



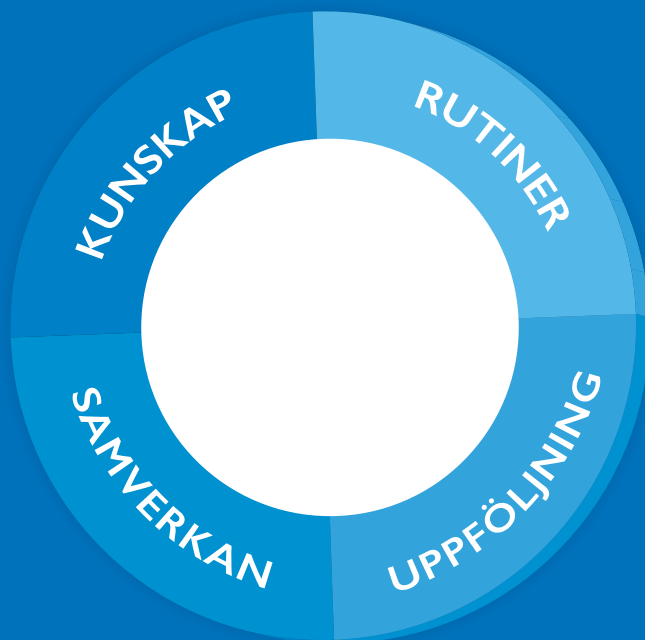
UPPSALA
UNIVERSITET

NCK

NATIONELLT CENTRUM
FÖR KVINNOFRID

UPPSALAMODELLEN

Att möta våldsutsatta kvinnor
inom hälso- och sjukvården



UPPSALAMODELLEN

Att möta våldsutsatta kvinnor
inom hälso- och sjukvården

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK
Uppsala universitet
Akademsika sjukhuset
751 85 Uppsala
www.nck.uu.se
NCK-rapport 2017:1
ISSN 1654-7195
Tryck: DanagårdLiTHO, 2017

Förord

Vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset finns Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) som på regeringens uppdrag arbetar med att höja kunskapen om mäns våld mot kvinnor. Mer än tjugo års erfarenhet av klinisk verksamhet, utbildning, forskning och samarbete med myndigheter och organisationer har gjort det möjligt att skapa en modell för att förbättra omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. NCK:s stödtelefon Kvinnofrids-linjen med över 30 000 samtal per år ger en tydlig bild av utsatta kvinnors verklighet.

Kunskap, rutiner, kontinuerlig uppföljning och samverkan är grundläggande faktorer i arbetet med våldsutsatta kvinnor. Våld mot kvinnor är oacceptabelt, kriminellt och komplext och ser olika ut. Arbetet mot våldet måste därför vara långsiktigt, fokuserat och uthålligt.

Denna rapport, *Uppsalamodellen – att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*, beskriver hur omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor inom Landstinget i Uppsala län har utvecklats sedan 1994 och fram till i dag – från forskning till praktik.

Uppsalamodellen har vuxit fram stegvis och uthålligt. Att frågan varit högt prioriterad både av den politiska och den operativa ledningen i landstinget och av ledningen vid Uppsala universitet har varit en förutsättning, liksom NCK:s pådrivande roll. Forskning och praktik har gått hand i hand. NCK:s dubbla uppdrag att kombinera forskning och utbildning med

daglig kontakt med våldsutsatta kvinnor har varit avgörande för framväxten av modellen.

Rapporten beskriver arbetet och visar hur utbildning, handlingsplaner och vårdprogram stödjer vårdpersonal i mötet med patienter. Här beskrivs också hur samverkan med en mängd olika parter har organiserats lokalt och nationellt. Kontinuerlig uppföljning av arbetet är en annan viktig faktor.

Genom att arbeta enligt modellen kan hälso- och sjukvården och tandvården erbjuda en god vård till våldsutsatta i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen samt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (SOSFS 2014:4) och enligt kraven på Sverige i Istanbulkonventionen.

Rapporten har tagits fram på uppdrag av Landstinget i Uppsala län inom ramen för ett regeringsuppdrag för kunskapsutveckling inom hälso- och sjukvården och tandvården.

Vår förhoppning är att andra landsting och regioner, men även andra myndigheter, ska kunna dra nytta av det arbete och de framsteg som gjorts vid Landstinget i Uppsala.

I framtagandet av rapporten har experterna Anna Berglund, Annika Björck, Gunilla Dahlkild Öhman och Åsa Witkowski samt informatörerna Eva Nevelius och Elisabet Sandberg bidragit.

Uppsala, maj 2017

Gun Heimer
Professor, chef för NCK

Innehållsförteckning

Förord	5
Inledning	7
Problem och orsaker	7
Flera aktörer måste samarbeta	8
Trettio års arbete mot mäns våld mot kvinnor	9
Hälso- och sjukvårdens ansvar	14
Förekomst av våldsutsatthet i Sverige	14
Beredskap för att möta våldsutsatta kvinnor	16
Att fråga om våldsutsatthet	16
Medicinskt omhändertagande	19
Psykosocialt stöd	20
Dokumentation	21
Samverkan	21
Uppsalamodellen – från forskning till praktik	22
Inledning	22
Grund för korrekt omhändertagande	22
Från Rikskvinnocentrum till Nationellt centrum för kvinnofrid	24
Samverkan en avgörande faktor	30
Rutiner som stöd för personalen	34
Dokumentation och kontinuerlig uppföljning	38
Kunskap sprids till medarbetarna	41
Att ställa frågan om våld – en framgångsmodell i vården	48
Bakgrund	48
Analysprocessen	51
Resultat av analysen	52
Sammanfattning och diskussion	64
Kunskap om mäns våld mot kvinnor – ett utbildningskoncept formas	70
Ett eget kunskapsområde	70
Kvalitetssäkring	78
Kunskapsläget i nutid	79
Särtryck ur Läkartidningen "Att ha varit utsatt för våld ökar risken för ohälsa senare i livet"	83
Referenser	91

Inledning

Mäns våld mot kvinnor är numera ett erkänt, allvarligt och omfattande globalt samhällsproblem. Våldet är en kränkning av kvinnors rättigheter och grundläggande friheter och utgör ett hinder för att uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män. Våldet är komplext såtillvida att det spänner över hela samhället – socialt, ekonomiskt och juridiskt. Det är också ett allvarligt hot mot kvinnors hälsa, välbefinnande och säkerhet.

Detta har uttryckts och reglerats i flera dokument – internationellt såväl som nationellt – de senaste dryga trettio åren. Problemet lyftes upp på agendan av kvinnoorganisationer runtom i världen genom ett omfattande arbete med att synliggöra, problematisera och påverka.

Sverige betraktas som ett föregångsland när det gäller utvecklingen på jämställdhetsområdet, och särskilt när det gäller synen på mäns våld mot kvinnor. Det råder bred politisk enighet om att mäns våld mot kvinnor ska vara ett högprioriterat område. Sverige har också en av världens vassaste lagstiftningar inom detta område. Övergripande politiska satsningar har genomförts nationellt och regionalt inom myndigheter och organisationer. Dock måste det konstateras att våldet inte har upphört.

Problem och orsaker

Det finns många faktorer som bidrar till detta. En är att våldet ofta ses som ett isolerat samhällsproblem och därför inte sätts in i sitt sammanhang med ett brett rättsligt, socialt, ekonomiskt och hälsorelaterat perspektiv. Genusperspektivet saknas i många fall trots att det finns en tydlig koppling till kön när det gäller mäns våld mot kvinnor.

Den obalans som råder mellan fattade beslut och den kärva verkligheten innebär bland annat att hjälp inte når ut till de som utsatts för våld. Problemet är också att det ser så olika ut inom olika instanser i samhället. Kunskap, rutiner och resurser varierar dessutom beroende på var i landet man befinner sig.

Ett annat problem är att det fortfarande finns djupt rotade fördomar om våldets prevalens, orsaker och konsekvenser, vilket avspeglar sig i hur man hanterar problematiken privat som professionellt. Det riskerar att förstärka de känslor av skam, skuld och rädsla som våldsutsatta kvinnor ofta bär på och äventyrar dessutom tilliten till myndigheter. Det bidrar i sin tur till att mäns våld mot kvinnor till vissa delar fortfarande är osynligt. För den som är våldsutsatt innebär det utebliven hjälp och onödigt lidande. Förövarna går fria från rättsliga åtgärder och förebyggande arbete försvåras eller omöjliggörs.

Flera aktörer måste samarbeta

Det är aldrig möjligt för en ensam aktör att lösa ett allvarligt samhällsproblem. Hela samhället måste inse vidden av problemet och ta ansvar. För att bekämpa våldet krävs stora insatser och då handlar det om att alla samhällsaktörer måste samverka på bred front. Att förändra tar tid och kräver långsiktighet. Det gäller särskilt inom våldsområdet där det också handlar om att påverka och förändra motståndskraftiga attityder och värderingar.

Många lovvärda projekt inom olika områden har genomförts nationellt och regionalt de senaste tjugo åren. Flera av dessa har också permanentats. Kunskapen bland yrkesverksamma i myndigheter och organisationer har ökat. Resurser har tillskapats för att bättre kunna möta behoven hos de som utsätts för våld. Denna positiva utveckling måste nu tas tillvara. Det finns inga enkla lösningar men i det fortsatta arbetet är det viktigt att fortsätta utveckla och kvalitetssäkra de kunskaper och erfarenheter som redan finns. Dessa kan bli modellskapande och spridas i resten av landet på ett strukturerat och samordnat sätt.

När det gäller att synliggöra våldet vilar ett stort ansvar på hälso- och sjukvården. Det är väl känt att kvinnor som utsätts för våld söker sig till vården även om de inte alltid uppger våld som den direkta orsaken till kontakten. Forskning och erfarenhet visar också att den som är utsatt inte har något emot att bli tillfrågad om våldet. Det finns alltså en unik möjlighet för hälso-

och sjukvården att upptäcka våldsutsatta kvinnor och ge dessa ett bra bemötande och stöd.

I Uppsala finns Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet och Akademiska sjukhuset som har regeringens uppdrag att höja kunskapen om mäns våld mot kvinnor och utveckla metoder för omhändertagande. Mer än tjugo års erfarenhet av klinisk verksamhet med koppling till direkta stödresurser, utbildning, forskning och samarbete med myndigheter och organisationer har gjort det möjligt att skapa en modell för att förbättra omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor. Denna rapport, *Uppsalamodellen – att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården*, beskriver uppbyggnad och tillvägagångssätt. Förhoppningen är att den ska vara till praktisk nytta och att modellen ska spridas vidare, både till andra landsting och regioner runt om i landet och till övriga myndigheter som möter våldsutsatta.



För att bekämpa våldet krävs stora insatser och då handlar det om att alla samhällsaktörer måste samverka på bred front.

Trettio års arbete mot mäns våld mot kvinnor

Kvinnojoursrörelsen

Kvinnojoursrörelsen hade under framväxten en avgörande betydelse både för att synliggöra våldet mot kvinnor och för utvecklingen av stödåtgärder för de som utsatts. Den bildades som en reaktion på samhällets oförmåga att skydda kvinnor som utsattes för våld och övergrepp från närstående.

Den svenska kvinnojoursrörelsen har under många år varit en viktig och drivande kraft när det gäller att skapa opinion i frågan. Från slutet av 1970-talet när de första jourerna grundades växte rörelsen snabbt under hela 1980-talet. År 1984 bildades paraplyorganisationen Riksorganisationen för Kvinnojouurer i Sverige (Roks) och år 1996 bildades Sveriges Kvinnojouurers Riksförbund (SKR), numera Unizon. I dag finns cirka 200 kvinnojouurer i landets kommuner. Finansieringen sker delvis med statliga och kommunala bidrag. En del av verksamheten vilar på de enskilda medlemmarnas frivilliga och oavlönade arbete. Storleken på kommunernas bidrag varierar liksom organisation och verksamhet i varje enskild jour. Gemensamt för alla är att de arbetar för att motverka våldet mot kvinnor och ge kvinnorna stöd.

Internationellt i FN

I FN utgör *Konventionen om avskaffandet av all slags diskriminering av kvinnor*, den så kallade *Kvinnokonventionen (CEDAW)*,

som antogs av FN:s generalförsamling 1979, en viktig startpunkt för att stärka kvinnors rättigheter. Där omnämns dock inte våld mot kvinnor. Efter hand blev mäns våld mot kvinnor ett allt tydligare problemområde som uppmärksammades av såväl FN:s kvinnokommission som FN:s kvinnokommitté. Medlemsländerna uppmanades redogöra för förekomsten av våld och 1993 antogs *Deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor* av generalförsamlingen. Ett historiskt steg framåt, då det nu med utgångspunkt från könsmaktsordningen fanns en tydlig definition och ett ställningstagande om våldets grundläggande orsaker. Deklarationen lyfte också fram medlemsstaternas ansvar.

FN:s fjärde kvinnokonferens i Beijing 1995 byggde vidare på deklARATIONEN och markerade bland annat att ingen stat har rätt att åberopa kultur eller religion som skäl för att inte säkra kvinnors rättigheter.

Året därpå tillsatte kommissionen för mänskliga rättigheter en särskild rapportör om våld mot kvinnor, dess orsaker och konsekvenser, vars arbete alltjämt pågår.

År 2000 antog FN:s säkerhetsråd resolution 1325 om kvinnor, fred och säkerhet som klargjorde att kvinnor har en betydande roll i att förebygga och lösa konflikter. Åtta år senare antogs säkerhetsrådets resolution 1820 som fördömde sexuellt våld i konfliktsituationer och som stipulerade att våldtäkt kan utgöra krigsbrott, brott mot mänskligheten och folkmord.

