda 2030, mål 5 – ett mer inkluderande och hållbart samhälle. För att detta arbete ska vara långsiktigt effektivt krävs att distriktssköterskor ges rätt förutsättningar, såsom utbildning, tid för reflektion och samverkan mellan vård, socialtjänst och civilsamhälle (Socialstyrelsen, 2023).

9 Slutsats

Denna litteraturöversikt visar att distriktssköterskans möte med kvinnor utsatta för VNR präglas av en mångfacetterad komplexitet där osäkerhet, organisatoriska begränsningar och emotionella värderingsmässiga konsekvenser samverkar. Resultatet visar att distriktssköterskans tvekan inför att ställa frågan om våldsutsatthet ofta grundar sig i emotionell oro, bristande handlingsberedskap och en upplevelse av att sakna stöd från organisationen. Samtidigt påverkas distriktssköterskans agerande av kulturella föreställningar och normer, vilket kan leda till att kvinnors utsatthet förblir osynliggjord – särskilt i möten där stereotypa antaganden om kultur och privatliv får styra.

Litteraturöversikten har utgått från ett personcentrerat vårdteoretiskt ramverk där individens resurser, värderingar och erfarenheter ses som utgångspunkt för mötet. Partnerskapet mellan distriktssköterskan och den våldsutsatta kvinnan betraktas som centralt, och kvinnan ses som en aktiv deltagare i sin vård. För att detta ska förverkligas krävs att distriktssköterskan ges rätt förutsättningar, både individuella och organisatoriska, att lyssna, bekräfta och agera i möten som präglas av etisk komplexitet och emotionell belastning.

Distriktssköterskans arbete med kvinnor utsatta för VNR är en del av ett bredare folkhälsofrämjande arbete. Distriktssköterskan kan vara en pionjär i det arbetet. Genom att synliggöra våldsutsatthet, erbjuda stöd och främja kvinnors rätt till ett liv fritt från våld bidrar vården till ökad trygghet, jämställdhet och social hållbarhet – i linje med Agenda 2030, mål 5. För att detta arbete ska kunna förverkligas i praktiken krävs att vårdens organisationer skapar förutsättningar där personcentrerad omvårdnad inte bara är ett värdegrundsdokument, utan en konkret realitet i distriktssköterskans vardag.

10 Kliniska implikationer

Resultatet understryker behovet av fortsatt forskning och nationellt förankrade metoder för screening och intervention vid VNR. Samtidigt visar litteraturöversikten att distriktssköterskans möte med våldsutsatta kvinnor präglas av osäkerhet, emotionell belastning och värderingsmässiga spänningar, vilket påverkar förmågan att agera. Författarens förhoppning är att denna översikt ska väcka nyfikenhet och bidra till reflekterande samtal på arbetsplatsen kring erfarenheter av VNR.

För att distriktssköterskor ska kunna identifiera och bemöta kvinnor utsatta för VNR på ett tryggt, etiskt och personcentrerat sätt krävs att vårdverksamheter säkerställer tydliga rutiner, kontinuerlig kompetensutveckling och tillgång till evidensbaserade screeningverktyg. Arbetsgivare bör erbjuda strukturerat organisatoriskt stöd, inklusive handledning och forum för etisk reflektion, för att minska osäkerhet och skapa trygghet i emotionellt krävande möten.

Utifrån ett personcentrerat vårdteoretiskt ramverk, där den våldsutsatta kvinnans resurser, värderingar och erfarenheter utgör grunden för mötet, framträder behovet av att integrera kunskap om risk- och skyddsfaktorer – både individuella och samhälleliga. Ett normmedvetet och reflekterande förhållningssätt stärker distriktssköterskans professionella roll och bidrar till en mer jämlik och tillgänglig vård. Erfarenhetsutbyte och diskussioner kan leda till strukturella förbättringar både på individ- och organisationsnivå. När kunskapen om VNR och dess komplexitet ökar, ökar också sannolikheten att distriktssköterskor vågar ställa frågan – och fler kvinnoliv kan räddas.

11 Förslag till fortsatt forskning

Resultatet i litteraturöversikten belyser behovet av kontinuerlig utbildning inom arbetet med kvinnor utsatta för VNR. Distriktssköterskan har en god möjlighet att identifiera och stödja kvinnor utsatta för VNR och ska enligt lag ställa frågan om våldsutsatthet i mötet. Trots detta visar resultatet att många distriktssköterskor undviker att ställa frågan, vilket överensstämmer med tidigare och samtida forskning. Denna tvekan kan kopplas till upplevd osäkerhet, emotionell oro och bristande organisatoriskt stöd, samt till värderingsmässiga och kulturella föreställningar som påverkar det professionella handlandet.

Svårigheten att finna forskning med fokus enbart på distriktssköterskors erfarenheter indikerar ett behov av fortsatt forskning, särskilt kvalitativa intervjustudier som fördjupar förståelsen för hur distriktssköterskor upplever möten med våldsutsatta kvinnor. Sådan forskning bör belysa hur personliga reaktioner, normkonflikter och organisatoriska förutsättningar påverkar möjligheten att erbjuda personcentrerad vård.

Vidare behövs forskning kring screeningverktyg och interventionstekniker, med syfte att utveckla en evidensbaserad och nationellt förankrad metod som kan implementeras i primärvården. Forskning bör även undersöka hur vårdmiljön och personcentrerade processer kan stärkas för att främja trygghet, delaktighet och etisk hållbarhet i mötet med kvinnor utsatta för VNR.

