



**LUNDS**  
UNIVERSITET  
Socialhögskolan

# **”Jag tror vi har ett väldigt stort ansvar när det kommer till de här frågorna”**

**Primärvårdskuratorers handlande och resonerande i patientärenden där våld i nära relation identifierats**

Johanna Viterius

Examensarbete (SAHS05)  
Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet  
VT 2023  
Handledare: Stig Linde

# Abstract

Author: Johanna Viterius

Title: "I think we have a major responsibility in regards to these issues"

The actions and reasoning of primary care counselors' in identified cases of domestic violence

Supervisor: Stig Linde

Assessor: Torbjörn Hjort

The aim of this thesis was to investigate primary care counselors' actions, reasoning and what available resources they utilize when meeting patients affected by domestic violence. The overall goal was also to explore different factors and patterns that arose related to the work and to assess how prepared counselors are in handling situations related to domestic violence. A qualitative methodology involving seven semi-structured interviews with primary care counselors was carried out. The data collected from the interviews were analyzed through coding and thematic analysis, resulting in two overarching themes: "Knowledge on domestic violence" and "Organizational preconditions", along with related coding. The result was analyzed with the help of theoretical framework Theory of Planned Behavior, Self-efficacy and Street-level Bureaucrats. The primary care counselors interviewed shed light on actions they use, and considerations they take when dealing with patients affected by domestic violence. Counselors used their previous knowledge and experience to guide them in plotting the best way forward for the patient. The ability for counselors to act and their practices were largely based on experience, knowledge and support gathered outside of the organization they currently operate within. Their actions and reasoning were, however, also affected by organizational preconditions.

Keywords: primary care counselors', domestic violence, theory of planned behavior, self-efficacy, reasoning

# Innehållsförteckning

INLEDNING OCH PROBLEMFÖRMULERING .....	4
SYFTE .....	6
FRÅGESTÄLLNINGAR .....	6
BEGREPP OCH FÖRTYDLIGANDEN .....	6
TIDIGARE FORSKNING .....	7
ATT MÖTA VINR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN .....	8
ORGANISATORISK OCH INDIVIDUELL BEREDSKAP .....	10
INTENTION OCH BETEENDE .....	11
TEORI.....	12
THEORY OF PLANNED BEHAVIOR.....	13
SELF-EFFICACY .....	15
GRÄSROTSBYRÅKRATEN .....	16
METOD .....	17
KVALITATIV METOD .....	17
URVAL OCH INSAMLING AV EMPIRI .....	18
ANALYSMETOD.....	20
METODOLOGISKA ÖVERVÄGANDEN OCH ROLLEN SOM FORSKARE .....	21
STUDIENS TILLFÖRLITLIGHET.....	23
ETISKA ÖVERVÄGANDEN .....	24
RESULTAT OCH ANALYS .....	25
KUNSKAP OM VINR .....	26
Professionell erfarenhet och problemspecifik kompetens .....	26
Kurators avvägningar i det praktiska VINR-arbetet .....	30
Kuratorn som kunskapsbärare .....	35
ORGANISATORISKA FÖRUTSÄTTNINGAR .....	40
Avgränsningar och primärvårdskurators roll .....	40
Internt stöd .....	44
Extern stöd .....	49
AVSLUTANDE DISKUSSION.....	51
REFERENSLISTA .....	53
BILAGA 1 .....	57
BILAGA 2 .....	58

# Inledning och problemformulering

Våld i nära relation beskrivs i forskning som en folkhälsofråga och som ett allvarligt problem både för individen och samhället (NCK<sup>1</sup>, 2014; Socialstyrelsen, 2021). Konsekvenserna av våld är många och det finns en tydlig koppling mellan våldsutsatthet och fysisk och psykisk ohälsa på både kort och lång sikt (NCK, 2014; Socialstyrelsen, 2016). 2017 lanserade den dåvarande regeringen en tioårig nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor där det bland annat konstaterades att “Alla samhällssektorer som kommer i kontakt med våldet och dess konsekvenser måste enligt regeringen bli bättre på att upptäcka det” (Regeringens skrivelse 2016/17:10, s.109). En del av uppdraget att göra strategin genomförbar vilar på Socialstyrelsen som skapat olika riktlinjer, utbildningar och handböcker kring ämnet (Socialstyrelsen, 2023). I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) framkommer olika ansvarsområden för hälso- och sjukvården som ska tillämpas i arbetet med våld i nära relation. Där betonas bland annat hälso- och sjukvårdens ansvar att identifiera och agera kring våld i nära relation och vårdgivares ansvar för att skapa rutiner kring arbetet (ibid.). Det betonas även att hälso- och sjukvårdspersonal ska beakta de behov patienten har med anledning av våldet, såväl fysiskt som psykiskt, samt “informerar om möjligheten till vård inom hälso- och sjukvården, stöd och hjälp från socialtjänsten samt kontakt med frivilligorganisationer” (HSLF-FS 2022:39, 10§ 7kap. 2p.).

Enligt NCK (2022a) har idag alla regioner någon form av rutin och vårdprogram kring omhändertagande av våldsutsatta patienter. NCK (2022a) betonar att rutiner kring våld i nära relation skapar trygghet både för personalen som möter våldsutsatta patienter och för våldsutsatta patienter som kommer i kontakt med vården. Förutom vikten av skriftliga dokument pekar NCK (2022a) även på vikten av att rutinerna är förankrade i hela organisationskedjan, från verksamhetsansvariga och avdelningschefer till personalen som möter patienterna. Förutom att ha rutiner och dokument och att känna till dessa, så lyfts även att det är minst lika viktigt att både ansvariga chefer och medarbetare har en förståelse för den viktiga roll hälso- och sjukvården har när det kommer till arbetet mot våld

---

<sup>1</sup> Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

i nära relation, samt kopplingen det har till ohälsa (ibid.). Detta betonar även Socialstyrelsen (HSLF-FS 2022:39, s.11) där de ger som allmänt råd att “Vårdgivaren bör se till att personalen i verksamheten har kunskap om våld och andra övergrepp av eller mot närstående för att kunna ge god vård samt har förmåga att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet”.

I till exempel Region Skånes (2021) regionala vårdprogram mot våld i nära relationer sammanfattas hälso- och sjukvårdens ansvar i fem punkter; 1. Upptäcka 2. Bemöta, vårda och stödja 3. Dokumentera 4. Hänvisa vuxna, och 5. Anmälan vid misstanke om att barn far illa. I vårdprogrammet framkommer det även att primärvården är en verksamhet som visat sig ha en överrepresentation av våldsutsatta patienter (Region Skåne, 2021). Enligt Socialstyrelsen (2023) så finns det sällan tydliga tecken på att en person utsatts för våld i nära relation, utan det kan ge sig uttryck på olika sätt – till exempel i olika psykosomatiska besvär, stressreaktioner, depressioner och ångest. Patienter med dessa problem söker sig ofta till primärvården (SOU 2021:6).

De rådande riktlinjer och direktiv som presenterats vänder sig generellt till all hälso- och sjukvårdspersonal. Det lyfts dock fram att våldsutsatthet bidrar till en ökad risk för psykisk ohälsa och det betonas att patienter ska erbjudas eller hänvisas till psykosocialt stöd inom hälso- och sjukvården när våldsutsatthet identifierats (NCK, 2022b; Region Stockholm, 2023). Primärvårdskuratorer möter ofta patienter som på olika sätt behöver psykosocialt stöd, inte sällan på grund av nedsatt psykisk hälsa och påfrestande livssituationer. Gåfvells (2014) beskriver att kuratorns uppdrag inom hälso- och sjukvården bland annat är att arbeta stärkande och att medvetandegöra patienter om inneboende resurser och förmåga att hantera påfrestringar. Arbetet kan bland annat vara i form av samtalsbehandling, samverkan, planering och sociala insatser (Akademikerförbundet SSR, 2020). Kuratorn inom hälso- och sjukvården ska även arbeta för förändring i den sociala miljön om denna inte är gynnsam för patienten och informera kring samhällsresurser som kan vara ett stöd för patienten i hans situation (Akademikerförbundet SSR, 2020; Gåfvel, 2014). Utöver det uppdraget beskriver Gåfvells (2014) att kuratorn inom hälso- och sjukvården även har ett utvidgat ansvar som den sociala experten i en medicinsk kontext. Detta innebär bland annat att bevaka så att patienter får ett gott bemötande med respekt för sin

livssituation och att social och psykosocial problematik uppmärksammas och lyfts på vårdenheter (ibid.). Kuratorn inom hälso- och sjukvården beskrivs i Akademikerförbundet SSRs (2020) *Policy för hälso- och sjukvårdskuratorer* som länken mellan vården och andra samhällsaktörer.

Det framgår att det finns vissa förväntningar kring hur hälso- och sjukvårdspersonal ska arbeta i patientärenden som rör våld i nära relation utifrån de direktiv, riktlinjer och program som presenterats tidigare. Det presenteras även policys och definitioner kring kuratorn inom hälso- och sjukvårdens uppdrag. Utifrån den bakgrunden, och med vetskapen om att primärvården är ett verksamhetsområde som har visat sig ha en överrepresentation av våldsutsatta patienter (Region Skåne, 2021), anses det intressant att undersöka hur primärvårdskuratorer arbetar i patientärenden som rör våld i nära relation.

## Syfte

Syftet med denna uppsats är att identifiera olika faktorer och mönster i primärvårdskuratorers handlande i patientärenden som rör våld i nära relation, samt hur rustade primärvårdskuratorer är att arbeta med våld i nära relation. Syftet är inte att undersöka identifierandet av våld i nära relation utan att fokusera på det som sker därefter.

## Frågeställningar

- Vad gör primärvårdskuratorer när våldsutsatthet identifieras hos en patient?
- Hur resonerar de kring sina handlingar, olika handlingsalternativ och sin förmåga att utföra dem?
- Vilka interna och externa resurser använder de?

## Begrepp och förtydliganden

Våld i nära relation (förkortas här efter VINR) syftar i denna uppsats till såväl fysiskt, psykiskt, sexuellt, materiellt, ekonomiskt, digitalt och latent våld som sker i en nära relation. Begreppet innefattar även kontroll och hot. NCK (2023)

beskriver att VINR “kännetecknas av att den som utsätts har en nära relation till och ofta starka känslomässiga band till förövaren. Detta försvårar möjligheten till motstånd och uppbrott. Våldet sker vanligtvis inomhus i offrets egen bostad.”.

VINR syftar i denna uppsats inte enbart till våld i parrelationer om det inte specificeras, utan även inom familjen och släkten.

VINR är något som kan drabba alla oavsett om man är man, kvinna, trans eller icke-binär. Det förekommer även i alla samhällsklasser och i olika par- och familjekonstellationer. Våldsutövare finns även bland alla kön. Forskningen visar dock att kvinnor i högre grad utsätts för upprepat och grovt våld i jämförelse med män och att våldsutövare ofta är en man (NCK, 2023; Socialstyrelsen, 2023). Detta kan vara en bidragande förklaring till att mycket av den forskning som finns på fältet fokuserar på våldsutsatta kvinnor.

Kriscentrum är en verksamhet som nämns i resultat- och analyskapitlet.

Kriscentrum syftar till verksamheter i socialtjänstens regi som arbetar med frågor som rör VINR (och hedersrelaterat våld). Kriscentrum finns inte i alla kommuner och verksamhetens innehåll kan se olika ut på olika platser. Ett fenomen som också nämns i resultat- och analyskapitlet är mottagningsenheter (mottag) på socialtjänsten som arbetar specifikt med VINR. Denna typ av mottag är inte heller något alla kommuner har utan det kan skilja sig i hur man aktualiserar ärenden som rör VINR. Ytterligare en verksamhet som nämns är Barnskyddsteamet. Barnskyddsteam är något som finns inom flera regioner och agerar främst som ett kunskapsstöd och kompetenscenter kring frågor som rör barn och barn som far illa. Vissa Barnskyddsteam har även ett utökat ansvar kring frågor som rör VINR och hedersrelaterat våld.

## Tidigare forskning

I detta kapitel presenteras en översikt av forskning relevant för denna studie.

Sökandet efter relevant tidigare forskning har gjorts via Lunds universitets databas LUBsearch Discovery. Sökord som användes var bland annat domestic violence, healthcare, theory of planned behavior, violence, healthcare professionals, partner violence och primary care. Utvärderingen av Region Skånes

vårdprogram mot våld i nära relation har skickats från en av de ansvariga för vårdprogrammet på Region Skåne. En del av den tidigare forskningen som presenteras fokuserar på identifiering av VINR, men lyfter även aspekter kring förutsättningar att arbeta med VINR och anses därför relevant för denna studie. Mycket av den forskningen som gjorts och som presenteras nedan är internationella studier. Det är värt att belysa att inga avgränsningar har gjorts kring om länderna är jämförbara med Sverige utifrån styrning och hälso- och sjukvårdens uppbyggnad. Förutsättningarna att arbeta med VINR och vikten frågan tillskrivs kan skilja sig åt i olika geografiska områden och kulturella kontexter.

## Att möta VINR inom hälso- och sjukvården

I en studie där kvinnor i Sri Lanka med erfarenheter av VINR intervjuades om sina möten med hälso- och sjukvården framkom olika barriärer som påverkade kvinnornas kontakt med hälso- och sjukvårdspersonalen (Silva et al. 2022).

Faktorer som kvinnorna beskrev som barriärer var bland annat bristande motivation och uppmuntran från hälso- och sjukvårdspersonalen att berätta om sin situation. Att hälso- och sjukvårdspersonalen initierade diskussionen om VINR och utforskade kvinnornas situation uppgavs vara en förutsättning för dem att berätta. Det belystes även i studien att hälso- och sjukvårdspersonalen ofta fokuserade på sina specifika ansvars-/behandlingsområden och inte ställde frågor om kvinnornas livssituation i övrigt. (ibid.)

