



GÖTEBORGS  
UNIVERSITET

## SAHLGRENSKA AKADEMIN

MÄNS VÅLD MOT KVINNOR, HINDER OCH SVÅRIGHETER HOS LÄKARE PÅ  
VÅRDCENTRAL ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSATTHET – EN INTERVJUBASERAD  
STUDIE





SAHLGRENSKA AKADEMIN

# Mäns våld mot kvinnor, hinder och svårigheter hos läkare på vårdcentral att fråga om våldsutsatthet – en intervjubaserad studie

Examensarbete inom medicin

Ida Falk

Läkarprogrammet

Göteborg, Sverige 2021

Handledare: Gunilla Krantz

Avdelningen för samhällsmedicin  
och folkhälsa

# Innehållsförteckning

ABSTRACT .....	2
KEY WORDS .....	3
<b>1. INTRODUKTION .....</b>	<b>3</b>
<b>1.1 KONCEPTUELLT RAMVERK .....</b>	<b>4</b>
1.1.1 Definitioner av våld med fokus på våld i nära relationer.....	4
<b>1.2 TEORETISKT RAMVERK .....</b>	<b>6</b>
1.2.1 Folkhälsoperspektiv och politisk styrning .....	6
1.2.2 Uppkomst av mäns våld mot kvinnor.....	7
1.2.3 Hälsokonsekvenser av mäns våld mot kvinnor .....	9
<b>1.3 TIDIGARE FORSKNING OM VÅLD I NÄRA RELATIONER.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Förekomst av våld i nära relationer.....	11
1.3.2 Hälso- och sjukvårdens ansvar .....	12
1.3.3 Hur våldsutsatta kvinnor i nära relationer uppmärksammas och identifieras inom hälso- och sjukvården .....	13
1.3.4 Identifierade svårigheter att uppmärksamma och hjälpa våldsutsatta kvinnor i nära relationer .....	16
1.3.5 Rutinmässiga frågor om våld .....	18
<b>MÅLSÄTTNING .....</b>	<b>19</b>
<b>2. MATERIAL OCH METODER .....</b>	<b>19</b>
2.1 TILLVÄGAGÅNGSSÄTT .....	20
2.2 DELTAGARE.....	20
2.3 DATAINSAMLING .....	21
2.4 ANALYS.....	23
2.5 ETIK.....	23
<b>3. RESULTAT .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 ALLMÄNLÄKARE PÅ VÅRD-CENTRAL BEGRÄNSAS I ATT STÄLLA FRÅGOR OM VÅLD VILKET UTTRYCKS GENOM HINDER PÅ OLIKA PLAN ATT FÖRA DEM PÅ TAL.....</b>	<b>25</b>
3.1.1 Emotionella hinder.....	26
3.1.2 Personliga och relationella hinder.....	27
3.1.3 Kunskapsmässiga hinder.....	29
3.1.4 Strukturella hinder .....	30
<b>3.2 FRÅGOR OM VÅLD STÄLLS I LITEN UTSTRÄCKNING OCH PÅ INDIKATION DÄR TANKAR OM ATT INFÖRA RUTINMÄSSIGA FRÅGOR INNEHÅLLER EN DUALITET AV SÅ VÄL POSITIVA SOM NEGATIVA FÖRESTÄLLNINGAR.....</b>	<b>31</b>
3.2.1 Attityder till frågor om våld inom primärvården.....	32
3.2.2 Attityder till frågor om våld på rutin eller indikation.....	34
3.2.3 Attityder till vad som är eller kan vara våld i nära relationer .....	36
3.2.4 Attityder till hur frågor om våld formuleras.....	37
<b>4. DISKUSSION .....</b>	<b>38</b>
4.1 METODDISKUSSION.....	38
4.2 RESULTATDISKUSSION .....	41
<b>5. KONKLUSION .....</b>	<b>48</b>
<b>POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING .....</b>	<b>49</b>
<b>TACK.....</b>	<b>51</b>

## ABSTRACT

### **Men's violence against women, barriers and difficulties for doctors at health centers to ask about exposure to violence - an interview-based study**

Degree Project, Programme in Medicine, 2021

Institute of Medicine, Gothenburg, Sweden.

**Author:** Ida Falk

**Introduction:** Violence against women is a common global public health issue with major health problems. About one in four women in Sweden has been exposed to intimate partner violence during their lifetime. The health care system has a great responsibility in identifying these women and offering supportive care. Few studies have been conducted in Sweden that elucidate barriers in health care system to identify and help abused women.

**Aim:** To investigate difficulties in identifying women exposed to intimate partner violence by elucidate barriers and attitudes to raising the issue about violence at general practitioners at health centers in Sweden.

**Methods:** Interviews with nine primary care physicians, all working at health centers were conducted. Qualitative content analysis was used.

**Results:** Two themes emerged from the narratives. “General practitioners at health centers are limited in asking questions about violence, which is expressed through barriers at various levels to bringing them up” and “Questions about violence are asked to a small extent and on indication where thoughts of introducing routine questions contain a duality of both positive and negative ideas”. Barriers consisted of feelings in the form of anxiety and fear which could be present at the doctor or arise in the patient meeting. Lack of knowledge and time was also identified. Routine questions about intimate partner violence would be good as it emerges more if we ask but would be difficult to implement in the primary care settings today.

**Conclusions:** Questions about intimate partner violence are important to raise in primary care and are done to a small extent by general practitioners today where increased knowledge and structure are in demand.

## KEY WORDS

Content analysis, intimate partner violence, primary care, physician.

## 1. INTRODUKTION

Våld i nära relationer är den vanligaste orsaken till våld mot kvinnor i världen och inkluderar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld samt kontrollerande beteende från en partner. Våldet sträcker sig bortom landsgränser, kulturer och socioekonomiska förhållanden och så väl barn som kvinnor och män drabbas. Den överväldigande bördan av våldets konsekvenser, bärs dock av kvinnor (1). Mycket forskning och insatser för att öka kunskapen om våld och dess hälsokonsekvenser har genomförts världen över. Populationsbaserade studier visar på att 15-

71 % av kvinnor i världen bär erfarenheter av att ha utsatts för våld av en partner (2). Flera enskilda riskfaktorer att så väl utöva som utsättas för våld i nära relationer har identifierats (3), men för att fånga våldets komplexitet måste det betraktas i en större kontext (4). Våld i nära relationer genererar påverkan på så väl fysisk som mental hälsa och medför sexuell ohälsa vilket ibland får fatala konsekvenser. Det är inte bara den enskilda individen som drabbas utan hela familjer vilket kan medföra sociala svårigheter och nedsatt livskvalitet (5, 6) samt stora samhällsekonomiska kostnader (7). Adressering av våldet utifrån dess konsekvenser på hälsa, är ett bra nyttjande av samhälleliga resurser (7).

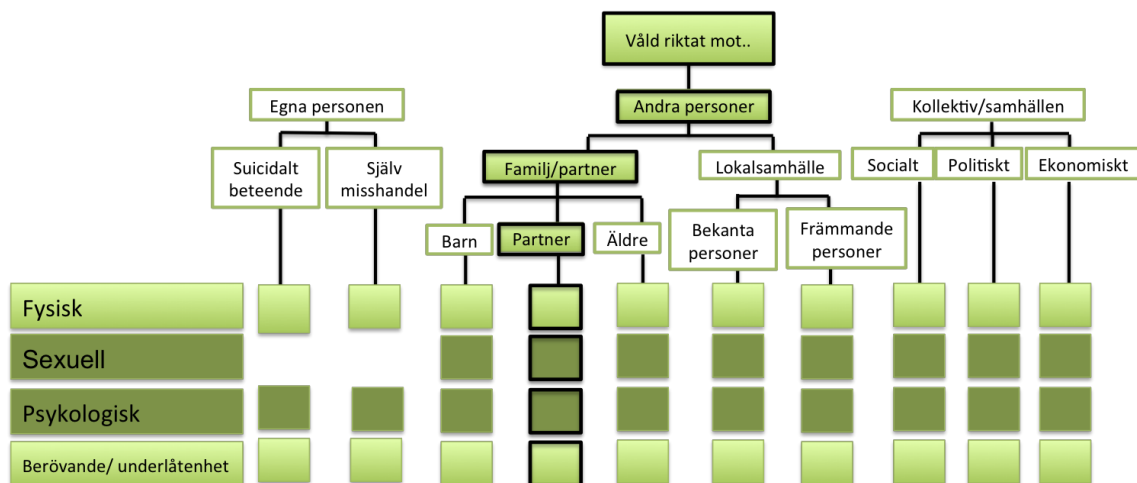
Hälso- och sjukvårdspersonal har genom sin nära kontakt med patienter, stora möjligheter att uppmärksamma våld, vidta åtgärder för att förebygga våld, erbjuda adekvat och specialiserad vård för drabbade individer samt stötta till samhälleliga kontakter genom samverkan med bland annat socialtjänst och polis samt kvinnojourer (8). Läkare inom primärvård besitter en strategisk position för att arbeta preventivt mot våld i nära relationer och identifiera våldsutsatta patienter genom att känna till riskfaktorer och ställa relevanta frågor kring våld i hemmet, generellt under till exempel hälsoundersökningar och mer specifikt vid tecken på skada och sjukdom (9). Genom rutinmässiga frågor om våld kan läkare visa att detta är ett hälsoproblem som samhället inte accepterar (10).

## **1.1 KONCEPTUELLT RAMVERK**

### **1.1.1 Definitioner av våld med fokus på våld i nära relationer**

Våld är avsiktliga handlingar med fysisk eller psykisk skada, hämmad personlig utveckling eller hämmad tillväxt genom svält som följd. Våldet är riktat mot en individ eller grupp där våldsutövaren nyttjar fysisk styrka, makt eller hot. Våldet kan indelas i tre stora kategorier: tillfogad av sig själv, mellanmänniskt och kollektivt (Figur 1) (4). Under mellanmänniskt

våld återfinns våld i nära relationer definierat som varje enskild handling vilken skadar eller hotar att skada den utsatta individen. Oftast sker det inom hemmets fyra väggar och vanligen är det en partner eller före detta partner som är våldsutövare, men det kan också vara en nära familjemedlem, pojkvän eller flickvän. Våld i nära relationer anger ingen riktning av våldet men den övervägande majoriteten som drabbas är kvinnor och våld i nära relationer är den största orsaken till våld mot kvinnor världen över (11). FNs deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor (12), definierar våld mot kvinnor som ”Varje könsrelaterad våldshandling som resulterar i fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, samt hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckligt frihetsberövande, vare sig det sker i det offentliga eller privata livet.” Fysiskt våld kan vara allt från knuffar, sparkar och slag till att hålla fast en individ mot hennes vilja eller strypa henne. Det inkluderar även hot om eller bruk av vapen och leder i värsta fall till döden för kvinnan. Sexuellt våld inkluderar allt från sexuella trakasserier och sexuella handlingar mot individens vilja till sexuellt överförd smitta och våldtäkt. Våldet behöver inte generera fysiska skador för att betraktas som sexuellt våld. Psykiskt våld innebär så väl försummelse, förnedring och integritetskränkande handlingar mot en individ som ekonomiska begränsningar, materiell förstörelse, social isolering och andra former av kontrollerande beteenden (13).



**Figur 1** Våldets typologi med vägen till partnervåld markerad. Reproducerad från WHO och Krug (4).

## 1.2 TEORETISKT RAMVERK

### 1.2.1 Folkhälsoperspektiv och politisk styrning

WHO's globala handlingsplan (14) har som mål att stärka hälsosystemets roll i att främja hälsa och välbefinnande, särskilt hos kvinnor, flickor och barn som utsätts för eller riskerar att drabbas av mellanmänskligt våld. Detta är ett led i att främja WHO's globala mål för hållbar utveckling nummer 5 "jämskillighet" och nummer 16 "fredliga och inkluderande samhällen" och baseras på deras beslutsfattande organ World Health Assemblys resolution WHA67 (15). WHA67 uppmanar medlemsstaterna att bland annat stärka rollen hos sina hälsosystem, säkerställa hälso- och sjukvårdens samverkan med andra sektorer som utbildning- och rättsväsende liksom social service samt att stärka hälsosystemets arbete mot könsneutralitet och förmåga att identifiera våldsutsatta genom att bland annat utbilda vårdpersonal. Som ett led i arbetet föreslås fyra strategiska riktningar; ett utökat och verkningsfullt förebyggande arbete mot våld, förbättrad upptäckt av våld och starkare skydd och stöd för våldsutsatta kvinnor och barn, effektivare brottsbekämpning samt förbättrad kunskap och metodutveckling. Samtliga har anammats i den svenska nationella strategin för att förebygga