12 Referenser

(Artiklar märkta med * ingår i resultatet)

Abdurahman H Aljomaie, H., Hollingdrake, O., Alban Cruz, A. & Currie, J. (2022). A scoping review of the healthcare provided by nurses to people experiencing domestic violence in primary health care settings. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 4;100068. Doi: https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2022.100068

Alvarez, C., Debnam, K., Clough, A., Alexander, K., & Glass, N. E. (2018). Responding to intimate partner violence: Healthcare providers' current practices and views on integrating a safety decision aid into primary care settings. *Research in nursing & health*, *41*(2), 145–155. https://doi.org/10.1002/nur.21853

*Anderzén Carlsson, A., Bäccman, C., & 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)https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1988043

Aregger Lundh, A., Tannlund, C., & Ekwall, A. K. (2025). Experiences of unplanned healthcare encounters from victims of intimate partner violence in Sweden. *BMJ Public Health*, *3*(1), e002041. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1136/bmjph-2024-002041

Austin, K. (2023). *Vad är våld i nära relationer?* Sveriges kommuner och regioner. https://skr.se/skr/arbetsgivarekollektivavtal/arbetsmiljo/valdinararelationstodfordigsomchef/vadarvaldinararelationer.35439.html

Bacchus, L. J., Lucas d´Oliveira, A. F. P., Pereira, S., Schraiber, L. B., Marques de Aguiar, J., Graglia, C. G. V., Granusso Bonin, R., Feder, G. & Colombini, M. (2023). An evidence-based primary health care intervention to address domestic violence against women I Brazil: a mixed method evaluation. *BMC Primary care*, 24(198), 1157–72. Doi: https://doi.org/10.1186/s12875-023-02150-1

Badenes-Sastre, M., Lorente, M., Beltrán-Morillas, A.M. & Expósito, F. (2023). Transformative effect of intimate partner violence against women based on sociocultural factors trapping women in a violent relationship. *Curr Psychol* 43, 10786–10800. https://doi.org/10.1007/s12144-023-05101-2

Badenes-Sastre, M., Medinilla-Tena, P., Spencer, C. M., & Expósito, F. (2025). Cognitive Distortions and Decision-Making in Women Victims of Intimate Partner Violence: A Scoping Review. *Psychosocial intervention*, *34*(1), 23–35. https://doi.org/10.5093/pi2025a3

Berg, L. & Loftsson, M. (2019) *Inget att vänta på – handbok för våldsförebyggande arbete.* Jämställdhetsmyndigheten. https://jamstalldhetsmyndigheten.se/mans-

vald-mot-kvinnor/att-forebygga-mans-vald-mot-kvinnor/inget-att-vanta-pa-som-digital-handbok/

Berglund, A. & Witkowski, Å. (2019). Vårdens ansvar. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor -samhällets ansvar.* (s. 165–198). Studentlitteratur

Bettany-Saltikov, J., & McSherry, R. (2024). *How to do a systematic literature review in nursing: a stepbystep guide* (3 uppl.). McGrawHill Education/Open University

Billhult, A. (2023). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red.). *Vetenskap i teori och metod från idé till eximination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 103–114). Studentlitteratur.

Boström, E. & Fischer Grönlund, C. (2023). I *Vårdhandboken.* https://www.vardhandboken.se/arbetssatt-och-ansvar/bemotande-i-vard-och-omsorg/bemotande-i-vard-och-omsorg-vardegrund/personcentrerad-vard/

*Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., Gea-Sánchez, M., De Fuentes, S., García-Quinto, M., Vives-Cases, C., & Maquibar, A. (2022). A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing*, *78*(5), 1448–1460. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/jan.15119

Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2024). *Kriminalstatistik 2024 – Begrepp och definitioner.* https://bra.se/statistik/statistik-om-rattsvasendet/anmalda-brott#h-Omstatistiken

Brottsförebyggande rådet [BRÅ]. (2025). *Anmälda brott.* https://bra.se/statistik/statistik-om-rattsvasendet/anmalda-brott#h-Omstatistiken

Caldwell, K., Henshaw, L., & Taylor, G. (2011). Developing a framework for critiquing health research: an early evaluation. *Nurse Education Today*, *31*(8), e1–e7. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/j.nedt.2010.11.025

*Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., da Silva, A. F., Carvalho, M. R. d. S., & Webler, N. (2022). Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, *59*, 469580211064105. https://doi.org/10.1177/00469580211064105

Clark, C. J., Renner, L. M., & Logeais, M. E. (2020). Intimate Partner Violence Screening and Referral Practices in an Outpatient Care Setting. *Journal of Interpersonal Violence*, *35*(23–24), 5877–5888. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1177/0886260517724253

Daibes, M. A., & Safadi, R. R. (2023). Torn Between the Real Me and the Social Me: Educated Women's Perspectives of Surviving Marital Abuse. *The Qualitative Report*, *28*(3), 661–676. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2023.5692

Dowrick, A., Feder, G. & Kelly, M. (2021). Boundary-Work and the Distribution of Care for Survivors of Domestic Violence and Abuse in Primary Care Settings: Perspectives From U.K. Clinicians. *Quality health Research*, 31(9), 1697–1709. Doi: 10.1177/1049732321998299

Ekebergh, M. (2022). Reflektion – ett stöd för att tillämpa vårdvetenskapliga begrepp. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3 uppl., s. 83–96). Studentlitteratur

Ekman, I. & Norberg, A. (2021). Personcentrerad vård. I A-K. Edberg, A. Ehrenberg, H. Wijk & J. Öhlén (Red.), *Omvårdnad på avancerad nivå – kärnkompetenser inom sjuksköterskans specialistområden* (s. 49–79). Studentlitteratur