Barriärer och facilitatorer för kontakterna med hälso- och sjukvårdspersonal identifierades även i en systematisk översikt av Heron & Esima (2022). Ett hinder var patienters rädsla att bli dömda av personalen. Avsaknad av förtroende och relation till hälso- och sjukvårdspersonalen man mötte samt negativa attityder hos personalen, var ytterligare barriärer som framkom. Patienterna uttryckte även en osäkerhet kring vilken rätt de själva hade att välja vilket stöd och vilka insatser de tog emot. Facilitatorer, förutsättningar, för att berätta om våldsutsatthet var att patienten uppfattade personalen som kunnig och kapabel att hantera det patienten berättade om VINR samt en god relation med den vårdpersonal man mötte och att man kände sig trygg på vårdinrättningen (ibid.). Trygghet och vikten av



relationsskapande har även hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården beskrivit som en viktig aspekt i arbetet mot VINR (Carneiro et al., 2022a). I Carneiros et al. (2022a) studie betonade även primärvårdspersonalen vikten av kollegialt stöd och samverka med andra på vårdenheten. Det beskrevs också i studien hur personalen arbetade för att underlätta för patienten genom att lyssna på hennes behov, assistera henne i vårdprocessen och se till att både fysiska och psykologiska aspekter bemöttes. Personalen belyste dessutom vikten av att dokumentera det patienten berättar i hennes journal. Detta belyser även Jasinski (2004) i sin litteraturoversikt kring forskning om gravida kvinnor och VINR, där vikten av att dokumentera kring VINR understryks då det kan påverka eventuella framtida juridiska processer. Carneiros et al. (2022a) studie lyfte även att personalen hänvisade patienterna till andra resurser utanför primärvården. Detta beskrivs som nödvändigt då primärvården inte kan möta alla behov som en patient utsatt för VINR kan ha (ibid.).

Carneiro et al. (2022b) har även studerat hälso- och sjukvårdspersonals uppfattningar om vårdutfallet för kvinnor utsatta för VINR och beskriver att arbeta utifrån *women empowerment* som ett fynd, där personalen betonade att de ville vara en stöttande kraft som fanns där oavsett vad kvinnan valde att göra. Att arbeta stärkande och stöttande beskriver Carneiro et al. (2022b) som en förutsättning för att tackla VINR och belyser avsaknaden av det, och avsaknad av vård ("non-care") som en risk för kvinnor som är utsatta för VINR - både på kort och lång sikt. Avsaknad av vård förklaras i artikeln ofta vara kopplat till personalens känslor av att inte ha tillräckligt med kunskap och dålig beredskap för att arbeta med frågor som rörde VINR. I artikeln lyfts brist på organisering kring hur man arbetar mot VINR fram och hur personalen kunde resonera om att det inte är deras ansvar att arbeta med dessa frågor. Carneiro et al. (2022b) lyfter konsekvenserna av den typ av vård utsatta kvinnor får och konstaterar att om vården är välkomnande och stärkande ökar förutsättningarna för kvinnan att få leva ett liv fritt från våld. Avsaknaden av vård kan däremot leda till ökad våldutsatthet och försämrad hälsa (ibid.).

## Organisatorisk och individuell beredskap

Beredskap att arbeta med VINR har i forskningen belysts både från en individuell och organisatorisk aspekt. Forskningen fokuserar bland annat på implementering av interventioner och organisationens attityd till arbetet, samt hur det påverkar hälso- och sjukvårdspersonalens beredskap att möta patienter med erfarenheter av VINR.

I en studie utförd i Brasilien undersökte d'Oliveira et al. (2022) hur beredskapen såg ut på två primärvårdsenheter för att arbeta med interventioner för att stärka arbetet kring VINR. Båda primärvårdsenheterna hade ett team med koordinationsansvar för patientärenden som rörde VINR, förkortat NPV. Enligt studien fanns det kommunala riktlinjer om att NVP-teamet skulle ha ett ansvar för utbildning, epidemiologisk övervakning och erbjuda stöd i patientärenden som rörde VINR. Trots det fanns det ingen avsatt tid för personalen i NVP-teamen att arbeta med arbetsuppgifterna (d'Oliveira et al., 2022). NPV-teamen uttryckte även att deras roll var oklar då det inte fanns en tydlig organisatorisk struktur att verka inom. Liknande fynd lyfts i uppföljningen av Region Skånes vårdprogram mot våld i nära relation där vikten av organisatoriskt stöd i form av utbildning, återkommande diskussioner och reflektioner kring VINR samt frigörandet av tid för kompetensutveckling betonades (Wemrell, Tegel & Ivert, 2022). Wemrell, Tegel & Ivert (2022) lyfter även i uppföljningen att det fanns en generellt låg kännedom om vårdprogrammet hos deltagarna i studien trots att de flesta av dem tyckte att vårdprogrammet var relevant för dem och att hälso- och sjukvården hade ett ansvar att identifiera och agera kring VINR. NVP-teamen i d'Oliveiras et al. (2022) studie uttryckte också en känsla av isolering och bristande stöd - både från kollegor på vårdenheten och från de kommunala verksamhetsansvariga. Det belystes i studien att de verksamhetsansvariga generellt hade lite kunskap om och kontakt med olika verksamheter som arbetade med frågor rörande VINR. De ansåg inte heller att VINR var ett prioriterat område trots att de erkände VINR påverkan på folkhälsan (ibid.).

Majoriteten av den intervjuade personalen i d'Oliveiras et al. (2022) studie beskrev att de inte hade fått någon utbildning kring VINR, detta trots att NPV-teamen skulle erbjuda det. Avsaknaden av utbildning beskrevs som anledning till

den bristande kunskapen och medvetenheten kring VINR. Vissa i personalen beskrev hur de ändå använde sig av olika strategier för att närma sig patientärenden som rörde VINR - vissa baserade på professionella eller personliga värderingar och uppfattningar, andra baserades på sin eller kollegors erfarenhet (ibid.). De flesta i personalen hade även låg kunskap om externa resurser och vart de kunde hänvisa patienter i ärenden som rörde VINR och uppgav en önskan om att ha mer information och kunskap om det (ibid.). Vikten av kunskap kring externa resurser lyfts även av Wemrell, Tegel & Ivert (2022) som i sin uppföljning av Region Skånes vårdprogram mot våld i nära relation belyser att det finns en del arbete kvar att göra med förtydligande kring hänvisning och samverkan med andra aktörer (ibid.).

I en studie undersökte Finnbogadóttir & Dykes (2010) barnmorskors medvetenhet och erfarenhet kring VINR inom primärvården (MVC) i Sverige. Studien visade att de intervjuade barnmorskorna var medvetna om vikten av att identifiera VINR men uppmärksammade olika hinder till att fråga. Ett av hindren var att de behövde bättre arbetsförhållanden och stöd för att kunna ta sig an att fråga och bemöta patienter med erfarenhet av VINR (ibid.). I en översiktsstudie med syfte att utforska vård utförd av primärvårdssjuksköterskor till personer utsatta för VINR belystes också ett motstånd till att fråga om VINR (Aljomaie et al. 2022). Flera av sjuksköterskorna upplevde att de inte hade tillräckligt med utbildning för att känna sig rustade att tillhandahålla sjukvård för personer utsatta för VINR. Denna brist på utbildning minskade sjuksköterskornas beredskap att möta och vårda personer som upplever VINR (ibid.). Att kunskap om VINR är ett stöd i arbetet belyser Wemrell, Tegel & Ivert (2022) som även poängterar att det bidrar till att vårdprogram, riktlinjer och rutiner som rör VINR följs.

## Intention och beteende

I en översiktsstudie av Godin et al. (2008) beskriver författarna hur en rad olika faktorer kan påverka hälso- och sjukvårdspersonals kliniska arbete och förmåga att inkorporera nya forskningsfynd i sin praktik. Några faktorer som nämns är inre faktorer såsom den professionellas inställning och motivation och yttre faktorer såsom ekonomiska, politiska och organisatoriska förutsättningar (ibid.). Godin et

al. (2008) förklarar att man kan undersöka varför hälso- och sjukvårdspersonal inkorporerar forskningsfynd eller inte på samma sätt som när man undersöker varför individer i allmänhet antar ett nytt beteende, såsom en hälsosam vana. I flera studier som undersöker vad som påverkar individer att anta ett nytt beteende så används sociala kognitiva teorier (se exempelvis Yari et al. 2023, Jehooni et al. 2022, Öyzadin, Ouyaba & Kesim, 2021 och Pan & Hao, 2022), men Godin et al. (2008) belyser att relativt få studier har försökt få en överblick av applicerandet av sociala kognitiva teorier på hälso- och sjukvårdspersonal. Med målet att göra just det konstaterar Godin et al. (2008) att deras fynd pekar på att Theory of planned behavior (Ajzen, 1991) eller dess föregångare Theory of reasoned action (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen 1975) är en väl använd och lämplig teori för att förutsäga beteenden hos hälso- och sjukvårdspersonal. Se Teorikapitlet för närmare beskrivning av Theory of planned behavior.

Ett exempel på en nyare studie som använt Theory of planned behavior är Shaikh et al. (2022) som undersökte hälso- och sjukvårdspersonals villighet att behandla Covid-19 patienter under pandemin. Shaikh et al. (2022) utvidgade teorin och la till *upplevd effektivitet i hanterandet av pandemin*, *upplevd risk med pandemin* och *vilja att behandla patienter med Covid-19* (egna översättningar) som faktorer. Författarna till studien konstaterade att hälso- och sjukvårdspersonalens *attityder*, *sociala normer* och *upplevda beteendekontroll* i hög utsträckning påverkade deras villighet att behandla patienter med Covid-19 och att dessa faktorer överlag ledde till positiva intentioner att behandla patienter. Dock så påverkades deras intentioner negativt av faktorerna upplevd effektivitet i hanterandet av pandemin och upplevd risk med pandemin, där författarna kunde se att hälso- och sjukvårdspersonalen kände sig stressade och rädda att behandla patienter med Covid-19.

## Teori

I detta kapitel kommer de teorier som empirin kommer analyseras med hjälp av presenteras. De valda teorierna anses kunna bidra till en fördjupad förståelse för resultatet och har valts utifrån studiens syfte och frågeställningar. Teorierna som kommer presenteras här och som använts för denna studie är Ajzens (1991)

Theory of planned behavior, Banduras (1995) teori om self-efficacy och Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkraten. Teorierna har valt utifrån att de bidrar till en teoretisk förklaring till kuratorernas handlande och varför de gör som de gör.

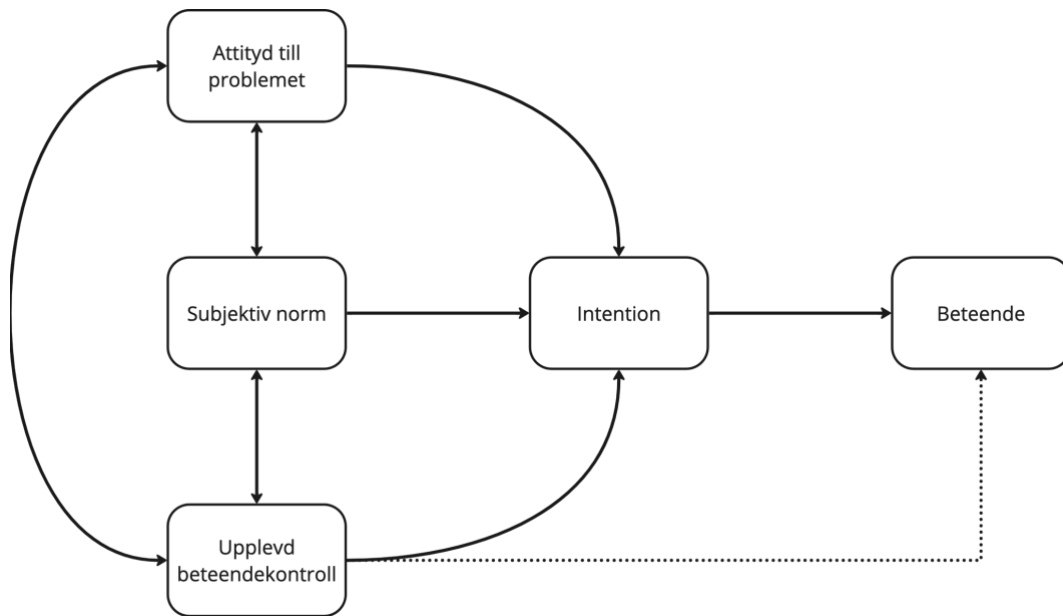
Theory of planned behavior och teorin om self-efficacy är teorier med en psykologisk utgångspunkt och syftar till att fånga faktorer som påverkar individens motivation, intention och beteende. I denna studie kommer de teorierna användas för att analysera och fördjupa förståelsen för olika faktorer som påverkar kuratorerna handlande och för att synliggöra hur rustade de är (och upplever sig vara). Teorin om gräsrotsbyråkraten syftar också till att fånga faktorer som påverkar, men utifrån en professionsteoretisk och organisatorisk utgångspunkt där kuratorernas organisatoriska förutsättningar och handlingsutrymme – och hur detta påverkar deras handlingar och resonemang – lyfts.

## Theory of planned behavior

Theory of planned behavior, TPB, är en teori av Icek Ajzen (1991). Teorin är en utvecklad version av Ajzen & Fishbeins Theory of reasoned action, TRA (Ajzen & Fishbein, 1980; Fishbein & Ajzen 1975; Ajzen, 1991). Precis som i grundteorin TRA så är individens intention att utföra ett visst beteende en central faktor.

Begreppet intention anses fånga olika motivationsfaktorer som påverkar beteendet. Ajzen (1991) uttrycker att man generellt kan se att ju starkare ens intention är att utföra ett visst beteende desto större är sannolikheten att beteendet utförs. Intentionen att utföra ett visst beteende konstrueras enligt Ajzen (1991) av en individs framträdande föreställningar (*salient beliefs*) om beteendet, andras uppfattning om beteendet och möjligheten till kontroll över aspekter av beteendet. Dessa föreställningar skapar en kognitiv konstruktion där föreställningar kring beteendet konstruerar *vår attityd till beteendet*, social press och förväntan att utföra ett visst beteende skapar *subjektiva normer* och vår uppfattning kring vår förmåga att utföra beteendet skapar vår *upplevda beteendekontroll*. Se Fig.1. för modell av TPB.

Fig. 1. Modell av TPB skapad utifrån Ajzen (1991, s.182)



Vår *attityd till beteendet* skapas som nämnts enligt TPB av våra föreställningar kring objektet för beteendet (Ajzen, 1991). Genom att associera objektet till olika attribut, egenskaper eller händelser så skapar och värderar vi bilden av beteendet kring objektet som positivt eller negativt. Genom denna process skapar vi positiva attityder för beteenden som vi tror leder till önskade konsekvenser och negativa attityder för beteenden vi tror leder till oönskade konsekvenser (ibid.).

De *subjektiva normerna* är kopplade till normativa föreställningar som enligt Ajzen (1991) skapas genom vår uppfattning kring sannolikheten att viktiga, signifikanta och relevanta, individer eller grupper ser beteendet som önskvärt eller inte. Att en individ eller grupp ses som viktig och relevant har mindre att göra med om det är en utbredd åsikt i samhället utan mer om deras önskingar och åsikter uppfattas ha en framträdande betydelse för det aktuella beteendet (ibid.).