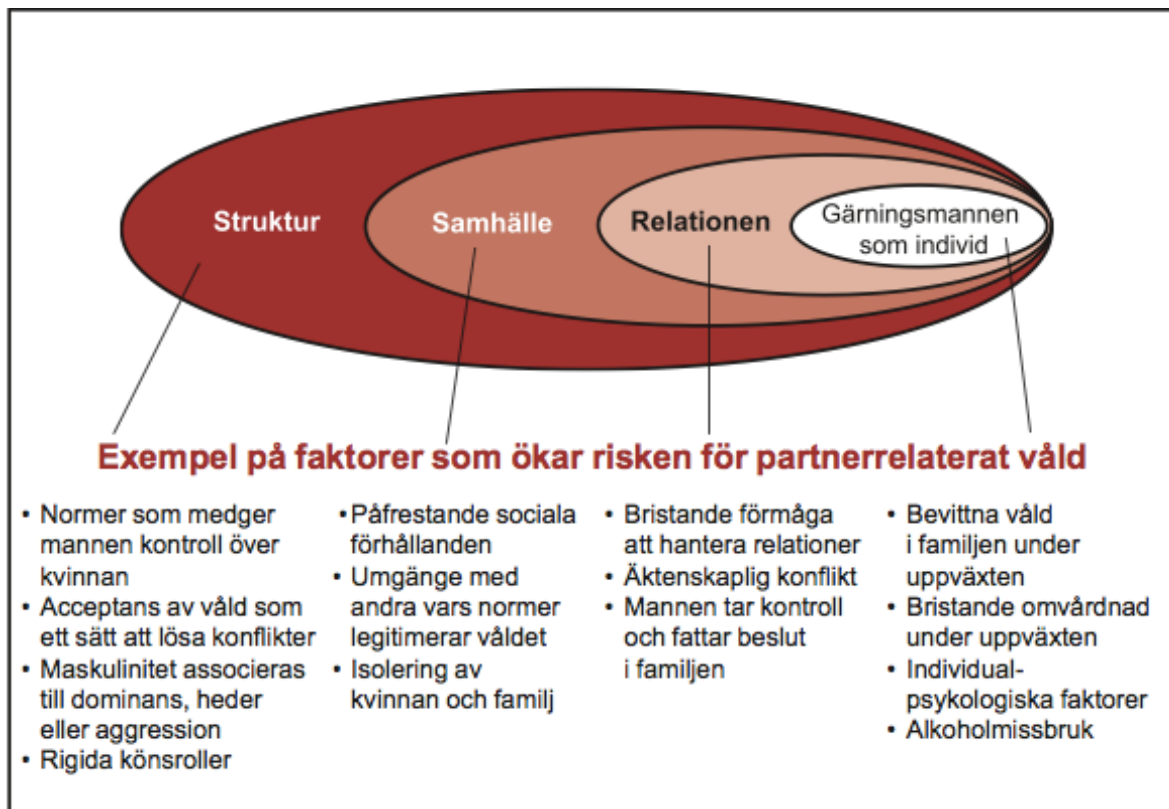


och bekämpa mäns våld mot kvinnor (16). I november 2014 trädde även Europarådets konvention Istanbulkonventionen, om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, i kraft i Sverige (17). Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet, har fått regeringens uppdrag att höja kunskapen nationellt om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer. NCK har utvecklat metoder för hälso- och sjukvården att tidigt identifiera våldsutsatta kvinnor för att säkerställa ett adekvat omhändertagande. På deras hemsida finns bland annat stöd för vårdpersonal utvecklade i samverkan med Socialstyrelsen (18). Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld (VKV) har på liknande sätt ett grundläggande utbildningsuppdrag för samtliga anställda inom hälso- och sjukvård samt tandvård inom Västra Götalandsregionen (VGR) med bland annat introduktionsföreläsningar och yrkesspecifika utbildningar (19).

### **1.2.2 Uppkomst av mäns våld mot kvinnor**

Uppkomst av mäns våld mot kvinnor är multidimensionell där förståelsen utifrån kön och makt är en teoretisk förklaringsmodell. Trots arbete mot jämställdhet tenderar de flesta samhällen att tilldela män högre socialt värde än kvinnor. Den hegemoniska manligheten har särskilts som utmärkande egenskap för att upprätthålla den dominanta positionen i ett samhälle. Det är viktigt att denna dominans av maskulinitet över andra, inte fortsätter betraktas som normalitet av vare sig kvinnor eller män (20). Mäns våld mot kvinnor och flickor är ett globalt problem som historiskt sett blivit gömt och ignorerat. Genom att det tidigare inte i tillräckligt stor utsträckning uppmärksammats av samhällseliga instanser, kan det till och med betraktas som socialt sanktionerat (7).

Tidigare forskning kring bakomliggande orsaker till uppkomsten av våld i nära relationer fokuserade ofta på enskilda faktorer och även om flera identifierade faktorer medför ökad risk att utsättas för våld av en partner, som att någon av parterna vuxit upp i en familj där det förekommit våld eller om det finns alkohol inblandat (3), bör uppkomsten av mäns våld mot kvinnor betraktas i en större kontext (7). En förklaringsmodell väl använd av så väl WHO som forskare världen över, är den ekologiska modellen (Figur 2) där könsrelaterat våld konceptualiseras genom att uppvisa ett grundat samspel mellan individuella, relationella, samhälleliga och sociokulturella faktorer. Den enskilda individens handlande påverkas av till exempel samhällets syn på familjära relationer som en privat angelägenhet. Detta står i kontrast till samhällen där alla är beredda på att uppmärksamma och ingripa vid påkommet våld i nära relationer. En traditionsbunden syn på mannen som familjens överhuvud med ekonomiskt ansvar och kontroll eller det manliga könet som dominant, kan bidra till ökad benägenhet att en man utövar våld mot sin kvinna och kan jämföras med samhällen som strävar mot ökad jämställdhet mellan könen. Ytterligare kontextuella faktorer till partnervåld kan vara kulturella värderingar. Med detta som bakgrund är det viktigt att lägga på minnet att våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor förekommer i alla familjekonstellationer, samhällstillhörigheter och samhällsklasser (21).



**Figur 2** Ekologisk modell för faktorer associerade med mäns våld mot kvinnor anpassad efter originalet av Heises ekologiska modell (21).

### 1.2.3 Hälsokonsekvenser av mäns våld mot kvinnor

Endast cirka en tredjedel av de kvinnor som utsatts för våld i nära relationer söker aktiv hjälp i Sverige. Flest andel uppsöker vården i första hand, före polis, advokat, socialtjänst eller andra hjälpinstanser. Det tyder på att kvinnan själv i huvudsak relaterar våldet och dess konsekvenser till sjukdom och hälsa (22). Även om de flesta av dessa kvinnor inte uppvisar uppenbara tecken på våld, bär det med sig många negativa hälsokonsekvenser som kvarstår också lång tid efter att våldet har upphört med nedsatt livskvalitet och upprepade hälso- och sjukvårdskontakter som följd (6). Fysiska skador är i huvudsak lokaliserade till huvud, nacke, bröstorg, bål (6) och kan vara allt från blåmärken, sår, utslagna tänder till frakturer och luxationer. Den fysiska skadan behöver inte alltid vara uppenbar då det även kan handla om

en generell ömhet i kroppen men också skador på inre organ och hjärnskakning (5, 22).

Sexuellt våld genererar en mer komplex symtombild med allt från akuta skador till långvariga komplikationer. Kvinnan kan lida av upprepade urinvägsinfektioner samt andra underlivsinfektioner och hon kan drabbas av missfall. I sexuella sammanhang finns uppgifter om tvång till oskyddat sex vilket kan medföra sexuellt överförda sjukdomar och oönskade graviditeter. Det sexuella våldet kan också orsaka långvariga bäckenbottensmärta samt svårigheter och rädsla vid samlag (6) eller rädsla för och undvikande av gynekologiska undersökningar (22). Långvariga symptom och tecken på våld tar sig ibland uttryck i form av smärttillstånd oftast från det muskuloskeletala systemet, framför allt långvarig ryggsmärta (23) men också i form av bröstsmärta och huvudvärk (24). Psykiska konsekvenser av våld i nära relationer härleds ofta till att kvinnan under lång tid utsatts för stor rädsla och hög stress vilket bland annat kan medföra sömnsvårigheter, spänningstillstånd och oro men också depressioner och posttraumatiskt stressyndrom. Kvinnan kan också uppvisa symptom som hjärklappning, yrsel/svimning samt smärta och funktionsrubbnings från mage och tarm (6).

Det händer att kvinnan försökt hantera sina konsekvenser av våldet genom att överkonsumera alkohol (6). Bruk av smärtlindrande läkemedel och psykofarmaka är också vanligare hos våldsutsatta kvinnor än svenska kvinnor i övrigt (22).

Resultat från WHO multi country study visar att våld i nära relationer, framför allt fysiskt och/eller sexuellt våld, kan leda till allt från tankar till fullbordad suicid (5). Svenska resultat överensstämmer med internationell forskning. Bland de svenska kvinnor som utsatts för sexuellt våld, är suicidförsök hela fem gånger vanligare i jämförelser med kvinnor som inte rapporterat några våldserfarenheter (22). Det finns också de fall där våldet i relationen eskalerar och i slutändan resulterar i att mannen tar livet av kvinnan. I Sverige dödas i genomsnitt en kvinna var tredje vecka av sin partner eller före detta partner (25). Vägen fram

till dödlig utgång har beskrivits ingående av Enander med fl. (26) och kan sammanfattas i en uppbyggnadsprocess med eskalerande våld, alkohol- och drogmissbruk, mentala hälsoproblem och/eller rädsla för framtiden, där den avgörande händelsen kan vara att kvinnan tydliggör att hon vill avsluta förhållandet eller försöker lämna relationen. De fall som slutar med dödlig utgång beror ofta på att mannen har ett kontrollerande beteende över sin partner och ser lämnandet som det yttersta sveket.

Våld gentemot kvinnor och flickor skapar hinder att delta i samhället på lika villkor med negativ påverkan på så väl social som ekonomisk utveckling (7). Under pågående våld i nära relationer, stryps ofta kvinnans sociala kontakter successivt. Om kvinnan lyckas ta sig ur våldsrelationen medför många gånger den stora rädslan för hämnd från mannen, att hon själv låser in sig och fjärrar sig från omvärlden. Skyddade personuppgifter bidrar ytterligare till social isolering och därmed försämrade hälsa och livskvalitet. Det våld som är känt inom hälso- och sjukvården och identifierat som bakomliggande orsak och bidrag till uppkommen ohälsa, är bara toppen av ett isberg (27).

## **1.3 TIDIGARE FORSKNING OM VÅLD I NÄRA RELATIONER**

### **1.3.1 Förekomst av våld i nära relationer**

Rapportering om förekomst av våld uppvisar betydande variationer världen över men också mellan studier inom ett och samma land på grund av svårigheter med jämförelser beroende på bristande kongruens mellan de olika studiernas metod, design och presentation av resultat. En jämförelse av 80 populationsbaserade studier på kvinnor från 50 olika länder indikerade att mellan 10 och 60 procent har blivit utsatta för åtminstone en incidens av fysiskt våld från en nuvarande eller tidigare partner. De flesta studier visade på en livstidsprevalens av partnervåld mot kvinnor på mellan 20 och 50 procent (28). År 2005 kom WHO ut med en

prevalensstudie, den första i sitt slag, i syfte att producera jämförbara resultat efter ett samarbete med 15 institutioner i 10 olika länder mellan 1998 och 2004. Studien uppvisade en livstidsprevalens av fysiskt våld i nära relationer riktat mot kvinnor på 13 till 61 procent där majoriteten av rapporterade fall befann sig inom spannet 23 till 49 procent.

Livstidsprevalensen av fysiskt och/eller sexuellt våld mot kvinnor i nära relationer uppgick till 15 till 71 procent med de flesta av fallen inom spannet 29 till 62 procent (29). En rapport från Europarådets 28 medlemsstater visade att fler än en av fem kvinnor över 15 år (22%) har varit utsatt för fysiskt och/eller sexuellt våld från en nuvarande eller före detta partner, 35 procent av kvinnorna hade erfarit kontrollerande beteende av sin partner. Inkluderade studier uppvisade stora skillnader länderna emellan vilket visat sig bero på kvinnans status i samhället (30). I en svensk epidemiologisk studie från 2012 framkom att 8 procent av kvinnorna varit utsatta för fysiskt våld i nära relationer senaste året och 15,9 procent tidigare i livet samt att 3,2 procent varit utsatta för sexuellt våld i nära relationer senaste året och 9,6 procent tidigare i livet (31). Självrapporterad utsatthet för våld i nära relationer presenterades i en populationsbaserad svensk studie av Nybergh m fl. (32) där 8,1 procent av kvinnorna rapporterade att de utsatts för fysiskt våld från en man i nära relation under senaste året. Gällande mäns våld mot kvinnor i nära relationer tidigare i livet rapporterade 23,6 procent att de utsatts för psykiskt våld, 14,3 procent för fysiskt våld och 9,2 procent för sexuellt våld. Enbart psykiskt våld stod för de flesta rapporterade fallen medan psykiskt våld i kombination med fysiskt våld var näst mest förekommande.

### **1.3.2 Hälsa- och sjukvårdens ansvar**

Hälsa- och sjukvårdssystemet har ett stort ansvar att ge stödjande vård åt kvinnor och deras barn vilka drabbats av våld i nära relationer och som står inför hälsokonsekvenser av våldet.

Denna vård kan bidra till att förebygga fortsatt våld i hemmet, lindra direkta konsekvenser av våldet och förhindra långtidspåverkan så som missbruksproblem och psykisk ohälsa. Hälso- och sjukvårdssystemet har också en roll att fylla i primärprevention genom att dokumentera våld mot kvinnor och därigenom påvisa våldets hälsobörda samt bidra till samordnade åtgärder myndigheter emellan (33). En förutsättning för att kunna erbjuda adekvat vård är att våld i nära relationer uppmärksammas och identifieras. Varje enskild vårdgivare har ett ansvar att upprätta rutiner för hur och när frågor om våld ska ställas samt hur arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld ska fortgå. Skyldigheten består också i att ombesörja att anställd personal har erforderlig kunskap om våld i nära relationer och förmåga till klinisk applicering samt att bistå med samverkan myndigheter emellan för att undvika att olika insatser motverkar varandra (10). Samverkan ska ske så väl internt mellan olika specialistmottagningar som externt med socialtjänst, skola, polis och kvinnojourer (34).