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing*, *10*(4), 248–251. https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008

Eurostat. (2024). *Gender-based violence statistics.* https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Gender-based_violence_statistics#Explore_further

Folkhälsomyndigheten. (2025). *Hur hänger livsvillkor och folkhälsa ihop?* https://www.folkhalsomyndigheten.se/folkhalsorapportering-statistik/tolkad-rapportering/folkhalsan-i-sverige/hur-hanger-livsvillkor-och-halsa-ihop/

Folkhälsomyndigheten. (2024). *Familjecentraler och familjecentralsliknande verksamheter.* https://www.folkhalsomyndigheten.se/livsvillkor-levnadsvanor/halsa-i-olika-grupper/barn-och-unga/familjecentraler-och-familjecentralsliknande-verksamheter/

Frenzel, A. (2024). *Brott i nära relation -Kartläggning av utsatthet 2022 och under livstiden* (Rapport 2024:4). Brottsförebyggande rådet. https://bra.se/rapporter/arkiv/2024-05-06-brott-i-nara-relation

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), 393–414. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1080/23293691.2025.2460640

Hellberg, S. & Karlsson, E. K. (2023). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod – Från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 85–102). Studentlitteratur

Henricson, M. (2023). Diskussion. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl.). (s. 491–500). Studentlitteratur.

Henricson, M. & Billhult, A. Kvalitativ metod. I M. Henricson (Red.). (2023). *Vetenskap i teori och metod från idé till examination inom vård- och hälsovetenskap* (3 uppl., s. 115–126). Studentlitteratur.

Holmström, I. K. (2022). Personcentrerad vård. I L. Wiklund Gustin & M. Asp (Red.), *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik* (3 uppl., s. 429–439). Studentlitteratur

Hultgren, E-K. (2021). Våld i nära relationer. I E-K. Hultgren (Red.), *Distriktssköterskans specialistområden* (s. 323–331). Studentlitteratur

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso-och-sjukvardslag-201730_sfs-2017-30/

Högskoleförordning. (1993:100) Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/hogskoleforordning-1993100_sfs-1993-100/

Ibrahim, E., Hamed, N., & Ahmed, L. (2021). Views of primary health care providers of the challenges to screening for intimate partner violence, Egypt. *Eastern Mediterranean Health Journal = La Revue de Sante de La Mediterranee Orientale = Al-Majallah Al-Sihhiyah Li-Sharq Al-Mutawassit*, *27*(3), 233–241. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.26719/emhj.20.125

Jacquette, D. (2006). Violence as Intentionally Inflicting Forceful Harm. *Revue internationale de philosophie*, 235(1), 293-322. https://doi.org/10.3917/rip.235.0293.

Jämställdhetsmyndigheten. (2025). *Nytt stöd för undervisning om våld vid lärosäten.* https://jamstalldhetsmyndigheten.se/aktuellt/nyheter/nytt-stod-for-undervisning-om-vald-vid-larosaten/

Karolinska institutet [KI]. (2025). *Specialistsjuksköterskeprogrammet – barn och ungdom*. https://utbildning.ki.se/program/2b121-specialistsjukskoterskeprogrammet-barn-och-ungdom

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Utbildningsdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460/

Linnéuniversitetet [LNU]. (2025). *Barnmorskeprogrammet*. https://lnu.se/program/barnmorskeprogrammet/kalmar-ht/

*Lähteenmäki, E., Leino-Kilpi, H., & Mishina, K. (2025). Screening Intimate Partner Violence During Pregnancy in Maternity Clinics-Views of Finnish Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *39*(3), e70090. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/scs.70090

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

McCormack, B., & McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centered nursing. *Journal of advacnced nursing*, *56*(5), 472-479. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x

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

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (NCK). (2025). *Fakta och forskning om våld*. https://www.uu.se/centrum/nck/kunskapsbank-om-vald/fakta-och-forskning-om-vald

Nordborg, G. (2019). Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björck, U. Albért & Y. Haraldsdotter (Red.), *Våldsutsatta kvinnor -samhällets ansvar*. (s. 57–95). Studentlitteratur

Nygren Zotterman, A., Skär, L., Olsson, M., & Söderberg, S. (2015). District nurses' views on quality of primary healthcare encounters. *Scandinavian journal of caring sciences*, *29*(3), 418–425. https://doi.org/10.1111/scs.12146

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., … Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372(71). https://doi.org/10.1136/bmj.n71

*Paixão Sobral, J., Lima Marinho, M., & Miranda da Rocha, B. (2023). Challenges Faced by Nurses in Caring for Elderly Victims of Domestic Violence: A Qualitative Approach. *Cogitare Enfermagem*, *28*, 1–10. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1590/ce.v28i0.92880

Patientlag (SFS 2014:821). Socialdepartementet. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-och-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientlag-2014821_sfs-2014-821/#K5

Peeren, S., McLindon, E., & Tarzia, L. (2024). "Counteract the gaslighting" – a thematic analysis of open-ended responses about what women survivors of intimate partner sexual violence need from service providers. *BMC Women's Health*, *24*(1), 1–11. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1186/s12905-024-02943-1

Polit, D.F., & Beck, C.T. (2021). *Nursing Research- Generating and assessing Evidince for Nursing Practice* (11 uppl.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

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

Regeringen. (2024). *Sveriges genomförande av Agenda 2030* (Skr. 2024:25:66). https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/skrivelse/2024/12/skr.-20242566

Regeringskansliet. (u.å.). *17 globala mål för hållbar utveckling.* https://www.regeringen.se/regeringens-politik/globala-malen-och-agenda-2030/17-globala-mal-for-hallbar-utveckling/

Regeringskansliet. (2015). *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck – slutbetänkande av utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor* (SOU 2015:55). https://www.regeringen.se/rattsliga-dokument/statens-offentliga-utredningar/2015/06/sou-2015_55/

Rosén, M. (2023). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson. (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (3 uppl.). (s.435-448). Studentlitteratur.