Den *upplevda beteendekontrollen* innefattar vår föreställning om kontroll i en situation och syftar till att fånga vår uppfattning kring vår förmåga att utföra ett visst beteende (ibid.). Denna uppfattning kan bland annat baseras på tidigare erfarenhet av beteendet, information om beteendet och andras erfarenhet av beteendet. Dessa och andra faktorer ökar eller minskar vår uppfattning kring svårigheterna att utföra beteendet och påverkar vår motivation och intention att utföra beteendet. Ajzen (1991) påpekar att det finns en skillnad mellan upplevd

kontroll och faktisk kontroll då aspekter som inte har med motivation att göra såsom tid, färdigheter, pengar och samverkan kan påverka och leda till att beteendet uteblir. Som går att utläsa i Ajzens (1991) så påverkar vår upplevda kontroll vår intention att utföra ett beteende, men oddsen att beteendet utförs är större om vår upplevda kontroll innefattar faktisk kontroll.

Ajzen (1991) beskriver att man generellt kan utgå ifrån att ju mer positiv och gynnsam ens attityd och de subjektiva normerna är till beteendet, och att man upplever en hög grad av kontroll över beteendet, desto starkare kommer ens intention vara att utföra beteendet. För att beteendet ska utföras är upplevd beteendekontroll och ens faktiska möjlighet att utföra beteendet av särskild vikt (ibid.).

## Self-efficacy

Ajzen (1991) beskriver att variabeln upplevd beteendekontroll inom TPB har vissa likheter med Banduras teori om self-efficacy. Upplevd self-efficacy, eller självförmåga som det kan översättas till, är enligt Bandura (1995; 1997) en individs uppfattning om sin förmåga att organisera och utföra ett beteende eller en handling i en viss situation. En individs föreställningar om sin förmåga påverkar hur denne tänker, agerar och motiverar sig själv. Bandura (1995) ger exempel på fyra olika källor till uppfattning av förmåga; *mastery experience*, *vicarious experience*, *social persuasion* och *physiological and emotional states*.

*Mastery experience* beskriver Bandura (1995) som det mest effektiva sättet att skapa en stark upplevd förmåga. *Mastery experience* innebär att en individ genom att lyckas med en handling eller uppgift bygger en robust och stark uppfattning om sin förmåga och en tilltro till att hen kommer klara av liknande uppgifter i framtiden. Den robusta uppfattningen om sin egen förmåga som Bandura syftar på skapas genom uthållighet och att hantera hinder som kan uppstå. När en individ har en stabil och robust uppfattning om sin självförmåga kan hen hantera och parera eventuella motgångar (ibid.).

Ett annat sätt att stärka upplevd självförmåga är genom *vicarious experiences*. Bandura (1995) förklarar att genom att studera individer som påminner om oss,

*social models*, lyckas och klara av svåra situationer ger det oss en känsla av att även vi kan klara av uppgiften. Om de misslyckas påverkar det vår upplevda förmåga negativt. Den grad vi upplever att den individ som lyckas (eller misslyckas) påminner om oss själva desto större inflytande får dess utfall på vår upplevelse av vår förmåga (ibid.).

Med *social persuasion* förklarar Bandura (1995) att individer som får höra att de klarar av att ta sig an en uppgift och har kapacitet att behärska den troligt kommer anstränga sig mer för att behålla den uppfattningen om sig. Viktiga aspekter för att beröm och feedback ska få effekt på vår självförmåga är att den kommer från någon som vi anser vara trovärdig och att det som sägs upplevs som autentiskt.

*Psychological and emotional states* påverkar också vår upplevelse av self-efficacy (Bandura, 1995). I situationer som är psykiskt krävande tolkar vi våra känslor av stress och spänningar om tecken på att vi kommer att prestera dåligt. Även vårt humör påverkar vår upplevda förmåga - ett gott humör ökar vår tilltro till oss själva och vår förmåga medan ett dåligt humör minskar den. För att påverka vår upplevda förmåga behöver vi enligt denna fjärde källan arbeta med att hantera och inte feltolka våra kroppsliga responser samt minska stress och eventuell benägenhet till dåligt humör (ibid.)

## Gräsrotsbyråkraten

Begreppet gräsrotsbyråkrat är en översättning av Lipskys (2010) begrepp *street-level bureaucrat*. Med gräsrotsbyråkrat syftar Lipsky (2010) på offentligt anställda vars uppdrag är att utföra och uppfylla socialpolitiska mål och som i sitt utförande har ett handlingsutrymme att påverka innehållet i sitt yrkesutövande. Lipsky (2010) understryker att för att definieras som gräsrotsbyråkrat behöver man i sitt arbete ha en direktkontakt med medborgarna (klienter/patienter). Exempel på gräsrotsbyråkrater är enligt Lipsky (2010) lärare, poliser, socialarbetare och hälso- och sjukvårdspersonal.

Gräsrotsbyråkratens arbete styrs av lagar och styrdokument, men eftersom behoven hos medborgarna kan skilja sig åt väsentligt så lämnas ett relativt stort utrymme till enskilda tjänstepersoner att besluta kring olika insatser eller



sanktioner (ibid.). Gräsrotsbyråkraten har därför i regel ett stort inflytande över medborgarnas liv och möjligheter. I förhållande till begreppet handlingsutrymme beskriver Lipsky (2010) att eftersom gräsrotsbyråkraten i regel arbetar i komplexa ärenden går inte deras yrkesutövande att reducera till ett förprogrammerat format. Arenorna där gräsrotsbyråkraten verkar är dessutom sådana som kräver ett mänskligt element, till exempel observation och samlade bedömningar (ibid.). Inom de ramar som skapas av lagar, socialpolitiska mål och organisationen så är gräsrotsbyråkraten relativt fri att fatta beslut och använda sitt handlingsutrymme. Eftersom det inte finns ett bestämt format eller några på förhand givna handlingsalternativ förväntas gräsrotsbyråkraten göra avvägningar utifrån den specifika situationen och använda sitt omdöme och samlade kompetens för att bedöma vad som blir bäst just då. (ibid.)

Gräsrotsbyråkraten måste dock i sin yrkesutövning balansera olika intressen såsom politiska och organisatoriska ramar, samtidigt som hen behöver ta hänsyn till sociala förhållanden och förutsättningar hos de medborgare hen möter (Lipsky, 2010). Inte sällan ställs dessa intressen mot varandra och gräsrotsbyråkraten kan slitits mellan krav från medborgarna att öka sin tillgänglighet samtidigt som de måste förhålla sig organisatoriska direktiv såsom budgetramar. Lipsky (2010) poängterar att gräsrotsbyråkrater ofta har en hög arbetsbörda, som i kombination med bristande resurser och tid kan leda till att de inte gör tillräckligt välgrundade bedömningar eller kan utföra sina uppgifter på ett tillfredsställande sätt.

## Metod

I detta kapitel kommer val av metod och metodologiska överväganden presenteras. Kapitlet innehåller även redogörelser för tillvägagångssätt, urval, insamling av data och dataanalys. Utöver det kommer kapitlet även innehålla en diskussion kring rollen som forskare och etiska överväganden.

### Kvalitativ metod

Med studiens syfte och frågeställningar som utgångspunkt valdes en kvalitativ metod. Vid användandet av en kvalitativ metod ligger tonvikten generellt på ord

och tolkningar, till skillnad från kvantifierbara variabler som siffror (Bryman, 2018). Justesen & Mik-Meyer (2011, s.13) skriver att en kvalitativ metod “[...] lämpar sig till att beskriva fenomen i deras kontext, för att mot denna bakgrund presentera en tolkning som ger ökad *förståelse* av fenomenet”. Att kunna fokusera på de intervjuade primärvårdskuratorerna och deras perspektiv samt att kunna lämna utrymme för flexibilitet i intervjusituationen, upplevdes som viktigt för denna studie. Just kvalitativa metoder anses öppna och lämnar utrymme för flexibilitet (Jacobsen, 2012; Bryman, 2018). Studiens syfte har en utforskande ansats, där målet var att utforska vad som skedde i patientärenden där VINR identifierats. Det bidrog även till att en kvalitativ metod ansågs lämplig.

Den kvalitativa metoden som använts för denna studie är semi-strukturerade intervjuer. Dessa intervjuer innehåller vissa teman och frågor som ska beröras men lämnar stort utrymme för informanterna att utforma svaren själva och för intervjuaren att ställa följdfrågor på det som sägs (Bryman, 2018). De teman och frågor som ska beröras återfinns ofta i en intervjuguide (ibid.). Intervjuguiden till denna studie återfinns i Bilaga 2.

## Urval och insamling av empiri

Urvalet för denna studie har varit målstyrt. Målstyrt urval innebär att informanter har valts ut strategiskt för att de är relevanta för syftet och forskningsfrågorna (Bryman, 2018). Urvalet för denna studie var kuratorer anställda inom primärvården. För att nå informanter relevanta för studien så kontaktades en funktionsföreträdare för kuratorer i primärvården inom Region Skåne som mejlade ut en förfrågan till kuratorer i nätverket om att delta i studien tillsammans med ett informationsbrev (se Bilaga 1.). Ledningsansvarig för ett av de psykosociala nätverken i en privat vårdkoncern kontaktades även som i sin tur vidarebefordrade förfrågan i sitt nätverk. Utöver det skrev jag en förfrågan om medverkan i studien i en Facebook-grupp som heter *Kuratorer inom hälso- och sjukvård*.

Totalt intervjuades sju primärvårdskuratorer. Fem av primärvårdskuratorerna är anställda på en vårdenhets som antingen drivs eller finansieras av Region Skåne, en är anställd på en vårdenhets som drivs av Region Norrbotten och en som drivs

på uppdrag av Region Östergötland. Fyra av primärvårdskuratorerna är socionomer, två är socialpedagoger och en är beteendevetare. Fyra av primärvårdskuratorerna har gått en grundläggande psykoterapiutbildning. Tre var vid intervjutillfället legitimerad hälso- och sjukvårdskuratorer, ytterligare någon hade behörighet att söka legitimation men hade inte gjort det. De intervjuade primärvårdskuratorerna hade arbetat olika länge som kuratorer - kortast i 1,5 år och längst i 11 år. En av de intervjuade primärvårdskuratorerna är min handledare på den verksamhetsförlagda utbildningen som jag har inom ramen för min utbildning på Hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet. Innan handledaren medverkade hade jag en diskussion med min uppsatshandledare och min verksamhetsförlagda utbildningshandledare kring hans medverkan i studien och konsensus nåddes om att det inte fanns några hinder för handledarens medverkan, då hen medverkade i sin roll som primärvårdskurator och inte som min handledare.

Alla medverkande primärvårdskuratorer fick ett informationsbrev (se Bilaga 1.) med information kring studien och medverkan av mig innan intervjuerna. Två av intervjuerna utfördes fysiskt på plats. Dessa spelades in med hjälp av en programvara på mobiltelefon. Fem intervjuer genomfördes och spelades in via Zoom. Innan intervjuerna startade upprepades delar av informationsbrevet, bland annat att informanterna när som helst under intervjun kunde avbryta sin medverkan om de önskade, och samtycke inhämtades för att spela in intervjuerna. Bryman (2018) och Jacobsen (2012) belyser att användandet av inspelningsutrustning kan påverka informanterna negativt på så sätt att de blir nervösa och självmedvetna av vetskapen att det de säger kommer sparas på inspelning. Vid utförandet av intervjuerna kunde inte någon nervositet eller oro urskiljas men det går inte att utesluta att intervjupersonerna kände det.

Intervjuerna med informanterna varade mellan 35–50 minuter. Efter varje intervju gjordes några korta anteckningar med spontana reflektioner. Alla intervjuer förutom en transkriberades inom en dag från att den genomfördes.

Transkriberingen utfördes med hjälp av Microsofts Word funktionen *transkribera*, där programvaran erbjöd en transkriberad ram som sedan förfinade genom att lyssna igenom ljudfilerna och redigera/korrigera eventuella felaktigheter i

transkriberingarna. Efter transkribering raderades ljudinspelningarna.

## Analysmetod

Efter att intervjuerna transkriberats analyserades empirin genom kodning.

Kodning innebär att man försöker hitta distinkta drag i materialet och genererar en samling av olika termer som bidrar till tolkningen av resultatet (Bryman, 2018; Aspers, 2011). Genom upprepad analysgenomgång identifierades återkommande ämnen och koder. Under koderna som skapades lades citat från informanterna som låg till grund för dem. Efter kodningen så överblickades materialet igen och koderna grupperades utifrån två teman som ansågs agera övergripande för koderna i temat. De teman och koder som framkom i dataanalysen presenteras nedan i fig. 2. med exempel på citat som relaterar till koderna.

Fig. 2. Koder och teman som uppstod under dataanalys samt exempel på citat.

Tema: Kunskap om VINR	
Koder	Exempel på citat
Professionell erfarenhet och problemspecifik kompetens	<i>Jag har också haft mycket bakåt i tiden. När jag jobbade inom socialtjänsten var jag också med i ett sådant nätverk, våld i nära relation [...].</i>
Kuratorns avvägningar i det praktiska VINR-arbetet	<i>Det handlar ju om säkerhet i just det här att "okej men hur når jag dig? Hur omfattande är kontrollen och hur kan jag nå dig på ett sätt som är säkert för dig?" [...] Sådana saker får man ju ha koll på så att man inte gör någonting värre och att inte personen blir mer utsatt.</i>
Kuratorn som kunskapsbärare	<i>Det är väldigt många kollegor som kommer och frågar "så det har framkommit, den här våldsutsattheten, vad kan man tänka om det här?" Så att ja, jag tror att vi har ett väldigt stort ansvar vad det gäller de här frågorna.</i>
Tema: Organisatoriska förutsättningar	
Koder	Exempel på citat

<p>Avgränsningar och primärvårdskuratorns roll</p>	<p><i>Vi är ju inte socialtjänsten, så det är ju också en gränsdragning... Ja, vi ska ta reda på vad vi behöver för att veta vilka instanser vi behöver och om personen faktiskt vill ha hjälp och stöd. Men därefter är det liksom... Ja, där går ju någon slags gräns i vad som blir mitt uppdrag eller inte.</i></p>
<p>Internt stöd</p>	<p><i>Det finns ju det här stora, alltså som regionen har utarbetat kring våld i nära relation. Men det är inget som vi har haft uppe eller så, eller jobbar aktivt med.</i></p>
<p>Externt stöd</p>	<p><i>Är det någonting som är knepigt som jag funderar över hur jag ska göra då vänder jag mig till mina gamla kollegor i socialtjänsten och drar det liksom mer anonymt att så här "vet du jag träffade en kvinna idag som liksom beskrev det här, vad tänker du? Vad skulle du ha gjort?" För de är mer up-to-date, de är mer intresserade, de är mera villiga och mer erfarna ska jag säga när det kommer till liksom att tänka på våld som fenomen.</i></p>

## Metodologiska överväganden och rollen som forskare

Kvalitativ metod kan anses förknippad med vissa svagheter. En svaghet är att det är resurskrävande och därför sällan lämnar utrymme till att studera många enheter (Jacobsen, 2012). En annan kritik rör svårigheten att replikera kvalitativa undersökningar då de i viss utsträckning alltid är ostrukturerade, vilket gör dem beroende av forskarens uppfinningsrikedom (Bryman, 2018). Likaså anses kvalitativ metod ha svårigheter med generaliserbarhet, då forskningsresultaten oftast är beroende och påverkas av den situation de producerades i (ibid.). Kvalitativ metod har även kritiserats för bristande transparens, då det inte sällan görs bristfälliga redogörelser om tillvägagångssätt, urval och analysmetod (ibid.).