### **1.3.3 Hur våldsutsatta kvinnor i nära relationer uppmärksammas och identifieras inom hälso- och sjukvården**

I en populationsbaserad studie från Sverige rapporterade en av tio kvinnor att de någon gång blivit tillfrågade om våld i möte med vården medan en av tre rapporterade att de blivit utsatta för våld. Flest kvinnor blev tillfrågade i mötet med psykiatrin. Yngre ålder var associerad både med ökad våldsutsatthet och fler frågor om våld medan knappa två procent av personer över 65 hade blivit tillfrågade trots att cirka 25 procent av dessa rapporterade våldsutsatthet. De som beskrev upplevd låg socioekonomisk status var inte associerade med ökad våldsutsatthet men rapporterade att de blev tillfrågade om våld i större utsträckning. Uppvisande av tecken på fysiskt våld var det enda som korrelerade positivt med att ha blivit tillfrågad om våld inom hälso- och sjukvården (35).

En studie av Morse med fl. (36) styrker att kvinnor med en bakgrund av våld i nära relationer känd inom hälso- och sjukvård i hälften av fallen berättat om sin våldsutsatthet på grund av att de blivit tillfrågade om våld. Nästan två tredjedelar av de kvinnor vars våldsutsatthet inte var känd inom vården medgav att de skulle berättat om sin situation om de blivit tillfrågade. De flesta av kvinnorna som avslöjat sin våldsutsatthet för vårdpersonal hade gjort det till en allmänläkare vilket visar på den framträdande roll som allmänläkare besitter i att identifiera våld i nära relationer och därmed också stödjer de rekommendationer om att läkare inom primärvård aktivt ska fråga om och adressera våld i nära relationer (36). Tillvägagångssättet hur en läkare på bästa sätt förmedlar frågor om våld för att nå positiva utfall har också studerats. Rhodes med fl. (37) har beskrivit att patienten avslöjade sin våldsutsatthet i större utsträckning om läkaren inledde med en öppen fråga för att initiera ämnet följt av minst en följdfråga. Läkarens respons på ett avslöjande var minst lika viktig som att ställa de rätta frågorna, för efterföljande lyckosam dialog. Möjligheten att skapa en meningsfull diskussion kring våld i nära relationer minimerades om läkaren lyfte frågan med en tredje part närvarande alternativt försummade en antydning till våld, brast i sin bedömning av kvinnans säkerhet eller underlät att hänvisa patienten vidare för stöd och hjälp. Det visade sig också att patienter i dessa sammanhang endast till en tredjedel fick sitt avslöjande dokumenterat i journalen (37).

Det finns forskning som styrker att trygghet med behandlande läkare leder till att ett eventuellt avslöjande av våld i nära relationer i större utsträckning får en positiv utgång. Läkare som pratar öppet om våld i nära relationer, utan att försöka forcera fram ett avslöjande, visar på förståelse för vad våldsutsatthet handlar om vilket bidrar till att bygga upp en tillitsfull patient-läkarrelation. Möjligheten till detta uttrycks vara större inom primärvård än inom till exempel akutsjukvård med potential att i betydande utsträckning kunna hjälpa utsatta



kvinnor till förändring inom just primärvård (38). Liknande har belysts ur den kvinnliga patientens perspektiv där hennes upplevda rädslor kring att avslöja våldsutsatthet kunde övervinnas om läkaren visade respekt, vänlighet, uppriktighet och oro för kvinnans välbefinnande. Om läkaren dessutom uppvisade förståelse för den våldsutsatta kvinnans hela situation med vilja att konfrontera problemet med mäns våld mot kvinnor, bidrog detta ytterligare till att stärka patient-läkarrelationen (39). Kvinnor önskar bli tillfrågade i en säker, förtroendeingivande och icke dömande miljö. Om läkaren tar sig tid till att berätta om våld i nära relationer och dess eventuella konsekvenser och vilka möjliga alternativ till hjälp som finns att tillgå, bidrar detta till att minska bekymren för kvinnan vid ett eventuellt avslöjande samtidigt som det bidrar till minskad stigmatisering kring frågor om våld. Det ger dessutom läkare tillfälle att kommunicera medkänsla, öka medvetenheten hos och sprida information om våld i nära relationer till kvinnan vilket visat sig vara minst lika viktigt som att få kvinnan att avslöja våldet (38, 40, 41). Kunskap om våld i nära relationer och vana att möta våldsutsatta kvinnor är viktiga faktorer i identifieringsprocessen. Läkare med träning i och erfarenhet av att fråga om våld i nära relationer identifierade signifikant fler våldsutsatta kvinnor än läkare med bara träning eller läkare med bara erfarenhet där erfarenheter av avslöjanden var en nyckelfaktor i hur förberedd läkaren kände sig på att adressera våld i nära relationer (42). Detta belyser vikten av att så väl läkarstudenter som allmänläkare pratar om våld i nära relationer med patienter när helst det är relevant. Även om många läkarstudenter och allmänläkare tycker att våld i nära relationer är en viktig fråga i deras yrkesutövande visade en studie att nästan hälften av dem aldrig fört ett samtal om våld i möte med patienter (43).

För att minska förekomst av våld i nära relationer behöver läkare inte bara kunna adressera våldet till utsatta kvinnor utan också till våldsutövare. Allmänläkare möter ofta våldsutövande

män i sin praktik och mer än 60 procent av männen som utövar våld mot sin kvinna har regelbunden kontakt med läkare inom primärvården (44). Detta innebär möjligheter för läkare inom primärvård att identifiera mäns aggressiva beteende och eventuellt därigenom förebygga våld (45).

#### **1.3.4 Identifierade svårigheter att uppmärksamma och hjälpa våldsutsatta kvinnor i nära relationer**

Det finns sedan tidigare flertalet identifierade barriärer för att identifiera våldsutsatta kvinnor inom primärvården. Redan 1992 citerade Sugg med fl. ”Opening pandoras box” som ett begrepp användbart om det allmänläkaren kunde mötas av vid en fråga om våld med förmåga att resultera i känslor av att komma patienten allt för nära, rädslor att förolämpa patienten, vanmakt, kontrollförlust och tidstyranni (46). Arbete med att avslöja våld har beskrivits som en gemensam inre känslomässig resa där det handlar om att skydda både patienten och sig själv. Det kan vara svårt att finna balans mellan bibehållet känslomässigt engagemang och lagom distans när patientens berättelse kommer så nära att läkaren i delar kan identifiera sig själv i patientens situation. (47).

Ferris med fl. (48) beskrev i sin studie en stark attityd bland allmänläkare kring deras skyldighet att fråga om våld vid fysiska skador och psykisk ohälsa även om tilltron till egen förmåga att kunna diagnosticera våldet i nämnda sammanhang var betydligt lägre och än mindre deras tro på förmåga att kunna göra något åt det. Många allmänläkare trodde sig missa våldsutsatta kvinnor och den vanligaste orsaken till detta var möte med kvinnan endast vid sporadiska tillfällen, att hon inte svarade, att hon inte var mottaglig för hjälp och brist på tid. (48). Det har också visat sig att läkare ibland har svårt att hantera par vilket blir ett hinder i mötet med patienten. Våldets svårighetsgrad styr i dessa sammanhang inte nödvändigtvis

beslutet att agera vilket placerar kvinnan i ökad risk. När en läkare tar avstånd från kränkande manliga patienter som utövar våld lägger de i samma stund större ansvar på utsatta kvinnor att förändra sin situation, oavsett hennes förmåga att kunna göra så. Om en läkare överser våldet för att undvika lägga sig i parförhållandet innebär det samtidigt stor risk att också barn i familjen drabbas (49). Egna tillkortakommanden har av allmänläkare förklarats bero på brister i tillgänglig utbildning inom våld i nära relationer och där med liten kunskap i att identifiera, dokumentera och hänvisa fall av misshandel (48, 50).

Hinder att avslöja våld i nära relationer finns också beskrivna ur kvinnans perspektiv där förnekelse av våld i nära relationer, egen bristande medvetenhet av våldets konsekvenser, undertryckta och hämmande tankar, negativa erfarenheter av professionellt stöd och rädsla för ökat våld från sin partner är identifierade (51). Förnekelse av våldet hänger tätt samman med normaliseringsprocessen, vilken innebär att våldet långsamt blir det normala i vardagen och att den våldsutsatta kvinnan blir allt mer beroende av sin förövare. Beroendet byggs upp av en ständig växling mellan vänlighet och våld som en produkt av maktobalans mellan könen väl känt världen över och viktig för läkare att känna till (52). Negativa erfarenheter i möten med primärvården var ur kvinnans perspektiv att de inte blev tagna på allvar. Upplevelsen var att våldets allvarlighetsgrad bedömdes utifrån fysiska skador och inte som kvinnorna påpekade utifrån psykiska problem vilka oftare förde med sig svåra hälsokonsekvenser. Det fanns också situationer där våldet var känt men där vidare remittering, exempelvis till psykiatrin, beskrev psykisk ohälsa utan att nämna våld som bakomliggande orsak. Kvinnor bröt också kontakten med vården på grund av långa väntetider till specialiserad vård (51).

Bristande medvetenhet om förekomst av våld bidrar till att allmänläkare inte frågar om våld i tillräcklig utsträckning. Allmänläkare reagerar och frågar om våld framför allt vid tecken på fysiska skador, utöver detta tillfrågas patienter med somatiska symtom och mentala

hälsoproblem som oro och nedstämdhet (53, 54). Avsaknad av tid, utbildning och tydliga riktlinjer på arbetsplatsen har uppgetts som huvudsakliga hinder att fråga rutinmässigt om våld i nära relationer (42, 48, 53, 55).

### 1.3.5 Rutinmässiga frågor om våld

Det finns stora variationer bland svensk sjukvårdspersonal i vilken utsträckning de frågar om erfarenheter av våld i nära relationer och gemensamma diskussioner har förts i Sverige kring hur fler frågor om våld ska implementeras där rutinmässiga frågor om våld som en del av anamnesen beskrivs som ett verkningfullt sätt att gå tillväga (10). Enligt NCKs rapport från 2010 tillfrågar de flesta läkare inom primärvård sina patienter om de varit utsatta för våld från en partner vid indikation på våld och endast få på basen av rutinmässiga frågor (10).

Rodriguez med fl. (56) har undersökt frågefrekvensen bland allmänläkare i Kalifornien där cirka 80 procent ställde en direkt fråga om våld vid tecken på fysiska skador och ca 10 procent frågade rutinmässigt vid nybesök. Lika många, cirka 10 procent, frågade i samband med regelbundna hälsokontroller. Liknande resultat har påvisats av Chamberlain med fl. (57) där 86 procent av allmänläkarna ställde en direkt fråga om våld vid uppenbara tecken på fysisk skada men knappa 10 procent vid nybesök eller årliga hälsokontroller. Allmänläkare som uppskattade en högre procentuell andel av våldsutsatta kvinnor i sin patientpopulation och som såg det som sitt ansvar att identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor hade benägenhet att fråga i större utsträckning (57).

Läkare har gett uttryck för ett visst motstånd mot rutinmässiga frågor till alla kvinnor med oro för att påverka patient-läkarrelationen negativt. Samtidigt har tankar om att frågor på rutin inte skulle vara till hjälp på grund av svårigheter att kunna hänvisa patienten vidare och otillräckliga möjligheter till uppföljning framkommit (53). Detta står inte oemotsagt då frågor

om våld på rutin har visats kunna stärka relationen mellan patient och läkare. En fördel med rutinmässiga frågor var att fler kvinnor avslöjade våld i nära relationer och samtidigt fick sin situation dokumenterad i journalen vilket kunde leda till bättre stöd och hjälp i möten med vården framöver. Att avslöja våld innebar att kvinnan kunde få adekvat hjälp och undvika onödig symtomlindrande behandling (58). Frågor på rutin har inte kunnat visa på stark evidens i form av minskad utsatthet för våld i nära relationer men inte heller på några negativa konsekvenser (59).

## MÅLSÄTTNING

Syftet med denna studie är att undersöka svårigheter att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relationer genom att belysa hinder i och attityder till att ställa frågor om våld hos allmänläkare på vårdcentral i Sverige.

## 2. MATERIAL OCH METODER

I studien har intervjuer använts som datainsamlingsmetod vilka analyserats utifrån en kvalitativ ansats för att utforska fenomenet att identifiera våldsutsatta kvinnor som söker vård på vårdcentral i Sverige. Genom ett induktivt tillvägagångssätt skapades möjlighet att utifrån allmänläkares berättelser om hur och när de frågar kvinnliga patienter om de är eller har varit våldsutsatta, erhålla större kunskap om de svårigheter och hinder som råder i att ställa frågor om våld och vilka attityder som föreligger kring frågor om våld till kvinnliga patienter.

## 2.1 Tillvägagångssätt

Verksamhetschefer vid 115 vårdcentraler inom VGR kontaktades, 102 inom den offentliga sektorn via telefon och 13 inom den privata sektorn via mail genom personlig kontakt. De 14 offentliga vårdcentralerna inom stor Göteborg och 29 offentliga vårdcentralerna inom resterande VGR där verksamhetschefen svarade, fick en kort beskrivning av projektet och dess tillvägagångssätt presenterade. De 8 privata inom stor Göteborg och 5 privata inom övriga VGR fick liknande information skriftligen. Verksamhetscheferna tillfrågades om de kunde bidra till att sprida muntlig och/eller skriftlig information via mail med bifogat informationsbrev och en förfrågan om deltagande i studien, till sina anställda läkare under specialiseringstjänstgöring (ST) eller färdiga allmänspecialister, på vårdcentralen. Två verksamhetschefer tackade nej till spridande av information med förklaring att de inte har så mycket av våld i nära relation inom sin verksamhet. Ytterligare fem verksamhetschefer tackade nej till att sprida information där fyra angav tidsbrist och hög arbetsbelastning hos deras anställda läkare som orsak. Fem informanter tackade ja till deltagande i studien efter mail med informationsbrev. Tre informanter tackade ja efter att ha tillfrågats direkt utifrån rekommendation genom personliga kontakter. Ytterligare en informant tackade ja som ett resultat av snöbollsrekrytering från en informant till en annan.