Salievska, A. (2020). It's Happening More Than We Think. *Journal for Nurse Practitioners*, *16*(5), 404–405. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1016/j.nurpra.2020.02.009

Sandman, L. & Kjellström, S. (2024). *Etikboken – etik för vårdande yrken*. (3 uppl.). Studenlitteratur.

Sariaslan, A., Pitkänen, J., Forsman, J., Kuja-Halkola, R., Brikell, I., DÓnofiro, B.M., Aaltonen, M., Larsson, H., Martikainen, P., Lichtenstein, P. & Fazel, S. (2024). Risk of common psychiatric disorders, suicidal behaviours, and premature mortality following violent victimisation: A matched cohort and sibling-comparison study of 127,628 people who experienced violence in Finland and Sweden. *PLoS Medicine*, 21(10): e1004410. Doi: https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1004410

*Simsek-Cetinkaya, Ş., & Evrenol Ocal, S. (2023). "Psychological Injuries Are Not Visible": Experiences and Perceptions of Midwives and Nurses about Domestic Violence during Pregnancy. *Clinical Nursing Research*, *32*(8), 1115–1123. https://doi.org/10.1177/10547738231182190

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-LF 2022:39). Socialstyrelsen. https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/hslf-fs-202239-socialstyrelsens-foreskrifter-och-allmanna-rad-om-vald-i-nara-relationer-2022-6-7967/

Socialstyrelsen. (2023). *Våld i nära relationer – Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården* (Artikelnummer 2023-6-8592). https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/

Stewart, D. E., MacMillan, H., & Kimber, M. (2021). Recognizing and Responding to Intimate Partner Violence: An Update. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, *66*(1), 71–106. https://doi.org/10.1177/0706743720939676

Stöckl, H., & Sorenson, S. B. (2024). Violence Against Women as a Global Public Health Issue. *Annual review of public health*, *45*(1), 277–294. https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-060722-025138

Sundborg, E. M., 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. https://doi.org/10.1186/1472-6955-11-1

*Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. & Hylander, I. (2017). To ask, or not to as: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 26(15-16), 2256-2265. Doi: https://doi.org/10.1111/jocn.12992

Sundborg, E., Törnkvist, L., Wändell, P., & Saleh-Stattin, N. (2018). Impact of an educational intervention for district nurses about preparedness to encounter women

exposed to intimate partner violence. *Scandinavian journal of caring sciences*, *32*(2), 902–913. https://doi.org/10.1111/scs.12521

Svensk sjuksköterskeförening (2019). Distriktssköterskeföreningen i Sverige. *Kompetensbeskrivning avancerad nivå Distriktssköterska*. https://swenurse.se/publikationer/kompetensbeskrivning-for-distriktsskoterskor

Swenurse. (2022). *ICN:s etiska kod för sjuksköterskor*. Svensk sjuksköterskeförening. https://swenurse.se/publikationer/icns-etiska-kod-for-sjukskoterskor

Tarzia, L., Bohren, M. A., Cameron, J., Garcia-Moreno, C., O'Doherty, L., Fiolet, R., Hooker, L., Wellington, M., Parker, R., Koziol-McLain, J., Feder, G., & Hegarty, K. (2020). Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: A qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*, *10*(11), e041339. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1136/bmjopen-2020-041339

United Nations [UN]. 2025. *Sustainable development goals.* https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/

United Nations Office for Disaster Risk Reduction [UNDRR] & International Science Council [ISC]. (2025). *UNDRR–ISC Hazard Information Profiles – 2025 Update: SO0301 Violence*. https://www.undrr.org/understanding-disaster-risk/terminology/hips/so0301

*Uysal Yalçın, S., Aksoy, S. D., Zonp, Z., & Bilgin, H. (2024). Views of nurses and midwives working in primary healthcare services on intimate partner violence against women. *Australian Journal of Primary Health*, *30*(6), 1–9. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1071/PY24007

Vetenskapsrådet (2024). *God forskningssed*. Vetenskapsrådet. https://www.vr.se/analys/rapporter/vara-rapporter/2024-10-02-god-forskningssed-2024.html

*Visentin, F., Vieira, L. B., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence/Enfermería en la atención primaria de salud y el cuidar de las mujeres en situación de violencia de género. *Investigación y Educación En Enfermería*, *33*(3), 556-564. https://doi.org/10.17533/udea.iee.24465

Wemrell, M., & Hiltunen, L. (2025). Complex Expressions of Power. Aspects of Gender in/Equality in Violent Intimate Relationships in Sweden. *Violence against Women*, 10778012251348432. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1177/10778012251348433

Wolf, A., Moore, L., Lydahl, D., Naldemirci, Ö., Elam, M., & Britten, N. (2017). The realities of partnership in person-centred care: a qualitative interview study with patients and professionals. *BMJ open*, *7*(7), e016491. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-016491

World Health Organisation. (2002). *World report on violence and health: Summary.* https://www.who.int/publications/i/item/9241545615