Urvalet för denna studie är inte omfattande men har gett ett fylligt resultat. Jag har även tydligt presenterat tillvägagångssätt och forskningsprocessen för att bidra till transparens. Generaliserbarhet har inte varit målet för studien utan den syftar i huvudsak till att bidra med insyn och *en* förståelse för fenomenet. Fördelarna med kvalitativ metod anses i denna studie vara större än de nackdelar och svagheter som presenterats ovan.

Det är värt att lyfta fram valet att för denna studie utföra kvalitativa intervjuer med syftet att undersöka *handlingar*. Det går inte med säkerhet att veta om de handlingar som kuratorerna berättar om även utförs så som de beskriver. För att med större säkerhet veta vad kuratorerna faktiskt gör i patientärenden som rör VINR hade observationer av deras arbete varit nödvändiga. Observationer ansågs dock inte genomförbart inom ramen för denna studie, då det inte hade varit möjligt att säkerställa att patientärenden som rörde VINR skulle identifieras vid specifika tidpunkter. Min eventuella närvaro vid ett sådant tillfälle skulle också negativt kunna påverka om en patient valt att berätta om sin våldsutsatthet. Resultaten och kunskapen som skapas i denna studie baseras därför på det kuratorerna berättat om sina handlingar.

De intervjuade kuratorerna tillfrågades att delta på grunderna att de var just primärvårdskuratorer, som i sitt arbete möter personer med erfarenheter av VINR. Det går inte att utesluta att just de informanter som deltagit i denna studie har ett särskilt intresse för frågor som rör VINR och därför valt att delta. Detta kan bidra till goda exempel på hur de handlar och resonera men riskerar att minska underlaget för att undersöka hur rustade de är, i den mening att de som jag inte kommit i kontakt med för denna studie kanske inte heller är väl rustade. Å andra sidan går det inte heller att utesluta att informanter valt att medverka för att belysa bristande resurser och upplevelser av att vara dåligt rustade. Att ha ett intresse för, eller någon slags förkunskap kring VINR var inte ett urvalskriterium vid sökandet av informanter och de informanter som deltog hade varierade bakgrunder och erfarenheter.

En annan aspekt att ta hänsyn till i presentationen av forskningsprocessen är rollen som forskare. I en kvalitativ undersökning är forskaren själv ett viktigt redskap och påverkar riktningen på datainsamlingen (Bryman, 2018). Jacobsen (2012) belyser att det kan vara svårt att distansera sig som forskare när man undersöker ett fält man själv är en del av. Man kan ha egna erfarenheter och uppfattningar om ämnet och området studien behandlar (ibid.). Med bakgrund till det anser jag att det är nödvändigt att uppmärksamma att jag själv har haft min verksamhetsförlagda utbildning inom primärvården och är därför till viss del en del av det fält som undersöks. Jag har även arbetat i flera år med individer och familjer utsatta för VINR och/eller hedersrelaterat våld. Även om jag i hög grad

har eftersträvat neutralitet under intervjuerna och bearbetandet av materialet så är det inte omöjligt att mina erfarenheter och förförståelse har påverkat studiens utförande och resultat. Även andra egenskaper hos en uppsatsförfattare kan påverka studien, så som uppsatsförfattarens ålder, kön och personlighet (Bryman, 2018).

## Studiens tillförlitlighet

För att en studies empiri ska räknas som tillförlitlig så måste den enligt Jacobsen (2012) leva upp till två krav: empirin som samlas in ska vara giltig och relevant, samt pålitlig och trovärdig. En studies giltighet och relevans kan fångas i begreppet validitet och studiens pålitlighet och trovärdighet i begreppet reliabilitet (ibid.).

Validitet kan delas in i intern och extern validitet, där graden av den interna validiteten i en studie beror på huruvida man faktiskt mäter det man påstår sig mäta (Jacobsen, 2012; Bryman, 2018.). Den externa validiteten handlar om i vilken utsträckning resultaten i studien är generaliserbara i andra sociala kontexter (ibid.). Denna studie gör anspråk på att ha en hög intern validitet då den anses undersökt det den haft som syfte. Däremot gör studien inte några anspråk på generaliserbarhet då den sociala kontexten empirin samlats in anses påverkat resultatet. Urvalet för studien är inte heller så omfattande att det anses kunna göra anspråk på primärvårdskuratorers handlande i patientärenden som rör VINR generellt.

Reliabilitet handlar om att studien går att lita på (Jacobsen, 2012). Begreppet syftar bland annat till att fånga om studien hade kunnat upprepas och få samma resultat. För att en studie ska anses ha hög reliabilitet behöver den vara utförd på ett trovärdigt sätt där faktorer som mätfel som leder till felaktiga resultat inte är närvarande (ibid.). Reliabilitet kan enligt Bryman (2018) vara svår att uppnå i kvalitativa studier då det är svårt att replikera exakta sociala omständigheter. Detta gäller även för denna studie, då den sociala miljön och kontexten som den utförts i kan ha skiftat vid en ny studie. Likaså har intervjuerna varit semi-strukturerade vilket lämnat utrymme för följdfrågor som jag ansett intressanta och relevanta. Det är svårt att förutse att exakt samma situation och följdfrågor skulle

uppstå igen.

## Etiska överväganden

De etiska överväganden som gjorts för denna studie utgår från de fyra forskningsetiska principerna som Vetenskapsrådet (2002) anger. Det första kravet kallas informationskravet och innebär att forskaren ska informera informanterna om studiens syfte, deltagandets syfte och villkoren för deltagande (ibid.). Informanterna ska även informeras om att deras deltagande är frivilligt och att de när som helst kan avbryta sin medverkan. När informanter till denna studie rekryterades så fick intresserade informanter ett informationsbrev där det tydligt framgick studiens syfte, villkor för deltagande samt varför de tillfrågades att delta (se Bilaga 1.). I informationsbrevet framkom även att deltagandet var frivilligt och att samtycke till att medverka när som helst kunde avbrytas. Denna information upprepades även innan intervjuerna startade.

Det andra kravet som tas upp är samtyckeskravet (ibid.). Samtyckeskravet innebär att deltagarna i studien har rätt att själva bestämma över sin medverkan och behöver samtycka till att medverka i studien (ibid.). Detta krav uppfylldes genom att informanterna skriftligt eller muntligt samtyckte till deltagandet i studien när de fick information om studien, och sen igen muntligt innan intervjuerna påbörjades. Som nämnt ovan så informerades även informanterna om att de när som helst kunde avbryta sin medverkan utan att behöva uppge någon orsak.

Det tredje kravet som nämns är konfidentialitetskravet (ibid.).

Konfidentialitetskravet syftar till att största möjliga konfidentialitet ska eftersträvas kring uppgifter om deltagarna i studien (ibid.). Personuppgifter om informanterna ska förvaras på ett sätt så obehöriga ej får tillgång till dem (ibid.). Inspelningarna av intervjuerna har enbart jag tagit del av och de har förvarats på en dator som kräver lösenord för åtkomst. I de inspelningar som gjordes av intervjuerna nämner inte heller intervjupersonerna sina namn. På vissa ställen nämns orten eller arbetsplatsen de arbetar på och vid de tillfällena har det tagits bort och anonymiserat under transkribering för att minska risken att materialet går att koppla till enskilda medverkande. I presentationen av resultaten har även informanternas namn anonymiserats.



Det sista kravet som Vetenskapsrådet (2002) nämner är nyttjandekravet. Nyttjandekravet innebär att det insamlade materialet för studien enbart får användas till forskningsändamål (ibid.). Det materialet som samlats in till denna studie kommer enbart användas i studien och inte till något annat ändamål.

## Resultat och analys

I följande kapitel presenteras resultat och analys för denna studie. Resultatet och analysen presenteras utifrån de teman och koder som uppstod under bearbetningen av empirin som går att finna i metodkapitlet, under rubriken Analysmetod. Empirin för resultatet består av sju semi-strukturerade intervjuer med primärvårdskuratorer. För att värna om anonymiteten för de intervjuade primärvårdskuratorerna kommer deras namn bytas ut till K och en siffra (1–7) i presentationen av resultatet och analysen. Begreppen primärvårdskuratorerna och kuratorerna används löpande genom texten och syftar båda till de intervjuade primärvårdskuratorerna. Resultatet kommer analyseras med hjälp av de teorier som redogjordes för under teorikapitlet och paralleller kommer göras till tidigare forskning.

Resultatet och analysen syftar till att besvara uppsatsen syfte som är att identifiera avgörande faktorer och mönster i primärvårdskuratorers handlande i patientärenden som rör våld i nära relation, samt hur rustade primärvårdskuratorer är att arbeta med våld i nära relation. Resultatet och analysen syftar även till att svara på frågeställningarna:

- Vad gör primärvårdskuratorer när våldsutsatthet identifierats hos en patient?
- Hur resonerar de kring sina handlingar, olika handlingsalternativ och sin förmåga att utföra dem?
- Vilka interna och externa resurser använder de?

# Kunskap om VINR

Temat Kunskap om VINR består av olika koder som fångar hur primärvårdskuratorernas kunskap och erfarenhet påverkar deras möte och arbete med patienter där VINR identifierats. Olika avvägningar och handlingar presenteras, hur kuratorerna resonerar kring dessa, samt hur kuratorerna tar och tilldelas en kunskapsbärande roll i arbetet kring VINR. Temat kommer presenteras utifrån koderna som presenterats i Fig. 2. Genom att applicera de teorier som presenterats i teorikapitlet lyfts även olika faktorer som påverkar deras intention, beteende och handlande.

## Professionell erfarenhet och problemspecifik kompetens

En tillgång som alla de intervjuade primärvårdskuratorerna använde sig av var sin tidigare yrkeserfarenhet. Den kunde se olika ut från kurator till kurator men alla var samstämmiga i att den bidrog till deras agerande och handlande i patientärenden där VINR identifierats. Alla intervjuade primärvårdskuratorerna hade yrkeserfarenhet från andra platser än primärvården och flera hade i sina tidigare arbeten mött VINR på olika sätt, hade vidareutbildning i olika metoder som socialtjänsten använder sig av vid kartläggning av VINR eller hade ingått i olika nätverk som fokuserade på VINR.

*Jag har gått lite internutbildningar i FREDA och Patriark och så.*

K1

*Jag har också haft mycket bakåt i tiden. När jag jobbade inom socialtjänsten var jag också med i ett sådant nätverk, våld i nära relation [...].*

K3

*Sen har jag jobbat med våld i nära relationer. En del som samordnare i kommunen och efter det så startade vi ett Kriscentrum [...] jag var med*

*och byggde upp det och det var ju en samtalsmottagning med fokus på våld i relation.*

K5

*Jag har ju jobbat till exempel med förövare som har slagit sina fruar och sambos och andra runt omkring.*

K7

Kuratorernas erfarenhet av att ha arbetat med VINR och att ha ingått i olika nätverk kan peka på att deras attityder till att arbeta med problemet VINR var positiva, i den bemärkelsen att de tyckte att det var en viktig fråga att arbeta med. Ajzen (1991) menar att våra attityder till ett problem påverkar våra intentioner att agera och handla kring problemet. Utifrån Ajzens (1991) teori kan man se kuratorernas attityder till problemet VINR som ett avgörande fundament till deras intentioner att agera och handla när de möter patienter med erfarenheter av VINR. Det framkom även att vissa av kuratorerna eftersökte mer information och kunskap på egen hand för att öka sin problemspecifika kompetens, vilket också pekar på en positiv attityd till problemet.

*[Jag har] ju dels den kunskapen jag har om våld som man har fått med sig, dels så har jag ju liksom läst på, alltså i takt med att man träffar fler så har man ju fått läsa på. Liksom vad ska jag... vad kan jag göra för att underlätta? Vad är bra att tänka på? [...] Jag har ju suttit och läst på, ja men typ så här på kvinnojourens hemsidor och så.*

K2

I Heron & Esimas (2020) studie var ett av resultaten som belystes som en förutsättning för att patienter skulle känna sig trygga att prata om VINR med hälso- och sjukvårdspersonal att de uppfattade personalen som kunnig och kapabel att hantera det de berättade.

De intervjuade primärvårdskuratorerna hade alla en viss förkunskap om VINR och fyra av kuratorerna uttryckte sig väldigt trygga i sin kunskap och erfarenhet av att möta patienter med erfarenheter av VINR...

*Jag har jobbat med det här i 10–11 år inom primärvården och jag tycker ibland att jag kan se... redan när patienten börjar berätta om sina bekymmer så får jag en misstanke om att den kan ha varit våldsutsatthet eller att det är våldsutsatthet vi behandlar.*

K6

...medan några var osäkra på om deras kunskap i dagsläget var tillräcklig. Bland annat så uttryckte två av kuratorerna att de inte kände sig som experter på området och reflekterade kring att ytterligare utbildning eller kunskapsförhöjande insatser hade hjälpt för att möta och behandla patienter som utsatts för VINR på ett ännu bättre sätt.