## 2.2 Deltagare

Studien inkluderade läkare med arbete på vårdcentral inom VGR, antingen med ST inom allmänmedicin eller allmänspecialist. Rekrytering av informanter pågick från februari till mars 2021, totalt nio stycken (Tabell 1), fyra med ST inom allmänmedicin och fem allmänspecialister i åldersintervallet 30 till 73 år. År inom yrket som legitimerad läkare

varierade från 0 till 43. Sju var kvinnor och två var män. En informant hade tagit del av riktad utbildning om våld i nära relationer senaste året och ytterligare en informant skulle ta del av en utbildningsdag under våren 2021. Övriga informanter hade inte tagit del av någon riktad utbildning i närtid och de flesta uppgav ytterst lite fortbildning inom området.

**Tabell 1** Demografi av informanter ( $n=9$ )

Ålder (år)	
30-35	3
36-50	4
51-75	2
Utbildningsgrad	
ST	4
Allmänspecialist	5
År som legitimerad läkare	
0-10	4
11-20	2
>20	3
Kön	
Kvinna	7
Man	2
Riktad utbildning om våld i nära relationer	1

### 2.3 Datainsamling

Utifrån studiens undersökande syfte valdes individuella semistrukturerade intervjuer (60). Samtliga skedde på distans via zoom eller telefon från februari till mars 2021. De bandade intervjuerna varade mellan 23 till 34 minuter med ett medel på 29 minuter och en total tid på 4 timmar och 25 minuter. Före varje inspelning påbörjades ställdes några demografiska frågor om ålder, år inom yrket, utbildningsgrad (ST eller allmänspecialist) samt om informanten tagit del av någon utbildning inom våld i nära relation under sitt yrkesliv. Varje intervju startade med en muntlig presentation av studien och dess syfte liksom den information deltagarna

tidigare fått ta del av skriftligen genom informationsbrevet. Informerat samtycke konfirmerades samtidigt.

Intervjuerna baserades på ett antal förutbestämda frågor vilka ämnade fånga syftet i studien och var formulerade utifrån en grundtanke om intervjun vilandes på fyra ben. De frågor som ställdes handlade om erfarenheter av våld i nära relationer hos kvinnliga patienter, uppfattning av våld i nära relationer som hälsoproblem, hinder i och motstånd mot att fråga kvinnliga patienter om de är eller har varit våldsutsatta i nära relationer samt attityder till att ställa frågor om våld till kvinnliga patienter. Varje intervju inleddes med samma öppna fråga "Kan du berätta för mig om dina erfarenheter av våld i nära relationer hos kvinnliga patienter?". Uppkomna följdfrågor varierade mellan intervjuerna men likt exemplen "*Kan du berätta vidare?*" och "*Vill du beskriva?*" samt "*Du nämner...*" i syfte att fånga upp en tråd. Förutbestämda intervjufrågor utvecklades under studiens gång utifrån erhållna svar från tidigare intervjuer i försök att finna nya insikter i fenomenet. Deltagarna uppmuntrades att beskriva situationer och erfarenheter och gärna prata fritt under intervjuens gång i syfte att berika deras berättelser. Varje intervju avslutades med frågan om det var något informanten skulle vilja tillägga. De flesta uppgav att det mesta hade framkommit under intervjun. Intervjuerna spelades in digitalt och transkriberades ordagrant av författaren till studien. Namn, platser och liknande information utelämnades för att säkerställa informanternas anonymitet under transkriberingsprocessen. Datorprogrammet nVivo 1.3.1 användes för att strukturera materialet och därigenom göra det mer överskådligt under själva analysen.



## 2.4 Analys

I studien har en kvalitativ innehållsanalys i enlighet med Graneheim och Lundman använts (61).

Genom analys av både manifest och latent innehåll gavs möjlighet att belysa så väl det synliga budskapet i berättelserna som att tolka den djupare innebörden av orden. Samtliga intervjuer lästes upprepade gånger för att erhålla ett helhetsgrepp om innehållet.

Meningsbärande enheter som beskrev hinder i och attityder till att fråga kvinnliga patienter om de är eller har varit utsatta för våld i nära relationer, selekterades och kondenserades i skapandet av koder. Koderna grupperades och sammanfördes i subkategorier ur vilka sedan de olika kategorierna växte fram som ett delmoment i arbetet att nå fram till två slutgiltiga teman. Analysprocessen har växlat mellan att gå från helhet till delar till helhet för att säkerställa att viktig information inte gått förlorad under arbetes gång.

## 2.5 Etik

Det har varit av stor vikt att studien igenom värna om informanternas anonymitet med anledning av ämnets relativt känsliga natur. Samtliga har informerats så väl muntligen som skriftligen om tillvägagångssätt och frivillighet till deltagande med rätt att avbryta när som under studiens gång utan förklaring, om materialets konfidentialitet samt att detta avidentifierats på sådant sätt att ursprunglig källa inte ska gå att härleda i slutgiltig rapport. Informanterna har i samband med intervjun gett sitt muntliga medgivande till deltagande i studien och eventuell publicering. Nedskrivna intervjuer mailades till respektive informant där de gavs möjlighet till skriftliga kommentarer och förtydliganden samt att styrka det som sagts under intervjun och sitt nu nedskrivna medgivande till deltagande i studien och eventuell publicering, med en elektronisk signering. Varje informants nedskrivna och signerade intervju är kodad och sparad som krypterad fil på ett USB-minne med privat valv

endast åtkomligt genom personlig kod. Vid borttappad kod går filerna inte att återskapa med mindre än att de förstörs.

Innan varje intervju påbörjades fick informanterna en muntlig presentation av forskaren (IF) med information om tidigare erfarenheter av arbete med våldsutsatta kvinnor framför allt som sjukgymnast inom primärvård sedan många år. Efter avslutad inspelning gavs varje informant möjlighet att runda av samtalet och ställa så väl personliga frågor som frågor rörande ämnet.

Valet att låta informanterna läsa igenom sina nedskrivna intervjuer öppnade också en möjlighet till fortsatt dialog via mail kring funderingar som uppstått under intervjun.

Kunskapsbidraget med studien ämnar fylla två ändamål, dels att kunna förbättra för allmänläkare i deras arbete med att identifiera våldsutsatta kvinnor, dels att underlätta för dessa kvinnor att berätta om sin situation och därigenom möjliggöra adekvat hjälp inom primärvården. Genom ett noggrant förarbete och i möjlig mån transparens i analysen samt stor respekt för informanterna vars bidrag varit ovärderligt, antas nyttan med studien vara övervägande.

Utifrån information genom telefonkontakt med Etikprövningsnämnden 210119 med kortfattad presentation av projektet och med hänvisning till Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor, 2 §, bedömdes studien inte innefattas av krav på etiskt godkännande från Etikprövningsmyndigheten då den genomfördes inom ramen för ett examensarbete.

### **3. RESULTAT**

Resultatet presenteras utifrån två uppkomna teman relaterade till hinder i och attityder till att ställa frågor om våld till kvinnliga patienter samt där till knutna kategorier under respektive tema. De övergripande teman som uppkom ur läkarnas berättelser var ”Allmänläkare på

vårdcentral begränsas i att ställa frågor om våld vilket uttrycks genom hinder på olika plan att föra dem på tal” samt ”Frågor om våld ställs i liten utsträckning och på indikation där tankar om att införa rutinmässiga frågor innehåller en dualitet av så väl positiva som negativa föreställningar”. Kategorierna som lett fram till det första temat kring hinder var Emotionella hinder, Personliga och relationella hinder, Kunskapsmässiga hinder samt Strukturella hinder (Tabell 2). Kategorierna som ligger till grund för det andra temat kring attityder var Attityder till att ställa frågor om våld inom primärvården, Attityder kring frågor om våld på rutin eller indikation, Attityder till vad som är eller kan vara våld i nära relationer och Attityder till hur frågor om våld formuleras (Tabell 3).

### **3.1 Allmänläkare på vårdcentral begränsas i att ställa frågor om våld vilket uttrycks genom hinder på olika plan att föra dem på tal**

Frågor om våld i nära relationer ställs i liten utsträckning till kvinnliga patienter av läkare på vårdcentral. De allra flesta uttrycker en vilja att i ökad omfattning synliggöra våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor inom primärvården då de tror att mörkertalet av våldsutsatta är stort. Anledningen till att fler frågor inte ställs idag förklaras bero på tidsbrist och bristande kunskaper om vad som är våld i nära relationer, förekomst av våld och vad man som läkare ska göra med svaret på grund av för lite utbildning samt där till knuten ovana att ställa frågor om våld och att arbeta med våldsutsatta kvinnor. Frågor om våld prioriteras inte av läkare inom primärvård då fokus läggs på att ta hand om det som presenteras av patienten. *Vi doktorer frågar nog, för jag kan bara svara för mig själv egentligen, jag tror vi frågar utvalda personer. Och jag tror att en del av det handlar om en tidsbrist och att man då inte har alltid möjligheterna att dels fokusera på det, utan att snarare ibland fokusera på omhändertagandet utav det som patienten själv har lagt fram. Och ibland kanske också*

liksom att öppna en dörr till det, där man vet att man inte på ett bra sätt kan ta hand om det som följer, är heller inte riktigt bra (nr 4). Vi har liksom inte på rutin att ställa de här frågorna på samma sätt som vi har rutin att fråga om alkohol och annat. Och då är det ju klart att frågar vi inte om det så är ju sannolikheten att det tas upp väldigt låg. // Så att det ligger väl egentligen i, oss i fatet att det här inte är något vi har pratat om speciellt mycket, vare sig under grundutbildning eller på våra läkarmöten då. Blir vi mer medvetna så kommer vi kunna fånga många fler och hjälpa dem (nr 9).

**Tabell 2** Teman och kategorier kring hinder att fråga om våldsutsatthet

Tema	Kategorier	Subkategorier
Allmänläkare på vårdcentral begränsas i att ställa frågor om våld vilket uttrycks genom hinder på olika plan att föra dem på tal	Emotionella hinder	Olust i frågan Olust hos mig Olust för patienten
	Personliga och relationella hinder	Yttre hinder Hinder som uppstår i mötet Inre medvetna hinder Inre omedvetna hinder
	Kunskapsmässiga hinder	Om våld i nära relationer Om frågan och svaret Om förekomst av våld
	Strukturella hinder	Tid I mottagningen Riktlinjer

### 3.1.1 Emotionella hinder

Även om frågor om våld beskrivs som vilken anamnestisk fråga som helst, döljer sig en olust i frågan som relaterar till att våld i nära relationer är tabu att prata om i samhället och en kulturellt känslig fråga. *Det är inte lätt att fråga om våld i nära relationer för man vill inte tro att folk gör varandra illa* (nr 2). Några beskriver möten med kvinnor där man som läkare är

rädd att kränka den tillfrågade kvinnan och familjen. Det ges också uttryck för att man som läkare delvis kan känna sig hotad av att lyfta frågan. Rädslor att fråga på grund av den olust som följer med konsekvensen av ett eventuellt avslöjande beskrivs, man måste orka bära svaret och läkaren känner krav på ett kompetent omhändertagande gärna med konkreta lösningar på ett problem vilket är svårt att uppnå då det handlar om våld. *Vi som är lite nyare doktorer. Vi vill ju gärna lösa allt på en konsultation // och gör du inte det så mår du inte så bra sedan* (nr 7). Olust kring frågan förläggs också till patienten med tankar om att frågan ska upplevas obekvämt vilket skulle kunna försämra fortsatt kommunikation. Några beskriver att de mött direkt motstånd från patienten då frågan kommit på tal. *Ja men jag har ju mött då liksom lite motstånd från patient då, det har jag ju gjort. Eller att dom tycker liksom, varför ställer du den frågan till mig? Och känner sig påhoppade lite då // det händer ju då att folk tar illa upp* (nr 8). Vidare funderingar från läkarnas sida kring patientens reaktion, landar både i att det kan vara en adekvat respons på en stigmatiserad fråga likväl som en försvarsreaktion där man faktiskt frågat om något som patienten inte är beredd att avslöja.

### 3.1.2 Personliga och relationella hinder

Det finns två uttalade hinder där en fråga om våldsutsatthet inte lyfts vilket är de situationer då det inte på något sätt går att träffa kvinnan på egen hand *Ofta kommer ju de här kvinnorna tillsammans om det nu är våld från en man mot en kvinna i en pågående relation, så kommer de ju ofta tillsammans. // Kvinnan säger att hon måste ha mannen med sig för hon kommer inte ihåg vad man säger och hon måste ha honom med som stöd och det ena med det andra* (nr 3) och där mötet sker över nätet i den allt mer framväxande digitala vården. *När vi har // du vet besök på nätet eller via dator. Då vet man ju inte vem som står utanför kamerafältet så att säga* (nr 8). Hinder uttrycks också i en form av otrygghet som uppstår på grund av

bristande samverkan med socialtjänsten. Tankar om hur det går för kvinnan vid en orosanmälan av barn som far illa likväl som tankar huruvida frågan gör nytta om den resulterar i att våldsutsattheten kommer till socialtjänstens kännedom och det sedan inget händer försvårar frågesituationen men får inte hindra att frågan ställs. *Ja nä, alltså det känns ändå när man har då lyft luren och det, det finns en annan som tar emot det, jo det, jo men det känns ändå för det mesta bra, inte alltid, men, för ibland händer det inget där, via socialtjänsten där heller* (nr 5).