World Health Organisation. (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.* https://www.who.int/publications/i/item/9789240022256

World Health Organization. (2022). *WHO Violence prevention unit: approach, objectives and activities, 2022-2026.* https://www.who.int/publications/m/item/who-violence-prevention-unit--approach--objectives-and-activities--2022-2026

World Health Organisation. (2024a). *Violence against women.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women

World Health Organisation. (2024b). *Turkey – Health data overview for the republic of Turkey.* https://data.who.int/countries/792

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), 753. https://doi.org/10.1186/s12889-020-08766-7

Bilaga 1. Sökmatris

Databas: Cinahl
Sökdatum: 250909

SÖKNING	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
Distriktssköterska		
S1. Ämnesord	nurs* OR "primary healthcare nurs*"	984906
S2. Fritext	"district nurs*" OR "community care nurs*" OR "primary health care nurs*" OR "public health nurs*" OR "specialist nurs*" OR "advanced nurs*" OR “nurse practitioner*”	12625
S3.	S1 OR S2	1012698
Primärvård		
S4. Ämnesord	"Primary care" OR "Primary health care" OR "community healthcare"	133130
S5. Fritext	Primary healthcare OR "primary health care" OR "general practice" OR "community care" OR "community health care"OR "community health service*"	134594
S6.	S4 OR S5	177539
Våld i nära relationer		
S7. Ämnesord	"Intimate partner violence"	16781
S8. Fritext	“domestic violence” OR “partner abuse” OR “intimate partner aggression” OR ipv	19947
S9.	S7 OR S8	27978
Erfarenheter		
S10. Ämnesord	Experienc*	643198
S11. Fritext	challenges OR barriers OR difficulties OR issues OR problems OR limitations OR question* OR asking OR perspective OR communicat*	1960181
S12.	S10 OR S11	2 281 780
Kombination av block		
S13.	S3 AND S6 AND S9 AND S12	190
Inklusionskriterier och exklusionkriterier		
S15.	Publiceringsår: 2015-2025, Peer-reviewed, språk: engelska	77

Bilaga 2. Sökmatris

Databas: PubMed
Sökdatum: 250919

SÖKNING	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
Distriktssköterska		
S1. Ämnesord	nurs* OR "primary healthcare nurs*"	1 270 251
S2. Fritext	"district nurs*" OR "community care nurs*" OR "primary health care nurs*" OR "public health nurs*" OR "specialist nurs*" OR "advanced nurs*" OR “nurse practitioner*”	24710
S3.	S1 OR S2	1 272 029
Primärvård		
S4. Ämnesord	"Primary care" OR "Primary health care"	307385
S5. Fritext	"Primary healthcare" OR "primary health care" OR "general practice" OR “community care” OR community health care” OR “community healthcare” OR “community service*”	692468
S6.	S4 OR S5	724613
Våld i nära relationer		0
S7. Ämnesord	"Intimate partner violence"	14908
S8. Fritext	“domestic violence” or “partner abuse” or “intimate partner aggression” or ipv	23846
S9.	S7 OR S8	28887
Erfarenheter		
S10. Ämnesord	Experienc*	1 671 670
S11. Fritext	challenges OR barriers OR difficulties OR issues OR problems OR limitations OR question* OR asking OR perspective OR communicat*	1 622 138
S12.	S10 OR S11	9 018 946
Kombination av block		
S13.	S3 AND S6 AND S9 AND S12	402
Inklusionskriterier och exklusionkriterier		
S15.	Publiceringsår: 2015-2025, språk: engelska	244

Bilaga 3. Sökmatris

Databas: PsycInfo
Sökdatum: 250903

SÖKNING	SÖKORD	ANTAL TRÄFFAR
Distriktssköterska		
S1. Ämnesord	nurs* OR "primary healthcare nurs*"	233102
S2. Fritext	"district nurs*" OR "community care nurs*" OR "primary health care nurs*" OR "public health nurs*" OR "specialist nurs*" OR "advanced nurs*" OR “nurse practitioner*”	10127
S3.	S1 OR S2	233400
Primärvård		
S4. Ämnesord	"Primary care" OR "Primary health care" OR "community healthcare"	65512
S5. Fritext	Primary healthcare OR "primary health care" OR "general practice" OR "community care" OR "community health care"OR "community health service*"	70278
S6.	S4 OR S5	94787
Våld i nära relationer		
S7. Ämnesord	"Intimate partner violence"	20193
S8. Fritext	“domestic violence” OR “partner abuse” OR “intimate partner aggression” OR ipv	36009
S9.	S7 OR S8	35411
Erfarenheter		
S10. Ämnesord	Experienc*	958926
S11. Fritext	challenges OR barriers OR difficulties OR issues OR problems OR limitations OR question* OR asking OR perspective OR communicat*	320 053
S12.	S10 OR S11	224 228
Kombination av block		
S13.	S3 AND S6 AND S9 AND S12	176
Inklusionskriterier och exklusionkriterier		
S15.	Publiceringsår: 2015-2025, Peer-reviewed, språk: engelska	83