*Vad som försvårar... Ja, det är väl i så fall min egen bristande... att jag kanske inte är expert på detta då eller liksom hur man hjälper just den gruppen människor.*

K3

Kunskap om och erfarenhet av att möta VINR och hur det påverkar kontakten med patienter utsatta för VINR kan fångas i Banduras (1995) begrepp self-efficacy. Self-efficacy är en individs upplevda förmåga att utföra en viss handling i en specifik situation. För några av kuratorerna var det tydligt att de i hög grad upplevde att de hade förmåga att utföra beteenden och handlingar kopplade till att möta patienter med erfarenhet av VINR. Deras uppfattning om sin förmåga att organisera och utföra handlingar i mötet med patienterna baserades till stor del på deras kunskap och tidigare erfarenheter. Genom att ha erfarenhet av arbete som rör VINR och att ha mött patientgruppen tidigare så menar jag att primärvårdskuratorerna har utvecklat det Bandura (1995) kallar för mastery experience. Flera av primärvårdskuratorerna har genom sina erfarenheter skaffat sig en robust tilltro till sin förmåga, medan de som hade något mindre erfarenhet och kunskap inte uttryckte en lika stark tilltro till sin förmåga. Enligt Bandura (1995) kan en lägre grad av self-efficacy leda till att beteendet inte utförs. Det skulle här kunna visa att de kuratorer som har en lägre upplevd förmåga i mindre utsträckning agerar när VINR identifierats. Kuratorerna som intervjuades för

denna studie uppvisade dock alla self-efficacy i arbetet mot VINR, men i varierande styrka.

Kuratorn i citatet nedan reflekterade kring sin avsaknad av utförlig utbildning kring våld och menade att det hade underlättat i arbetet, men belyser även vikten av att bli trygg i arbetet kring VINR genom att faktiskt möta patienter med våldserfarenheter. Denna reflektion går väl att applicera på Banduras (1995) begrepp mastery experience eftersom kuratorn belyser att genom att upprepat exponeras så kommer det bidra till handlingskraft i framtiden.

*Sen så har jag nog känt att en utförligare utbildning i våld också hade underlättat ännu mer för att kunna bli ännu säkrare i hur man ska gå till väga liksom. Men sen är det ju... Det handlar ju också om att hamna i de situationerna och få erfarenhet i det. Det kommer ju också underlätta efter vart liksom.*

K2

Kuratorernas upplevda förmåga kan även fångas i Ajzens (1991) begrepp upplevd beteendekontroll där kuratorernas kunskap och problemspecifika kompetens gjorde att de kände sig tryggare i sitt handlande när VINR identifierats. Både egen erfarenhet, andras erfarenhet och information om beteendet ökar vår upplevda beteendekontroll vilket i sin tur påverkar vår intention och ökar sannolikheten att beteendet utförs (ibid.).

*Ja vad ska man säga - det är ganska mycket igenkännande [i patientärenden där VINR identifierats, egen amn.] eftersom jag har jobbat med det länge och mycket.*

K4

Flera av kuratorerna visade även en förståelse för konsekvenserna av VINR och hur de kunde ge olika uttryck. Alla intervjuade primärvårdskuratorer uppgav att de ofta möter patienter med erfarenhet av VINR i sitt arbete, men att det sällan är sökorsaken.

*Många patienter som söker för stress, ångest, sömnstörningar och så vidare, där är det ju mer vanligt att man har varit utsatt än att man inte har det. Så just med psykisk ohälsa finns det ett stort samband med utsatthet.*

K6

Att ha kunskap om och förståelse för konsekvenserna av VINR har beskrivits i tidigare forskning som en förutsättning för att patienter ska vilja berätta för hälso- och sjukvårdspersonal om VINR och för att den utsatta patienten får den vård och stöd som de behöver (Carneiro et al., 2022b; Heron & Eisma, 2020). Alla intervjuade primärvårdskuratorer uppgav att deras kunskap och tidigare erfarenhet påverkade deras handlande i patientärenden som rörde VINR och de resonerade kring sitt handlande utifrån både teoretisk och praktisk erfarenhet.

### Kurators avvägningar i det praktiska VINR-arbetet

Kuratorernas kunskap och erfarenhet påverkade även deras avvägningar i patientmöten där VINR identifierats. Erfarenheten och kunskapen utmynnade i en slags handlingsberedskap där alla intervjuade primärvårdskuratorerna resonerade kring sina handlingar utifrån en förståelse om VINR.

Alla kuratorerna uppgav att de när VINR identifierats i samtal med patienterna gjorde olika avvägningar. En avvägning som flera av kuratorerna uppgav var att de försökte stämma av och känna in. Kuratorerna uttryckte hur de förhöll sig öppna till patienterna, lyssnade, försökte möta patienten där hen är och lämnade utrymme för dem att berätta mer. De uttryckte även hur de bekräftade patienten och hans upplevelse och visade för patienten att de fanns där för dem.

*Framför allt i det initiala skedet är det ju att bara se och lyssna och höra och ta in berättelsen liksom [...] Det viktigaste är att ja, men att lyssna, att visa att så här "ja, men jag vågar lyssna, jag vågar ta in det du berättar"*  
[...]

K2

*Ja alltså allra först försöker jag liksom möta upp patienten där den befinner sig. Liksom på något sätt ger en känsla av, ja att det är ett tryggt rum, att vi finns här för personen oavsett var de är i processen.*

K5

Att stanna upp, lyssna och försöka möta patienten där den är kan ses som ett försök till att skapa en god och trygg relation med patienten, något som Carneiro et al. (2022a), Carneiro et al. (2022b) och Heron & Esima (2020) belyser som en förutsättning för att patienten ska vilja berätta om sin våldsutsatthet och för att utfallet, och patientens situation, ska bli så bra som möjligt. Likaså belyser Heron & Esima (2020) att ytterligare en förutsättning för att berätta om sin situation är att den våldsutsatta själv får avgöra hur mycket den vill berätta och vilket stöd den tar emot, vilket även framkom att kuratorerna gjorde i samtalen när VINR identifierats.

Något flera av kuratorerna uppgav att de gjorde i patientärenden där VINR identifierats var att försöka underlätta för patienten på olika sätt. Exempel som gavs var att man kunde följa med till andra vårdprofessioner, till exempel om patienten behövde dokumentera skador, och att man hjälpte till att upprätta en kontakt med socialtjänsten om de behövde skyddsinsatser. Att göra lite utöver det vanliga för att underlätta för patienten kan beskrivas som inrymt i det handlingsutrymme som Lipsky (2010) belyser att gräsrotsbyråkrater ofta har i sitt yrkesutövande.

Nästan alla kuratorer uppgav att de ofta hjälpte patienterna att kontakta socialtjänsten eller andra externa resurser som är specialiserade kring VINR. Flera kuratorer berättade att de kunde hjälpa patienten att ringa socialtjänsten i rummet eller boka in ett gemensamt möte i de patientärendena där det förekom ett skyddsbehov. En kurator uttryckte att hen brukar ge relevanta telefonnummer till patienten och sedan följa upp om patienten tagit kontakt vid nästa besök. En kurator uttryckte att hen tidigare uppmuntrat patienter att ta kontakt med socialtjänsten själva men att hen ändrat sitt förhållningssätt då hen upplevde att det kunde vara en barriär för patienten att söka hjälp.

*Tidigare gjorde jag ibland så att jag uppmuntrade patienten att ringa dit. Men jag märkte att det är många som drar sig för det, för det känns obehagligt, man vet inte vad man ska säga och så vidare. Så nu har jag i stället börjat med, eller det är ganska länge sen nu, men nu gör det att jag initierar kontakten [med socialtjänsten] till patienterna.*

K6

Man kan i K6 citat ovan se hur hen resonerar kring olika handlingsalternativ och att hen motiverar att underlätta för patienten med att patienten annars kan dra sig för att ta den kontakten. Att underlätta för patienten var ett fynd som även Carneiro et al. (2022a) gjorde, där de fann att ett hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården försökte underlätta för patienten genom att lyssna på hens behov och assistera hen genom processen.

Förutom att känna in, stämma av och underlätta för patienten gjorde även kuratorerna flera andra praktiska och relationella avvägningar i patientmöten där VINR identifierats. Alla intervjuade primärvårdskuratorer belyste vikten av att fråga om det fanns barn i hushållet och betonade sitt ansvar att göra en orosanmälan vid misstanke om att barn far illa. En kurator belyste även avvägningar som behöver göras kring orosanmälningar, bland annat att inte underteckna orosanmälan med information som skulle kunna röja en skyddsplacerad familjs ort, då våldsutövaren fortfarande kan vara vårdnadshavare för ett medföljande barn.

*En sådan grej är om det är en patient som har skyddad identitet, hur vi då skickar in en orosanmälan. För om jag skriver en orosanmälan där det står att jag jobbar på [vårdcentral på ort] så röjer jag ju den här patienten, dess ort. Så det är många aspekter att ta hänsyn till tycker jag.*

K6

Alla kuratorer berörde frågan om dokumentation och avvägningar som görs i relation till det. Kuratorerna kände till och tog upp möjligheten att göra en dold anteckning i journalsystemet och resonerade kring funktionen av den. Flera av kuratorerna uttryckte att det kändes tryggt med möjligheten att dokumentera dolt och uttryckte en förståelse kring säkerhetsaspekten i att en dold journalanteckning



gjorde så att våldsutövaren inte kunde läsa det som patienten berättat om sin våldsutövning.

*Det finns ju sådant där system som man kan skriva i så att ingen annan kan se det [...] Och det tänker jag att den behöver jag använda om det är någon som lever i en hotfull situation.*

K4

*Journal skrivning är ju också en sådan del som jag tänker på, att skriva under rätt rubrik så att om det är en patient som faktiskt är utsatt, att den som utsätter inte ska kunna tvinga personer att logga in på 1177 och så ser de då att "okej du har varit på vårdcentralen och har berättat om det här".*

K6

En kurator uttryckte att även om hen använde dold journalföring när det behövdes så kände hen inte att det var ett helt tryggt system, då hen hört om ett ärende där dolda anteckningar kommit med och inte sekretessmarkerats när en patients våldsutövare via patienten begärt ut journalkopior. Den kuratorn menade att hen därför alltid gör avvägningar kring dokumentation och är något selektivt med vad hen skriver i journalen. Även om alla primärvårdskuratorerna kände till möjligheten att göra en dold anteckning så användes den inte som rutin när VINR förekom eller hade förekommit, utan avvägningar gjordes generell om den dolda journalanteckningen var nödvändig eller ej utifrån patientens säkerhet. Oavsett om primärvårdskuratorerna dokumenterade dolt eller i den vanliga journalen så gjordes avvägningar. Det fanns dock olika resonemang bakom avvägningarna och kuratorerna upplevde det som olika svårt att göra avvägningar kring dokumentation. Några av kuratorerna resonerade likt kuratorn som hört att en våldsutövare hade kommit över en kopia på den våldsutövarens journal, och dokumenterade sparsamt kring VINR, medan andra resonerade att de ville dokumentera så mycket som möjligt för att kunna bidra med stödjande dokumentation om den våldsutövare patienten skulle behöva det till exempel i juridiska processer. Några av kuratorerna förklarade att om det är pågående våld och patienten har skador så dokumenteras mycket kring våldet av andra delar av

sjukvården. Nedan följer flera citat för att visa på nyanserna i hur kuratorerna resonerade.

*Men jag tänker ju att liksom det är en del av en bevisföring där samstämmighet i tingsrätten väger oerhört tungt. [...] även om inte jag tar några bilder på hennes skador så liksom, att hon har sagt till mig i samtalet och att jag har dokumenterat och att hon säger samma sak i förhör och i tingsrätten... det är ju ofta sådant som gör att han kan bli fälld, så jag är ganska noga och jag skriver... jag är ju en gammal "society", så jag skriver ganska mycket i jämförelse med mina kollegor som är "steg ett" eller som kommer från sjukvården.*

K1

*[...] men vi har ju också en skyldighet att skriva journalanteckningar, jag ska göra det, utan att lämna ut allt, men det är en svår avvägning, tycker jag.*

K4

*Det är ju också så att vi ibland blir uppringda av polisen i efterhand i de här ärendena utifrån att man ska förhöras som vittne och där tänker jag att man på ett sätt behöver vara ganska tydlig i sina journalanteckningar. För att de ska kunna användas till det. Sen är det ju inte syftet i sig, i journalen, så det blir ju någon slags balansgång tänker jag där.*

K5

*Jag dokumenterar i VINR [dold anteckning, egen anm.], men jag dokumenterar inte jättemycket omkring det där. Det beror lite grann på om det förekommer just nu till exempel. Då dokumenterar jag kanske inte det, eller dokumenterar det dolt, vilket är väldigt sällan det händer. [...] Ja, jag försöker vara sparsam med dokumentationen och jag frågar naturligtvis också om det finns någon som tittar på patientens journal.*

K7

Vikten av att dokumentera har lyfts i tidigare forskning, bland annat i Carneiro et al. (2022a). Även Jasinski (2004) belyser vikten av att dokumentera i patientärenden som rör VINR och är samstämmig med K1 i att det är viktigt då den dokumentationen kan bli relevant i eventuella framtida juridiska processer.

Andra avvägningar primärvårdskuratorerna gjorde var hur de förhöll sig till patientens säkerhet. Kuratorerna gav som exempel bland annat hur de kartlade om våldet var pågående eller om det rörde sig om tidigare erfarenheter av VINR. Om våldet var pågående så beskrev några av kuratorerna olika säkerhets- och försiktighetsåtgärder de tog vid, bland annat uttryckte en av kuratorerna hur hen planerade tillsammans med patienten hur hen skulle kunna kontakta patienten.

*Det handlar ju om säkerhet i just det här att “okej men hur når jag dig? Hur omfattande är kontrollen och hur kan jag nå dig på ett sätt som är säkert för dig?” [...] Sådana saker får man ju ha koll på så att man inte gör någonting värre och att inte personen blir mer utsatt liksom.*

K2

Avvägningar kring säkerhet, och kunskap om hur man bör förhålla sig till det, kan antas bottna i kuratorernas attityd till problemet. Utifrån TPB (Ajzen, 1991) kan man tänka att eftersom kuratorerna tycker att frågan om VINR är viktig och bör prioriteras så har de en positiv inställning, intention, till de beteenden och handlingar som presenterats här. De gör även avvägningar baserade på erfarenhet, vilket utifrån TPB (ibid.) kan indikera att de har en upplevd beteendekontroll som spelar in i att handlingarna görs.

## Kuratorn som kunskapsbärare

Ytterligare ett fynd som framkom i intervjuerna med primärvårdskuratorerna var att de inte sällan utbildade och informerade patienterna om VINR. De resonerade kring utbildandet av patienter utifrån att de inte utgick från att patienterna hade förkunskap om olika typer av våld och hur det kan ha påverkat dem. En kurator berättade att de på hans arbetsplats hade ett formulär patienterna fyllde i innan besök som tog upp olika levnadsvanor, där även VINR togs upp. Kuratorn

förklarade att hen tagit bort frågan från formuläret och i stället ställde den i rummet med patienten för hen upplevde att när hen gav exempel på vad hen menade med VINR så var det fler som kunde känna igen sig och kuratorn fick en chans att fånga upp dem.

