

# Att identifiera våldsutsatta kvinnor inom primärvården

## EN KVALITATIV INTERVJUSTUDIE OM LÄKARES UPPLEVELSER OCH FÖRHÅLLNINGSSÄTT

**Ebba Thurezon,**  
läkarstudent,  
Karolinska institutet,  
Solna

**Clara Brune,**  
leg läkare, doktorand,  
institutionen för  
global folkhälsa,  
Karolinska institutet,  
Solna

**Ann Liljas,**  
docent, biträdande  
lektor, institutionen  
för global folkhälsa,  
Karolinska institutet,  
Solna  
• ann.liljas@ki.se

**Våld i nära relationer** är ett globalt folkhälsoproblem som till största del drabbar kvinnor. Brottsförebyggande rådets kartläggning visar att drygt var fjärde kvinna i Sverige har utsatts, och mellan åren 2017 och 2024 dödades i genomsnitt 13 kvinnor per år av en nuvarande eller tidigare partner [1]. Utöver ett stort mänskligt lidande på individ- och familjenivå orsakar det stora samhällsekonomiska kostnader. En minskning av våldet skulle innebära vinster för såväl individ som samhälle. I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår att fråga om eventuellt våld i nära relation när en patient uppvisar symtom eller tecken som väcker misstanke [2], men 38 procent av vårdcentralerna följer inte Socialstyrelsens föreskrift [3], och majoriteten av våldsutsatta kvinnor förblir oupptäckta [4]. Samtidigt uppskattar kvinnor att få frågor om våldsutsatthet av hälso- och sjukvårdspersonal, oavsett om de själva är utsatta eller inte [4]. Det finns flera kartlagda orsaker till att vårdgivare inte ställer frågan, såsom osäkerhet på hur frågan ska ställas, rädsla att göra kvinnan upprörd och otillräcklig kunskap [5], men också tidsbrist och avsaknad av rutiner [6].

Primärvården har en nyckelroll i hälso- och sjukvårdens arbete mot våld i nära relationer. Utöver att den står i direkt kontakt med stora delar av befolkningen finns möjlighet till kontinuitet genom uppföljningar och därmed potential att identifiera våldsutsatta kvinnor, oavsett sökorsak [7]. Syftet med studien var därför att undersöka allmänläkares upplevelser av och förhållningssätt till att identifiera kvinnor som utsätts för våld i nära relation samt hur läkarna ser på sin roll i arbetet mot våld i nära relationer.

### METOD

Studien tillämpar kvalitativ metodik med semistrukturerade intervjufrågor och 3 hypotetiska fall (vinjetter), som intervjupersonerna ombads kommentera. Vinjetterna omfattar annan sökorsak än våld, och kvinnan tackar antingen nej till hjälp, ber att få bli sjukskriven eller låter maken föra hennes talan. Intervjuerna genomfördes individuellt av en kvinnlig läkarstudent på vårdcentralen, per telefon eller i videosamtal med 11 (varav 3 män) ST-läkare och specialister i allmänmedicin som hade arbetat inom primärvården under åtminstone de senaste 12 månaderna. Urvalet var selektivt på så vis att intervjupersonerna rekryterades från 10 olika vårdcentraler genom mejl om studien till verksamhetschefer i Region Stockholm, och de som var intresserade ombads ta kontakt med forskarna. Samtliga medverkande gav sitt sam-

tycke innan intervjun påbörjades. Intervjuerna spelades in med diktafon, transkriberades ordagrant och analyserades individuellt och därefter gemensamt av två forskare med hjälp av reflexiv tematisk analys [8]. Tolkning av resultat gjordes av samtliga forskare.

**»I hälso- och sjukvårdens uppdrag ingår att fråga om eventuellt våld i nära relation när en patient uppvisar symtom eller tecken som väcker misstanke.«**

### RESULTAT

Analysen genererade 6 teman och 18 koder (Tabell 1). Varje tema presenteras nedan.

#### Förhållningssätt vid misstanke

Samtliga deltagande läkare ansåg att de vid misstanke om våld i nära relation hade ansvar att undersöka saken närmare. Synen på hur detta bäst skulle göras skiljde sig dock åt. Några betraktade direkta frågor om våld som mest gynnsamt, medan andra ansåg det mer effektivt att närma sig frågan indirekt. Vid avsaknad av konkreta tecken på våld föredrog merparten ett kartläggande tillvägagångssätt. En av läkarna beskrev

#### HUVUDBUDSKAP

- De läkare som deltog i studien kände ett ansvar för att undersöka vidare vid misstanke om våld i nära relation, men hade olika syn på huruvida frågan skulle ställas direkt eller indirekt.
- Läkarna framhöll betydelsen av kollegor och av god beredskap, bland annat i form av tillräckligt med utrymme och resurser, för att kunna erbjuda stöd och insatser till utsatta.
- Avsaknad av rutiner i arbetet mot våld i nära relationer tyder på att mer skulle kunna göras på ledningsnivå för att prioritera utbildning och säkerställa att rådande riktlinjer implementeras och följs för att åstadkomma ett mer framgångsrikt arbete.