Bilaga 4. Kvalitetsgranskningsmall inklusive exempel

Kvalitetsgranskningsmall för kvalitativa artiklar baserad på Caldwell et al. (2011), delvis fritt översatt till Svenska, exempel			
Frågor för kvalitativa studier		Maquibar et al. (2023).	Briones-Vozmediano et al. (2022)
1.	Does the title reflect the content?	2	2
2.	Are the authors credible?	2	2
3.	Does the abstract summarize the key components?	2	1
4.	Is the rationale for undertaking the research clearly outlined?	2	2
5.	Is the literature review comprehensive and up to date?	2	1
6.	Is the aim of the research clearly stated?	2	2
7.	Are all ethical issues identified and addressed?	2	2
8.	Is the methodology identified and justified?	1	2
9.	Are the philosophical background and study design identified and the rationale for choice of design evident?	2	2
10.	Are the major concepts identified?	2	2
11.	Is the context of the study outlined?	2	2
12.	Is selection of participants described and sampling method identified?	2	2
13.	Is the method of data collection auditable?	2	2
14.	Is the method of data analysis credible and confirmable?	2	2
15.	Are the results presented in a way that is appropriate and clear?	2	2
16.	Are the results transferable?	1	1
17.	Is the discussion comprehensive?	2	2
18.	Is the conclusion comprehensive?	2	2
	Bedömning av antalet poäng tilldelats respektive artikel (maximalt antal poäng: 36). Poäng: Ja = 2, Delvis = 1, Nej = 0 Kvalitet: Hög = 30-36p. Medel = 25-29p, Låg = 0-24p	34/36	33/36

Bilaga 5. Etisk egengranskning

		Ja	Nej
1	Avser studien att behandla (samla in och/eller använda) känsliga personuppgifter enligt etikprövningslagen, såsom definierade i GDPR (se Integritetsskyddmyndighetens hemsida)? Exempel på sådana uppgifter är: etniskt ursprung, politiska åsikter, religiös eller filosofisk övertygelse, medlemskap i fackförening, hälsa, sexualliv eller sexuell läggning, samt genetiska och biometriska uppgifter.		**X**
2	Innebär undersökningen ett fysiskt ingrepp på deltagarna (även sådant som inte avviker från rutinerna men som är ett led i studien)?		**X**
3	Utförs studien enligt en metod som syftar till att påverka forskningspersonen fysiskt eller psykiskt, eller som innebär en uppenbar risk för fysisk eller psykisk skada?		**X**
4	Används biologiskt material som kan härledas till en levande eller avliden människa (t.ex. blodprov)?		**X**
5	Kan frivilligheten ifrågasättas, exempelvis om studien inkluderar utsatta grupper såsom barn, personer med demenssjukdom eller psykisk funktionsnedsättning, eller personer i en uppenbar beroendeställning till student eller forskningsledare?		**X**
6	Avses vetenskaplig publicering efter studiens genomförande, exempelvis vid konferens eller i vetenskaplig tidskrift? (Observera att publicering enbart i DiVA inte anses vara vetenskaplig publicering.)		**X**
7	Kommer personregister upprättas (där data kan kopplas till fysisk person) och anmälas till registeransvarig person (GDPR- ansvarig)?		
8	Är syfte och metod väl avvägda i förhållande till risk och nytta, och är den eventuella risken anpassad till studiens nivå?	**X**	
9	I den skriftliga informationen beskrivs projektet så att deltagarna förstår dess syfte och uppläggning (inklusive vad som krävs av den enskilde, t.ex. antal besök, projektlängd etc.) och på så sätt att alla detaljer som kan påverka beslut om medverkan klart framgår. (För studier med deltagare under 15 år krävs vårdnadshavares godkännande – bägge vårdnadshavarna vid gemensam vårdnad).		
10	Framgår det tydligt i forskningspersonsinformationen att deltagandet är frivilligt och kan avbrytas när som helst utan att uppge skäl och utan att detta påverkar forskningspersonen (t.ex. betyg, behandling, relation med forskningshuvudman)?		
11	Finns det tillräckliga resurser för att genomföra projektet?		

Bilaga 6. Artikelmatris

Författare, år, titel Artikelnummer **Databas (ev. dubletter)**	**Syfte**	**Metod och urval** **Land**	**Resultat**	**Kvalitets-granskning**
Anderzén Carlsson, A., Bäccman, C., & 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)https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1988043 PsycInfo (CINAHL & PubMed)	Syftet med studien var att utforska barnsjuksköterskans kliniska erfarenheter av mötet med mödrar utsatta för VNR, då lite forskning har utforskat detta ämne.	En exploratorisk deskriptiv metod med kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med nio barnsjuksköterskor gjordes. Under tiden datainsamlingen i denna studie pågick låg fokus på VNR i regionerna och det implementerades en rutin (utanför denna studie) som gick ut på att alla mödrar skulle få frågan om utsatthet för VNR under hälsokontroll med deras barn vid en viss ålder. Sverige	Resultatet mynnade ut i fem kategorier: (1) att möta VNR innebär ett professionellt engagemang och en belastning, (2) kunskap och erfarenhet (av VNR) gör barnsjuksköterskan mer självsäker, (3) Inte alltid givet att vidta omedelbara åtgärder och initiera samarbete (med socialtjänsten), (4) interprofessionellt samarbete är en förutsättning för hantering av VNR och (5) besvikelse över tillgängliga resurser och resultat för de olika familjemedlemmarna.	Hög (35 p)
Briones-Vozmediano, E., Otero-García, L., Gea-Sánchez, M., De Fuentes, S., García-Quinto, M., Vives-Cases, C., & Maquibar, A. (2022). A qualitative content analysis of nurses' perceptions about readiness to manage intimate partner violence. *Journal of Advanced Nursing, 78*(5),	Syftet var att undersöka sjuksköterskors uppfattning om de faktorer som påverkar deras beredskap att hantera VNR i Spanien.	Kvalitativ intervjustudie. Semistrukturerade individuella intervjuer. 37 intervjuer gjordes med sjuksköterskor mellan 2014 och 2016. De första 12 intervjuerna gjordes 2014 med olika professioner inom primärvården. För att samla mer insikt gjordes ytterligare 25 intervjuer med	Resultatet redovisas i fyra kategorier: (1) erkännande av VNR som ett hälsoproblem. En pågående process, (2) det spanska hälso- och sjukvårdssystemet och cårdcentralen: ett gynnsamt utrymme för att hantera VNR, men med vissa begränsningar, (3) sjuksköterskor som nyckelfigurer för VNR i samordnad vård och (4) faktorer involverade i sjuksköterskors autonomi i	Hög (33 p)