*För när jag exemplifierar vad det är jag menar med våld så är det väldigt många som kan styrka att ”jo, men det har jag varit med om” och då brukar jag säga att i min profession, utifrån den liksom, så betraktas det som våld faktiskt.*

K1

En annan kurator beskriver hur hen använder sig av en bild som hjälpmedel för att prata om olika typer av våld.

*Jag har en väldigt bra bild som hjälpmedel som går igenom de här olika typerna av våld som kan förekomma. [...] Mina upplevelser är att många patienter inte känner till de olika formerna av våld som finns, så jag frågar alltid om det här och andra former av trauman också.*

K6

Kuratorerna i citaten ovan gav exempel på hur de använde sin kunskap om VINR som en resurs i samtal med patienter och visar även hur de resonerar kring sitt handlande. En annan kurator berättade likt kuratorn i citatet ovan hur hen i samtal där VINR identifierats kunde använda sig av olika verktyg, såsom laminerade lappar med information om makt- och kontrollhjulet och olika traumatiska känslomässiga band som kan uppstå. Den kuratorn beskrev hur hen använde samtalsverktygen som ett sätt att bekräfta patienterna i att de befann sig i en svår situation och visa förståelse för att det inte är helt enkelt att lämna en relation även fast man utsätts för VINR. En annan kurator belyste att en del av att informera patienten om VINR var att de skulle kunna sätta ord på det som de varit med om med ambitionen att de inte skulle förminska sig själv och sina upplevelser. Detta kan ses som ett sätt att validera och normalisera de reaktioner patienten eventuellt har utifrån vad de har varit med om och att inta en icke-dömande position. Rädsla

av att dömas av hälso- och sjukvårdspersonal var en faktor som Heron & Eisma (2020) belyste som en barriär för våldsutsatta kvinnor att berätta om sin situation.

Ytterligare fynd som uppstod i intervjuerna med primärvårdskuratorerna var att de även hade en kunskapsbärande roll kring VINR på vårdenheten de arbetade på. Exempel som gavs under intervjuerna var bland annat planer på att införa temadagar kring VINR, att hålla i presentationer, mejla ut information kring ämnet till kollegor för att höja medvetenheten och att vara drivande i skapandet av arbetsgrupper för att belysa fråga. Detta fynd indikerar att kuratorerna anses rustade att hantera och arbeta med frågor som rör VINR av sina kollegor och organisationen.

*I och med att min sista tjänst var som specialist i socialtjänsten, innan jag kom till regionen, så har vi pratat om att jag ska hålla en eller två gånger per år, lite så här interna "våga fråga" utbildningar för att liksom tydliggöra och höja kompetensen.*

K1

*Sen så är det ganska så mycket jag som, kanske inte regelrätt utbildning, men uppmärksammar informationskanalerna till kollegorna.*

K6

Det framkom även att primärvårdskuratorerna generellt upplevde att deras kollegor på vårdenheterna hade låg kunskap om VINR, vilket av vissa förklarades med att de hade mycket annat att fokusera på och att VINR ofta betraktades som en social fråga mer än en medicinsk. Detta tas även upp i tidigare forskning där man sett att det förekommer att hälso- och sjukvårdspersonal ibland fokuserar på sina specifika områden och inte tycker att VINR faller under deras ansvar (Carneiro et al., 2022b; Silva et al. 2022).

*De [två andra yrkeskategorier på vårdenheten, egen anm.] har ingen koll på sådant överhuvudtaget, så där får vi ju hjälpa till att stötta en hel del faktiskt skulle jag säga.*

K2

Eftersom kunskapen om VINR generellt uppfattades som låg hos primärvårdskuratorernas kollegor så beskrev kuratorerna hur kollegor ofta kom till dem för stöd i ärenden eller med frågor som rörde VINR. Kuratorerna gav exempel på hur andra vårdprofessioner på vårdenheten bokade in patienten till kuratorn för samtal om VINR identifierats och hur kollegor ofta kom till dem för information om resurser och hur de bäst kunde stötta patienter utsatta för, eller med erfarenhet av, VINR. Att kuratorernas kollegor söker dem för stöd i de patientärendena visar på motsatsen till det som d'Oliveira et al. (2022) fann i sin studie, där de team som hade koordinationsansvar för patientärenden som rörde VINR upplevde att deras vårdkollegor inte hade kunskap om deras arbete eller eftersökte deras stöd.

*Det kan ju hända att någon sköterska eller någon läkare eller så "vad ska jag göra med det här eller vart ska jag vända mig eller ska jag boka in till dig", eller så, det gör det. [...] jag tror att de flesta tänker att det är kuratorsfråga.*

K4

*I varje fall de som sitter här, tillsammans i samma korridor, uppfattar jag att de liksom väldigt gärna involverar oss i de ärendena.*

K5

*Det är väldigt många kollegor som kommer och frågar "så det har framkommit den här våldsutsattheten, vad kan man tänka om det här?" Så att ja... Jag tror att vi har ett väldigt stort ansvar vad det gäller de här frågorna.*

K6

En av kuratorerna i citaten ovan, K5, diskuterade även sin och kuratorer i allmänhets roll som bärare av kunskap om VINR i termer av att kunna fokusera på arbetet som kommer efter att våldet identifierats. Kuratorn förklarade att hen upplevde att primärvården gjort framsteg när det kommer till att fråga om VINR men att man sällan pratade om vad man ska göra efter man frågat. Där upplevde

kuratorn att hans roll var att belysa vad som händer när VINR identifierats och hur man som professionell ska kunna känna sig trygg att möta och hantera svaret.

*När ni [övrig vårdpersonal, egen amn.] har vågat fråga och ni får det här svaret, då är det detta och detta och detta liksom. Och när vi är här kan ni fråga oss [kuratorerna, egen amn.] och de här instanserna finns och det är socialtjänst med mera. Jag upplever ibland i det här "våga fråga" att man lägger mer fokus på hur man ska fråga än vad man ska göra av svaret. [...] Jag tänker att det behöver minst lika mycket plats för att vårdpersonal ska orka fråga, eller liksom att man orkar med ett svar. Och känner sig bekväm i att veta vad man ska göra av det.*

K5

Att kuratorn belyser att primärvården gjort framsteg kring att fråga om våld kan indikera att det finns positiva sociala normer kring beteendet att fråga om VINR. Positiva sociala normer påverkar enligt TPB våra intentioner att utföra ett beteende (Ajzen, 1991). Men utifrån det kuratorn säger kan det vara att de sociala normerna inte är lika tydliga kring vad som ska göras efter man har identifierat våldet, vilket i sin tur kan påverka vårdens intentioner att kunna bemöta och agera när VINR väl har identifierats.

Även de kuratorerna som uppgav en något lägre trygghet i sin kunskap om, och i arbetet kring, VINR beskrev hur de förväntades vara bärare av kunskap på vårdenheten. En kurator uppgav i samband med en diskussion kring avsaknad av VINR som ett ämne i introduktionen på vårdenheten att det fanns en förväntan att kuratorer redan har kompetensen att hantera de frågorna. En annan kurator berättade att när de haft besök av Barnskyddsteamet på den vårdenhet hen jobbar på hade representanten från Barnskyddsteamet sagt till arbetsgruppen att om de anställda på vårdenheten hade fler frågor kring VINR kunde de fråga kuratorn.

*Vi hade uppe som diskussion när de [Barnskyddsteamet, egen amn.] var här och berättade. Och det var ju för hela personalgruppen... och då var det ju någon fysioterapeut som fråga "men om jag nu träffar någon som är utsatt, hur ska jag då fråga? Eller om jag ser blåmärken?". Där finns*

*ju lite tips om hur man kan fråga och så där, men de som var här då de hänvisade till att "er kurator vet allting" ungefär liksom. Ja, jag vet kanske lite mer än de andra då...*

K3

Det framkom att kuratorn i citatet inte var helt trygg i sin förmåga att vara en kunskapsbärare i frågor som rörde VINR, men uttryckte ändå att hen kanske besitter lite mer kunskap än de andra vårdprofessionerna. Utifrån Banduras (1995) begrepp social persuasion kan man anta att genom att kuratorerna fick höra att de var kunniga inom området ökade deras self-efficacy. Eftersom det finns en förväntan att de ska kunna arbeta med de frågorna så kommer de troligen anstränga sig mer för att leva upp till den förväntningen. Att ens upplevda förmåga ökar genom att man får höra att man klarar av en uppgift händer bara om feedbacken känns realistisk och trovärdig, vilket man kan argumentera för när de kommer till de intervjuade kuratorerna då de alla hade en minst grundläggande kunskap och handlingsberedskap när det kom till VINR.

## Organisatoriska förutsättningar

Det andra temat som uppstod under analysen av intervjuerna var organisatoriska förutsättningar. Det anses fånga olika avgränsningar primärvårdskuratorerna gjorde utifrån sin roll och uppdrag inom organisationen. Temat fångar även vilket stöd och vilka resurser kuratorerna använde sig av internt och externt. Genom att analysera resultatet utifrån valda teorier kan även vissa aspekter kring varför förutsättningarna ser ut som de gör och hur de påverkar primärvårdskuratorernas handlande i patientärenden som rör VINR förklaras.

### Avgränsningar och primärvårdskuratorns roll

Primärvårdskuratorerna gjorde olika avgränsningar kring sin roll i arbetet som rörde VINR. En del avgränsningar var tydligt gjorda utifrån arbetsbeskrivning och organisatoriska förutsättningar, andra lite mer diffusa och kunde tolkas som ett utnyttjande av handlingsutrymme där de skapade sin roll utifrån uppfattningar om vad som var mest hjälpsamt. Exempel på en tydlig gränsdragning som gjordes var



den mot socialtjänsten, där alla kuratorer belyste att de inte är en del av socialtjänsten och behöver patienten utsatt för VINR hjälp med skyddat boende, andra skyddsinsatser eller stöd i olika praktiska processer så ska socialtjänsten ta vid och att kuratorerna i de fallen hänvisade eller hjälpte till att upprätta en kontakt med socialtjänsten.

*Vi är ju inte socialtjänsten, så det är ju också en gränsdragning. Vi ska ta reda på vad vi behöver för att veta vilka insatser vi behöver och om personen faktiskt vill ha hjälp och stöd. Men därefter är det liksom... Ja, där går ju någon slags gräns i vad som blir mitt uppdrag eller inte.*

K5

Citatet belyser både den gränsdragning som görs gentemot socialtjänsten och deras ansvar men även vad kuratorn upplever är sitt ansvar. Under intervjuerna och bearbetningen av materialet framkom det att det fanns skillnader i hur primärvårdskuratorerna såg på sin roll och sitt uppdrag när VINR identifierats. Alla kuratorerna uttryckte att de gav stöd till den våldsutsatta i stunden, gjorde vissa avvägningar utifrån sin kunskap om VINR och försökte kartlägga den våldsutsatta patientens situation för att se vilket stöd patienten behövde. Men om patienten bedömdes behöva mer stöd, till exempel i form av samtal eller behandling, tolkade kuratorerna sitt uppdrag olika. Vissa resonerade kring att patienterna kunde få ett mer specialiserat samtalsstöd kring sin sina erfarenheter av VINR från andra instanser där verksamheter som upprepat nämndes var Kriscentrum och socialtjänstens mottag som arbetar med VINR.

*Oftast tänker jag att det är ju Kriscentrum som är nästa steg som... det är där de behöver komma för att få ännu mer hjälp.*

K2

*Är det något som har varit, i en avslutad relation, ja då dels så erbjuder jag att vi kan prata om det här. Men jag säger också att Kriscentrum i [ort] är specialister och kan det här jättebra.*

K3

*Jag bruka stämma av lite, finns det tecken på PTSD? Och många gånger så finns det ju inte det, men patienterna påverkas av den här våldsutsattheten som har varit och då brukar jag föreslå att jag initierar en kontakt på VINR [mottag socialtjänst, egen anm.].*

K6

Som nämns under Begrepp och förtydliganden är det inte alla socialtjänster som har ett mottag som specifikt behandlar frågor som rör VINR utan det kan variera från olika kommuner. Kriscentrum är en verksamhet som drivs i socialtjänstens regi och som finns på olika orter i landet, men närheten till verksamheten och om orten man arbetar på har ett samarbete med ett Kriscentrum varierar även det, vilket kan vara en anledning till att kuratorerna ser på möjligheterna olika. För vissa kuratorer uppstod det då en konflikt kring synen på sin roll och vilka behov man ändå såg att patienterna hade.

*Alltså de som behöver mer behandlande samtal har ju väldigt olika förutsättningar i olika delar i landet. Vi hade ju också ett Kriscentrum här ute som vi skickade många till, men det lades ju ner för några år sen. Så nu ligger det ansvaret någonstans mellan vårdcentral och socialtjänst. [...] Det är ju inte vårt jobb att jobba behandlande utan det är väl mest att uppmärksamma, sen tänker jag att det blir ju ändå lite så ibland beroende på om vi ändå har en samtalskontakt [...].*

K5

Som citatet ovan och det från K3 i det tidigare stycket visar på så kunde vissa av kuratorerna erbjuda ett längre samtalsstöd till patienter med erfarenheter av VINR även om de inte ansåg att det var deras uppdrag eller att de var bäst lämpade för uppdraget. I tidigare forskning framkom det att hälso- och sjukvårdspersonal utan konkret utbildning kring VINR ändå kunde använda sig av olika strategier såsom tidigare erfarenhet för att närma sig och arbeta i patientärende (d'Oliveira et al. 2022). En kurator uttryckte dock tydligt att hen ansåg sig ha möjlighet och kompetens att arbeta mer behandlande kring våldserfarenheterna.

*Jag har ändå möjlighet att följa patienterna lite grann om de vill. [...] För det är också så att där tänker jag att jag har varit i det så pass mycket så jag är bekväm i att prata om det. [...] Jag tillåter mig att fortsätta jobba med det om patienten vill det och man känner att det funkar.*

K4

En annan kurator uttryckte likt K5 i tidigare citat att eftersom det kan vara svårt för patienter att få behandling för traumatiska upplevelser från andra instanser så ansåg den kuratorn att de lika gärna kunde behandla det på vårdenheten och beskrev hur hen och hens kollegor fått bygga på med tilläggsutbildningar för att kunna möta den patientgruppen på primärvårdsnivå.

Att kuratorerna beskrev sitt uppdrag på olika sätt kan fångas med hjälp av Lipskys (2010) begrepp gräsrotsbyråkrat. Lipsky (2010) menar att gräsrotsbyråkraten ofta har ett stort handlingsutrymme att påverka innehållet i sin yrkesutövning.