TABELL 1. Identifierade teman och koder

Teman	Koder
Förhållningssätt vid misstanke	Kartlägga eller fråga direkt
	En relation som grund
	Följa upp
	Avdramatisera
Fördomar om patienten	Kultur och stereotyper
Att se bakom sökorsaken	Röda flaggor
	Att ha det i bakhuvudet
Professionalism	Egna känslor
	Ett ansvar med begränsningar
	Orosanmäla
	Att kunna ta emot svaret
Samarbete och rutiner	Arbetsplatsen
	Andra samhällsinsatser
Ett rum för vägledning framåt	Ställa frågan
	Ta ställning mot våldet
	Utgöra ett tryggt rum
	Agera stöd
	Vägleda

hur hen vid misstanke om våld inledde med mer allmänna frågor om kvinnans vardag och livssituation för att sedan, om det framkom ytterligare tecken på att våld förekommer, övergå till direkta frågor.

Samtliga läkare beskrev en god patient-läkarrelation där patienten känner förtroende för läkaren som central, inte minst då det ibland behövdes flera tillfällen innan patienten valde att berätta. Att avdramatisera och normalisera frågan samt hänvisa till rutinfrågor kring hälsa och livsstil var också en strategi som flera rapporterade.

### Fördomar om patienten

Merparten tyckte att det var svårare att identifiera och uppmärksamma våldsutsatthet hos kvinnor med en annan kulturell bakgrund än den egna. De menade att det finns kulturella skillnader i synen på vad som utgör och betraktas som legitimt våld samt varierande tystnadskultur kring våld i nära relationer. Detta gjorde åtminstone en läkare mindre benägen att ställa frågor om ämnet, och en annan menade att det därför tog lång tid att upptäcka. Samtidigt ansåg flera att det är viktigt att vara uppmärksam just på egna fördomar i mötet med patienter från andra kulturer, men också vid besök av kvinnor som de ansåg inte passar in i bilden av offer för våld: »När det är någon som kommer in i kostym eller själv är läkare eller något sådant ... då kanske man inte gör det [fångar upp våldsutsattheten]« (läkare 1).

### Att se bortom sökorsaken

Förutom fysiska tecken, såsom blåmärken, beskrev flera läkare också hur olika psykiska besvär eller beroendeproblematik kunde väcka misstanke om våld. Därutöver beskrev några läkare hur uppgifter

som framkom i anamnesen kunde få dem att reagera, exempelvis om kvinnan beskrev en svår hem-situation, men också om kvinnan kringgick det sociala eller svarade undvikande. Flera läkare beskrev hur de initialt inte tänkte på våldsutsatthet som en möjlig bakomliggande orsak till patientens ohälsa. »Det är lätt att missa det också [att överväga våldsutsatthet]. Man går liksom i andra banor« (läkare 10).

### Professionalism

Flera läkare menade att frågan om våld medför ett ansvar. Somliga upplevde sig osäkra på sin förmåga att hantera det kvinnan berättade och att veta vad de skulle göra med svaret. »Också känt mig osäker på om jag själv ... alltså rent känslomässigt är beredd att ta emot det [svaret]« (läkare 2). Hos samtliga intervju-personer väckte arbetet mot våld mot kvinnor känslor såsom frustration och maktlöshet. »Bland det svåraste man utsätts för ... det är ju alltid frustrerande som läkare att stöta på ett problem som man inte riktigt kan lösa, liksom« (läkare 7). Alla ansåg dock att det var deras uppgift att göra en riskbedömning av den enskilda situationen och att ingripa vid överhängande risk för skada. Deltagarna menade att tröskeln för att upprätta en orosanmälan vid misstanke att ett barn bevittnat eller utsatts för våld var betydligt lägre, även om en sådan anmälan inte heller var okomplicerad. »Patienten har äntligen tagit mod till sig för att öppna upp sig för vården, och så har de barn och då måste man direkt göra en orosanmälan fast de inte vill. Hon tappar förtroendet för en direkt« (läkare 8).