Flertalet ger uttryck för hur svårt det kan vara att nå fram med frågan till kvinnan och många förlägger dessa uttalade hinder hos kvinnan själv som att hon inte betraktar sig som våldsutsatt, att hon är rädd för att inte bli trodd, att hon känner skuld och skam samt delaktighet i våldet eller inte är öppen för hjälp. Kvinnor kan också bära på en stor rädsla för vad ett avslöjande kan innebära i form av ökad våldsutsatthet om det kommer till mannens kännedom vilket hindrar att hon berättar om våldet. Hinder som uppstår i mötet kan också vara knutna till läkaren, det beskrivs som svårare att fråga om läkaren träffat patienten under många år alternativt har så väl kvinnan som mannen och barnen som patienter. *Och där kan jag ju tänka så här, att, ja men, det får ju vara någonting, annars så frågar man ju inte. Ofta så har man ju båda två, och kanske barnen som patienter. Och där kan jag ju tänka, ibland så kanske inte det är en fördel* (nr 2). Frågor om våld kan också vara svåra att ställa och diskutera på grund av känslan att man som läkare samtidigt misstänkliggör den andra parten i relationen. *Man vet ju aldrig egentligen vad som händer hemma mellan två parter och har vi någon som har några som anklagar varandra så är det ju jättesvårt att veta egentligen. Det är väl mera det att man själv vill ha med sig i bakhuvudet liksom att, den här historien, det här jag tar emot, jag kan aldrig veta att det är hundra procentigt sant, jag måste bara lyssna på kvinnan och som det ju oftast är och gå på hennes berättelse, men det finns ju också en*

*annan* (nr 3). Det ges uttryck för att frågor om våld kan vara svårare att lyfta i vissa situationer till exempel som manlig läkare eller vid kulturskillnader mellan läkare och patient. Bristande medvetenhet om förekomst av våld och egna förutfattade meningar kan skapa hinder att frågan lyfts. Flera läkare beskriver att de fått höra om våldet i efterhand eller att det kommit fram åratals senare.

### 3.1.3 Kunskapsmässiga hinder

I berättelserna ges uttryck för att många allmänläkare inte till fullo vet vad som är våld i nära relationer och flera beskriver erfarenhet av ytterst få möten med utsatta kvinnor. De flesta beskriver tecken till våld i huvudsak i termer av fysiska skador, även om våld i nära relationer är väl definierat utifrån rådande kunskapsläge inkluderande fysiskt, psykiskt och sexuellt våld samt social isolering och olika former av kontroll i den samlade berättelsen. *När man sitter på en vårdcentral, så tänker man ju mindre ofta misshandel. Medans när man är på en kirurgakut då blir det ju trauma som kommer mer. På en vårdcentral, på en jourcentral är det också oftare misshandel. Kommer dom till vårdcentralen, det är ju färre som man ändå ser i ett flöde på vårdcentralen. Där kommer dom ju mer med psykisk ohälsa* (nr 2). *Oftast är ju det när man märker av vissa skador dom kommer in med som inte har någonting med själva insjuknandet att göra. Man undersöker och ser vissa tecken på kroppen, fysiska tecken eller att man har den här anamnesen, men hur kunde det här ha skett. Ja men det bara hände, det hände väl säger de. När det inte riktigt stämmer överens hur historien låter och när man frågar vidare kring det så får man inget svar utan de vill bara avsluta. Det är då man vaknar till* (nr 6).

Uttalade kunskapsmässiga hinder handlar också om en uttryckt osäkerhet i hur läkaren ska leverera själva frågan och på bra sätt fråga vidare. Detta kan leda till att frågan inte ställs på

grund av liten vana av att möta våldsutsatta kvinnor och en tro om att frågan är relevant endast i vissa sammanhang. *Jag har ju inte haft den, hur ska man säga, de patienterna eller den sorts patienter, grupp där man bara kan slänga in det* (en fråga om våldsutsatthet) (nr 6). Vidare framställs också en osäkerhet i mottagande av svar samt hur man som läkare ska hantera informationen och flera ger uttryck för att inte veta vart de kan hänvisa patienterna för vidare stöd och hjälp då de inte har fått utbildning om våld i nära relationer vare sig under grundutbildning eller allmäntjänstgöring. Bilden av att våld i nära relationer inte diskuterats i större utsträckning på deras arbetsplats är samstämmig. *Det hade varit skönt att veta vad man ska göra om det nu visar sig att man hamnar i den situationen där man får en kvinna som är utsatt då. Ska man bara ge två alvedon och ring numret till kvinnofridslinjen och vi ses om en vecka eller liksom. Ja, det är svårt* (nr 7). *Ja det är väl där jag känner att okej, vad bra nu vet jag det, men vad fan gör jag med det här då? Och det är ju det jag inte riktigt vet. Jag vet att det finns kvinnojourer, jag vet att det finns sådana saker men jag vet liksom inte vad mer jag kan göra för patienten i fråga här idag, vad jag kan rekommendera att hon ska vända sig specifikt* (nr 9).

### 3.1.4 Strukturella hinder

Många uttrycker tid och hur mottagningsstrukturen är uppbyggd på vårdcentralen som hinder att ställa fler frågor om våld. Vid korta mottagningstider prioriteras endast det som läggs fram för stunden, detta gäller så väl jour som till exempel prickmottagningar. Om fokus läggs på det som presenteras av patienten finns det risk att viktig information i anamnesen går förlorad. *Jag kan tänka mig, eller jag är helt övertygad om att det kan vara ett problem i vår mottagning där jag tror att det är ett hinder för att man ibland frågar, att man kanske ligger lite efter i sin mottagning, och fokus blir på att lösa det som läggs fram för stunden* (nr 4).



Några beskriver också svårigheter kring kontinuiteten bland läkare där patienten får träffa den läkare som har lediga tider vid behov av snabb tid. Lyfts en fråga om våld är det inte säkert att kvinnan är beredd att berätta om det där och då men ”ett frö har såtts” där läkaren har visat på en beredskap att prata om frågor rörande våld och eventuellt byggt upp en förtroendefull relation. Söker kvinnan igen, kan det vara svårt att få tid till samma läkare, vilket minskar sannolikheten att hon tar upp sin våldsutsatthet. I berättelserna uttryckts en efterfrågan på mall över hur och när man ska fråga eller system för att fråga mer regelbundet samt en metod att ta hand om svaret. Formulerade riktlinjer på vårdcentralen skulle underlätta för alla men vad dessa skulle kunna inkludera har varit svårare att få definierade. Flera uttrycker att regelbundna samtal läkare och övriga kollegor emellan, nyttjande av frågeformulär samt att alla yrkeskategorier på vårdcentralen ska lyfta frågan skulle underlätta att implementera fler frågor om våld.

### **3.2 Frågor om våld ställs i liten utsträckning och på indikation där tankar om att införa rutinmässiga frågor innehåller en dualitet av så väl positiva som negativa föreställningar**

Många läkare uttrycker att frågor om våld generellt sett ställs i för liten utsträckning och att samtal kring frågor om våld är viktiga då de kan skapa förändring här och nu och på sikt, för så väl individ som för samhälle. Läkare tillfrågar kvinnor på indikation, om de är eller har varit utsatta för våld i nära relationer och vid vissa symtombilder eller diagnoser ställs frågan i större utsträckning och mer systematiskt. Den största klyftan uppstår kring frågor om våld på indikation kontra rutin, där de som uttrycker motsättningar i rutinmässiga frågor framför allt ser en begränsning i möjligheten att tillfråga alla i relation till vinsten med det. *Det finns inte möjlighet att göra det vid varje kort besök utan man, man har väl någon slags känsla*

*för när, när det kan vara aktuellt och inte (nr 3). De som i huvudsak är positivt inställda till rutinmässiga frågor lyfter fram vinsten i form av ökad medvetenhet bland läkare om våld i nära relationer och dess konsekvenser samt att frågan blir mindre laddad. Jag tror att det är jättebra för jag tror det är ett sätt att också till stor del avdramatisera det. Att man, man blir väldigt van vid att fråga det och om man själv är bekväm med att ställa frågan och har utvecklat metoder för att göra det så blir det också för patienten tror jag, mycket mer avdramatiserat och enklare (nr 4).*

**Tabell 3** Teman och kategorier kring attityder att fråga om våldsutsatthet

Tema	Kategorier	Subkategorier
Frågor om våld ställs i liten utsträckning och på indikation där tankar om att införa rutinmässiga frågor innehåller en dualitet av så väl positiva som negativa föreställningar	Attityder till frågor om våld inom primärvården	Vilka föreställningar Vad underlättar Frågan gör skillnad Skyldigheter och möjligheter
	Attityder till frågor om våld på rutin eller indikation	Indikation Rutin
	Attityder till vad som är eller kan vara våld i nära relationer	Indikationer Misstankar Konsekvenser
	Attityder till hur frågor om våld formuleras	Specifik Generell

### 3.2.1 Attityder till frågor om våld inom primärvården

Allmänläkares föreställningar kring frågor om våld, så väl egna som kollegors, bär mått av kritiskhet inkluderande tankar om att inte fråga tillräckligt ofta eller noga, att inte formulera sig tillräckligt bra och att frågan inte hanteras väl samt att det i situationer av tidsbrist skulle upplevas besvärande för kvinnan att prata med en stressad doktor. Vana att fråga och prata om

våld underlättar i så väl samtalet som efterförloppet genom egen minskad blygsel och ökad trygghet i hur man ska gå till väga. *Att många gånger är det så mycket lättare när man har jobbat länge och man vet, man har träffat på det förut* (nr 2). Erfarenheter av positiva avslöjanden men också av lyckade resultat genom efterföljande stöd och behandling, ökar benägenheten att fråga. *Jo lite lättare är det ändå när man har tagit sig kanske någon gång igenom och känner att, kvinnan mår ju faktiskt bra efteråt både att man kanske har lyft den frågan, att kvinnan har kunnat tänka sig att gå vidare med någonting eller så* (nr 5). Det beskrivs som lättare att nå fram med frågan när någon annan har frågat förut. Det kan till exempel handla om att läkaren som handledare kommer in under mottagningssituationen och fördjupar frågan eller får en annan infallsvinkel på frågan. Fler frågor om våld skapar möjlighet att bygga upp ett förtroende genom att visa på en vana att samtala om våld och beredskap på att ta emot ett avslöjande, vilket kan göra det lättare för kvinnan att berätta om våldet även i senare skede. Fler frågor om våld innebär också att samma individ blir tillfrågad flera gånger vilket kan underlätta att hon så småningom vågar berätta. *Och jag tror också att det är viktigt att ibland våga fråga flera gånger, eller att flera olika personer frågar samma person. Därför att, första gången man får frågan, så tror jag det är många som per automatik svarar att dom inte varit utsatt för någonting. För att dom inte är mentalt där att dom var redo att berätta om det. Och då kan det vara lättare att säga nej än att öppna sig. För att man inte vet vad det blir för följder. Men sedan kanske man då hinner, man kanske kan öppna en liten dörr till att, ja men vi kan faktiskt prata om det här. Och får man då frågan en andra gång, så kanske man vågar berätta* (nr 4).

Nyttan med att fråga om våld avspeglas tydligt i berättelserna genom vinsten i ett avslöjande. En tung börda blir till lättnad för den utsatta kvinnan och det finns mycket hjälp att få om man går till botten med konsekvenserna av våldet. Vid förståelse av bakomliggande orsak till de

symtom patienten söker för kan mer adekvat och riktad behandling erbjudas utöver symtomlindring. *Det kvittar ju om vi försöker till exempel behandla många av våra patienter med sömnmediciner eller antidepressiva eller liknande om det finns en annan faktor bakom som man skulle egentligen behöva ta i (nr 4).* Läkare har skyldighet att dokumentera eventuella skador likväl som orosanmäla till socialtjänsten vid misstanke om att barn far illa samt möjligheter att hänvisa kvinnan vidare för stöd och hjälp. *Finns det våld, även om barnen inte är utsatta av det så är det anmälan. Det tyckte jag kändes väldigt bra att det blev så tydligt med det. Och sen, men det måste jag haft flera ärenden, för jag tänker på det här med polisen så att man försöker stötta till det, till polisanmälan och sånt. // Och sen finns det ju kvinnojouren och det finns andra möjligheter. // Och när det gäller män, det hade vi nu alldeles nyligen uppe, vad det gäller män som tar till våld, att det finns specialmottagningar för dom också att hänvisa till. Just till männen då de har kommit och haft svårt med sitt, att dom blir arga (nr 1).*

Det behövs en påminnelse då och då om att ställa fler frågor om våld, även på bredare grunder, för egen ökad medvetenhet och för att få alla läkare förstå hur viktigt det är. Behovet av att ställa fler frågor om våld har en högst aktuell innebörd då mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer ökar under isolering vilket blivit synligt nu under pandemin med Covid-19. *Jag vet att vi faktiskt pratade om det för ett år sedan när pandemin slog till och då lyfte vi just detta att vi får räkna med att både våld i nära relationer och spelberoende och andra tråkigheter kan ju öka nu när folk är isolerade (nr 9).*

### **3.2.2 Attityder till frågor om våld på rutin eller indikation**

Rutinmässiga frågor om våld är en ”vattendelare”. Flera läkare uttrycker att frågor om våld på rutin skulle vara svårt att implementera. Det måste vara något som gör att läkaren reagerar,

annars skulle det kännas konstigt. Läkare påtalar att det är naturligt att fråga när de ser hur det ser ut eller fattar misstanke av något slag men att det måste finnas med en känsla för att frågan ska vara aktuell. *Jag tycker att det vore väldigt konstigt att göra det, om nån söker för att dom har ont i halsen, att jag skulle fråga hur är det med det* (nr 1). *Ja, jag tror att det är svårt. Jag tror att det är svårt att säga det att alla besök så ska man fråga* (nr 2). *Jag frågar ju inte, inte som rutinmässigt vid varje besök, det går inte och det blir bara fel liksom // det får ju vara någonting mer som gör att jag reagerar* (nr 3). *Visst kan man sätta in det i en anamnes, där man ska fråga efter våld så som du beskriver men det tror jag inte skulle ge något resultat* (nr 6). Samtidigt ges uttryck för att fler rutinmässiga frågor skulle vara bra då det skapar möjlighet att identifiera våldsutsatta kvinnor i större utsträckning och ur ett vidare perspektiv påverka den tysthetskultur som fortfarande existerar i samhället kring mäns våld mot kvinnor och bidra till att problemet synliggörs. *Jag tror absolut att det är bra att vi har, och jag tror att det kommer komma fram mer och mer egentligen vartefter vi frågar och att det blir liksom en ökad samhällsdebatt också om vad som kan hända och att det inte är så tabubelagt kanske* (nr 3). *Jag tror det är bra. För det, både när vi från våran alltså behandlaren sida sänker lite ribban att man pratar över huvud taget om det, då blir det också lättare för offren, eller för de som står på andra sidan att ta upp det, det tror jag absolut* (nr 5). *Ja det är bra. Det tycker jag att man borde göra. Det borde typ ingå i anamnesen* (nr 8). *Alltså jag tänker att det hade varit bra. Det hade varit jättebra att göra det, att det blir en naturlig del i samtalet* (nr 9).