Eftersom gräsrotsbyråkraten, kuratorn i detta fall, arbetar med människor med varierande livsomständigheter, behöver hen använda sitt omdöme och samlade kompetens för att bedöma vad som blir bäst i just den situationen. Vissa av kuratorerna bedömde att de inte var mest lämpade att arbeta behandlande med patienterna och använde sitt handlingsutrymme för att etablera en kontakt med en mer specialiserad instans medan andra använde sitt handlingsutrymme och behandlade patienterna själva.

Den kuratorn som uppgav att hen var bekväm med att arbeta vidare med patienterna beskrev även att hen hade ett stort handlingsutrymme med möjlighet att ha längre samtalskontakter och boka regelbundna återbesök. Det står i motsats till en annan organisatorisk förutsättning som påverkade flera av primärvårdskuratorernas avgränsningar och som även belysts i vissa av citaten tidigare - *tidsbrist*. Flera av kuratorerna tog upp tidsbrist som en faktor till hur och vad de kunde göra för en patient när VINR identifierats.

*Min andra tanke är att jag tittar på klockan och tänker "hur mycket ska vi ta?", hur djupt ska jag ta det här samtalet för att inte... För att inte hamna någonstans där hon är liksom jätteuppriven och berättar väldigt intima*

*svåra saker och så ska jag helt plötsligt försöka avrunda för att det kommer en ny patient.*

K1

*Vi har ju oftast ganska korta kontakter så vi kan oftast inte stötta någon under en längre period [...].*

K2

*Det som försvårar är väl tiden i så fall, tidsperspektivet i ett samtal, att man känner att man vill hinna med så mycket som möjligt. Och är det så känsliga saker så kan man inte forcera fram saker heller.*

K7

Gräsrotsbyråkraten, kuratorn, måste förhålla sig till organisatoriska och socialpolitiska ramar och dessa påverkar kuratorns handlingsutrymme (Lipsky, 2010). De kuratorerna som beskrev hur de kunde arbeta mer behandlande i patientärenden som rörde VINR beskrev även att de hade organisatoriska förutsättningar att göra det, vilket inte alla kuratorerna uppgav sig ha. Även Banduras (1995) begrepp psychological and emotional states är relevant att belysa här, då begreppet fångar att stress och spänningar påverkar vår upplevda förmåga och leder oss i högre grad till att tro att vi inte kan utföra ett visst beteende eller att vi kommer utföra det dåligt. Tidsbrist och andra organisatoriska förutsättningar kan med det resonemanget påverka kuratorernas upplevda förmåga och deras upplevda kontroll. Utifrån Ajzens (1991) TPB kan man se att den upplevda kontrollen påverkas av graden av faktisk kontroll, vilka båda påverkar intentionen till att utföra ett beteende men också om beteendet faktiskt kommer att utföras. När det kom till att behandla patienterna själva eller ha en längre samtalskontakt med dem så varierade kuratorernas beteenden och påverkades av om de upplevde att de hade en hög eller låg (beteende)kontroll.

## Internt stöd

Under intervjuerna med primärvårdskuratorerna framkom det att en resurs de använde sig av när VINR identifierats i ett patientmöte var internt stöd på de

vårdenheten och i de övergripande organisationerna de jobbade. Det interna stödet var dock varierande, och som framkommit under föregående tema och koder så upplevde flera kuratorer att deras vårdkollegor generellt hade låg kunskap om VINR. En av kuratorerna uttryckte att hen kunde vända sig till sin psykologkollega för stöd medan en annan uttryckte att hens psykologkollegor hade ett förhållningssätt som kuratorn inte tyckte var lämpligt när det kom till VINR.

*Det är ju väldigt tydligt att det kanske skulle behöva tydliggöra mer, att kompetensen skulle behövas mer. För vi har inte samsyn alls [...].*

K1

*Det mesta stödet jag har här det är ju från psykologen här. Det är ju vi som liksom kan. Så skulle jag vara osäker på någonting så skulle jag ju diskutera med henne liksom.*

K3

Att få kollegialt stöd beskrevs i Carneiros et al. (2022a) studie som viktigt för hälso- och sjukvårdspersonal inom primärvården för att kunna erbjuda bra vård till kvinnor med erfarenheter av VINR. En annan intern resurs som kuratorerna kunde använda sig av var olika nätverk som fanns i den övergripande organisationen (exempelvis regionens eller vårdkoncernens). Bland annat togs Barnskyddsteamet och kuratorsnätverk upp.

*Det finns ju dom här som vi hade på besök nyligen, Barnskyddsteamet heter de ju [...] och så har de ju en som jobbar där med våld. Ja de kan man ju vända sig till också. [...] Det är ju så hela tiden att det kommer ny information och så, men de finns ju som en kunskapskälla och där kan man också läsa på.*

K3

*[...] Men vi har i kuratorsnätverket också, i regionen, så har vi ju fått ganska mycket utbildning inom det. [...] Jag har pratat med Barnskyddsteamet ibland, i regionen. Det är ju jättelätt att få tag på dem,*

*just om det gäller barnperspektivet, om jag känner mig osäker på någonting då har jag frågat dem vid några tillfällen.*

K6

Att ha nära kollegor som vi upplever som kompetenta eller att ingå i ett nätverk där det finns kompetens kring VINR kan enligt Banduras (1995) begrepp vicarious experiences bidra till att kuratorernas känsla av upplevd förmåga ökar. Bandura (1995) beskriver att genom att studera och se individer som påminner om oss själva klara av att ta sig an en uppgift så ökar vår tilltro till att vi också ska klara av uppgiften. Vår upplevda självförmåga relaterar till TPB-begreppet upplevd beteendekontroll (Ajzen, 1991) som är en viktig faktor som påverkar vår intention att utföra ett beteende. Existensen av till exempel Barnskyddstemet och kuratorsnätverk där frågan om VINR tas upp, indikerar att det finns en positiv social norm kring att arbeta mot VINR vilket också påverkar vår intention att handla och agera positivt (ibid.).

När det kom till olika interna stöddokument kring VINR som fanns att tillgå så belyste flera av kuratorerna att de kände till att det fanns vissa övergripande dokument men uppgav även att det inte var något de hade haft uppe och jobbat med på vårdenheter. Ett exempel på vårdprogram som rörde flera av kuratorerna var Region Skånes regionala vårdprogram mot våld i nära relation och där det i utvärderingen av det vårdprogrammet konstaterats att det fanns en generellt låg kännedom om programmet och att det behövdes prioriteras att arbeta med det på arbetsplatserna (Wemrell et al. 2022). Flera av kuratorerna belyste att VINR pratades om på ett prioriterat sätt men att det ofta var högre upp i organisationen och att det inte var lika uttalat på deras vårdenheter.

*Det finns ju det här liksom stora, alltså som regionen har utarbetat kring våld i nära relation. Men det är inget som vi har haft uppe eller så, eller jobbar aktivt med.*

K4

*Jag tänker att man ändå märker att det är en organisation som försöker jobba med våld. Det kommer upp på olika temadagar, det finns ett Barnskyddsteam. Man försöker liksom på olika sätt uppmärksamma.*

K5

Att kuratorerna kände till att det fanns information och ett övergripande arbete kring VINR kan utifrån TPB (Ajzen, 1991) antas fungera som en positiv subjektiv norm som indikerar att det är önskvärt att de arbetar med de frågorna. Det framkom dock under intervjuerna att ingen av kuratorerna hade fått någon introduktionsutbildning till sin kuratorstjänst som innehöll något om VINR eller hur de förväntades arbeta kring det i patientärenden.

*Alltså min introduktion var väl i princip "hej, vad kul att du är här. Här är kaffemaskinen. Här är vår väntelista – ha så roligt".*

K1

Det framkom även under intervjuerna att det inte fanns något krav eller förväntan på kuratorerna att gå någon utbildning kring VINR. Några av kuratorerna uttryckte att varken de eller deras chefer ansåg att de behövde någon utbildning kring VINR då de redan hade grundläggande kunskap.

*Jag kan inte säga att jag får något specifikt stöd kring just de patienterna utan det är nog så att man får fråga själv om man behöver något speciellt stöd [...] Det är ju ingen som specifikt frågar efter det ena eller det andra, utan jag tänker att om jag känner att jag behöver utvecklas mer inom detta då letar jag upp en utbildning och så frågar jag min chef om jag får gå den.*

K7

Att ges eller inte ges förutsättningar att möta patienter med erfarenheter av VINR belyses även i forskningen där det i flera studier framkom brist på utbildning. Bland annat belyste d'Oliveira et al. (2022) i sin studie att majoriteten av den intervjuade personalen inte hade fått någon utbildning kring VINR och det beskrevs som en anledning till bristande kunskap och medvetenhet. Även Wemrell et al. (2022) belyser vikten av organisatoriskt stöd i form av utbildning

för att kunna hantera patientärenden som rör VINR. Liknande presenteras i Finnbogadóttir & Dykes (2010) studie och Aljomaies et al. (2022) översiktsstudie där det lyfts fram att sjuksköterskor betonade vikten av organisatoriskt stöd och utbildning för att känna sig rustade att tillhandahålla sjukvård för personer utsatta för VINR. Under intervjuerna med kuratorerna framkom det en något fragmenterad bild kring hur vidare arbetet mot VINR ansågs prioriterat eller inte från verksamhetsansvariga på vårdenheten de arbetar. Några kuratorer beskrev hur de mer eller mindre aldrig belystes från ledningen, medan några uttryckte att det fanns med i kontakten och tilldelandet av olika ansvarsområden och samverkansgrupper. I d'Olivieras et al. (2022) studie uttryckte verksamhetsansvariga på två primärvårdsenheter i Brasilien att VINR inte var ett prioriterat område, men att VINR inte skulle prioriteras i verksamheterna som de intervjuade kuratorerna arbetar på är svårt att uttala sig om och kuratorerna hade som sagt en varierande uppfattning kring frågan. Den kulturella och politiska kontexten i Sverige och Brasilien skiljer sig även åt och gör att en direkt jämförelse kan bli svår oavsett.

En av kuratorerna belyste att för att underlätta för patienter utsatta för VINR försökte man som kurator "göra lite extra". På frågan om vårdenheten kuratorn arbetade på uppmuntrade och lämnade utrymme till det svarade kuratorn:

*Nej, alltså, det tänker jag väl egentligen inte att de gör. Det är liksom mer någon slags känsla av att man vet, eller jag liksom tänker att det här är framgångsrikt med de här patienterna. Och det här är det bästa vi kan göra för dem. Sen är det klart att när tiden blir knapp så tänker jag att det är sådant som man gör mindre av tyvärr. Att det blir mer att man lägger mer ansvar tillbaka [på patienten].*

K5

Utifrån det K5 berättar kan man se hur kuratorn utnyttjar sitt handlingsutrymme, erfarenhet, kompetens och kunskap om VINR för att göra anpassningar för patienter utsatta för VINR, men att organisatoriska förutsättningar och avsaknad av organisatoriskt (internt) stöd gör att man gör mindre av det man önskar eller vet är bra. Detta kan ses i Ajzen (1991) TPB där för att önskvärt beteende ska ske



så räcker det inte med upplevd kontroll utan man behöver också faktiskt kontroll för att öka chansen att beteendet utförs. Utifrån Lipskys (2010) teori om gräsrotsbyråkraten kan man se att de organisatoriska förutsättningarna påverkar hur kuratorn kan använda sitt handlingsutrymme. Organisationens ramar och förutsättningar kan tvinga kuratorn att göra avkall på det hen upplever är det bästa handlandet i patientärendet.

Generellt uttryckte alla kuratorer att de hade en fungerande samverkan internt med kollegor på de vårdenheter de arbetar på, men att de oftast själv används som resurs i patientärenden som rör VINR än tvärtom. Några kuratorer belyste dock vikten av arbetet andra vårdprofessioner gör kring att identifiera våldsutsatthet och att det arbetet är ibland en förutsättning för att patienterna bokas in till kuratorn.

## Externt stöd

En resurs de intervjuade primärvårdskuratorerna använde sig av i patientärenden som rörde VINR i hög grad var externt stöd. Vikten av att känna till och använda sig av externa resurser belyses bland annat i Carneiros et al. (2022) studie där det uppmärksammades att primärvårdspersonalen hänvisade till resurser utanför primärvården och att det beskrevs som en förutsättning i arbetet med patienter med erfarenheter av VINR då primärvården inte kan möta alla behov som en utsatt patient kan ha.

Som presenterats tidigare kunde kuratorerna hänvisa eller upprätta kontakt med socialtjänsten, men de använde även socialtjänsten som ett konsultativt stöd. Flera av kuratorerna nämnde att ett nära samarbete och kontakt med socialtjänsten var ett värdefullt stöd. Vissa kuratorer nämnde särskilda personer på socialtjänsten, exempelvis gamla kollegor eller en samordnare, medan vissa pratade generellt om socialtjänstens mottag.

*Är det någonting som är knepigt som jag funderar över hur jag ska göra då vänder jag mig till mina gamla kollegor i socialtjänsten och drar det liksom mer anonymt att så här "vet du jag träffade en kvinna idag som liksom beskrev det här, vad tänker du, vad skulle du ha gjort?" För de är mer up-to-date, de är mer*

*intresserade, de är mera villiga och mer erfarna ska jag säga när det kommer till liksom att tänka på våld som fenomen.*

K1

*Underlättar gör att jag vet att socialtjänsten kan man ringa [...] Jag tycker kommunen verkar ta det här liksom på största allvar och så, det känns bra.*

K3

*Jag har ett ganska tätt samarbete med dem [mottaget VINR socialtjänsten, egen amn.].*

K6

Alla intervjuade primärvårdskuratorer hade tidigare erfarenhet av att arbeta inom, på uppdrag av eller nära socialtjänsten. Utifrån TPB (Ajzen, 1991) kan man resonera kring att kuratorerna anser de anställda på socialtjänsten som de har kontakt med som signifikanta och relevanta för dem och för arbetet kring VINR. Att VINR var en prioriterad fråga hos dem kan därför tolkas som en bidragande faktor till de upplevda positiva subjektiva normerna kring att arbeta mot VINR.

Även Kriscentrum togs upp som en viktig resurs som kuratorerna använde sig av, där flera kuratorer tog upp att de hade ett gott och nära samarbete med Kriscentrum och att de kände att de kunde vända sig till dem när de var osäkra kring något i patientärenden som rörde VINR.