### Samarbete och rutiner

Flera läkare framhöll kollegor som ett viktigt stöd såväl som bollplank i både frågor och fall om våld i nära relationer. Sjuksköterskor ansågs också betydelsefulla för att ställa frågor i ämnet, och det ansågs viktigt att alla medarbetare och andra samhällsinsatser såsom kvinnojourer var delaktiga i arbetet. En av läkarna beskrev hur vårdcentralen jobbade för att bli bättre på att involvera de manliga kollegorna i arbetet. En annan upplevde avsaknad av rutiner och reflekterade kring konsekvenserna: »Det känns som att man har väldigt dåliga rutiner för det på vårdcentralen faktiskt. Hur man gör. För att det är så här: 'ja hej då vi hörs om en vecka', typ. Men då kanske hon [den våldsutsatta] inte längre finns« (läkare 1).

### Ett rum för vägledning framåt

Läkarna ansåg att vården utgjorde en unik möjlighet för dem att ta upp ämnet, och därmed även har ett ansvar. »Alltså, jag tänker att när patienten kommer till vården är de liksom skyddade på något sätt i den miljön, eftersom de kan sitta och prata utan att någon annan vet någonting. Och då har man ett ansvar att kanske fråga om det då« (läkare 8).

Flera läkare framhöll att det är viktigt att som läkare ta ställning mot våld och understryka att våldet är olagligt och oacceptabelt. »Hon behöver förstå att det här är inte normalt. Alltså att en läkare liksom sätter ned foten. Det här inte är okej« (läkare 1). Det gavs också exempel på att förmedla att det finns stöd och att inge mod och hopp. »Och försöka stötta patienten som är utsatt för att våga ta sig ur en våldsam relation, liksom« (läkare 7). Flera läkare beskrev också hur

## »... i Region Skåne ledde förbättrade rutiner till att journalanteckningarna om våld i nära relationer fördubblades mellan 2022 och 2023 ...«

de tog en vägledande roll och agerade genom att förmedla kontakt till socialtjänsten eller en kvinnojour där rätt kompetens finns: »... ett område där jag saknar kunskap och erfarenhet. Alltså ska jag inte hantera det här vidare. Däremot kan jag hjälpa dig att komma till någon som kan ta hand om dig« (läkare 9).

### DISKUSSION

Läkarna ansåg att våld i nära relationer är ett allvarligt hälsoproblem och att vården har en viktig funktion i arbetet mot detta. Identifiering av våldsutsatthet framhölls som en central uppgift för läkare, något som även tidigare forskning om allmänläkares syn på sin roll har visat [9]. Samtidigt rapporterade samliga deltagande läkare att de upplevde det som svårt att identifiera och uppmärksamma våld i nära relationer. De gav själva exempel på hur deras egna fördomar gällande exempelvis socioekonomisk status och kulturell bakgrund kunde påverka huruvida de frågade om våldsutsatthet. Resultaten är samstämmiga med tidigare forskning, där lägre självskattad social status var associerad med högre sannolikhet att vid vårdbesök få frågor om våldsutsatthet - men inte med att ha varit våldsutsatt [4]. Detta är betydelsefulla resultat, eftersom det skulle kunna innebära att vissa grupper inte fångas upp i lika hög utsträckning som andra, med ökad ojämlikhet som konsekvens. Vidare beskrevs en god patient-läkarrelation av samtliga som viktig för att identifiera våld, något som återkommande har lyfts fram som en av de viktigaste faktorerna när det gäller att berätta om våld [10]. En god relation till patienten har i tidigare forskning dock även problematiserats och beskrivits som en försvärande faktor, då rädsla för att förstöra patient-läkarrelationen hindrade vårdpersonalen att fråga om våld [11], något som inte framkom i denna studie.

Liksom i tidigare forskning [5] upplevde läkarna maktlöshet, hopplöshet och frustration inför våldet, och avsaknaden av enkla lösningar och läkarens begränsade inflytande över processen lyftes fram som bidragande orsaker. Redan på 1990-talet genomfördes ett projekt i USA där läkare aktivt fick omdefiniera sin roll i mötet med våldsutsatta från »problemlösare« till att fokusera på att stötta kvinnan [12]. Att på detta och andra vis förtydliga läkarens roll har potential att sänka tröskeln för att fråga om och uppmärksamma våld i nära relationer, med följd att fler våldsutsatta kvinnor kan identifieras.