1448–1460. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/jan.15119 PsycInfo (CINAHL & Pubmed)		primärvårds- och specialistsjuksköterskor enligt samma intervjuguide 2016. Spanien	deras respons till VNR. De flesta kategorier utmynnade i flera underkategorier vardera.	
Carneiro, J. B., Gomes, N. P., Estrela, F. M., da Silva, A. F., Carvalho, M. R. d. S., & Webler, N. (2022). Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence From the Perspective of Health Professionals. *Inquiry : A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, *59*, 469580211064105. https://doi.org/10.1177/00469580211064105 PsycInfo (CINAHL & PubMed)	Syftet med studien var att förstå hur personal i primärvården ger vård till kvinnor som är offer för VNR.	Grounded theory med kvalitativ ansats. Individuella djupintervjuer gjordes med sammanlagt 31 personal i primärvården. Av dessa var 17st vidareutbildade sjuksköterskor med lång arbetslivserfarenhet och en medelålder på 38 år. Brasilien	Resultatet redovisas i två kategorier: (1) Att arbeta för att identifiera VNR och (2) att ingripa i fall av VNR. Kategorierna bestod av tre underkategorier vardera.	Hög (33 p)
Lähteenmäki, E., Leino-Kilpi, H., & Mishina, K. (2025). Screening Intimate Partner Violence During Pregnancy in Maternity Clinics-Views of Finnish Public Health Nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, *39*(3), e70090. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/scs.70090 PsycInfo (PubMed)	Syftet med studien var att analysera distriktssköterskors syn på screening för VNR i finska mödravårdscentraler.	En deskriptiv metod med diskussioner i fokusgrupper och en induktiv innehållsanalys. 12 distriktssköterskor deltog i fokusgrupperna. Mediantiden på deras arbete i mödravården var 9,5 år. Finland	Fyra kategorier bildades i resultatet: (1) Organisatoriska handlingsplaner. Professionell diskretion, (2) det frågas om VNR, det är svårt att få ett sanningsenligt svar, förutfattade meningar måste glömmas, (3) Existerande guider, konfidentiella relationer, yrkeserfarenhet och organisatoriskt stöd samt (4) konflikten mellan instruktioner och praktiken, Organisatoriska utmaningar, utmaningar i patientelationen och kulturella skillnader.	Hög (36 p)

Maquibar, A., Estalella, I., Romero-Serrano, R., Macías-Seda, J., Gil-García, E., & Lancharro-Tavero, I. (2023). Primary healthcare nurses' experiences of addressing intimate partner violence in supportive legal and health system contexts. *Journal of Advanced Nursing*, *79*(4), 1399–1413. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/jan.15406 PsycInfo (CINAHL & PubMed)	Syftet med den sekundära kvalitativa studien var att utforska primärvårdssjuksköterskors erfarenheter i omvårdnaden av kvinnor utsatta för VNR ur en kontext med institutionellt stöd för hantering av hälsoproblemet. Syftet med den primära studien var att analysera sjuksköterskors uppfattning om VNR, deras kunskap om ”Andalusian Protocol for Healthcare Response to Gender violence” och vilka utmaningar/möjligheter tillämpningen av detta gav dem.	Sekundär kvalitativ analys från delar av tidigare fenomenologisk studie. Semi-strukturerade individuella intervjuer, 26 sjuksköterskor i primärvården deltog i den primära studien, i den sekundära studien valdes 19 av dessa ut (de som i sin yrkesroll hade mött minst en kvinna utsatt för VNR). Merparten hade mer än 10 års erfarenhet och flertalet avancerad utbildning. Spanien	Fyra kategorier hittades efter analys av transkriptionerna: (1) Det är inte bara identifieringen utan kvinnornas process i att identifiera den, (2) att avluta en våldsam relation är en komplex och icke-linjär resa, (3) elefanten i rummet och (4) sjuksköterskor är vana att hantera överväldigande situationer men ändå….	Hög (34 p)
Paixão Sobral, J., Lima Marinho, M., & Miranda da Rocha, B. (2023). Challenges Faced by Nurses in Caring for Elderly Victims of Domestic Violence: A Qualitative Approach. *Cogitare Enfermagem*, *28*, 1–10. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1590/ce.v28i0.92880 CINAHL	Syftet var att beskriva de utmaningar sjuksköterskor ställs inför vid upptäckt och vård av äldre offer för VNR.	En explorativ studie med kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer (intervjuguide användes) med 13 sjuksköterskor i primärvården (både hemsjukvård och vårdcentral). De 13 sjuksköterskorna var mellan 30 och 69 år och utbildningen för sjuksköterskor i primärvården i Brasilien motsvarar distriktssköterskans utbildning. Brasilien	Resultatet mynnade ut i följande tre kategorier: (1) Utmaningar och svårigheter för sjuksköterskor vid upptäckten av äldre offer för VNR, (2) förhållningssätt för omvårdnad av äldre offer för VNR ur distriktssköterskans perspektiv och (3) sjuksköterskans analys av huvudsakliga indikatorer på våld vid hembesök.	Hög (34 p)