FN:s generalförsamling har därefter antagit ett flertal resolutioner om att

intensifiera arbetet med att motverka våld mot kvinnor. Inom detta arbete har generalförsamlingen bland annat antagit en resolution om avskaffande av brott i hederns namn. FN:s råd för mänskliga rättigheter har vid flera tillfällen antagit resolutioner om våld mot och diskriminering av hbt-personer.

År 2013 var förebyggande och avskaffande av våld mot kvinnor och flickor huvudtemat vid sammanträde med FN:s kvinno-kommission. Betydelsen av att förändra attityder som sanktionerar könsstereotypa roller och diskriminering av kvinnor och flickor uppmärksammades särskilt.

I slutrapporten för FN:s millenniemål som utgjorde grunden för det globala utvecklingsarbetet åren 2000 till 2015 konstaterades att stora framgångar har nåtts gällande kvinnors hälsa och medbestämmande i samhället, men att våld mot kvinnor fortfarande är ett av de viktigaste hindren för utvecklingen.¹ I FN:s nya globala mål för en hållbar utveckling, *Sustainable Development Goals 2016–2030*, är ett av delmålen att avskaffa alla former av våld mot kvinnor och flickor.²

Världshälsoorganisationen

Världshälsoorganisationen (WHO) fastslog redan 1996 att våld utgör ett folkhälsoproblem och har särskilt svåra

konsekvenser för kvinnor.³ Året därpå deklarerade organisationen att våld mot kvinnor ska vara en prioriterad hälsofråga. Den första globala rapporten om våld presenterades år 2002.

WHO har under åren i ytterligare rapporter och sammanställningar, den senaste 2016, påvisat våldets förekomst och konsekvenser.⁴ Dessa visar att mäns våld mot kvinnor leder till en rad omedelbara och långsiktiga ohälsotillstånd som till exempel fysiska skador, kronisk smärta, depression och självmord. WHO har uppmanat och rekommenderat medlemsstaterna att vidta åtgärder i form av skärpt lagstiftning och arbete för ett förbättrat bemötande av våldsutsatta kvinnor.

Europa

Europeiska organ har agerat utifrån samma perspektiv och definition av våldet som FN, det vill säga att våld mot kvinnor återspeglar bristande jämställdhet och föreställningar om kvinnors underordning och mäns överordning.

Europarådet

Europarådet har sedan länge haft frågan om våld mot kvinnor på sin agenda och har i olika sammanhang framhållit att våldet är ett allvarligt hälsoproblem som kräver

¹ FN (2015a).

² FN (2015b).

³ WHO (1996).

⁴ WHO (2016).

kraftfulla åtgärder. En rekommendation om skydd för kvinnor mot våld antogs 2002 av ministerkommittén. Efter en kampanj om våld mot kvinnor framkom behovet av en konvention om att förebygga och bekämpa våldet. *Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet*, även kallad *Istanbulkonventionen*, undertecknades av Sverige i maj 2011 och trädde i kraft 2014. Konventionen är juridiskt bindande och innehåller bland annat bestämmelser om förebyggande åtgärder, skydd och stöd. Tillämpningen av Istanbulkonventionen ska övervakas av GREVIO som är en expertgrupp för bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet.

Europeiska unionen EU

Europeiska unionen (EU) ska enligt artikel 8 i fördraget om Europeiska unionens funktionssätt verka för att bekämpa alla former av våld i hemmet. Medlemsstaterna bör vidta alla nödvändiga åtgärder för att bestraffa våldshandlingar och skydda brottsoffren. EU lagstiftar dock inte om sociala frågor och det finns ingen juridisk grund för att kriminalisera våld mot kvinnor inom unionen utan våldet är primärt en fråga för de enskilda medlemsstaterna. EU tar dock upp frågan i olika policydokument och styrmedel, vars utgångspunkt är att kvinnofrid är en fråga om mänskliga fri- och rättigheter.

EU startade år 2000 ett program med

förebyggande åtgärder i kampen mot våld mot kvinnor och barn, Daphneprogrammet. Inom ramen för detta skulle nätverk skapas och erfarenheter utbytas mellan frivilligorganisationer och myndigheter.

Europaparlamentet har antagit flera resolutioner kring våld mot kvinnor. Bland annat har uppmärksammats att våldtäkt och andra former av sexuellt våld mot kvinnor är straffbara handlingar vilka bör falla under allmänt åtal i samtliga EU-länder. Vidare har i ett direktiv fastställts minimirättigheter för brottsoffer oavsett var i EU de befinner sig.

År 2016 presenterade kommissionen ett förslag om att EU som union ska ansluta sig till Istanbulkonventionen om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor.⁵



Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, även kallad Istanbulkonventionen, undertecknades av Sverige i maj 2011 och trädde i kraft 2014.

⁵ Europaparlamentet (2016).

Nordiska rådet – Nordiska ministerrådet

Nordiska rådet har inom jämställdhetssektorn arbetat med åtgärder för att motverka våld mot kvinnor. Nordiska ministerrådet finansierar det nordiska samarbetsorganet NIKK, Nordisk information om kunskap och kön.

Nationellt

I direkt anslutning till att Sverige undertecknade FN-deklarationen 1993 tillsatte dåvarande regeringen en kommission, *Kvinnovåldskommissionen*. Uppdraget var att utifrån ett kvinnoperspektiv föreslå åtgärder för att motverka våld mot kvinnor (dir 1993:88). Kommissionen fokuserade särskilt på mäns våld mot kvinnor i nära relationer. I slutbetänkandet gavs bland annat förslag till lagändringar och bättre bemötande av kvinnor som utsatts för våld. Utifrån Kvinnovåldskommissionens förslag och det åtagande som Sverige gjort vid Kvinnokonferensen i Beijing presenterade Sveriges regering *Kvinnofridspropositionen* (prop.1997/98:55), som riksdagen antog i sin helhet 1998. Propositionen utgör en milstolpe för det fortsatta arbetet med att motverka våld mot kvinnor. De viktiga delarna i propositionen var att lagstiftningen skulle förbättras och skärpas, att förebyggande åtgärder skulle vidtas och att utsatta kvinnor skulle få ett bättre bemötande. Dessa initiativ kallades sammantaget för *Kvinnofridsreformen*. Det unika med reformen var att det för första gången skapades en lagtext mot våld i nära

” **Utbildning av berörda yrkesgrupper ansågs nödvändigt för att förbättra bemötandet av våldsutsatta kvinnor.**

relationer med brotten grov fridskränkning och grov kvinnofridskränkning. Lagen framhäver våldet som ett led i en systematisk kränkning av kvinnans integritet med avsikten att allvarligt skada hennes självkänsla.

I reformen utvidgades också våldtäktsbegreppet och som första land i världen kriminaliserade Sverige köp av sexuella tjänster. Socialtjänstlagen kompletterades och regeringen tillsatte en sexualbrottskommitté. Lagen om förbud mot könsstympning av kvinnor skärptes också.

Bland de förebyggande åtgärderna fanns uppdrag till myndigheter med syfte att konkretisera respektive myndighets ansvar gällande våld mot kvinnor. I uppdraget ingick också att samverka med såväl andra myndigheter som frivilligorganisationer.

Utbildning av berörda yrkesgrupper ansågs nödvändigt för att förbättra bemötandet av våldsutsatta kvinnor. (Se vidare kapitlet *Kunskap om mäns våld mot kvinnor – ett utbildningskoncept formas*).

År 2000 inrättades *Nationellt råd för kvinnofrid* som under tre år arbetade som regeringens rådgivande organ. I rådets uppdrag ingick att fokusera på specifika

arbetsområden och frågor som inte i tillräcklig hög grad blivit belysta i Kvinnofridspropositionen. Det handlade till exempel om män som utövar våld, barns utsatthet, gravida kvinnor, kvinnor och flickor med utländsk bakgrund, hedersrelaterat våld och förtryck, kvinnor med funktionsnedsättning, äldre kvinnor, kvinnor i missbruk, kvinnor med psykisk funktionsnedsättning och våld i samkönade relationer. Rådet konstaterade i sin slutredovisning 2003 att oroväckande få förändringar kommit till stånd gällande arbetet för kvinnofrid, trots beslutet i riksdagen 1998. De såg också ett behov av en instans som kunde fortsätta rådets uppgift som forum för kunskapsinsamling och informations spridning. Därför föreslog rådet att regeringen skulle verka för inrättandet av ett nationellt institut där kunskaperna från kvinnofridsarbetet kunde utvecklas och spridas.

De politiska insatserna för att motverka våld mot kvinnor har under 2000-talet fortsatt genom ett flertal åtgärder. Lagstiftningen har genomgått flera stora förändringar i syfte att förstärka skyddet för våldsutsatta kvinnor, offer för sexuella övergrepp, människohandel och hedersvåld samt barn som bevittnar våld. Sexualbrottslagstiftningen har gjorts könsneutral och utvidgats så att flera kränkande handlingar omfattas av våldtäktsbrottet. I socialtjänstlagen har kommunernas ansvar förtydligats. Regler om sekretess, kontaktförbud och målsägandebiträde har reviderats.

I regeringens *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (Skr 2007/08:39) klargjordes myndigheternas ansvar och skyldigheter ytterligare och den synliggjorde även särskilt sårbara grupper. Inom olika politikområden omfattade handlingsplanen en mängd åtgärder såsom ökat skydd och stöd till våldsutsatta, stärkt förebyggande arbete, stärkt kvalitet och effektivitet i rättsväsendet, utveckling av insatser riktade till våldsutövare, ökad samverkan och ökade kunskaper.⁶

Hösten 2016 presenterade regeringen *En nationell strategi för att bekämpa mäns våld mot kvinnor*, som en del i den jämställdhetspolitiska skrivelsen *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*. Strategin omfattar en tioårsperiod med början 1 januari 2017.⁷

⁶ Regeringen (2007).

⁷ Regeringen (2016).

Hälsa- och sjukvårdens ansvar

Ett flertal vetenskapliga studier har visat att våldsutsatthet är vanligt bland personer som söker hälso- och sjukvård. Forskning har också visat att den som utsatts för våld löper större risk att drabbas av en lång rad psykiska och fysiska symtom på ohälsa.⁸ Sjukvården har därför en nyckelroll för att upptäcka våldsutsatthet så att patienten kan få adekvat behandling och stöd att förändra sin situation. Att till exempel behandla depression, långvariga smärttillstånd eller beroendesjukdomar utan att ställa frågor om våldsutsatthet kan inte betraktas som god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen. Genom att upptäcka våldsutsatthet tidigt kan sjukvården minska lidandet för patienten och spara kostnader för samhället.⁹



⁸ NCK (2013a), NCK (2014).

⁹ NCK (2010a).

¹⁰ Brottsförebyggande rådet (2016).

¹¹ Ibid.

Förekomst av våldsutsatthet i Sverige

Våld är vanligt förekommande i vårt samhälle och utvecklingen kan följas genom kriminalstatistik (antal polis-anmälda fall) och årliga brottsofferstudier. I studierna tillfrågas ett stort antal personer om sina erfarenheter av att ha varit utsatta för brott under det gångna året. Genom Nationella trygghetsundersökningen som utförs av Brottsförebyggande rådet (Brå),¹⁰ blir det tydligt att en stor del av våldet inte anmäls. Mörkertalen är särskilt stora när det gäller sexualbrott och våld i nära relationer.¹¹

För att få en större kunskap om våldets karaktär, förekomst, konsekvenser för offret och vilka förövarna är, har särskilda forskningsstudier genomförts där deltagarna svarat på detaljerade frågor i enkätform. Studierna har varit befolkningsbaserade eller utförts i en hälso- och sjukvårdskontext. De olika typerna av studier utgör viktiga pusselbitar till den samlade kunskapen om förekomsten av våld och konsekvenserna för de drabbade.

Den första befolkningsbaserade svenska

undersökningen om förekomsten av våldsutsatthet, *Slagen Dam*, genomfördes år 2000. Studien fokuserade på kvinnors utsatthet och visade att 46 procent av kvinnorna i åldersgruppen 16–64 år hade utsatts för någon form av sexuellt, fysiskt och eller psykiskt våld från en man.¹²

För att undersöka förekomsten av våldsutsatthet bland både kvinnor och män samt vilka konsekvenser detta kan ha för hälsan, initierade NCK tio år senare ett forskningsprojekt, *Kvinnors och mäns utsatthet för våld i ett befolkningsperspektiv – en nationell studie*. Projektet var ett samarbete mellan NCK och Institutionen för socialt arbete vid Umeå universitet. Totalt inbjöds ett representativt urval bestående av 10 000 kvinnor och 10 000 män att svara på en enkät om våldsutsatthet samt fysisk eller psykisk hälsa. En första basrapport, *Våld och hälsa – en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*, publicerades 2014. Den visade att våldsutsattheten var hög ur ett livstidsperspektiv. 46 procent av kvinnorna och 38 procent av männen hade varit utsatta för allvarligt sexuellt, fysiskt och psykiskt våld någon eller några gånger i sitt liv. Kvinnorna var mer utsatta för sexuella övergrepp och upprepat och systematiskt psykiskt våld, medan männen var mer utsatta för fysiskt våld och hot om våld. När det gällde våld av partner var dock kvinnornas utsatthet generellt större. För



fysiskt våld och hot av en partner handlade det om 14 procent, för upprepat och systematiskt psykiskt våld av en partner 20 procent. Motsvarande resultat för männen var fem respektive åtta procent. Vidare uppgav sju procent av kvinnorna att de blivit utsatta för allvarligt sexuellt våld av en aktuell eller tidigare partner. Motsvarande siffra för männen var en procent.¹³

I enkäten ställdes även frågor om deltagarnas aktuella psykiska och fysiska hälsa såsom symtom på ångest och depression, posttraumatiskt stressyndrom, riskbruk av alkohol, självs kattad hälsa, förekomst av psykosomatiska symtom samt självskadebeteende. Resultaten visade att det fanns starka kopplingar mellan våldsutsatthet och de ohälsotillstånd som undersökts. Det gällde oavsett under vilken period i livet som övergreppen skett.¹⁴

¹² Lundgren et al (2001).