Vidare visar studien att frågan om våld innebär ett ansvar, och läkarna framhöll vikten av beredskap inför ett jakande svar. God beredskap ökar chansen till ett gott omhändertagande, där möjligheten att kunna erbjuda stöd och adekvata insatser i sin tur bygger på att det finns tydliga riktlinjer, kompetens, kunskap, utrymme och resurser att kunna agera på svaret [2]. Därutöver framgick det i intervjuerna att läkarna själva främst upplevde sig hjälpta av ett kollegialt stöd, men stöd från ledningen är också nödvändigt för långsiktighet i arbetet mot våld i nära relationer [13]. Mer skulle kunna göras på ledningsnivå för att prioritera och avsätta tid för utbildning och säkerställa att det finns riktlinjer och inarbetade rutiner för att arbetet med våldsutsatta ska bli framgångsrikt. Givet våldets komplexitet behöver arbetet därutöver förankras med andra samhällsinstanser för att våldsutsatta ska få det stöd och den hjälp de behöver [13]. I Sverige finns exempel från Södertälje, där andelen våldsutsatta som identifierades på vårdenheter ökade med över 200 procent när personalen systematiskt med hjälp av ett formulär frågade patienter om utsatthet för våld i nära relation [14]. Likaså i Region Skåne ledde förbättrade rutiner till att journalanteckningarna om våld i nära relationer fördubblades mellan 2022 och 2023 [15]. Därtill visar forskning att frågan om våld har ett viktigt signalvärde. Genom att fråga signalerar man att våldsutsatthet är en hälsofråga, att samhället tar avstånd från våldet samt att det finns hjälp och stöd att få inom hälso- och sjukvården [7]. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2025;122:25114

### REFERENSER

- Brottsförebyggande rådet. Våld i nära relationer [citerat 10 sep 2024]. <https://bra.se/amnen/vald-i-nara-relation>
- Våld i nära relationer. Handbok för socialtjänsten, hälso- och sjukvården och tandvården. Stockholm: Socialstyrelsen; 2023. Artikelnr 2023-6-8592.
- Tillsyn av socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck. Slutredovisning av regeringsuppdrag A2021/01714. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg; 2024. Artikelnr IVO 2024-04.
- Simmons J, Swahnberg K. Characteristics associated with being asked about violence victimization in health care: a Swedish random population study. *J Interpers Violence*. 2022;37(11-12):NP8479-506.
- Tarzia L, Cameron J, Watson J, et al. Personal barriers to addressing intimate partner abuse: a qualitative meta-synthesis of healthcare practitioners' experiences. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):567.
- Saletti-Cuesta L, Aizenberg L, Ricci-Cabello I. Opinions and experiences of primary healthcare providers regarding violence against women: a systematic review of qualitative studies. *J Fam Violence*. 2018;(33):405-20.
- Barimani M, Elvin-Nowak Y. »Jag visste inte att vården kunde hjälpa mig.« Om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm. Stockholm: Region Stockholm, Akademiskt primärvårdscentrum; 2022.
- Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
- Moreira DN, Pinto da Costa M. The role of family doctors in the management of domestic violence cases - a qualitative study in Portugal. *BMC Health Serv Res*. 2023;23(1):571.
- Tarzia L, Bohren MA, Cameron J, et al. Women's experiences and expectations after disclosure of intimate partner abuse to a healthcare provider: a qualitative meta-synthesis. *BMJ Open*. 2020;10(11):e041339.
- Goicolea I, Mosquera P, Briones-Vozmediano E, et al. Primary health care attributes and responses to intimate partner violence in Spain. *Gac Sanit*. 2017;31(3):187-93.
- Gerbert B, Caspers N, Bronstone A, et al. A qualitative analysis of how physicians with expertise in domestic violence approach the identification of victims. *Ann Intern Med*. 1999;131(8):578-84.
- Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: a qualitative meta-synthesis. *PLoS One*. 2020;15(6):e0234067.
- Dahlström K, Elvin-Nowak Y. Att fråga om våld i nära relationer. Ett utvecklingsprojekt vid Psykiatricentrum Södertälje 2020/2021. Stockholm: Region Stockholm, Akademiskt primärvårdscentrum; 2022.
- von Wright J. Region Skåne har blivit bättre på att fråga om våld i nära relationer. *Läkartidningen*. 16 apr 2024. <https://lakartidningen.se/nyheter/region-skane-har-blivit-bättre-pa-att-fraga-om-vald-i-nara-relationer/>

## SUMMARY

### Experiences and approach to identifying women subjected to intimate partner violence

Intimate partner violence (IPV) is a global public health issue and poses a substantial threat to women's health and well-being. The healthcare sector has an important role in identifying and responding to this, yet often the violence goes unnoticed. This study aims to examine general practitioners' (GPs) approach to identifying women exposed to IPV. Qualitative semi-structured interviews including fictive scenarios were conducted with 11 GPs (3 men) from 10 primary care clinics and analysed thematically. Findings showed that participating GPs considered IPV important to identify, yet reported variations in how and when to do so. Trust in the patient-doctor relationship and collegiality were further emphasized. Some reflected upon their own prejudices related to socioeconomic status and cultural background as a barrier to ask about IPV, a finding of importance from an equity perspective. Lack of adherence to guidelines and routines was also highlighted. Directed efforts to increase competencies, improve routines and provide support are recommended.