Idag tillfrågas i stor utsträckning kvinnor om de varit utsatta för våld i nära relationer utifrån till exempel symptom, diagnos eller situation, på vårdcentraler i VGR. Vilka som tillfrågas varierar mellan vårdcentraler men inkluderar bland annat kvinnor på BVC, kvinnor som träffar rehabkoordinator på grund av långvarig sjukskrivning eller psykisk ohälsa samt

kvinnor som söker läkarvård med skador utan tydlig förklaring, psykisk ohälsa eller långvarig smärta utan uppenbar somatisk bakomliggande orsak. Frågor om våld på rutin till utvalda grupper av patienter och från personalkategorier med vissa funktioner, beskrivs vara ett sätt att implementera fler frågor om våld. *Men däremot så borde det ju vara att man hade det där rutin, bara det att man hade det rutinmässigt i förhållande till sånt som kunde ha, jag menar all psykisk ohälsa till exempel vore det en självklarhet, ja, smärtor i kroppen, värk, allt sånt. Där tycker jag det skulle kunna vara, absolut, att det borde ingå (nr 1).* Detta exkluderar dock ett stort antal våldsutsatta kvinnor som aldrig kommer att bli synliga om de inte själv påtalar sin utsatthet. *Men vi når ju inte ut till de med ja, andra sjukdomar som också kan leva i våld. Det är inte bara de som mår psykiskt dåligt som är med om våld liksom (nr 8).*

Betänkligheter kring vad rutinmässiga frågor om våld på en vårdcentral skulle kunna innebära framkommer som att en våldsutövare hindrar sitt offer att söka vård på vårdcentralen vid vetskap om detta och kring dokumentation av våldsutsatthet i journalen i relation till att journalen i vissa fall är tillgänglig på nätet med den fara det skulle innebära för kvinnan om våldsutövaren fick tillgång till informationen. Samtidigt uttrycker flera att våld i nära relationer har en plats som sökord under anamnesen vilket skulle ge en påminnelse om att ställa frågan.

### **3.2.3 Attityder till vad som är eller kan vara våld i nära relationer**

Bilden som framställs utifrån berättelserna av vad som är indikationer på våld är relativt samstämmig. Konstiga beskrivningar av uppkomna skador, kvinnan söker sent trots allvarlig skada, tecken till skada på kroppsliga lokaler som normalt inte skadas på det viset, kroppsliga symtom utan uppenbar bakomliggande sjukdom och tumavtryck som uppmärksammas då läkaren lyssnar på lungorna exemplifieras. Utöver dessa beskrivs indikationer vara när

våldsutövaren är med då kvinnan söker vård och psykisk ohälsa av olika slag. Misstankar om förekomst av våld i nära relationer baseras hos läkare mycket på känslor då olika saker inte går ihop i patientmötet. Kvinnor som uppvisar låg självkänsla, kvinnor som visar sig obekväma i samband med undersökning, kvinnor som kommer för annan sökorsak än det som tas upp under själva mötet och kvinnor som söker många gånger med oklar sökorsak vilket också kan uppmärksammas då man läser bakåt i journalen, är situationer som ibland väcker misstankar om våld. Någon beskriver att misstankar kan fattas i mötet med andra familjemedlemmar, barn som sover dåligt eller inte går upp i vikt eller män som uppvisar kontrollerande eller aggressivt beteende. En annan har inte reflekterat över indirekt uppmärksammat våld.

Det framkommer en relativt enig syn om att våld för med sig konsekvenser som är synliga utåt vilket inkluderar allt från blåmärken, smärttillstånd, spänningstillstånd, kronisk ryggvärk och magsmärter till sömnsvårigheter, nedstämdhet, depression, utmattningssyndrom, oro och ångest. Detta kontrasteras av ett citat: *Jag tänker nog alltid på det. Det finns nog ingen särskild så där speciell kvinna, eller speciell personlighet så som jag tänker här finns det nog våld. Utan jag tänker nog det i allmänhet. Jag tror att det kan vara svårt att se det på någon eller så* (nr 8). Konsekvenser av våld i nära relationer som går utanför direkt kroppsliga symtom hos den utsatta kvinnan är att våldet drabbar barn i familjen, att våldet kan medföra ökad alkoholkonsumtion och social isolering hos den utsatta kvinnan samt att våld i nära relationer genererar stora kostnader för samhället.

### 3.2.4 Attityder till hur frågor om våld formuleras

De allra flesta är överens om att en generell fråga är en bra inledning för att närma sig ämnet. Svårigheten ligger i att formulera sin inledande fråga på så sätt att patienten också förstår att

det handlar om våld alternativt fördjupa frågan med en specifik följdfråga. Balansgången uttrycks vara hårfin mellan tydlighet i frågan och försiktighet för att undvika kränka patienten. Det finns nyansskillnader mellan ”hur är det hemma” och ”känner du dig trygg hemma” där den första frågan kan leda svaret i diverse olika riktningar om allt från boende till barn och den andra lättare kan leda in på en följdfråga om våld som ”finns det något våld i hemmet” eller ”din partner, är han snäll”. Den enda situationen där en direkt och rak fråga beskrivs vara på sin plats, är vid uppenbara tecken på fysiskt våld *men du, det här ser inte bra ut, någon har slagit dig* (nr 6) och *ja men jag ser ju att // är det någon som har gjort dig illa* (nr 2). En del läkare går mer åt att hålla frågan generell för att visa respekt gentemot patienten och hennes integritet *Även om jag skulle undra hur har den här personen det egentligen, så...hur har du det egentligen? // Men jag stannar nog om jag inte får något mer svar där* (nr 1). *Att fråga, hur har du det hemma, det är så pass öppet så det är ju ingen som blir kränkt av det* (nr 2). Andra påtalar vikten av att vara specifik i sin fråga för att kvinnan verkligen ska förstå att det handlar om våld. *Jag vet att många tänker sig det här med psykisk misshandel till exempel. De ser sig inte ens som misshandlade utan det är jobbigt hemma, det gör ont i magen när jag ska gå hem men misshandlad är jag ju inte. Men vi ser ju det som att man är misshandlad och om man bara ställer frågan då att är du misshandlad hemma. Då når man ju inte den kvinnan till exempel. Så att man måste vara mer specifik i definitionerna* (nr 8).

## 4. DISKUSSION

### 4.1 METODDISKUSSION

#### *Förförståelse*



Min egen förförståelse har varit en viktig del att tydliggöra för mig själv. Utifrån reflektioner av det Dahlberg och Nyström skriver (62) är förförståelse något som är bekant i ett sammanhang med potential att så väl underlätta som begränsa insikten hos mig som forskare och därigenom påverka min förmåga att betrakta fenomenet våldsutsatta kvinnor, som vuxit fram ur mina informanternas berättelser, ur olika perspektiv. Endast genom att bibehålla en öppen attityd kan jag som forskare se fenomen som inte redan finns i min förförståelse (62). Egen erfarenhet som sjukgymnast sedan drygt 20 år tillbaka med vana av arbete med våldsutsatta kvinnor har varit hjälpsam för mig i formulering av frågeställning och problematisering kring våldsutsatta kvinnors möte med allmänläkare i primärvård, vilket legat till grund för de frågor intervjun baserats på. Samtidigt skapades utmaningar för mig att förhålla mig till min förförståelse i betraktandet av fenomenet utifrån, med intention att bibehålla en objektiv syn på allmänläkarnas berättelser analysarbetet igenom. Informanternas kännedom om min bakgrund har underlättat dialogen då de betraktat mig som delvis erfaren inom området men utan känsla av kollegial konkurrens vilket kan ha bidragit till att jag fått fram sanningsenlig information.

#### *Metodologiska överväganden, trovärdighet*

Studiens trovärdighet diskuteras utifrån begreppen tillförlitlighet, pålitlighet och överförbarhet. I enlighet med Graneheim och Lundman (61) handlar tillförlitlighet om hur väl data och analysprocesser riktats mot avsett fokus för forskningen med hänvisning till urval, val av metod, val av analysenheter, forskarens förförståelse, datas kvalitet och djup samt tolkning av resultatet. Rekrytering av informanter skapade begränsningar att ta i beaktande. Genom frivilligt deltagande efter att ha fått skriftlig information om studien, finns risk att tro att flera informanter har någon form av intresse i frågor som rör våld i nära relationer och

mäns våld mot kvinnor vilket kan ha skapat problem att fånga allmänläkares alla aspekter på frågorna. Även om antalet informanter i studien är något få finns en relativ bredd i ålder, erfarenhet och utbildningsgrad. Antalet kvinnor i studien i förhållande till män är dock något skevt fördelat. Valet av en kvalitativ innehållsanalys, en metod som fokuserar på subjektet och kontexten och belyser skillnader och likheter inom koder och kategorier, är väl grundat utifrån studiens syfte. Svårigheter under själva analysarbetet har varit att finna rätt meningsbärande enheter i skapande av koder och kategorier där en brist är att detta arbete genomförts av endast en person, dock med stöd och hjälp genom handledning. För att minimera inflytande av eventuella fördomar har hänsyn till upplevelse av det fenomen som studerats tagits i beaktande genom noggrann reflektion över egen förförståelse. Liten egen erfarenhet av att bedriva kvalitativ forskning med ovana att intervjua kan ha bidragit så väl till bristande bredd som djup i materialet. Tillsammans med kunskapsmässiga begränsningar i analysarbetet bidrar detta till studiens ofullkomlighet.

Studiens styrka avseende pålitlighet, vilket enligt Graneheim och Lundman (61) handlar om i vilken utsträckning data förändras över tid och hur forskarens beslut under analysprocessen förändras över tid, är dess relativt begränsade tidsspann vilket minimerar påverkan av nämnda faktorer. Det är viktigt att hålla frågorna inom samma område för samtliga informanter samtidigt som intervjuandet är en process under utveckling där intervjuaren kan få nya infallsvinklar vilka kan påverka följdfrågor. Begränsad tid för intervjuer och analys kan med anledning av detta medföra att belysta likheter och skillnader i innehåll i större utsträckning överensstämmer över tid.

Slutligen handlar trovärdighet om att ta hänsyn till resultatens överförbarhet (61). En upplevd svårighet har varit att välja representativa citat som styrker resultaten och samtidigt är talande i sin ensamhet då det inte finns en enda korrekt mening utan bara den mest sannolika

innehörden ur ett visst perspektiv vilken ska styrkas med argument. Samtidigt ökar tillförlitligheten om läsaren ges utrymme att leta alternativa tolkningar vilket citaten har för avsikt att bidra till. Tillvägagångssättet är noggrant genomtänkt och beskrivet där studiens kontextuella sammanhang anses vara väl presenterat. Nio informanter är ett litet underlag vilket måste ses som en begränsning i studien, även om varje enskild berättelse är unik och individuell, med påföljande svårighet avseende generaliserbarhet i relation till studiens syfte, vilket i slutändan dock är upp till läsaren att bedöma.

## 4.2 RESULTATDISKUSSION

Studien har försökt finna förståelse för eventuella hinder och svårigheter vilka kan ligga till grund för att allmänläkare på vårdcentral undviker fråga om deras kvinnliga patienter är eller har varit utsatta för våld i nära relationer och därmed undgår att identifiera våldsutsatta kvinnor. Inkluderade informanter arbetar samtliga på vårdcentraler inom VGR och besitter olika erfarenheter i form av år inom läkaryrket, utbildning om våld i nära relationer och vana att möta våldsutsatta kvinnor. Resultatet uppvisar två teman vilka belyser hinder i och attityder till att fråga om våld. Hinder att fråga om våld finns på olika plan och kan vara så väl medvetna som omedvetna. Tidsfaktorn lyfts fram som ett tydligt uttalat hinder i att föra frågor om våld på tal. Hinder beskrivs också i form av bristande kunskaper i hur och när läkaren levererar frågan och i mottagande av svar på grund av otillräcklig utbildning om våld i nära relationer samt liten vana att möta våldsutsatta kvinnor. Attityder till frågor om våld belyser till stora delar de svårigheter som bidrar till att kvinnliga patienter inte tillfrågas om våld i tillräcklig utsträckning och även om allmänläkare uttrycker att frågor om våld är viktiga för att skapa förändring hos den utsatta kvinnan och lyfta debatten i samhället, framhåller de främst andra yrkeskategoriers ansvar att föra frågan på tal. Samtliga allmänläkare ställer

frågor om våld på indikation och många framställer fysiska skador och tecken till våld som den främsta indikationen följt av att kvinnan är kontrollerad genom att våldsutövaren är med henne då hon söker vård samt psykisk ohälsa. Under attityder ges också uttryck för ett behov av förändring kring hur och när kvinnor tillfrågas om våld där mer utbildning och att frågor om våld lyfts mer kontinuerligt på arbetsplatsen efterfrågas.