¹³ NCK (2014).

¹⁴ Ibid.

Beredskap för att möta våldsutsatta kvinnor

Rikskvinnocentrum gjorde en första nationell kartläggning av landstingens arbete och beredskap för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor 1997.¹⁵ Den visade på stora variationer både när det gällde rutinerna för att upptäcka våldsutsatthet och det fortsatta omhändertagandet. Få landsting hade övergripande resurser eller åtgärdsprogram, men i flera landsting pågick ett arbete med att ta fram både åtgärds- och handlingsprogram. Hälften av landstingen medverkade i samverkansgrupper med andra myndigheter och sex av landstingen hade specialenheter för våldsutsatta kvinnor, inom psykiatri eller inom kvinnosjukvården.

När kartläggningen upprepades 2005 fanns det övergripande dokument och formaliserad samverkan med andra myndigheter och idéburna organisationer i nästan alla landsting. Kartläggningen visade dock på stora variationer när det gällde vad dessa dokument omfattade. Om landstinget hade ett övergripande dokument var det något vanligare att det fanns vårdprogram ute i verksamheterna. Totalt hade hälften av akutsjukhusen och primärvårdsområdena vårdprogram för misshandel och något färre för sexuella övergrepp. Utbildningsaktiviteten varierade också mycket.

¹⁵ Rikskvinnocentrum (1998).

¹⁶ Rikskvinnocentrum (2006a).

¹⁷ Lundgren et al (2001).

¹⁸ NCK (2014).

¹⁹ NCK (2010a).

Slutsatsen blev att förutsättningarna för att en våldsutsatt kvinna skulle få ett gott omhändertagande växlade beroende på var hon sökte i landet, något som beskrevs som ett geografiskt lotteri.¹⁶

Att fråga om våldsutsatthet

Våldsutsatta kvinnor söker ofta hjälp inom hälso- och sjukvården för såväl akuta som kroniska symtom, men nämner sällan våldet om personalen inte ställer direkta frågor. Det är långtifrån alltid som våldet är synligt i form av fysiska skador. I *Slagen Dam* uppgav endast en fjärdedel av de utsatta kvinnorna att de sökt vård akut efter den senaste fysiska misshandeln.¹⁷ I *Våld och hälsa* påvisades tydligt att våldsutsatthet är kopplat till en lång rad vanliga symtom på fysisk och psykisk ohälsa som patienter söker för på olika håll i vården.¹⁸ Att så få berättar spontant om sina erfarenheter kan bero på känslor av skuld och skam, men också rädsla för att inte bli väl bemött.¹⁹ Många är inte heller själva medvetna om att mag- och tarmbesvär, ångest, depression och kroniska smärtor kan orsakas av att leva i ett förhållande där våld och hot förekommer. Frågor om utsatthet för våld bör därför ställas till samtliga patienter som en del av sjukdomshistorien,

så att alla ges en möjlighet att berätta. Att upptäcka våldsutsattheten så tidigt som möjligt och erbjuda ett adekvat omhändertagande ger kvinnan en möjlighet till ökad livskvalitet och minskat lidande. Det minskar dessutom kostnaderna för samhället.

Positivt att få frågan

Forskning har visat att de allra flesta kvinnor finner det naturligt att bli tillfrågade om våldsutsatthet av hälso- och sjukvårdspersonal.²⁰ Kvinnorna uttrycker att det är positivt att vårdgivaren öppnar för en dialog och erbjuder en möjlighet att få hjälp. Frågor om våld ska ställas i enskildhet. Patienten gör alltid ett aktivt val om och vad hon vill berätta. Det kan finnas en mängd olika skäl till att den som är våldsutsatt väljer att vänta med att anförtro sig om sin situation, till exempel att hon inte definierar sina upplevelser som våld eller inte förstår att ohälsa kan vara kopplat till våldsutsatthet. Det kan också bero på brist på tid eller förtroende.

Att personalen är intresserad och tar sig tid att lyssna till patientens berättelse utan att ifrågasätta är viktigare än hur frågan ställs. Det kan emellertid underlätta att komma igång om det finns exempel på hur frågorna kan formuleras.²¹ Om patientens berättelse inte överensstämmer med skadans utseende är det ett

varningstecken som bör följas upp med frågor om våld. Det faktum att hälso- och sjukvården ställt frågan visar att intresse och kompetens finns. Det kan leda till att patienten får förtroende för sjukvården och återkommer vid ett senare tillfälle. Frågan kan också starta en process som leder till att den utsatta kvinnan får insikt om sin situation.

Att ställa frågorna till samtliga patienter kan dessutom hjälpa till att fästa uppmärksamheten på hur vanligt förekommande våld är i samhället. Studier har visat att kvinnliga patienter uppskattar att personalen informerar om att frågan ställs rutinemässigt till alla som söker vård eftersom våldsutsatthet kan ge olika former av symtom och besvär. Informationen bör också innefatta vilka möjligheter till stöd som finns.²²

Vissa typer av funktionsnedsättning, missbruk eller prostitution kan göra att kvinnor löper en högre risk att utsättas för våld. Kvinnorna kan vara än mer utlämnade till sin partner eller andra personer de är i beroendeställning till och studier visar att de i högre grad än andra har varit utsatta för flera typer av våld. Om patienten har en följeslagare, vare sig det är en anhörig, god vän eller personal, och det inte går att få patienten i enrum bör frågan ställas vid ett senare tillfälle. Om patienten har en funktionsnedsättning som gör det svårare att

²⁰ Stenson (2001b), Socialstyrelsen (2002), European Union Agency for Fundamental Rights (2014).

²¹ NCK (2010a), Berglund & Witkowski (2014).

²² NCK (2010a).

kommunicera ställs särskilda krav på personalen. Ibland kan hjälpmedel behövas.²³

Forskningen kring manliga patienters åsikter om att få frågor om våld är ännu så länge begränsad. Men det kan finnas ytterligare hinder för en man att tillstå att han varit utsatt för våld från en närstående.²⁴

Att fråga om våld som en del av sjukdomshistorien

Inom ramen för regeringens handlingsplan *Att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer* (Skr 2007/08:39) fick NCK i uppdrag att utarbeta metoder för att upptäcka våldsutsatthet bland kvinnor.²⁵ Uppdraget innebar att utreda förutsättningarna för att inkludera frågor om personlig erfarenhet av våld som en del av sjukdomshistorien inom hälso- och sjukvården. Resultatet sammanställdes i rapporten *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*.

Rapporten är en antologi där första delen behandlar förekomsten av våld mot kvinnor och våld i nära relationer, konsekvenserna för hälsan, kvinnornas egen uppfattning om att bli tillfrågade och vad ett gott bemötande består av. Den andra delen av rapporten tar upp kliniska aspekter på att identifiera våldsutsatthet inom olika områden av hälso- och sjukvården.



Forskare och experter inom primärvård, kvinnosjukvård, akutsjukvård och psykiatri fick analysera det vetenskapliga stödet för att ställa frågor om våld till kvinnliga patienter som rutin. Författarna var eniga om nyttan av att upptäcka våldsutsatthet, både utifrån forskningsläget och sina egna kliniska erfarenheter. Slutsatsen blev att frågor om våld bör ställas rutinmässigt.

Socialstyrelsen fick som en följd av detta ett regeringsuppdrag att sammanställa en vägledning för hur och när frågor om våld ska ställas inom hälso- och sjukvården. Myndigheten rekommenderade i sin vägledning *Att vilja se, att vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet* att kvinnor skulle tillfrågas rutinmässigt inom mödrahälsovård och psykiatri samt att frågor om våld skulle ställas vid kontakt med barn- och ungdomspsykiatri.²⁶

Den höga förekomsten av våldsutsatthet

²³ NCK (2013b).

²⁴ NCK (2010a).

²⁵ Regeringen (2007).

²⁶ Socialstyrelsen (2014).

och de allvarliga konsekvenserna för hälsan har således uppmärksammats alltmer i Sverige. För första gången finns det nu föreskrifter och allmänna råd för arbetet med kvinnor, män och barn som utsatts för våld i nära relationer, SOSFS 2014:4.²⁷ Föreskrifterna vänder sig förutom till hälso- och sjukvården även till socialtjänsten samt tandvården. Där anges vårdgivarens ansvar för när och hur frågor om våld ska ställas. Det framhålls att yrkesverksamma bör ha kunskap om våld och övergrepp i nära relationer. Även samverkan för att skapa förutsättningar för att samordna olika insatser beskrivs. Som ett komplement till SOSFS 2014:4 uppdaterade Socialstyrelsen 2016 *Våld – en handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relation*.²⁸

Att hantera svaret

En förutsättning för att det ska vara meningsfullt att fråga kvinnor om våld är att det finns en beredskap för att ta emot kvinnans berättelse och rutiner för det fortsatta omhändertagandet. Det bör finnas ett vårdprogram som anger hur utredning, behandling, remittering och uppföljning ska genomföras. Personalen bör också ha rutiner för att hänvisa vidare om patienten önskar och har ett sådant behov. Rutinen kan bestå i att informera om och lämna ut ett telefonkort till den nationella stödtelefonen



Kvinnofridslinjen, eller förmedla kontakt med kuratorn på mottagningen eller andra lokala resurser för stöd. I samband med sexuella övergrepp och fysisk misshandel krävs det även rutiner för spårsäkring, provtagning, inläggning och uppföljning.

Vid ett akut omhändertagande är det extra viktigt att rutinerna är lättillgängliga och kortfattade.²⁹ De måste dessutom vara kända för medarbetarna. När Inspektionen för vård och omsorg, IVO, 2013 gjorde en tillsyn av landstingens arbete med våldsut-satta kvinnor och barn som bevittnat våld, framkom att de flesta landsting hade rutiner men att kännedomen om dem i vissa fall var bristfällig bland medarbetarna.³⁰

Medicinskt omhändertagande

Utifrån de skador och symtom som finns bedöms behovet av vård och behandling. I det akuta skedet är det medicinska omhändertagandet av fysiska skador det primära. Det är viktigt att skadorna dokumenteras eftersom

²⁷ Ibid.

²⁸ Socialstyrelsen (2016a).

²⁹ Berglund & Witkowski (2014).

³⁰ Inspektionen för vård och omsorg (2014).

de kan utgöra stödbevisning i en framtida rättsprocess. Vård och behandling ska ges av den enhet som är relevant för skadan.

Att känna till vanliga symtom där våld och övergrepp kan vara bakomliggande faktorer är väsentligt för att kunna identifiera, behandla och dokumentera. Sjukdomshistorien inklusive uppgifter om våldsutsatthet är ett viktigt underlag för att kunna vidta korrekta åtgärder och dokumentationen är särskilt viktig vid upprepad kontakt med sjukvården. Sena effekter av våldet är betydligt svårare att upptäcka än de akuta. Om alla medarbetare har en grundläggande kunskap och förståelse av våldet och kopplingarna till hälsa, förbättras förutsättningarna för att ställa frågor om våld och ge adekvat behandling och stöd.

Psykosocialt stöd

Att vara utsatt för våld från en person som man har ett förtroendefullt förhållande till ger genomgripande effekter på självförtroendet och om det varar länge även på livssituationen.³¹ Kvinnor som utsätts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld kan reagera på en rad olika sätt. Ofta har kvinnan en djup känsla av skam och upplever att hon haft ett ansvar för våldet. Psykosocialt stöd kan ges i form av kris- och stöd-samtal för att stärka och utveckla kvinnans självkänsla och nätverk. Att kvinnan gör en polisanmälan kan vara en viktig del i upprättelsen men hon behöver ofta stöd genom den rättsliga processen.

Det är viktigt att upplysa kvinnan om vanliga reaktioner på våldet och informera om hur hon kan få stöd att hantera dem. Symtomen kan vara både fysiska och psykiska. Hon kan även behöva stöd för att söka hjälp hos andra myndigheter. Även den som bevittnat våld kan behöva stöd. Barn som upplever våld mellan föräldrarna eller i hemmet löper dessutom risk att själva utsättas för våld. Om det finns barn i relationen måste därför deras situation bedömas, inte minst behovet av skydd. Yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården har en skyldighet enligt socialtjänstlagen kap 14 § 1 att anmäla till socialnämnden om de får kännedom om eller misstänker att barn far illa.



³¹ Nordborg (2014).

Dokumentation

I patientjournalen ska uppgifter som är väsentliga för patientens vård skrivas ned. Vid ett akut besök ska hela kroppen undersökas och samtliga skador dokumenteras. När någon har utsatts för våld, i synnerhet om våldet utövas av en närstående, bör det finnas rutiner för hur dokumentationen bäst ska ske. Journalanteckningen får inte utgöra en säkerhetsrisk för patienten.

Skydd och sekretess

Den som är utsatt för våld och hot om våld kan ansöka om att få skyddade personuppgifter. Erfarenheten har visat att rutiner för hur detta skydd ska kunna upprätthållas vid kontakt med hälso- och sjukvården är av yttersta vikt. Det finns många situationer där sekretessen kring en patient oavsiktligt kan röjas och varje sjukvårdande enhet bör identifiera sådana risksituationer. Rutiner som gör det möjligt att föra patientjournal även om en patient har skyddade personuppgifter regleras av Socialstyrelsen.