Simsek-Cetinkaya, Ş., & Evrenol Ocal, S. (2023). "Psychological Injuries Are Not Visible": Experiences and Perceptions of Midwives and Nurses about Domestic Violence during Pregnancy. *Clinical Nursing Research*, *32*(8), 1115-1123. https://doi.org/10.1177/10547738231182190 PsycInfo (CINAHL & PubMed)	Syftet med studien var att på djupet undersöka sjuksköterskor/barnmorskor i primärvårdens upplevelser och erfarenheter gällande VNR under graviditet. Syftet var även att genom denna studie uppmärksamma vikten av att använda primärvårdens tjänster i kampen mot VNR och att avslöja sjuksköterskors/barnmorskors makt inom detta område, deras utmaningar och vad de vill göra.	En deskriptiv kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer gjordes med totalt 17 sjuksköterskor/barnmorskor. Både sjuksköterskor och barnmorskor utför samma arbete på lika villkor på familjecentralen (tillsammans med familjeläkare utförs preventiv, terapeutisk och rehabiliterande hälsovård) och författarna har därför inte skilt dem åt i resultatet. Medelåldern var 35 år och medelyrkeserfarenheten var 9,5 år. Turkiet	Fem kategorier bildades: (1) orsakerna till VNR, (2) svårigheter att upptäcka VNR, (3)verktyg för att avslöja VNR, (4) verktyg för att assistera/stötta misshandlade gravida kvinnor och (5) Lösningar för att förebygga våld under graviditet. Samtliga hade flera underkategorier.	Hög (35 p)
Sundborg, E., Törnkvist, L., Saleh, S. N., Wändell, P., & Hylander, I. (2017). To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, *26*(15–16), 2256–2265. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1111/jocn.12992 PsycInfo (CINAHL & PubMed)	Syftet med studien var att förbättra förståelsen för distriktssköterskors (DS) erfarenheter av att möta kvinnor som utsatts för VNR.	Grounded theory med individuella öppna djupintervjuer. 11 intervjuer med DS gjordes initialt. Därefter ytterligare en intervju med en mycket erfaren sjuksköterska inom möten med kvinnor utsatta för VNR. Slutligen, för att kontrollera modellens trovärdighet, fick 15 medarbetare från primärvården läsa resultaten och svara på frågor om den modell för identifiering av VNR-utsatta kvinnor som arbetats fram. Sverige	DS träffade kvinnor utsatta för VNR både på vårdcentraler och vid hembesök. Kvinnornas historik av våldsutsatthet var okänd för distriktssköterskorna innan mötet. Vissa DS berättade att de frågade om VNR och vissa att de inte gjorde det. Resultatet mynnade ut i tre kategorier: (1) Hinder för att fråga, (2) faktorer som underlättade att fråga och (3) tvekansprocessen samt ett antal underkategorier.	Hög (35 p)
Uysal Yalçın, S., Aksoy, S. D., Zonp, Z., & Bilgin, H. (2024). Views of nurses and midwives working in primary healthcare	Syftet var att identifiera hinder och faktorer som underlättar identifiering och hantering av VNR bland kvinnor som söker sig till primärvården ur ett	Kvalitativ deskriptiv metod med individuella djupintervjuer.	Resultatet mynnade ut i fyra kategorier: (1) Upptäckt av VNR, (2) Sjuksköterskors/barnmorskors nuvarande metoder, (3) hinder för identifiering och	Hög (34 p)

services on intimate partner violence against women. *Australian Journal of Primary Health*, *30*(6), 1–9. https://doi-org.proxy.lnu.se/10.1071/PY24007 PsycInfo (Cinahl & Pubmed)	sjuksköterske-/barnmorskeperspektiv, samt att identifiera utmaningar och behov av att förbättra metoderna.	19 intervjuer med sjuksköterskor/barnmorskor på hälsocentral/vårdcentral gjordes. De hade arbetat i sitt yrke i snitt 21 år och i snitt cirka 11 år inom primärvård. Hälften hade fått utbildning inom VNR men samtliga hade mer eller mindre kunskap och erfarenhet av det. Turkiet	hantering och (4) behov. Kategori tre hade fyra underkategorier.	
Visentin, F., Vieira, L. B., Trevisan, I., Lorenzini, E., & da Silva, E. F. (2015). Women's primary care nursing in situations of gender violence/Enfermería en la atención primaria de salud y el cuidar de las mujeres en situación de violencia de género. *Investigación y Educación En Enfermería*, *33*(3), 556-564. http://proxy.lnu.se/login?url=https://www.proquest.com/scholarly-journals/womens-primary-care-nursing-situations-gender/docview/1725474802/se-2 PsycInfo (CINAHL & PubMed)	Syftet var att dentifiera primärvårdssjuksköterskornas åtgärder för kvinnor i VNR-situationer.	En explorativ deskriptiv studie med kvalitativ ansats. Semistrukturerade intervjuer med 17 sjuksköterskor i primärvården gjordes. Av dessa var 16 vidareutbildade sjuksköterskor, hade som längst 21 år inom yrket och var mellan 25 och 57 år gamla. Brasilien	De två kategorierna (1) primärvårdssjuksköterskans åtgärder för omvårdnad av kvinnor i VNR-situationer och (2) hinder för sjuksköterskeåtgärder i VNR-situationer.	Hög (31 p)

Linnéuniversitetet
Kalmar Växjö