Frågor om våld beskrivs av allmänläkare ha potential att föra dem till en destination som kan vara fylld med olika typer av risker för både patienten och sig själva. Det kan handla om allt från rädslor att kränka till att som läkare känna sig hotad. Själva avslöjandet är inneboende hos patienten och kommer till ytan med tiden, alternativt kommer aldrig till ytan utan förblir dolt. Läkare förväntar sig att kunna stöta på motstånd på vägen fram till ett avslöjande där tid och uthållighet skulle kunna underlätta vilket också är beskrivet av Williston och Lafreniere (47). En läkare ger tydligt uttryck för en frustration kring att våld i nära relationer är ett problem som står utanför dennes kontroll och som därmed inte går att lösa, ett faktum som läkare har att förhålla sig till då lösningen måste få finnas hos kvinnan själv. Detta är inte okänt som ett bakomliggande hinder kring viljan att lyfta frågor om våld och beskrivs just i termer av kontrollförlust över situationen (46, 49). Läkare är tränade i att vara problemlösare för att kunna bota och lindra sjukdom men i möte med våld i nära relationer med där till relaterade problem, är bekanta färdigheter inte helt tillämpbara vilket skapar känslor av osäkerhet. För att kunna hjälpa en våldsutsatt kvinna måste läkaren kunna släppa kontrollen över situationen men inta rollen att finnas som stöd och ge nödvändiga rekommendationer utifrån situationen (47).

Flera läkare förlägger hinder att ställa frågor om våld utanför sig själva vilket kan bero på att de inte i tillräckligt stor utsträckning har reflekterat över sin egen roll i situationen. Till exempel påtalar många svårigheten att få kvinnan att berätta om våldet och att det beror på att hon till exempel inte betraktar sig som våldsutsatt, att hon bär på en rädsla för att avslöja våldet och att hon inte är mottaglig för hjälp. Motsvarande förskjutning av hinder återfinns i litteratur där läkare beskrivs som mer villiga att identifiera karakteristika hos patienten som att hon är rädd för hämnd från sin våldsutövare eller minimaliserar våldet, än hos sig själva och strukturen på arbetsplatsen likväl som att betrakta det som ömsesidiga hinder (56, 58). Svårigheten att överbrygga hindret att nå fram med frågor om våld till kvinnan, ligger till viss del i attityder till hur dessa ska formuleras. Generella frågor utan vidare fördjupning blir ett sätt att kringgå en fråga om våld där kvinnan inte uppfattar att hon blivit tillfrågad och en riktad fråga utan förtydligande följdfrågor kan resultera i ett nekande svar från kvinnan på grund av svårigheter att känna igen sig. Om en kvinna på grund av normaliseringsprocessen har svårt att betrakta sig som våldsutsatt, är det av stor vikt att läkaren adresserar frågan på ett respektfullt sätt där kvinnan samtidigt förstår vad som betraktas som våld. Flera studier beskriver bristande kunskaper om normaliseringsprocessen hos läkare vilket manifesterar hindret att nå fram till kvinnan med frågan (36, 38, 52). Det är också av betydelse att läkaren under samtalet påtalar sekretessen kring det kvinnan tar upp och berättar vilka möjligheter som finns att tillgå i form av specialistverksamheter att hänvisa henne till samt visar emotionellt stöd i situationen vilket möjliggör att hon vågar öppna upp sig ytterligare (38, 49). Ibland kan det vara lättare för en kvinna att berätta om våldet i en patient-läkarrelation som pågått under en längre tid där kvinnan känner förtroende för sin behandlare (38). I studien framkommer kluvna känslor som kan uppstå gällande frågor om våld då det handlar om kvinnor eller familjer som läkaren känt länge. Traditionella åsikter om familjens rätt till sitt

privatliv med hänsyn till deras integritet liksom könsroller har tidigare visat sig generera problem för allmänläkare i samband med ärenden rörande våld i nära relationer (50).

Ytterligare hinder identifierade i studien som finns bekräftade i tidigare studier, är till exempel svårigheten att avslöja våld på grund av kulturella skillnader mellan patient och läkare (56) eller på grund av oro för personlig säkerhet (50, 52).

Fyndet av vilka kvinnor som inom primärvården tillfrågas av läkare om de har varit utsatta för våld är samstämmiga med tidigare forskning. En stor andel läkare inom primärvård tillfrågar kvinnliga patienter, ofta genom en direkt fråga om de varit utsatta för våld av sin partner, om dessa uppvisar tecken på fysiska skador vilket avspeglar läkarens medvetenhet om att våld i nära relationer är en stor bidragande orsak till att kvinnor skadar sig och att allvaret i våldet blir uppenbart för dem genom konsekvenserna i form av fysiska skador. Detta står i kontrast mot lägre benägenhet att fråga om våld i andra kliniska situationer vilket gör att allmänläkare missar en möjlighet att ingripa i flera andra sammanhang där det förekommit våld (56, 57). En bidragande faktor till att betrakta våldet utifrån dess fysiska konsekvenser kan vara svårigheten att se gränsdragningen mellan en relationell konflikt och psykisk misshandel varpå vägledning utifrån juridiska begrepp för fysisk och sexuell misshandel är lättare att förhålla sig till (49). Det finns också beskrivet sedan tidigare att läkare vill kunna konfirmera kvinnans berättelse genom egna fynd för att kunna värdera sanningshalten och undgå väcka egen misstro mot den andra parten som inte är befogad (46). Tidigare forskning har visat att allmänläkares uppfattning om huruvida våld är ett problem i deras patientpopulation är en nyckelfaktor i deras beslut att fråga om våld. De behöver också ha förståelse för våldets fulla spektrum, inte bara i termer utifrån fysiska och psykiska konsekvenser utan även hur det är att leva som våldsutsatt i familj och samhälle för att kunna

ställa adekvata frågor (57). Ferris med fl. (48) visar på liknande kunskapsluckor då de påtalar att allmänläkare har vana att utreda och behandla fysiska och psykiska åkommor men att de har svårare med utredning, diagnosticering och behandling då det handlar om psykosociala aspekter med påverkan på den fysiska och psykiska hälsan. Behov av ökad kunskap om så väl våld i nära relationer som förekomst av våld lyfts i studien då de flesta av läkarna tror sig missa patienter som varit utsatta för våld och mer av utbildning är något som allmänläkare på vårdcentraler i VGR efterfrågar för att på ett bättre sätt kunna ställa frågor om våld och känna sig förberedda i mottagande av svar. Erfarenheter av och träning i att möta patienter utsatta för våld i nära relationer har visat sig öka allmänläkares benägenhet att ställa fler frågor om våld och samtidigt som detta sker, får tidsaspekten en allt mindre betydelse som ett upplevt hinder (55). Erickson med fl. beskriver vidare att de läkare som mer eller mindre rutinmässigt frågar om våld, i större utsträckning påtalar andra hinder som har med bristande eller otillräckliga möjligheter att hänvisa våldsutsatta patienter vidare. För att underlätta för allmänläkare att ställa fler frågor om våld finns ett behov av förbättrat samarbete med specialistmottagningar och med myndigheter som till exempel socialtjänsten (55) vilket också efterfrågas i studien.

Tiden som hinder att ställa fler frågor om våld till patienter inom primärvården är regelbundet återkommande i studier från långt tillbaka (42, 46, 52, 53). Flera läkare påtalar bristande tid för att ställa fler frågor om våld samtidigt som några lyfter detta mer som en ursäkt än ett direkt hinder. Tiden relaterar till mottagningsstrukturen där de som påtalar tidsbrist inte tycker att frågan hör hemma vid korta mottagningsbesök då läkaren måste ha möjlighet att fokusera på det som patienten söker för eller behöver hjälp med här och nu. Det finns helt enkelt inte möjlighet att lyfta frågan vid varje kort besök relaterat till den arbetsbörda det skulle innebära.

Andra menar att detta går att kompensera för genom att ha en egen struktur för hur de lyfter en fråga om våld med en beredskap för hur de ska motta svaret. Själva frågan behöver inte ta så lång tid att ställa och väcks behov av vidare samtal har läkaren möjlighet att boka en ny tid för detta. Parallellt till detta återfinns i en kvalitativ studie från Danmark där allmänläkare framför allt påtalar generella svårigheter att diskutera våld i nära relationer med deras kvinnliga patienter utan att lägga allt för stor tonvikt vid tidsfrågan men där de ger uttryck för att fler frågor på rutin skulle innebära en allt för stor börda under konsultationen vilket går utanför deras kompetens (52). Tiden har även identifierats av kvinnliga patienter som ett hinder att avslöja våld i tidigare studier med rädsla för att läkaren inte har tid att se till kvinnans hela behov. De beskriver att läkare väljer fokusera på fysiska problem i stället för att se de psykosociala konsekvenserna. Fokus ligger på att behandla fysiska problem samt förskriva lugnande och smärtlindrande läkemedel utan att vidare diskutera allvarlighetsgraden i hennes situation. Kvinnorna relaterar detta även till ett kunskapsmässigt hinder där läkaren har förutfattade tankar om misshandlade kvinnor (39).

Attityder till rutinmässiga frågor visade sig vara en "het potatis" i studien där starka åsikter och känslomässigt engagemang framkom. Tidsåtgång i relation till resursfördelning och där till knuten vinst i att tillfråga alla kvinnor om våld lyftes som argument mot rutinmässiga frågor. Ökad samhällsdebatt och att synliggöra ett dolt problem då det skulle komma fram mer ju fler frågor som ställs lyftes som argument för rutinmässiga frågor. Likt en tidigare studie framkom förslag på en flexibel form av rutinmässiga frågor där fler frågor om våld skulle ställas vid olika diagnoskriterier eller sökorsaker vilket samtidigt skulle visa på en tillit till allmänläkares interpersonella förmågor vid övrig misstanke om våld (52). De läkare som är för att fråga på rutin framhåller att allmänläkare inom primärvård besitter en strategisk



position för att tillfråga ett stort antal kvinnor om de utsatts för våld i nära relationer då många kvinnor aldrig vågar berätta om våldet om de inte får frågan och därmed inte får det stöd och den hjälp de är i behov av. Liknande finns beskrivet av Morse med fl. där det samtidigt påtalas att många fall av våld i nära relationer aldrig identifieras inom primärvården (36).

Världen över är vårdpersonal mindre villiga att ställa rutinmässiga frågor om våld än vad kvinnor är att bli tillfrågade om våldsutsatthet trots att kvinnor bär på reella rädslor för egen säkerhet vid ett eventuellt avslöjande. Detta innebär att kvinnan måste kunna bli tillfrågad utan att våldsutövaren är närvarande, att behandlande personal är utbildade i hur de ställer frågor och mottar ett svar samt att det finns rutiner för hur kvinnan omhändertas i efterförloppet (33). Rekommendationer om tillvägagångssätt vid identifiering av våldsutsatta kvinnor och riktlinjer kring hur vårdens svar på våld i nära relationer och sexuellt våld mot kvinnor kan utformas finns ingående beskrivet av WHO i rapporten *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Där lyfts vårdpersonalens skyldighet att fråga om våld i samband med en rad hälsotillstånd. Bristande kunskap om våld i nära relationer med svårigheter att förstå vad som är tecken på våld vilket kan leda till att viktiga hälsotillstånd förbises påtalas varpå ökad kunskapsbildning rekommenderas. I rapporten understryks kvinnans humanitära rättighet att leva fri från våld och sexuella övergrepp som en av de viktigaste riktlinjerna i arbetet att stoppa mäns våld mot kvinnor och frågor om våld uttrycks i samband med detta fungera som en form av psykologisk ”första-hjälpen” (59). Det finns så gott som inga gjorda studier utifrån svenska förhållanden som rapporterar hinder inom svensk sjukvård att fråga om våld. En nyligen publicerad studie av Rajan m fl, visar på liknande resultat rörande sexuellt våldsutsatta flickor och kvinnor i Sverige. Hinder inom vården beskrivs i form av ”gatekeeping” på olika nivåer, emotionell, kunskapsmässig och

organisatorisk (63). För att utveckla arbetet kring våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor inom svensk hälso- och sjukvård finns ett behov av vidare kvalitativ forskning som relaterar till svenska förhållande. Ökad kunskap behövs för att klargöra allmänläkares beslutsfattande processer att fråga kvinnliga patienter om de är eller har varit våldsutsatta och sätta detta i relation till deras kunskapsmässiga bas i vad som är våld i nära relationer. Intressant hade också varit att ställa resultaten av upplevda hinder och motstånd att fråga kvinnliga patienter om de är eller har varit våldsutsatta, i relation till hur många och vilka som faktiskt tillfrågas av allmänläkare i primärvård.