Samverkan

I Socialstyrelsens föreskrift 2014:4 *Våld i nära relationer* finns angivet att vårdgivaren ska samverka internt. Målsättningen är att åtgärderna inom hälso- och sjukvården inte ska motverka varandra. Om flera åtgärder riktas till en och samma familj ska de

” Att vara utsatt för våld från en person som man har ett förtroendefullt förhållande till ger genomgripande effekter på självförtroendet och om det varar länge även på livssituationen.

samordnas, dock med beaktande av trygghet och säkerhet för utsatta och deras barn. Vårdgivaren ska också samverka externt med andra myndigheter, verksamheter och organisationer för att skapa förutsättningar för att åtgärderna verkar åt samma håll. Skyldigheten att samverka gäller emellertid endast för sådana uppgifter som inte bryter mot offentlighets- och sekretesslagstiftningen. Det är vårdgivarens ansvar att fastställa var inom verksamheten ansvaret för samverkan ska ligga.³²

Många gånger krävs insatser från flera olika myndigheter och andra aktörer såsom idéburna organisationer. Enligt förvaltningslagen har myndigheter en generell skyldighet att samverka genom att hjälpa varandra inom ramen för den egna verksamheten. Om det finns behov av samordning av insatser från både hälso- och sjukvården och socialtjänsten kan en så kallad samordnad individuell plan upprättas tillsammans med patienten. För detta krävs dock patientens samtycke.

³² Björck (2014), Berglund & Witkowski (2014).

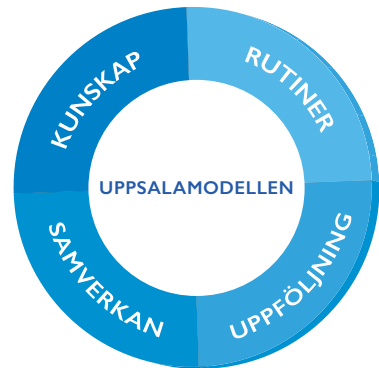
Uppsalamodellen

– från forskning till praktik

Inledning

I mer än 20 års tid har ett långsiktigt och strategiskt utvecklingsarbete för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av våldsutsatta kvinnor bedrivits i Uppsala. Det har resulterat i en väl fungerande modell med rutiner och grundläggande strukturer för att ställa frågor om våldsutsatthet och kunna ge adekvat vård till kvinnor som utsatts för våld. Fyra faktorer har visat sig vara särskilt viktiga för att nå framgång i det arbetet: kunskap, rutiner, kontinuerlig uppföljning och samverkan.

Uppsalamodellen har vuxit fram stegvis utifrån erfarenheter av kliniskt arbete, samverkan och forskning. Att frågan varit högt prioriterad av den politiska och operativa ledningen i landstinget och vid Akademiska sjukhuset och även av universitetsledningen har varit en förutsättning för utvecklingen. Genom Rikskvinnocentrum och senare NCK har rutiner och vårdprogram som utvecklats i Uppsala omsatts nationellt. Detta har i sin tur gett landstinget en framträdande roll i Sverige i arbetet med våldsutsatta kvinnor.



Grund för korrekt omhändertagande

I början av 1990-talet påbörjade Landstinget i Uppsala län och Rikskvinnocentrum (senare NCK) ett strategiskt arbete för att förbättra omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor som söker vård. Efter hand som ny kunskap eller nya förutsättningar tillkommit har rutiner och utbildningar reviderats och vidareutvecklats. De olika delarna i Uppsalamodellen – kunskap om våld; rutiner för att ställa frågor, hantera svaret och dokumentera; kontinuerlig uppföljning och professionell samverkan – bildar tillsammans en grund för ett korrekt omhändertagande av våldsutsatta kvinnor och det stöd som personalen behöver. Genom att arbeta

enligt modellen kan hälso- och sjukvården och tandvården erbjuda en god vård i enlighet med hälso- och sjukvårdslagen och kraven i Istanbulkonventionen samt Socialstyrelsens föreskrift SOSFS 2014:4.

Under arbetets gång har nya forskningsrön och metoder som prövats kliniskt fått nationell spridning. Uppsala har blivit ett nav för utbyte av erfarenheter på området. Ett exempel är det doktorandprojekt vid Uppsala universitet om våldsutsatthet som påbörjades inom mödrahälsovården i Uppsala 1997. Det ledde till att Landstinget i Uppsala län införde rutiner om att ställa frågor om våld till gravida redan 2001. Arbetsstättet spreds till barnmorskor i hela Sverige och 2008 kom nationella rekommendationer. I dag, 20 år efter det första forskningsprojektet, får 85 procent av alla kvinnor i landet frågor om våld under sin graviditet.

Rutiner, handlingsprogram och vårdprogram har spelat en viktig roll genom att fungera som ett stöd i det praktiska arbetet. Personalen har fått direktiv att luta sig emot och vet vad som förväntas av dem. Men det räcker inte med skriftliga dokument. Minst lika viktigt är att både ansvariga chefer och medarbetare har en förståelse för hälso- och sjukvårdens nyckelroll och den starka kopplingen mellan våld och ohälsa. Bara om arbetet med våldsutsatta kvinnor har en hög prioritet och engagemanget är starkt kommer verkliga framsteg att ske, vilket erfarenheterna i Uppsala tydligt visar.

Ett omfattande utvecklingsarbete har också skett vid Landstinget i Uppsala län när det gäller dokumentation. Att doku-

mentation sker på ett säkert sätt i den elektroniska patientjournalen under sökordet *våldsutsatthet i nära relationer* är av stor betydelse. Den sökordsmall som utvecklats fungerar som ett stöd till personalen, bland annat genom att nödvändiga dokument och hänvisningar kan visas på datorskärmen om man fyller i ett jakande svar. Den ger också nya möjligheter till uppföljning och kvalitetssäkring. Genom att ta fram utdata om vad som dokumenterats kan statistik föras och ett effektivt kvalitetsarbete bedrivs.

Även professionell samverkan är central. Det gäller såväl internt i hälso- och sjukvården som externt med socialtjänsten, kvinnojourer och olika rättsvårdande myndigheter. Samarbetet mellan rättsväsendet och Rikskvinnocentrum initierades tidigt. Polisen i Uppsala blev först i landet med att inrätta en familjevårdsenhet och den första domen i landet för grov kvinnofridskränkning avkunnades i Uppsala tingsrätt 1998. Den grund för långsiktig samverkan som lades i Uppsala på 1990-talet har haft stor betydelse för utvecklingen även nationellt, inte minst när det gäller samarbetet mellan hälso- och sjukvården och rättsväsendet i samband med sexuella övergrepp.

” Rutiner, handlingsprogram och vårdprogram har spelat en viktig roll genom att fungera som ett stöd i det praktiska arbetet.

En viktig förutsättning för många av de framsteg som gjorts är att medarbetarna har en gemensam förståelse för och kunskap om våldet. Landstingets personal har fortlöpande erbjudits vidareutbildning inom området och fått tillgång till webbaserat metod- och kompetensstöd. Här har närheten till Rikskvinnocentrum och senare NCK spelat en viktig roll. I dag finns det nationella kompetensstöd som genom åren utarbetats lätt tillgängligt, inte bara för personalen i Region Uppsala, utan för alla i landet.

Uppsalamodellen kommer att fortsätta utvecklas under många år framöver. Fler enheter och kliniker står på tur för att införa arbetssättet och omhändertagandet av våldsutsatta patienter behöver även fortsättningsvis förbättras. Nya medarbetare tillkommer ständigt och behöver läras upp. Mycket arbete återstår och det krävs uthållighet för att bibehålla en hög kvalitet. Samtidigt är det viktigt att ibland stanna upp och se vilka framsteg som gjorts och vilket arbete som ligger bakom.

På senare år har de formella kraven på hälso- och sjukvårdens och tandvårdens arbete för våldsutsatta kvinnor ökat. I kombination med en ökande medvetenhet om problemets omfattning och hälso- och sjukvårdens ansvar har det lett till att ambitionerna har höjts. I slutet av 2016 hade samtliga landsting och regioner ett vårdprogram för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor.³³ Förhoppningen är att presentationen av framväxten av Upp-

salamodellen kan fungera som stöd och inspiration till hälso- och sjukvården i hela landet att fortsätta utveckla sitt arbete på området. Målet är att samtliga kvinnor som utsätts för våld ska få det stöd och den vård från hälso- och sjukvården och tandvården som de har rätt till, och ökade förutsättningar till upprättelse i en eventuell rättsprocess.

Från Rikskvinnocentrum till Nationellt centrum för kvinnofrid

I delbetänkandet *Ett centrum för kvinnor som våldtagits och misshandlats* (SOU 1994:56) föreslog Kvinnovåldskommissionen att ett centrum skulle inrättas inom hälso- och sjukvården för utsatta kvinnor. Kommissionen betonade att verksamheten inte skulle utgöra en försöksverksamhet eller ett tidsbegränsat forskningsprojekt. Grundtanken var i stället att det under en lång tid framöver skulle komma att behövas en specialiserad verksamhet inom hälso- och sjukvården för kvinnor som utsatts för våld. År 1994 inrättades Rikskvinnocentrum vid Akademiska sjukhuset med Landstinget i Uppsala län som huvudman och med staten som medfinansier. Syftet var att inrätta ett kompetenscentrum som utifrån ett kvinnoperspektiv skulle skapa former för ett gott omhändertagande i vården för kvinnor som misshandlats och våldtagits. Centrumet skulle även bedriva utbildning och forskning och ett samarbete med Uppsala universitet initierades.

³³ NCK (2016a).



” Det är viktigt att ställa frågor om våld, frågorna gör att vi kan fånga upp de som utsatts.

Eva Ljungberg Månflod,
avdelningschef i psykiatri



Lena Smith, överläkare



Karin Vinnars, barnmorska och Elin Bolander, tf verksamhetschef



Eleonor Arén, samordnande sjuksköterska



Magnus Josephson, sjuksköterska

Starten innebar en fortsättning och förstärkning av det arbete med utbildning och vårdprogram för omhändertagande av kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt som inleddes i slutet av 1980-talet. Genom centrumets verksamhet fick nu hälso- och sjukvården i hela landstinget en ny resurs för våldsutsatta kvinnor samt tillgång till utbildning, expertkunskap och forskning. Den kliniska verksamheten har gett centrumet en unik inblick i våldsutsatta kvinnors situation och deras behov. Denna kunskap har legat till grund för forskning och metodutveckling inom ramen för Uppsalamodellen.

Rikskvinnocentrumets verksamhet utvecklades under åren i enlighet med huvuduppgifterna som var att:

- utveckla metoder för att ta hand om våldsutsatta kvinnor i en patientverksamhet
- samverka med andra vårdinrättningar och de instanser i samhället som möter våldsutsatta kvinnor
- utbilda olika personalkategorier samt bedriva forskning inom framför allt den medicinska sfären men också tvärdisciplinärt om orsaker till och förekomst av våld mot kvinnor
- informera och bilda opinion i samhället.

Genom att samla kunskap som mäns våld mot kvinnor från dagligt patientarbete, forskning och samverkan förvärvades en specialistkompetens baserad på klinisk erfarenhet och teoretisk kunskap som

gav trovärdighet och legitimitet. Därmed skapades en plattform som gjorde det möjligt att nå ut till alla nivåer i samhället.

Starten innebar att Sverige fick sin första öppenvårdsmottagning för kvinnor som misshandlats och våldtagits. Till en början var mottagningen en del av Akademiska sjukhusets kvinnoklinik. År 2001 blev Rikskvinnocentrum en egen klinik. Den bemannades dagtid av gynekolog, barnmorska och socionomer. En jourläkarlinje möjliggjorde omhändertagande av våldsutsatta kvinnor dygnet runt. Läkare, kuratorer och barnmorskor i en beredskaplinje utförde även konsultationer dygnet runt på sjukhusets övriga kliniker. Till stöd för verksamheten och i enlighet med Rikskvinnocentrumets uppdrag utarbetades rutiner och vårdprogram för Landstinget i Uppsala län men också för nationell spridning.

Efter tio års fortskridande arbete växte så småningom behovet av att utvidga och omdana verksamheten. Regeringen beslutade 2004 att tillkalla en särskild utredare med uppdrag att utreda och föreslå formerna för en ombildning av Rikskvinnocentrum till ett nationellt kunskapscentrum. I betänkandet *Ett nytt nationellt kunskapscentrum – ombildning av RKC* (SOU 2004:117) konstaterade



Den kliniska verksamheten har gett centrumet en unik inblick i våldsutsatta kvinnors situation och deras behov.

utredaren att det fanns ett stort behov av en statlig permanent verksamhet som uteslutande skulle ägna sig åt problemen kring mäns våld mot kvinnor. Den skulle kunna fylla flera viktiga funktioner och spela en betydelsefull roll inom ansvarsområdena utbildning, forskning, samverkan och information.

Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) inrättades vid Uppsala universitet 2006 efter beslut av regeringen och med uppdrag att utveckla och sprida kunskap och information om mäns våld mot kvinnor med ett rikstäckande perspektiv. Uppdraget utvidgades 2008 till att även gälla hedersrelaterat våld samt våld i samkönade relationer. I uppdraget ingår att sammanställa aktuell forskning, kontinuerligt analysera behovet av ny forskning och bedriva forskning med anknytning till den kliniska verksamheten vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. Vidare att vara ett stöd för myndigheter och organisationer i frågor om mäns våld mot kvinnor, stödja myndigheterna i deras metodutveckling, verka för en effektiv samverkan mellan berörda myndigheter och organisationer samt att utveckla och sprida evidensbaserade metoder för bemötande och omhändertagande av personer som har misshandlats eller våldtagits.³⁴

En grundförutsättning för all utveckling är kunskap. Därför har utbildning varit en av hörnstenarna i verksamheten ända sedan starten. Uppbyggnaden och utvecklingen av utbildningsverksamheten beskrivs i kapitlet *Kunskap om mäns våld mot kvinnor – ett utbildningskoncept formas*.