*Vi har ju börjat etablera ett starkare samarbete med Kriscentrum [...] Om jag är osäker på någonting så brukar jag försöka ringa och konsultera dem [...] Det känns som att det finns goda möjligheter att få stöttning i saker och ting också, så jag skulle säga att det är ja, men att det är ett jätteviktigt arbete.*

K2

Att ha en etablerad kontakt med socialtjänsten eller Kriscentrum benämnde alla kuratorer som viktigt och flera beskrev att det underlättade deras arbete med att möta utsatta patienter eller patienter som har erfarenheter av att ha utsatts för VINR.

# Avslutande diskussion

Valet att lyfta fram primärvårdskuratorers handlande i patientärenden där VINR identifierats grundar sig i vetenskapen om att det är en patientgrupp som kuratorerna inom primärvården möter och där det finns vissa förväntningar på hur kuratorerna, både i egenskap av hälso- och sjukvårdspersonal och som hälso- och sjukvårdskuratorer, bör agera. Syftet för studien var att fånga avgörande mönster och faktorer i primärvårdskuratorernas handlande i patientärenden som rör VINR och att undersöka hur rustade kuratorerna är att arbeta med VINR. Detta fångas i studiens problemformulering och syfte, och mynnade ut i frågeställningarna:

- Vad gör primärvårdskuratorer när våldsutsatthet identifierats hos en patient?
- Hur resonerar de kring sina handlingar, olika handlingsalternativ och sin förmåga att utföra dem?
- Vilka interna och externa resurser använder de?

I studiens resultat framkom flera exempel på kuratorernas handlande i patientärenden som rör VINR och hur de resonerade kring det. Exempel gavs bland annat på olika avvägningar och vad som påverkade dessa. Det gick att utläsa att positiva attityder hos kuratorerna som tillsammans med de sociala normer som fanns inom (den övergripande) organisationen och hos andra som kuratorerna uppfattade som signifikanta bidrog till en intention att handla och agera i patientärenden som rörde VINR. Kuratorerna hade flera inre resurser, såsom tidigare erfarenhet och kunskap om VINR som påverkade deras upplevda kontroll och upplevda förmåga. Detta fångas i resultatet och analysen med hjälp av Ajzen (1991) teori om TPB och Banduras (1995) begrepp av self-efficacy. De faktorerna tillsammans med en faktisk kontroll att utföra vissa handlingar bidrog till att handlingarna utfördes. När vissa handlingar inte utfördes gick det även att härleda till både kuratorernas upplevda kontroll och förmåga, samt organisatoriska förutsättningar som påverkade den faktiska kontrollen. Att handla och agera utifrån organisatoriska förutsättningar fångas av Lipsys (2010) begrepp gräsrotsbyråkrat och med hjälp av det gick det att avläsa hur kuratorernas handlingsutrymme såg olika ut då de hade olika förutsättningar att utföra vissa

handlingar delvis på grund av organisatoriska faktorer som tid och förväntningar kring korta kontakter.

Det framkom tydligt i studiens resultat och analys att den beredskap och de resurser kuratorerna har och använder för att agera och handla i patientärenden som rör VINR i huvudsak hämtas utanför organisationen de arbetar inom. Handlandet baseras i hög utsträckning på tidigare erfarenheter och kunskap, eget intresse och teoretiskt förkovrande samt externt stöd från delar av socialtjänsten. Det går av resultatet och analysen i studien att utläsa att de intervjuade kuratorerna är rustade att möta patienter med erfarenhet av VINR, även fast de upplever sin roll och sin förmåga på något olika sätt. Även fast organisationerna och verksamheterna har ett ansvar att utveckla arbetet kring VINR så visar resultatet i denna studie, i likhet med tidigare forskning, att det finns en del kvar att göra för att arbetet kring VINR ska implementeras och hållas levande ute i verksamheter som bedriver primärvård. Utifrån vad primärvårdskuratorerna berättar i denna studie framstår de som kompetenta aktörer i frågor som gäller VINR och det är inte omöjligt att tänka att kuratorer inom primärvård kan ha en roll i det arbetet - om de ges utrymme och resurser.

Jag anser att den metodologiska ansatsen för denna studie har varit lämplig i förhållande till vad som har undersökts. Resultatet och analysen har svarat på syftet och frågeställningarna och gett en fyllig framställning av primärvårdskuratorernas arbete i patientärenden som rör VINR. Utifrån uppsatsens omfattning har det inte varit möjligt att intervjua ytterligare hälso- och sjukvårdsprofessioner men det hade varit intressant att i kommande forskning göra en jämförelse kring hur olika professioner arbetar med frågor som rör VINR. Även att fortsätta undersöka de organisatoriska förutsättningar som hälso- och sjukvårdspersonal ges att arbeta med dessa frågor anser jag vara relevant och önskvärt.

# Referenslista

Ajzen, Icek (1991) The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Volume 50, Issue 2, p.179-211.

Ajzen, Icek & Martin Fishbein (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Aljomaie, Hassan Abdulrahman H., Olivia Hollingdrake, Angelica Alban Cruz & Jane Currie (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*, Vol. 4, Article 100068.

Akademikerförbundet SSR (2020) *Policy för hälso- och sjukvårdskuratorer*. Stockholm: Akademikerförbundet SSR

Aspers, Patrik (2011) *Etnografiska metoder*. Malmö: Liber

Bandura, Albert (1995) Self-Efficacy in Changing Societies. I: Bandura, Albert (red.) *Self-Efficacy in Changing Societies*. New York: Cambridge University Press.

Bandura, Albert (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.

Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Stockholm: Liber.

Carneiro, Jordana Brock, Nadirlene Pereira Gomes, Fernanda Matheus Estrela, Andrey Ferreira da Silva, Milca Ramaiane da Silva Carvalho & Natália Webler (2022a) Care Provided to Women Victims of Intimate Partner Violence from the Perspective of Health Professionals. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. Vol 59, p.1–10.

Carneiro, Jordana Brock, Nadirlene Pereira Gomes, Lilian Conceição Guimarães de Almeida, Luna Moura Campos, Júlia Renata Fernandes Magalhães, Josinete Gonçalves dos Santos Lírio, Ionara Rocha das Virgens & Dália Sousa Gonçalves da Costa (2022b) Revealing outcomes of care for women in situations of domestic violence. *Acta Paul Enferm*. Vol. 36, article eAPE001555.

d'Oliveira, Ana Flavia Pires Lucas, Stephanie Pereira, Loraine J. Bacchus, Gene Feder, Lilia Bilma Schraiber, Janaina Marques de Aguiar, Renata Granusso Bonin, Cecilia Guida Vieira Graglia & Manuela Colombini (2022) Are we asking too much of the health sector? Exploring the readiness of Brazilian primary healthcare to respond to domestic violence against women. *Int J Health Policy Manag*. Vol. 11, Issue 7, p. 961–972

- Finnbogadóttir, Hafrún & Dykes Anna-Karin (2010) Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*. Vol. 28, Issue 2, p. 118-189
- Fishbein, Martin & Icek Ajzen (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Godin, Gaston, Ariane Bélanger-Gravel, Martin Eccles & Jeremy Grimshaw (2008) Healthcare professionals' intentions and behaviours: A systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implementation Science*. Vol. 3, Issue 36.
- Gåfväls, Catharina (2014) Socialt arbete i en medicinsk kontext. I: Björn Blom, Ann Lalos, Stefan Morén & Mariann Olsson (red) *Socialt arbete i hälso- och sjukvård - Villkor, innehåll och utmaningar*. Stockholm: Natur & Kultur.
- Heron, Rebecca L. & Esima, Marteen C. (2020) Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community*. Vol 29, Issue 3, p. 612-630.
- HSLF-FS 2022:39. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Jacobsen, Dag Ingvar (2012) *Förståelse, beskrivning och förklaring: Introduktion till samhällsvetenskaplig metod för hälso- och sjukvård och socialt arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Jasinski, Jana L. (2004). Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*. Vol. 5, Issue 1, p. 47–64.
- Jehooni, Ali Khani, Zahra Sadat Moayedi, Victoria Momenabadi, Farzaneh Ghalegolab & Pooyan Afzali Harsini (2022) Effect of Educational Intervention Based on Theory of Planned Behavior (TPB) on Doing Breast Selfexamination in a Sample of Iranian Women. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*. Vol. 17, p. 1–11
- Justesen, Lise & Nanna Mik-Meyer (2011) *Kvalitativa metoder: från vetenskapsteori till praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Lipsky, Michael (2010) *Street-level bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russel Sage Foundation.
- NCK (2014) *VÅLD OCH HÄLSA: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Uppsala universitet
- NCK (2022a) *Rutiner ger stöd i omhändertagandet*. [<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/rutiner-och-vardprogram/mer-om-rutiner/> Hämtat: 2023-05-06].

- NCK (2022b) *Medicinska och psykosociala konsekvenser av våld*.  
[<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/medicinska-och-psykosociala-konsekvenser-av-vald-i-nara-relationer/>]  
Hämtat: 2023-05-06].
- NCK (2023) *Våld i nära relationer*.  
[<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>] Hämtat: 2023-05-07].
- Pan, Qi & Zhihong Hao (2022) Chinese college students' help-seeking behavior: An application of the modified theory of planned behavior. *PsyCh Journal*. Vol. 12, Issue, 1, p. 119–127.
- Regeringens skrivelse 2016/17:10 *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*.
- Region Skåne (2021) *Regionalt vårdprogram mot våld i nära relationer*.  
[<https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-vardprogram---fillistning/vald-nara-relationer-vardprogram.pdf>] Hämtat: 2023-02-21]
- Region Stockholm (2023) *Regionalt vårdprogram - Våld i nära relationer*.  
[<https://kunskapsstodforvardgivare.se/omraden/psykisk-halsa/vald-i-nara-relationer/regionalt-vardprogram---vald-i-nara-relationer>] Hämtat: 2023-05-06].
- Shaikh, Dania, Suzilawati Kamarudin, Adriana Mohd Rizal & Haneen Mohammad Shoaib (2022) Willingness of healthcare workers to treat COVID-19 patients during the pandemic: Extended theory of planned behavior. *Problems and Perspectives in Management*. Vol 20, Issue 4, p. 210-223.
- Silva, Tharuka, Thilini Agampodi, Maggie Evans, Duleeka Knipe, Abey Rathnayake & Thilini Rajapakse (2022) Barriers to help-seeking from healthcare professionals amongst women who experience domestic violence - a qualitative study in Sri Lanka. *BMC Public Health*. Vol. 22, Issue 1.
- Socialstyrelsen (2016) *Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2021) *Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld: Ett utbildningsmaterial*. Stockholm: Socialstyrelsen
- Socialstyrelsen (2023) *Våld i nära relationer*.  
[<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>] Hämtat: 2023-02-21]
- SOU 2021:6. *God och nära vård: Rätt stöd till psykisk hälsa*. Betänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.
- Vetenskapsrådet (2002) *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet.

Wemrell, Maria, Emma Tegel & Anna-Karin Ivert (2022) *Region Skånes vårdprogram mot våld i nära relationer: en uppföljning*. Lund: Lunds universitet

Yari, Asiyeh, Laleh Hassani, Arash Ziapour, Razie Toghroli, Razie Mohammadkhah & Fateme Yazdi (2023) Prediction of self-care behaviors among diabetic patients based on social cognitive theory. *J Public Health Res.* Vol. 12, Issue 1.

Özaydın, Tuba, Ayşe Taştekin Ouyaba & Selma Infal Kesim (2021) Predictors of Orthorexia Nervosa behavior in women within the framework of the theory of planned behavior. *Perspect Psychiatric Care.* Vol. 58, Issue 4, p. 1599–1606.



# Bilaga 1.

## Informationsbrev

Hej! Mitt namn är Johanna Viterius och jag läser hälso- och sjukvårdskuratorsprogrammet på Lunds universitet. Inom ramen för utbildningen ska jag skriva ett examensarbete. Mitt examensarbete syftar till att undersöka hur primärvårdskuratorer arbetar i patientärenden där våld i nära relation identifierats.

Med detta informationsbrev tillfrågas du att delta i denna undersökning.

Undersökningen kommer bygga på kvalitativa intervjuer med primärvårdskuratorer. Urvalet har varit målinriktat, det vill säga att du och andra deltagare har tillfrågats eftersom ni arbetar som kuratorer inom primärvården.

Att medverka i undersökningen innebär att delta i en intervju med en beräknad tidsåtgång på 30–60 minuter. Intervjun kommer spelas in via programvara på telefon eller dator och sedan transkriberas. Materialet kommer hanteras med största möjliga konfidentialitet. När intervjun har transkriberats kommer inspelningen raderas. Det är bara den ansvarige för studien som kommer ha tillgång till inspelningarna och deltagarnas identitet. När resultatet presenteras i uppsatsen kommer namn att avidentifieras. När examensarbetet är klart kommer även transkriberingarna raderas. Om medverkande önskar så kan ansvarig för studien mejla uppsatsen till den medverkande när den är färdigställd.

Ditt deltagande i undersökningen är helt frivilligt. Du kan när som helst avbryta ditt deltagande utan närmare motivering.

Ytterligare upplysningar lämnas av nedanstående.

Malmö 2023-02-24

*Student*

Johanna Viterius

tel. [borttaget]

e-post. [borttaget]

*Handledare*

Stig Linde

e-post.[stig.linde@soch.lu.se](mailto:stig.linde@soch.lu.se)

# Bilaga 2.

## Intervjuguide

Upprepa delar av informationsbrevet. Finns informerat samtycke?

### **Bakgrund**

- Kan du berätta lite om din yrkesbakgrund och hur du hamnade i rollen som kurator inom primärvården?
  - Socionom eller annan grundutbildning? Legitimation?
  - Hur länge har du arbetat som kurator? Hur länge inom primärvården?
- Hur ofta möter du patienter där det framkommer VINR (ex. flera till en gång i veckan/månad/år?)

### **När våldsutsatthet identifierats**

- Hur har våld i nära relation identifieras i de patientärenden du haft?
- När det framkommit att det förekommer eller har förekommit våld i nära relation:
  - Vad gör du då?
  - Vad tänker du? Vad säger du?
  - (Hur känns det?)

### **Resonerar och motivera**

- Vad bidrar till att du gör som du gör?
- Hur lärde du dig det?
- Avvägningar?
- Dokumentation?
- Finns det handlingar du medvetet undviker? Om ja, varför?

### **Resurser och samarbeten**

- Vad underlättar/försvårar ditt arbete med patienter utsatta för VINR?
- Vart vänder du dig när du känner dig osäker på hur du ska göra?
- Hur samarbetar du med andra vårdgivare och samhällstjänster i hanteringen av VINR? Hur har samverkan kring en patient utsatt för våld i nära relation ut?
- Vilket stöd (eller utbildning) i arbetet kring våld nära relation har du (fått)?

### **Avslutande reflektioner?**

### **Något du önskar tillägga?**