## 5. KONKLUSION

Resultatet av studien mynnar ut i ett par nyckelfaktorer som påverkar hur och när allmänläkare inom primärvård frågar om en kvinnlig patient är eller har varit utsatt för våld i nära relationer. Det första är kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Det andra är träning i och erfarenhet av att ställa frågor om våld till kvinnliga patienter och där till knuten vana att möta kvinnliga patienter som är eller har varit våldsutsatta av sin partner. Det tredje är egna attityder till när kvinnliga patienter ska tillfrågas om våld. Frågor om våld på rutin skulle kunna fånga fler kvinnor utsatta för våld i nära relationer men anses svårt att implementera hos allmänläkare på vårdcentral med tanke på tidsåtgång och mottagningsstruktur. Frågor om våld på indikation uppvisar andra svårigheter. Vet man inte vad som är våld vet man heller inte vad som är indikation på våld varpå många patienter som utsätts för eller utsatts för våld, aldrig kommer att tillfrågas. Resultatet är på inget sätt nydanande, det som i stället är anmärkningsvärt är att det uppvisar samma hinder och svårigheter som är identifierade i studier från 10, 20 och 30 år tillbaka i tiden. VGR jobbar

hårt för att höja kunskapsläget genom att erbjuda utbildning till all hälso- och sjukvårdspersonal, men den är frivillig!

## **POPULÄRVETENSKAPLIG SAMMANFATTNING**

### **Mäns våld mot kvinnor, hinder och svårigheter hos läkare på vårdcentral att fråga om våldsutsatthet – en intervjubaserad studie**

**Författare:** Ida Falk

Våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor är ett stort hälsoproblem världen över där många kvinnor, men också barn i dessa familjer, lever i våld eller i konsekvenser av våld. Stora insatser har genomförts, så väl internationella som nationella, för att bromsa denna utveckling där vi i Sverige har förbundit oss till att efterfölja Europarådets konvention Istanbulkonventionen, om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet. I Sverige har cirka var fjärde kvinna utsatts för någon form av partnervåld och var tredje vecka dödas en kvinna av en man som hon har eller har haft ett förhållande med. Endast cirka var tredje kvinna söker aktivt hjälp för sin utsatthet och de allra flesta vänder sig till hälso- och sjukvården. Även om kvinnorna inte själva berättar om våldet är de stora konsumenter av vård på grund av våldets olika hälsokonsekvenser där vårdpersonal inom primärvården besitter en strategisk position för att fånga upp dessa kvinnor. Läkare inom primärvården frågar idag relativt få kvinnor om de är eller har varit utsatta för våld i nära relationer och i huvudsak tillfrågas kvinnor om de uppvisar tecken på fysiska skador eller om de lider av psykisk ohälsa så som nedstämdhet och oro. Anledningen till detta är att frågor om

våld än idag uttrycks vara stigmatiserade i så väl samhälle som inom vården med oro för att kränka individen och misstänkliggöra familjen samt att frågor om våld är svåra att handlägga då det inte finns någon konkret lösning på problemet. Ytterligare en anledning till att fler frågor om våld inte ställs idag är bristande kunskap om våld i nära relationer och förekomst av våld i patientpopulationen. Även tidsbrist och bristande rutiner på arbetsplatsen beskrivs utgöra hinder för att ställa fler frågor om våld. En väg framåt för att öka möjligheten att avslöja mäns våld mot kvinnor är att införa rutinmässiga frågor om våld i nära relationer vid hälso- och sjukvårdsbesök. En annan utvecklingspotential handlar om förbättrade möjligheter att hänvisa patienten vidare för stöd och hjälp inom sjukvården men också mellan myndigheter. Allmänläkares attityder till att införa rutinmässiga frågor om våld är av delade åsikter där fler frågor om våld å ena sidan skulle kunna innebära att utsatta kvinnor identifieras i större utsträckning och bidra till minskad stigmatisering samt tydliggöra att vården ser allvarligt på problemet med mäns våld mot kvinnor. Å andra sidan skulle det vara svårt att införa med tanke på arbetsbördan i relation till tid och mottagningsstruktur inom primärvården. Rutinmässiga frågor i samband med förutbestämda mottagningsbesök eller i samband med vissa diagnoser ges som alternativt förslag i kombination med ökad kunskap hos allmänläkarna vilket skulle förbättra deras beslutsfattande processer att fråga om våld då de ser en anledning till detta som vid uppenbar indikation eller vid misstanke om våld.

## **TACK**

Jag vill uttrycka min stora tacksamhet till min handledare Gunilla Krantz för stöd och guidning i mitt arbete genom kloka reflektioner och för allt arbete med genomläsning av intervjuer och rapport som resulterat i konkreta förslag till förbättringar. Jag vill också tacka Gunilla Risberg i Umeå för ovärderlig tid och hjälp att diskutera och problematisera kring ämnet mäns våld mot kvinnor samt stöttning i processer kring intervjuer och analys av resultat. Slutligen ett stort tack till alla informanter som bidragit med sina berättelser och därigenom gjort studien möjlig.

## REFERENSER

1. WHO. Understanding and addressing violence against women: Intimate partner violence. World Health Organization; 2012.
2. WHO. Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence: World Health Organization; 2010.
3. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. BMC Public Health. 2011;11:109.
4. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. Lancet. 2002;360(9339):1083-8.
5. Ellsberg M, Jansen HA, Heise L, Watts CH, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. Lancet. 2008;371(9619):1165-72.
6. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. Lancet. 2002;359(9314):1331-6.
7. García-Moreno C, Zimmerman C, Morris-Gehring A, Heise L, Amin A, Abrahams N, et al. Addressing violence against women: a call to action. Lancet. 2015;385(9978):1685-95.
8. NCK. Hälso- och sjukvårdens ansvar 2021 [cited 2021 6 May]. Available from: <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/halso--och-sjukvardens-ansvar/>.
9. Cronholm PF, Fogarty CT, Ambuel B, Harrison SL. Intimate partner violence. Am Fam Physician. 2011;83(10):1165-72.
10. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK; 2010.
11. Krantz G, Garcia-Moreno C. Violence against women. J Epidemiol Community Health. 2005;59(10):818-21.
12. Declaration on the Elimination of Violence against Women. [New York]: United Nations; 1994.
13. Watts C, Zimmerman C. Violence against women: global scope and magnitude. Lancet. 2002;359(9313):1232-7.
14. WHO. Global plan of action to strengthen the role of the health system within a national multisectoral response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children. Geneve: WHO; 2016.
15. World Health A. Strengthening the role of the health system in addressing violence, in particular against women and girls, and against children. 2014.
16. Sammanfattning av den nationella strategin för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor [Elektronisk resurs]2016.
17. Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet [Elektronisk resurs]2016.
18. NCK. Nationellt centrum för kvinnofrid 2021 [updated 04 May. 2021; cited 2021 6 May]. Available from: <https://www.nck.uu.se>.
19. VKV. Om VKV 2021 [updated 13 Apr. 2021; cited 2021 19 May]. Available from: <https://www.valdinararelationer.se/vkv/>.

20. Jewkes R, Flood M, Lang J. From work with men and boys to changes of social norms and reduction of inequities in gender relations: a conceptual shift in prevention of violence against women and girls. *Lancet*. 2015;385(9977):1580-9.
21. Heise LL. Violence against women: an integrated, ecological framework. *Violence Against Women*. 1998;4(3):262-90.
22. Lundgren E. Slagen dam : mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige : en omfattningsundersökning. Umeå :: Brottsoffermyndigheten ;; 2001.
23. Malterud K. Understanding women in pain. New pathways suggested by Umeå researchers: qualitative research and feminist perspectives. *Scand J Prim Health Care*. 1998;16(4):195-8.
24. Krantz G, Ostergren PO. The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(11):815-21.
25. Nybergh L. Dödligt våld i nära relationer: En genomgång av internationell forskning [Lethal violence in close relationships: A review of international literature]. Gothenburg: Västra Götalandsregionen, <http://nck.uu.se/kunskapsbanken> ...; 2016.
26. Enander V, Krantz G, Lysell H, Örmon K. Before the killing: Intimate partner homicides in a process perspective, part I. *Journal Of Gender-Based Violence*, 2021, Vol 5, Iss 1, pp 59-74. 2021;5(1):59-74.
27. Hamberg K, Johansson EE, Lindgren G. "I was always on guard"--an exploration of woman abuse in a group of women with musculoskeletal pain. *Fam Pract*. 1999;16(3):238-44.
28. Ellsberg M, Heise L, Organization WH. Researching violence against women: a practical guide for researchers and activists. 2005.
29. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*. 2006;368(9543):1260-9.
30. Violence against women: an EU-wide survey : main results. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2014.
31. Lövestad S, Krantz G. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*. 2012;12:945.
32. Nybergh L, Taft C, Enander V, Krantz G. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC Public Health*. 2013;13:845.
33. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AF, Koziol-McLain J, Colombini M, Feder G. The health-systems response to violence against women. *Lancet*. 2015;385(9977):1567-79.
34. Våld : handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2016.
35. Simmons J, Swahnberg K. Characteristics Associated With Being Asked About Violence Victimization in Health Care: A Swedish Random Population Study. *J Interpers Violence*. 2020;886260520977836.
36. Morse DS, Lafleur R, Fogarty CT, Mittal M, Cerulli C. "They told me to leave": how health care providers address intimate partner violence. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(3):333-42.
37. Rhodes KV, Frankel RM, Levinthal N, Prenoveau E, Bailey J, Levinson W. "You're not a victim of domestic violence, are you?" Provider patient communication about domestic violence. *Ann Intern Med*. 2007;147(9):620-7.

38. Liebschutz J, Battaglia T, Finley E, Averbuch T. Disclosing intimate partner violence to health care clinicians - what a difference the setting makes: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2008;8:229.
39. Bauer HM, Rodriguez MA. Letting compassion open the door: battered women's disclosure to medical providers. *Camb Q Healthc Ethics*. 1995;4(4):459-65.
40. Chang JC, Decker MR, Moracco KE, Martin SL, Petersen R, Frasier PY. Asking about intimate partner violence: advice from female survivors to health care providers. *Patient Educ Couns*. 2005;59(2):141-7.
41. Tan E, O'Doherty L, Hegarty K. GPs' communication skills - a study into women's comfort to disclose intimate partner violence. *Aust Fam Physician*. 2012;41(7):513-7.
42. Gutmanis I, Beynon C, Tutty L, Wathen CN, MacMillan HL. Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: a survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*. 2007;7:12.
43. Carlson M, Kamimura A, Al-Obaydi S, Trinh HN, Franchek-Roa K. Background and Clinical Knowledge of Intimate Partner Violence: A Study of Primary Care Residents and Medical Students at a United States Medical School. *Health Equity*. 2017;1(1):77-82.
44. Tu J, Penti B. How We Talk About "Perpetration of Intimate Partner Violence" Matters. *J Am Board Fam Med*. 2020;33(5):809-14.
45. Singh V, Tolman R, Walton M, Chermack S, Cunningham R. Characteristics of men who perpetrate intimate partner violence. *J Am Board Fam Med*. 2014;27(5):661-8.
46. Sugg NK, Inui T. Primary care physicians' response to domestic violence. Opening Pandora's box. *Jama*. 1992;267(23):3157-60.
47. Williston CJ, Lafreniere KD. "Holy cow, does that ever open up a can of worms": health care providers' experiences of inquiring about intimate partner violence. *Health Care Women Int*. 2013;34(9):814-31.
48. Ferris LE. Canadian family physicians' and general practitioners' perceptions of their effectiveness in identifying and treating wife abuse. *Med Care*. 1994;32(12):1163-72.
49. Taft A, Broom DH, Legge D. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. *Bmj*. 2004;328(7440):618.
50. Taskiran AC, Ozsahin A, Edirne T. Intimate partner violence management and referral practices of primary care workers in a selected population in Turkey. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20:e96.
51. Prosman GJ, Lo Fo Wong SH, Lagro-Janssen AL. Why abused women do not seek professional help: a qualitative study. *Scand J Caring Sci*. 2014;28(1):3-11.
52. Mørk T, Andersen PT, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2014;14:74.
53. McCall-Hosenfeld JS, Weisman CS, Perry AN, Hillemeier MM, Chuang CH. "I Just Keep My Antennae Out": How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence*. 2014;29(14):2670-94.
54. Ramsay J, Rutterford C, Gregory A, Dunne D, Eldridge S, Sharp D, et al. Domestic violence: knowledge, attitudes, and clinical practice of selected UK primary healthcare clinicians. *Br J Gen Pract*. 2012;62(602):e647-55.
55. Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*. 2001;108(1):98-102.



56. Rodriguez MA, Bauer HM, McLoughlin E, Grumbach K. Screening and intervention for intimate partner abuse: practices and attitudes of primary care physicians. *Jama*. 1999;282(5):468-74.
57. Chamberlain L, Perham-Hester KA. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women Health*. 2002;35(2-3):55-69.
58. Coker AL, Bethea L, Smith PH, Fadden MK, Brandt HM. Missed opportunities: intimate partner violence in family practice settings. *Prev Med*. 2002;34(4):445-54.
59. WHO. Responding to Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women: WHO Clinical and Policy Guidelines [Elektronisk resurs]: World Health Organization; 2013.
60. Kvale S. Den kvalitativa forskningsintervjun. Tredje [reviderade] upplagan ed. Brinkmann S, Torhell S-E, editors: Lund : Studentlitteratur; 2014.
61. Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Educ Today*. 2004;24(2):105-12.
62. Dahlberg K, Dahlberg H, Nyström M. Reflective lifeworld research. Lund: Studentlitteratur; 2008.
63. Rajan G, Wahlström L, Philips B, Wändell P, Wachtler C, Svedin C-G, et al. Delayed healthcare access among victims of sexual abuse, understood through internal and external gatekeeping mechanisms. *Nordic journal of psychiatry*. 2021;75(5):370-7.