Samlat vårdkoncept vid kvinnofridsmottagningen

Den kliniska verksamheten kvarstod vid Akademiska sjukhuset. Kvinnofridsenheten består i dag av kvinnofridsmottagningen och den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen. Den senare drivs på uppdrag av staten och enligt avtal med Uppsala universitet.

Kvinnofridsmottagningen bedriver som tidigare patientverksamhet i öppenvård för våldsutsatta kvinnor. Målgruppen är kvinnor från 18 år som söker för våldsutsatthet och är bosatta i Uppsala län, men även kvinnor från andra landsting kan tas emot. Mottagningen har utvecklat en egen modell med ett samlat vårdkoncept för våldsutsatta kvinnor med följande delar: kartläggning av våldet, riskbedömning av kvinnans situation, behovsbedömning av medicinska, psykiatriska, psykoterapeutiska och sociala insatser samt behov av insatser för barn, kris- och behandlings-samtal, individuella behandlingsplaner samt dokumentation och uppföljning.

För att det medicinska omhändertagandet vid sexuella övergrepp ska bli optimalt har ett nära samarbete utvecklats med kvinnokliniken vid Akademiska sjukhuset och detta har visat sig fungera väl. Det akuta omhändertagandet av kvinnor som utsatts för sexuella övergrepp sker på dagtid på kvinnofridsmottagningen och under jourtid på kvinnoklinikens akutmottagning. Kvinnan får alltid tid för återbesök för uppföljande medicinsk behandling och psykosocialt stöd på kvinnofridsmottagningen.

³⁴ Regeringen (2011).

Telefonrådgivning dygnet runt

Ända sedan starten 1994 har telefonrådgivningen till utsatta kvinnor och organisationer som möter våldsutsatta varit central. Till en början bemannades telefonen med kurator, barnmorska eller läkare dagtid samt med jourhavande barnmorska under nätter och helger. En utvärdering som gjordes 2003 visade att kvinnor från hela landet ringde men att samtalen från Uppsala län dominerade. Det visade sig att tre fjärdedelar av samtalen kom dagtid och att drygt tre fjärdedelar kom från utsatta kvinnor.³⁵

En viktig lärdom från den tidiga stödtelefonsverksamheten var att de ofta komplicerade frågeställningarna krävde en hög kompetens hos personalen vilket också hade lyfts i en tidigare utredning om en nationell stödtelefon.³⁶

I samband med ombildningen av Rikskvinnocentrum fick centrumet i uppdrag av regeringen att starta och driva en nationell stödtelefon för våldsutsatta kvinnor.³⁷ Erfarenheterna från Rikskvinnocentrumets telefonrådgivning låg till grund för uppbyggnaden av Kvinnofridslinjen som startade redan ett år senare, 2007. Till stödtelefonen, som är öppen dygnet runt, året om, ringer framför allt kvinnor som själva utsatts för våld men även anhöriga och vänner samt personal som möter våldsutsatta i sitt arbete.

³⁵ Rikskvinnocentrum (2004).

³⁶ NCK (2015).

³⁷ SOU (2004:117).

³⁸ NCK (2015).

” En viktig lärdom från den tidiga stödtelefonsverksamheten var att de ofta komplicerade frågeställningarna krävde en hög kompetens hos personalen vilket också hade lyfts i en tidigare utredning om en nationell stödtelefon.

År 2011 gav regeringen NCK i uppdrag att utveckla Kvinnofridslinjen ytterligare under en fyraårsperiod. Uppdraget syftade till att kvalitetssäkra det stöd som Kvinnofridslinjen ger till våldsutsatta kvinnor och att nå ut till fler av de som utsätts för hot, våld och sexuella övergrepp. Det slutredovisades i april 2015.³⁸

Antalet samtal har ökat successivt. Kvinnofridslinjen är numera Sveriges största stödtelefon och 2015 besvarade personalen för första gången fler än 31 500 samtal.

Nationellt handlingsprogram för omhändertagande vid sexuella övergrepp

I ett av tilläggsuppdragen från regeringen 2007 gav Justitiedepartementet NCK i uppdrag att utarbeta ett nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för våldtäkt och andra sexualbrott. NCK fick även uppdraget att i programmet förtydliga hälso- och sjukvårdens roll i förhållande till rättsväsendets myndigheter och rättskedjan. (Dnr Ju 2007/2177/KRIM). Uppdraget redovisades i form av *Handboken – Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*.³⁹ Handboken beskriver handläggningen av kvinnor och män som utsatts för sexuella övergrepp. Inom ramen för uppdraget och som en del i handboken utarbetade NCK också en guide för spårsäkring och provtagning i samråd med Nationellt forensiskt centrum (tidigare Statens kriminaltekniska laboratorium). NCK utvecklade även innehållet i den spårsäkringssats som används vid omhändertagandet av offer för sexuella övergrepp. 2008 fick NCK även regeringens uppdrag att implementera det nationella handlingsprogrammet i Sverige (Skr 2007/08:39)⁴⁰ och ett pilotprojekt genomfördes på fem orter.

Sedan januari 2011 har hälso- och sjukvården i hela landet tillgång till den nya spårsäkringssatsen. Handlingsprogrammet har medfört att alla läkare numera med

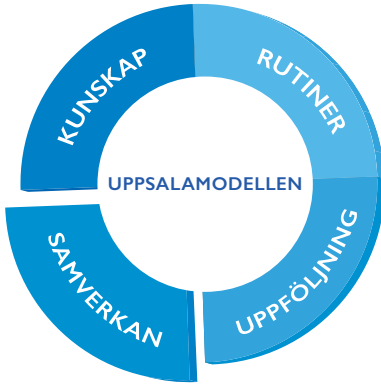
hjälp av guiden och spårsäkringssatsen kan utföra en fullgod undersökning och den drabbade kan få ett gott omhändertagande. Guiden och spårsäkringssatsen revideras regelbundet av NCK i samverkan med Nationellt forensiskt centrum.

I handlingsprogrammet påtalas behovet av att spårsäkringssatserna hanteras rättssäkert och att det krävs rutiner för hanteringen även inom polisen. Nationellt forensiskt centrum fick under 2016 ett uppdrag att i samverkan med Polisen och NCK ta fram en nationell rutin för ändamålet. Uppdraget omfattade hantering, förvaring samt uppföljning av spårsäkringssatserna och kommer att redovisas under 2017.



³⁹ NCK (2008).

⁴⁰ Regeringen (2007).



Samverkan en avgörande faktor

En avgörande faktor för utvecklingen av omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor är en effektiv och välfungerande samverkan mellan olika aktörer. Grundläggande förutsättningar är att det finns tydliga mål, riktlinjer, styrning, struktur, samsyn om våldets orsaker och konsekvenser, kompetens och långsiktighet. Det handlar således om ett träget och uthålligt arbete med att skapa och vidmakthålla ett nätverk där alla tar professionellt ansvar. Rikskvinnocentrum prioriterade redan från starten att bygga upp en fungerande och effektiv samverkan med de olika myndigheter och idéburna organisationer som verkar inom området. På lokal och regional nivå initierades samverkan såväl inom sjukhuset och övriga landstinget som med externa aktörer såsom rättsväsendet, socialtjänsten och kvinnojourerna. Den ökade kunskapen om varandras verksamheter med möjligheter och begränsningar underlättade det fortsatta arbetet inte minst

på en operativ nivå. Samverkan har sedan dess hela tiden utvecklats och anpassats till resurser och behov. Det professionella nätverket måste ständigt underhållas för att bestå även vid omorganisationer och när personalomsättningen är hög.

Hälso- och sjukvården

Den första tiden handlade samverkan om att etablera kontakt framför allt med dåvarande kvinnokliniken och akutmottagningen vid Akademiska sjukhuset för att utveckla viktiga rutiner i det akuta omhändertagandet vid misshandel och sexuella övergrepp. Successivt ledde ökad medvetenhet och kunskap genom stora utbildningsinsatser till att samverkan på olika nivåer kunde ske med de flesta andra enheter inom sjukhuset och även med andra sjukhus i länet.

Inom primärvården genomfördes en enkätundersökning bland samtliga läkare, mottagningssköterskor och distriktssköterskor för att kartlägga i vilken omfattning de hade mött våldsutsatta kvinnor i verksamheten. Resultatet ledde till en omfattande utbildningsinsats för samtliga medarbetare och senare togs också ett vårdprogram fram.

Inom psykiatrin utvecklades omhändertagandet av våldsutsatta kvinnor efter att Rikskvinnocentrum i början av 2000-talet genomfört en studie av patienter som sökte akut psykiatrisk vård i Uppsala. Strax under hälften av de cirka 300 kvinnor som besvarade enkäten hade varit utsatta för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld under sin livstid.⁴¹ Dåvarande Psykiatridivisionen

⁴¹ Claesson (2004).



” Tillsammans med sjukvården och polisen ska Åklagarmyndigheten göra allt som står i vår makt för att bryta våldet.

Eva Lundström, överåklagare och områdeschef vid Åklagarområde Mitt

” Att utreda mäns våld mot kvinnor kräver särskilda kunskaper. Det är ett kompetensområde i sig.

Här behövs särskilda insikter och förmåga att samverka tvärsektoriellt.

Lars Nylén, fd generaldirektör för Kriminalvården, rikskriminalchef och länspolismästare i Uppsala län



” Samverkan är avgörande för att kvinnor som utsatts för våld ska få hjälp.

Mary Nilsson, tidigare socialtjänstchef i Uppsala samt enhetschef på Socialstyrelsen

” Samarbetet med NCK är viktigt. Det gör att rutinerna kring hälso- och sjukvårdens spårsäkning hålls uppdaterade och att frågor tas omhand.

Ricky Ansell, verksamhetsexpert vid Nationellt forensiskt centrum



på Akademiska sjukhuset deltog senare i framtagandet av rutiner för dokumentation av våldsutsatthet och var de första verksamheterna inom slutenvården som införde sökordsmallen i den elektroniska patientjournalen.

Arbetet med att upprätthålla de goda kontakterna med övriga kliniska verksamheter inom Landstinget i Uppsala län som inleddes av Rikskvinnocentrum har fortsatt genom regelbundna möten även på senare år. Rikskvinnocentrum och därefter NCK har fungerat som en viktig resurs för landstinget som helhet. Övriga verksamheter tar ofta kontakt med NCK för att få råd och stöd i arbetet med omhändertagandet av våldsutsatta eller när det finns behov av handledning eller konsultation i enskilda fall.

Socialtjänsten

Våldsutsatta kvinnor har ofta behov av stöd från flera områden inom socialtjänsten, till exempel försörjningsstöd, bostadsstöd och i familjerättsärenden. Under de första åren utvecklades metoder och modeller för tvärssektoriell samverkan i ett samarbete mellan Rikskvinnocentrum och socialtjänsten i länets kommuner. Omfattande utbildningssatsningar genomfördes och flera kommuner utarbetade handlingsplaner för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor. Enköpings kommun blev en av de första kommunerna i Sverige att politiskt fastställa en handlingsplan.

Socialtjänstens stöd till våldsutsatta

har fortsatt att utvecklas genom åren och numera finns ett resurscentrum, Nexus, i Uppsala kommun. Nexus är en stödverksamhet för våldsutsatta kvinnor samt för barn och ungdomar som bevittnat våld. Här finns även ett skyddat boende.

På senare år har även Länsstyrelsen i Uppsala län arrangerat nätverksmöten för att stärka det lokala arbetet i länet mot våld i nära relationer. I dessa ingår förutom NCK även representanter från socialtjänsten, Polisen, Kriminalvården, hälso- och sjukvården samt idéburna organisationer som möter våldsutsatta och förövare.

Rättsväsendet

Samarbetet med rättsväsendet i Uppsala initierades på ledningsnivå genom diskussioner kring kunskapsutbyte, policyfrågor, värderingsfrågor och gemensamma strategier. Detta bidrog till att rättsväsendet i länet på flera områden låg i framkant när det gällde frågor kring våld mot kvinnor.

Polisen i Uppsala blev först i landet med att inrätta en enhet för familjevåld. Rikskvinnocentrum och Familjevåldsenheten arbetade tillsammans för att utveckla såväl samverkansformer och bemötandefrågor som handläggning av ärenden. Den modell som utvecklades blev en förebild för andra polismyndigheter.⁴²

En fallstudie om våldtäkt och våldtäktsförsök genomfördes 1998 i samarbete med Polisen och Åklagarkammaren i Uppsala. Studien lyfte särskilt betydelsen av rätts-

⁴² Nylén & Heimer (1999), Heimer & Nylén (1999), Nylén (2014).

intygens kvalitet. Rikskvinnocentrum utarbetade därför ett PM för spårsäkring och intygsskrivning vid sexuella övergrepp i samverkan med Uppsalapolisens tekniska rotel och dåvarande Statens kriminaltekniska laboratorium, nu Nationellt forensiskt centrum.

Värt att notera är att år 1998 avkunnades den första domen i Sverige för grov kvinnofridskränkning i Uppsala tingsrätt, samma år som den nya brottsrubriceringen infördes.

Ett nära samarbete med Rättsmedicinska enheten i Uppsala resulterade i en överenskommelse som innebär att en våldsutsatt kvinna erbjuds rättsmedicinsk undersökning och skadedokumentation även om inte någon polisanmälan gjorts.

Nationellt

Rikskvinnocentrum och senare NCK har under åren kontinuerligt samverkat nationellt med samtliga myndigheter inom rättsväsendet, Socialstyrelsen, kommuner, landsting, länsstyrelser och andra myndigheter och organisationer.

Ett exempel är samverkan med Nationellt forensiskt centrum som varit av stor vikt när det gäller att stärka en rättssäker hantering av sexualbrottsärenden med den utsatta kvinnan i centrum. Hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp ställer höga krav på en effektiv och rättssäker hantering av den tekniska bevisning som sjukvården kan tillföra rättsväsendet. Detta har lett till att NCK och Nationellt forensiskt cen-

” År 1998 avkunnades den första domen i Sverige för grov kvinnofridskränkning i Uppsala tingsrätt, samma år som den nya brottsrubriceringen infördes.

trum utbildar gemensamt och föreläser för både studenter och yrkesverksamma för att öka kunskapen inom sjukvården och rättsväsendet. I samarbete med Nationellt forensiskt centrum reviderar NCK kontinuerligt den spårsäkringssats och guide som används av hälso- och sjukvården vid undersökning efter ett sexuellt övergrepp. Även spårsäkringsproverna kvalitetssäkras för att säkerställa en korrekt hantering och god kvalitet på proverna.

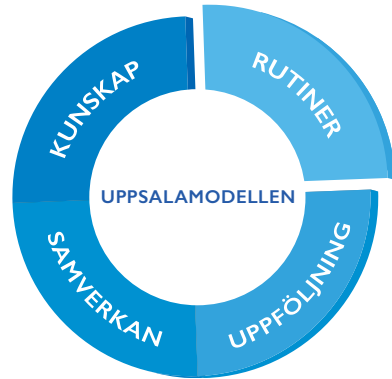
Nationell myndighetssamverkan

NCK är sammankallande i Nationell myndighetssamverkan där 18 nationella myndigheter, länsstyrelserna och organisationen Sveriges Kommuner och Landsting ingår. Gruppen fungerar som en arena för att utbyta erfarenheter, bolla idéer, sprida kunskap och möjliggöra samarbeten kring specifika projekt. Syftet är också att stimulera och stärka arbetet för kvinnofrid vid de olika myndigheterna. Myndighetssamverkan ska dessutom arbeta för att sprida kunskap till personer

som i sitt yrke eller ideella arbete möter våldsutsatta kvinnor, barn och unga som upplever våld och män som utövar våld. Nationell myndighetssamverkan tillkom efter att regeringen uppdragit åt en rad myndigheter att utveckla och vidmakthålla samverkan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor i propositionen *Kvinnofrid* (1997/98:55). Som en fortsättning av kvinnofridsuppdragen tog Socialstyrelsen år 2000 initiativ till samverkan mellan de myndigheter som berördes av frågan och nio år senare tog NCK över ansvaret.

NCK är också sammankallande för ett nätverk bestående av representanter från landstingen med ansvar för kvinnofridsfrågor. Nätverket är en samlingspunkt för erfarenhets- och kunskapsutbyte samt för att diskutera utbildningsfrågor och kvalitetssäkring.

Kvinnofridslinjens referensgrupp med representanter för de idéburna organisationer som har telefonrådgivning träffas en gång per termin. Kvinnofridslinjen samlar även myndigheter med ansvar för telefonrådgivning till ett seminarium årligen för utbildning och erfarenhetsutbyte.



Rutiner som stöd för personalen

Samspelet mellan forskning och praktik har fungerat som en motor för utvecklingen av Uppsalamodellen. Ibland har forskningen lett utvecklingen men lika ofta har behovet av handlingsprogram och rutiner i den kliniska vardagen drivit fram ny kunskap. Rutiner för den praktiska handläggningen fungerar som ett stöd för personalen. De säkerställer att patienten får ett adekvat omhändertagande och underlättar för personalen att fråga om våld.

Att fråga om våldsutsatthet inom mödrahälsovården blir rutin

Ett exempel på hur nya forskningsrön fått praktisk användning i Landstinget i Uppsala län och sedan fått nationellt genomslag är rutinen att fråga alla gravida om våldsutsatthet. År 1997 inleddes ett doktorandprojekt vid Uppsala universitet om våldsutsatthet bland gravida på

mödravårdscentralerna i länet.⁴³ I en av studierna tillfrågades alla gravida om våld i nära relation. I forskningsprojektet ingick även att studera kvinnornas uppfattning om att bli tillfrågade om våldsutsatthet.⁴⁴ Resultaten visade att våldsutsatthet var minst lika vanligt som havandeskapsförgiftning eller graviditetsdiabetes och att 97 procent av kvinnorna fann det acceptabelt att få frågor om våld av barnmorskan. Som en följd av detta infördes rutinen att ställa frågor om våldsutsatthet till alla gravida i basprogrammet i Landstinget i Uppsala län 2001.⁴⁵ Socialstyrelsens studie *Tack för att ni frågar* om våldsutsatthet bland kvinnor som sökte inom mödrahälsovården och på ungdomsmottagningar i Sverige visade att 90 procent ansåg att det var bra att frågor om våld ställdes vid besök på barnmorske- och ungdomsmottagningar.⁴⁶ I början av 2000-talet började därför allt fler barnmorskemottagningar i landet att rutinmässigt ställa frågor om våld till gravida. År 2008 rekommenderade Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi och Svenska Barnmorskeförbundet att alla gravida skulle tillfrågas om våldsutsatthet⁴⁷. Enligt det nationella kvalitetsregistret för mödrahälsovård har andelen tillfrågade sedan dess ständigt ökat. Den senaste årsrapporten visar att 85 procent av

alla gravida i Sverige får frågor om våld.⁴⁸

Även barnmorskornas erfarenheter av att ställa frågor om våld rutinmässigt har undersökts. Personalen betonade att de upplever att frågan är viktig och att det är ett svek mot patienterna om de inte får frågor om våld under sin graviditet. Barnmorskorna framhöll även vikten av att personalen får tillräcklig utbildning om våld och att det stöd som kan erbjudas kvinnorna är lättillgängligt. För att frågor om våld ska ställas kan förformulerade frågor vara till en hjälp i början och det anses viktigt att även personalen har möjlighet till stöd och konsultation. Flera faktorer som underlättar att ställa frågor om våld har lyfts fram i olika studier. Det har visat sig att frågor om våld ställs till fler patienter om det finns en tydlig policy från ledningen samt rutiner för att hantera svaret. Uppgiften handlar i hög grad om beredskap att lyssna och erbjuda stöd.⁴⁹

Att fråga om våld i övriga landstinget

Landstinget i Uppsala län utarbetade tidigt ett vårdprogram för omhändertagandet av kvinnor som utsatts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Rutinerna underlättar det kliniska arbetet och skapar förutsätt-

⁴³ Stenson (2004).

⁴⁴ Stenson et al (2001b).

⁴⁵ Stenson et al (2001a), Stenson et al (2001b).

⁴⁶ Socialstyrelsen (2002).

⁴⁷ Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008), Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2016).

⁴⁸ Socialstyrelsen (2016b).

⁴⁹ Stenson et al (2005), NCK (2010a).

ningar för att ställa frågor om våld. Vårdprogrammet har reviderats vartannat år.

Akademiska sjukhuset tog 2005 fram en handlingsplan för omhändertagande av våldsutsatta kvinnor på uppdrag av sjukhusdirektören. Rutinen för att fråga om våldsutsatthet och erbjuda ett fortsatt omhändertagande av våldsutsatta kvinnor utarbetades i form av ett enkelt flödeschema. Det upplevdes som tydligt och lätt att följa och rutinen antogs senare i hela landstinget. Flödesschemat har visat sig fungera väl även inom andra verksamheter. Försäkringskassan i Uppsala län har till exempel låtit det stå modell för sin rutin för att ställa frågor om våldsutsatthet vid utredning av rehabiliteringsärenden.

År 2005 tog akutmottagningen på Akademiska sjukhuset initiativ till att patienter som besökte akuten skulle tillfrågas om våldsutsatthet. En rutin för akutmottagningens omhändertagande som innebar att våldsutsatta kvinnor skulle tas omhand direkt skrevs av ledningsansvarig kirurg. De skulle snabbt få komma in på ett undersökningsrum och inte lämnas ensamma längre stunder. Alla medarbetare utbildades i att fråga om våld. Utbildningsinsatserna och handlingsplanen följdes upp och utbildning om våld ingår sedan dess i introduktionen för nyanställda.

Under de år som följde lades ett omfattande arbete ned på att systematiskt utbilda fler enheter i landstinget och öka kännedomen om befintliga rutiner. Medarbetare som fått kompetens inom området genom föreläsningar och utbildningar vid

NCK har bidragit till att antalet enheter som ställer frågor om våldsutsatthet till sina patienter har ökat. I dag ställs frågor om våld rutinmässigt vid 64 enheter inom tre förvaltningar i landstinget, vid Akademiska sjukhuset, Hälsa och habilitering samt Primärvården. Även privata vårdgivare ställer frågor till sina patienter.

I samband med att denna rapport togs fram har NCK låtit utföra en intervjustudie med chefer och personal från enheter vid Landstinget i Uppsala län som varit särskilt framgångsrika med att ställa frågor om våld rutinmässigt. Resultatet redovisas i kapitlet *Att ställa frågan om våld – en framgångsmodell i vården*.

Folktandvården har viktig roll

Även tandvården har en viktig roll i arbetet med våldsutsatta kvinnor genom att medverka till tidig upptäckt, behandling och dokumentation. Många skador av fysiskt våld visar sig i munhåla, genom tandskador och skador i ansiktet. Socialstyrelsens föreskrift 2014:4 *Våld i nära relationer* omfattar därför även tandvården. I *Regelbok för allmän barn- och ungdomstandvård i Landstinget i Uppsala län* betonas särskilt personalens



viktiga funktion att uppmärksamma tecken på våld och sexuella övergrepp.

NCK genomförde 2015 en utbildning om mäns våld mot kvinnor för Folk tandvårdens personal i länet. Folk tandvården har även tillgång till landstingets utbildningspaket, vårdprogram och landstingsövergripande rutiner.

Handlingsprogram för kvinnlig personal som utsatts för våld

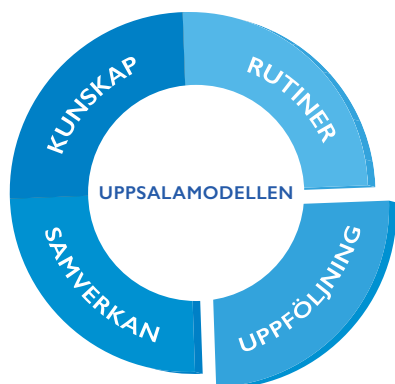
Under 2006 genomförde NCK en enkätstudie som visade hög förekomst av våldsutsattethet bland kvinnliga medarbetare vid Akademiska sjukhuset i Uppsala. I studien undersöktes också om det fanns faktorer hos den enskilda medarbetaren, som till exempel personlig erfarenhet av våld, som inverkade på omhändertagandet av patienterna. Studien visade att 23,5 procent av de knappt 600 kvinnorna i studien hade erfarenhet av att ha varit utsatta för våld av en nuvarande eller tidigare partner. Sex procent hade upplevt våld mellan sina föräldrar/styvföräldrar och 17,3 procent kände någon som utsatts av en närstående. Att känna till att våld förekom inom bekantskapskretsen visade sig vara den enda faktorn som säkert påverkade omhändertagandet. Sådana erfarenheter ledde till att man oftare ställde direkta frågor om våld.⁵⁰ En enkät till chefer i landstinget visade att många kände till att det fanns kvinnliga medarbetare som varit utsatta för våld i

nära relation. Många hade också konsulterat NCK för att få råd och handledning i enskilda fall. 2009 fick NCK därför i uppdrag av personaldirektören i landstinget att utforma ett handlingsprogram för åtgärder när kvinnliga medarbetare är utsatta för våld i nära relation. Handlingsprogrammet är tänkt som en vägledning för cheferna vid medarbetarsamtal.⁵¹ De fackliga organisationerna ställde sig positiva till handlingsprogrammet som de upplevde som ett välbehövligt verktyg för att lyfta frågor om våld till exempel vid långtids-sjukskrivningar.

” Studien visade att 23,5 procent av de knappt 600 kvinnorna i studien hade erfarenhet av att ha varit utsatta för våld av en nuvarande eller tidigare partner.

⁵⁰ Stenson & Heimer (2008).

⁵¹ NCK (2009c).



Dokumentation och kontinuerlig uppföljning

För att få struktur vid dokumentation i hälso- och sjukvårdsjournalerna görs anteckningar under olika rubriker och sökord. När den elektroniska journalen ersatte pappersjournalerna i Landstinget i Uppsala län påpekade NCK och barnmorskemottagningarna för primärvårdsdirektören att det behövdes ett specifikt sökord om våld. Samtidigt poängterades vikten av att journalanteckningen inte skulle utgöra en säkerhetsrisk för den utsatta patienten.

På uppdrag av primärvårdsdirektören bildades 2011 en arbetsgrupp med NCK och representanter för primärvården för att utforma hur dokumentationen skulle ske. Även psykiatrin vid Akademiska sjukhuset visade tidigt intresse för att börja dokumentera våldsutsatthet på ett strukturerat sätt och deltog i arbetsgruppen. På så sätt

togs erfarenheter både från primärvård och från slutenvård tillvara, något som underlättade det fortsatta samarbetet och förankringen. Med stöd av enheten för den elektroniska patientjournalen utformades en mall för sökordet *våldsutsatthet i nära relationer*.

Sökordet är dynamiskt. Vid jakande svar rullas kompletterande sökord upp för att beskriva om våldet är fysiskt, psykiskt eller sexuellt, om det är pågående eller har skett tidigare samt om det finns barn som kan ha bevittnat våldet. Det finns utrymme för att göra anteckningar i fritext vid behov. I mallen finns även rutiner, vårdprogram och andra underlag inlagda som underlättar för personalen att ge ett gott stöd samt en blankett för anmälan enligt socialtjänstlagen gällande barn som upplevt våld. När det inte är möjligt att ställa frågor om våldsutsatthet dokumenteras detta i rutan *ej frågat*.

Sökordsmallen för den elektroniska journalen testades i ett pilotprojekt inom mödrahälsovården där barnmorskorna hade lång erfarenhet av att fråga om våldsutsatthet. Pilotprojektet genomfördes under tre månader 2012. Totalt ingick 19 barnmorskemottagningar. Utvärderingen visade att användarna fann sökordsmallen enkel och lätthanterlig.⁵² Sökordet har varit i bruk sedan pilotstudien avslutades. Psykiatrin blev den första slutenvårdskliniken i landstinget som lade in sökordet i sina journalmallar.

Sedan våren 2016 finns en utbildning om det dynamiska sökordet på lärplatt-

⁵² Axén et al (2013).

formen i landstinget (se mer under rubriken *Kunskap sprids till medarbetarna*). Information ges kontinuerligt under utbildningar och vid möten och numera ingår detta även i utbildningen av medicinska sekreterare. I samband med att studenterna på läkarprogrammet vid Uppsala universitet får sin introduktion till journalskrivning ingår också information om sökordet.

Sökordsmallens utformning

Våldsutsatthet i nära relationer: Ja/Nej/Ej frågat

Vid jakande svar kommer följande val upp:

- Aktuellt fysiskt/psykiskt/sexuellt våld
- Tidigare fysiskt/psykiskt/sexuellt våld
- Barn som kan ha upplevt våld med valen:
Ja/Nej/Ej frågat
- Annat våld med valen: Ja/Nej/Ej frågat

Sekretess och säkerhet vid dokumentation av våldsutsatthet

Patientjournalen har generellt ett mycket starkt skydd för obehöriga genom sekretesslagstiftningen. Landstinget i Uppsala län var det första landstinget i landet som gjorde patientjournalen tillgänglig på internet via *Mina vårdkontakter*. För att tillgodose det särskilt starka kravet på skydd vid dokumentationen av våldsutsatthet ansökte NCK hos landstingets chefsläkare om att sökordet skulle vara skyddat för direktåtkomst via nätet. Det beviljades vilket innebär att dokumentationen om våldsutsatthet inte kan läsas av den som loggar in via Mina

vårdkontakter. Patienten har även andra möjligheter att skydda journalen och kan välja att försegla åtkomst så att den inte går att läsa via nätet. Enligt patientdatalagen har en patient dessutom rätt att spärra vissa uppgifter i sin journal så att de inte blir tillgängliga för andra vårdgivare.

Sökordet för våldsutsatthet blev godkänt som skyddat sökord av Inera, det nationella nätverket för e-journaler, år 2014. Det blev då ett av två sökord som är skyddade nationellt i elektroniska patientjournaler. Det andra sökordet som är skyddat från direktåtkomst är tidiga hypoteser.

Hantering av skyddade personuppgifter

Om en patient har skyddade personuppgifter ställer det särskilda krav på journalhanteringen. Identiteten hos den som lever skyddad får inte röjas av misstag. Landstinget i Uppsala län utarbetade tidigt en rutin för att hantera skyddade personuppgifter.

Det är viktigt att rutinen för att hantera skyddade personuppgifter, i likhet med andra rutiner, är väl känd bland medarbetarna. Samtliga rutiner som används inom Landstinget i Uppsala län finns tillgängliga i landstingets databas för dokumenthantering och styrande dokument. De rutiner som rör våldsutsatthet finns samlade under ett eget så kallat ämnesområde för att de ska vara lätta att hitta.

Kvalitetsarbetet

För att ett kvalitetsarbete ska bli framgångsrikt behövs verktyg för uppföljning och utvärdering. Inom Landstinget i Uppsala län har program utvecklats för att data ur det elektroniska journalsystemet ska kunna användas för att nå uppsatta kvalitetsmål. Genom att ställa samman utdata från till exempel sökordet för våldsutsatthet i det elektroniska journalsystemet går det att få en uppfattning om hur rutiner följs. Det är viktigt att understryka att alla uppgifter i utdata är avidentifierade.

Resultat av utdata

Utdata kan bland annat användas för att visa hur ofta frågor om våld ställs på olika avdelningar eller andra enheter. Statistik för antalet anteckningar inom ett verksamhetsområde kan följas över tid och ligga till grund för informationssatsningar, uppföljningar och prioriteringar.

Antalet verksamheter som använder sökordsmallen har ökat stadigt, från de 19 som deltog i pilotstudien år 2012 till 64 verksamheter vid sammanställningen till och med november 2016. Primärvården är den förvaltning inom hälso- och sjukvården i Landstinget i Uppsala län som har flest anteckningar i sökordsmallen. Ofta är det barnmorskorna som har gjort anteckningarna. Det är också den personalkategori som har längst erfarenhet av att ställa frågor om våld rutinmässigt, något som infördes i basprogrammet inom mödrahälsovården i

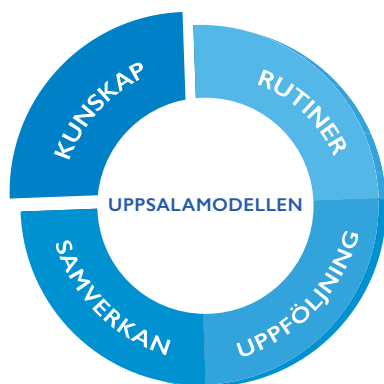
Uppsala redan 2001. Andra kategorier som ofta är representerade är sjuksköterskor, skötare och psykologer.

En fråga som diskuterats är att det skulle kunna upplevas som störande att bli tillfrågad flera gånger. Under de första åtta månaderna 2016 uppskattades drygt tio procent av de inom slutenvården som svarat jakande ha fått frågan vid mer än ett tillfälle. Forskning och erfarenhet visar att det inte är någon nackdel att frågan ställs vid flera tillfällen eftersom beslutet att berätta ofta mognar med tiden.⁵³

I Socialstyrelsens föreskrift 2014:4 framgår det tydligt att frågor om våldsutsatthet ska ställas oavsett patientens kön. När utdata delades upp på kön hos patienterna visade det sig som förväntat att anteckningar rörande kvinnliga patienter dominerade. Inom primärvården och den somatiska slutenvården rörde ungefär var tionde anteckning om våldsutsatthet en manlig patient. I psykiatrin gällde drygt var fjärde anteckning en man.

” Forskning och erfarenhet visar att det inte är någon nackdel att frågan ställs vid flera tillfällen eftersom beslutet att berätta mognar med tiden.

⁵³ McFarlane & Parker (1994).



Kunskap sprids till medarbetarna

Kunskap om våldet och dess komplexitet är av stor betydelse för att personal som ska ställa frågor om våldsutsatthet ska kunna erbjuda stöd och ett adekvat omhändertagande av patienten. I Uppsalamodellen erbjuds medarbetarna ett utbildningspaket som finns lätt tillgängligt på regionens lärplattform. NCK:s nationella metod- och kompetensstöd går dessutom att nå för alla, oavsett var man befinner sig i landet, via centrumets webbplats.

Kompetensstöd inom Landstinget i Uppsala län

Personalen vid Landstinget i Uppsala län har kontinuerligt erbjudits utbildning på arbetsplatsen och även haft möjlighet att gå kurser vid Rikskvinnocentrum/NCK. På så sätt har kompetensutveckling skett fortlöpande och

kunskapen har spridits inom organisationen. NCK har dessutom utvecklat utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdspersonal om omhändertagande av patienter som utsatts för våld i nära relationer eller sexuella övergrepp. Dessa har gjorts tillgängliga på landstingets lärplattform.

Utbildningspaketet för omhändertagande av patienter som utsatts för våld består av:

- NCK:s webbaserade introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, som utvecklats i samverkan med Socialstyrelsen och länsstyrelserna.
- NCK:s utbildning *Att ställa frågan om våld* med ett antal filmer och en manual.
- En utbildning om att dokumentera under sökordet våldsutsatthet i nära relationer i den elektroniska patientjournalen.
- NCK:s utbildning om förberedelser för spårsäkring vid sexuella övergrepp i form av ett bildspel. En instruktionsfilm för undersökningen finns dessutom tillgänglig för de verksamheter som utför spårsäkring efter sexuella övergrepp.

Mer information om innehållet i utbildningspaketet finns nedan under rubriken *Nationellt metod- och kompetensstöd*.

Kvinnofridsenhetens webbplats

På Akademiska sjukhusets externa webbplats, www.akademiska.se, presenteras NCK:s kvinnofridsenhet med mottagningen och Kvinnofridslinjen samt övrig

verksamhet på ett antal sidor. Där finns både information för patienter och för personal på sjukhuset för att de enkelt ska kunna kontakta kvinnofridsenheten för att få råd och stöd. För den som vill läsa mer finns länkar till NCK:s kunskapsbank och Kvinnofridslinjens webbplats.

Nationellt metod- och kompetensstöd

Det omfattande metod- och kompetensstöd som NCK byggt upp genom åren finns tillgängligt via centrumets webbplats. Tillsammans med Kvinnofridslinjens telefon 020–50 50 50 och stödtelefonens egen webbplats innebär det att yrkesverksamma i hela landet kan få stöd i arbetet med våldsutsatta dygnet runt.

NCK:s webbplats

NCK:s webbplats www.nck.uu.se vänder sig framför allt till yrkesverksamma som möter våldsutsatta kvinnor i sitt yrke, men även till studenter, politiker, journalister och andra som är intresserade av frågorna. På webbplatsen finns nyheter och information om kommande utbildningar och beskrivningar av regeringsuppdrag. Det går även att beställa publikationer och utbildningsmaterial samt teckna sig för en prenumeration av NCK:s nyhetsbrev.

NCK:s kunskapsbank

En viktig del av webbplatsen är NCK:s kunskapsbank. Kunskapsbanken vänder sig i första hand till personal som snabbt behöver kunna sätta sig in i ett ämne. Här finns material på olika nivåer, från mer kortfattade ämnesguider till avhandlingar i fulltext. Kunskapsbanken innehåller dessutom presentationer av forskare och deras projekt, litteraturtips och publikationer från myndigheter. 18 olika myndigheter vars ansvarsområden innefattar mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer samt Sveriges Kommuner och Landsting och länsstyrelserna medverkar. Innehållet uppdateras i takt med att ny kunskap och forskning tillkommer. Kunskapsbankens sökfunktion är också kopplad till de externa söktjänsterna Swepub och Libris.

NCK:s publikationer

På webbplatsen finns dessutom NCK:s publikationer och rapporter. Flera av dem är resultatet av regeringsuppdrag. Materialet kan beställas kostnadsfritt via NCK:s webbplats.

Nationellt handlingsprogram för omhändertagande av offer för sexuella övergrepp är en handbok som riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården som möter sexualbrottsoffer.⁵⁴

Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen belyser det vetenskapliga stödet för att ställa frågor om våld rutinmässigt inom hälso- och sjukvården. Rapporten

⁵⁴ NCK (2008).

är en antologi där experter inom primärvård, kvinnosjukvård, akutsjukvård, och psykiatri medverkar.⁵⁵

Våld och hälsa – en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa är den första basrapporten från NCK:s forskningsstudie där 10 000 kvinnor och 10 000 män tillfrågades om sina erfarenheter av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. I undersökningen ingick även frågor som belyser hälsa och livssituation.⁵⁶

Att möta patienter med oro kring oskuld och heder är en handledning för personal inom hälso- och sjukvården som möter flickor och unga kvinnor som drabbas av hedersrelaterad problematik. I rapporten beskrivs ett samlat vårdkoncept för omhändertagandet av patienter som söker hjälp för att få intyg på att de inte har haft samlag eller för rekonstruktion av hymen.⁵⁷

Kunskapsöversikterna *Våld i samkönade relationer*,⁵⁸ *Hedersrelaterat våld och förtryck*,⁵⁹ *Kvinnlig omskärelse/könsstympning i Sverige*,⁶⁰ *Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*⁶¹ och *Våld mot äldre kvinnor*⁶² vänder sig till alla som vill ta del av forskning och erfarenhet i dessa frågor.

Rapporten om kvinnor med funktionsnedsättning innehåller även två



fördjupningskapitel som ger praktiska råd för kommunikationen med våldsutsatta med intellektuell respektive kognitiv funktionsnedsättning.

Som komplement till rapporten om våld i samkönade relationer har NCK producerat en utbildningsfilm, *Blott du mig älskar*, för att öka kunskapen inom området.

⁵⁵ NCK (2010a).

⁵⁶ NCK (2014).

⁵⁷ NCK (2011a).

⁵⁸ NCK (2009a).

⁵⁹ NCK (2010c).

⁶⁰ NCK (2011b).

⁶¹ NCK (2013b).

⁶² NCK (2016b).

” I september 2016 lanserade NCK en webbaserad introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer som utvecklats i samverkan med länsstyrelserna och Socialstyrelsen.

Filmen ingår tillsammans med rapporten och ett tillhörande pedagogiskt material i ett utbildningspaket som kan beställas från NCK.

Antologi – Sju perspektiv på våldtäkt behandlar såväl rättsliga och samhällsliga som rättsliga och medicinska aspekter på våldtäkt. Där finns också en beräkning av de kostnader som brottet för med sig.⁶³

För en yngre målgrupp finns två serienoveller om våldtäkt som NCK tagit fram i samarbete med konstnären Matilda Ruta, *Första helgen i juni* respektive *Världens sämsta sommar*. Serienovellerna är tänkta att användas som underlag för diskussioner om sexuella övergrepp.

Webbstöd för kommunerna

Kopplat till NCK:s kunskapsbank finns ett särskilt webbstöd för kommuner som har utvecklats i samverkan med läns-

styrelserna. Målgruppen är i första hand socialtjänsten, den myndighet som har det främsta ansvaret för att våldsutsatta kvinnor, män och barn som vistas i kommunerna får det stöd och den hjälp som de behöver. Webbstödet omfattar praktiskt inriktade texter och publikationer samt reportage med ”lärande exempel” från verksamheter ute i kommunerna där man arbetar aktivt med frågorna. Det kompletteras fortlöpande med aktuella dokument och nya lärande exempel.

Webbaserad introduktionskurs om våld mot kvinnor och våld i nära relationer

I september 2016 lanserade NCK en webbaserad introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer som utvecklats i samverkan med länsstyrelserna och Socialstyrelsen.⁶⁴ Introduktionskursen är kostnadsfri och tillgänglig för alla. Den är indelad i fyra avsnitt och avslutas med ett kunskapstest. Ämnen för reflektion har lagts in i varje avsnitt och de olika avsnitten illustreras med en tecknad film om en våldsutsatt kvinna. Det finns dessutom kommentarer till berättelsen inlagda i form av korta intervjuer med yrkesverksamma av olika professioner och från olika delar av landet.

Kursen kan genomföras individuellt eller i grupp. Om ett arbetslag går utbildningen tillsammans stärks den lärande

⁶³ NCK (2010d).

⁶⁴ www.webbkursomvald.se

processen. Därför har även en utbildningsmanual för kursledare med förslag på hur kursen kan användas i arbetsgrupper tagits fram. Webbkursen kommer att utvecklas kontinuerligt och kan vid behov kompletteras med mer yrkesspecifik information.

Övrig information för hälso- och sjukvården NCK:s webbplats har information som särskilt riktar sig till personal inom hälso- och sjukvården om att ställa frågor om våld. Där finns exempel på vårdprogram och rutiner samt förslag på hur frågorna kan formuleras. NCK har dessutom tagit fram utbildningspaketet *Att ställa frågan om våld* med ett antal korta filmer som visar hur det kan gå till i praktiken i mötet med patienterna. Filmerna producerades som en del av ett regeringsuppdrag till NCK att utarbeta metoder för att upptäcka våldsutsatthet bland kvinnor som söker inom hälso- och sjukvården.⁶⁵ Fyra av filmerna tar upp situationer där frågan om våld ställs som rutin för att få en fullständig sjukdomshistoria. Det handlar om ett besök hos husläkaren, på barnmorskemottagningen med och utan tolk, samt ett samtal före en gynekologisk undersökning. I en film beskrivs situationen för en våldsutsatt kvinna med alkoholmissbruk. En annan illustrerar ett fall där patienten lider av ångest. Psykosomatiska symtom och svårbehandlade tillstånd som långvariga smärtor har visat sig vara kopplat till våldsut-



satthet och två av filmerna tar upp sådana fall. En av dessa belyser också att det kan finnas ytterligare hinder för en person som lever i en samkönad relation och utsätts för våld att bryta upp. Två filmer gestaltar besök på akutmottagningen, där vikten av att personalen är lyhörd och ställer följdfrågor understryks. Rollerna som patienter spelas av skådespelare medan vårdpersonalen är hämtad från de kliniska verksamheter där filmerna utspelar sig. Filmerna kan med fördel ses av en personalgrupp gemensamt och därför har ett utbildningsmaterial som stöd till handledaren sammanställts. I paketet ingår även rapporten *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*.⁶⁶ På NCK:s webbplats finns temasidor om det nationella handlingsprogrammet för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp, som NCK utvecklat på uppdrag av regeringen. Syftet är att förbättra vården och omhändertagandet i hela

⁶⁵ NCK (2010b).

⁶⁶ Filmerna finns på <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/temasidor--att-stalla-fragan-om-vald/utbildningsmaterial-om-att-stalla-fragan/>

landet, men även att bidra till att rättsväsendet förses med bättre bevismaterial. Förutom *Handbok – Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp* finns en guide för omhändertagande efter sexuella övergrepp med praktiska instruktioner för bland annat undersökning, provtagning och utformning av rättsintyg. Till materialet hör även ett bildspel om förberedelserna inför provtagning efter ett sexuellt övergrepp. En instruktionsfilm särskilt framtagen för personal som möter patienter utsatta för sexuella övergrepp har producerats. Filmen visar en fullständig spårsäkring och undersökning av en kvinnlig och en manlig patient och kan beställas från NCK av de som arbetar med den här formen av undersökningar.

Webbstöd för hälso- och sjukvård samt tandvård

Under 2017 och 2018 kommer NCK på uppdrag av regeringen att utveckla ett webbstöd för hälso- och sjukvården samt tandvården i samarbete med Socialstyrelsen. Det nya nationella kompetensstödet ska lyfta fram gällande regelverk, det aktuella kunskapsläget, utbildningsmaterial samt konkret information om verksamma metoder för att upptäcka och arbeta med våldsutsatta kvinnor.

Kvinnofridslinjen

Den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen riktar sig i första hand till kvinnor

” Den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen riktar sig i första hand till de som utsätts för våld, hot och sexuella övergrepp samt deras anhöriga och vänner.

som utsätts för våld, hot och sexuella övergrepp samt deras anhöriga och vänner. Men även yrkesverksamma som möter våldsutsatta i sitt arbete och behöver råd och stöd kan ringa. Linjen bemannas av socionomer och sjuksköterskor med minst fem års yrkeserfarenhet. Personalen har tillgång till en sammanställning av resurser för stöd och skydd på olika orter och kan hänvisa vidare. Samtalet är kostnadsfritt och syns inte på telefonräkningen. Den som ringer får vara anonym och vid behov har personalen tillgång till tolkservice på de flesta språk som talas i Sverige. Kvinnofridslinjen är bemannad dygnet runt, året runt.

www.kvinnofridslinjen.se

Webbplatsen kvinnofridslinjen.se är ett komplement till telefonen. I likhet med telefonen vänder sig webbplatsen i första hand till våldsutsatta kvinnor och deras anhöriga, men även yrkesverksamma som i sin profession möter våldsutsatta kan dra nytta av innehållet. Här finns praktisk information, kortfattade texter om olika typer av våld, svar på vanliga frågor samt en



sida för beställning av informationsmaterial. Information om Kvinnofridslinjen sprids bland annat genom kort med telefonnumret på 28 olika språk samt affischer i skiftande format.

Att många känner till stödtelefonen är viktigt för att den ska fylla sin funktion. Den senaste kännedomsmätningen som gjordes i samarbete med TNS/Sifo i april 2016 visade att mer än 50 procent av kvinnorna i Sverige kände till Kvinnofridslinjen.⁶⁷ Mer än hälften av dessa hade fått sin information från hälso- och sjukvårdsinrättningar.

” Den senaste kännedomsmätningen som gjordes i samarbete med TNS/Sifo i april 2016 visade att mer än 50 procent av kvinnorna i Sverige kände till Kvinnofridslinjen.

⁶⁷ NCK (2015).

Att ställa frågan om våld – en framgångsmodell i vården

Gunilla Dahlkild Öhman

Att implementera att alla som söker en sjukvårdande enhet får frågor om våldsutsatthet kräver rutiner för hur och när frågan ska ställas, hur svaret ska hanteras och vilket stöd som ska erbjudas våldsutsatta. Men det behövs även kunskap om våldet och dess konsekvenser. Ett gemensamt förhållningssätt och en god introduktion av nyanställda är också nödvändigt.

Hälso- och sjukvården har ett ansvar att upptäcka våldsutsatthet för att ställa rätt diagnos och kunna ge en god vård och behandling. I Landstinget i Uppsala län har arbetet med att förbättra omhändertagandet av våldsutsatta patienter pågått under många år. Många verksamheter har arbetat framgångsrikt med att öka andelen patienter som blir tillfrågade om våldsutsatthet som en del av sjukdomshistorien. För att undersöka vilka faktorer som är viktigast för att frågor om våld ska bli rutin har NCK inhämtat medarbetarnas erfarenheter och åsikter genom en intervjustudie hösten 2016.

Bakgrund

Inom Landstinget i Uppsala län pågår sedan länge ett kontinuerligt arbete med att förbättra omhändertagandet av patienter som varit utsatta för våld. Våldsutsatta patienter berättar dock sällan spontant om sina erfarenheter av våld och har inte alltid insikt om att deras hälsa kan påverkas negativt. Därför måste personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården fråga om erfarenhet av våld, såväl fysiskt som psykiskt och sexuellt våld. Det finns annars en uppenbar risk att väsentliga upplysningar missas, vilket i sin tur kan bidra till att utredning och behandling blir bristfälliga. En öppet ställd fråga om våld kan stimulera patienten att aktivt se på sin situation för att sedan ta ställning till om och hur hon vill förändra den. Själva frågan startar en process. Erfarenheten visar att det inte är möjligt att i förväg avgöra vilka patienter som bör tillfrågas om våldsutsatthet. Frågor om våld bör således ställas till alla med få undantag.

Av NCK:s rapport *Att fråga om vålds-*

utsatthet som en del av anamnesen framgår att det finns stöd i både vetenskap och klinisk praktik för att införliva frågor om våld i sjukdomshistorien. Slutsatsen av den etiska analys som gjordes av nyttan och risken med att fråga rutinmässigt om våld var att mycket kunde vinnas med att tidigt upptäcka våldsutsatthet. Patienter utsatta för våld kan då erbjudas både adekvat vård och det stöd de önskar.⁶⁸

Att börja ställa frågan om våld kan innebära en komplex läroprocess av den typ som har benämnts radikalt lärande. Lärandet är radikalt därför att det utmanar rådande maktförhållanden mellan män och kvinnor och kräver en förståelse av våldet som könsrelaterat.⁶⁹

När det gäller utbildningens innehåll är det viktigt att betrakta mäns våld mot kvinnor som ett eget kompetensområde som omfattar bland annat kunskap om vad som utmärker våldet, våldets konsekvenser, normaliseringsprocessen samt kunskap om hur man ställer frågor om våld.⁷⁰

Det har stor betydelse vilken förståelse av våldet man har eftersom det styr hur problemsituationen definieras och vilka insatser som framstår som relevanta⁷¹. Inom Landstinget i Uppsala län utgår arbetet med våld i nära relationer från den officiella förståelsen av våldet som köns- och maktrelaterat (SOU 1995:60). Till exempel ska frågor om våld i nära relationer

ställas till patienten i enrum, utan partners närvaro. Vidare leder kunskap och förståelse av normaliseringsprocessen och hur det könsrelaterade våldet påverkar den våldsutsatta personen till att det är viktigt att frågan ställs till en patient vid flera tillfällen. De flesta berättar inte om våldsutsatthet förrän ett förtroende har skapats med en vårdgivare.

Landstinget i Uppsala län har handlingsprogram och vårdprogram som hjälp för personalen inom hälso- och sjukvården när det gäller omhändertagandet av kvinnor som utsatts för våld i nära relationer.

Syfte och frågeställning

Syftet med denna undersökning är att identifiera vilka gynnsamma faktorer som leder till att personalen systematiskt frågar om våld.

Inom Landstinget i Uppsala län är det sedan länge etablerat att ställa frågor om våld inom delar av sjukvården som primärvården och i viss utsträckning även inom slutenvården. Många enheter har rutinmässigt ställt frågor om våld under lång tid medan andra enheter ännu inte kommit igång.

Vår frågeställning är vilka framgångsfaktorer som utmärker enheter där personalen ofta ställer frågor om våld i nära relationer till patienter.

⁶⁸ NCK (2010a).

⁶⁹ Dahlkild Öhman (2011).

⁷⁰ Lundgren (1989).

⁷¹ Dahlkild Öhman (2011).



Metod

Vi valde ut sju enheter som enligt statistik från utdata för sökordet *våldsutsatthet i nära relationer* ofta ställde frågor om våld. För att identifiera dessa enheters framgångsfaktorer valde vi datainsamling genom gruppintervjuer, en form av fokusgrupper.

Fokusgrupper är en beprövad metod där deltagarna diskuterar utifrån ett specifikt fokus – i vårt fall framgångsfaktorer för att fråga om våld i vården. En fokusgrupp bygger på dialog och delaktighet där man kan dra nytta av dynamiken som skapas i mötet och diskussionerna mellan deltagarna.⁷² Fördelen med gruppintervjuer gentemot individuella intervjuer är att deltagarna deltar i ett samtal, det blir ett ömsesidigt utbyte av kunskap mellan alla i intervjun, inklusive intervjuaren.

Från de utvalda enheterna satte vi ihop tre fokusgrupper med tre till sex deltagare i varje, en med chefer (fyra personer) och två med medarbetare (tre respektive sex personer). Vi ville hålla isär intervjuer med chefer som inte direkt ställer frågan om våld, men som skapar förutsättningar för att medarbetarna ska ställa frågan, och intervjuer med medarbetare som direkt möter våldsutsatta patienter. Syftet var också att få med många olika röster. Därför valdes personer med olika yrken ut. I grupperna fanns sjuksköterska, barnmorska, läkare, kurator och psykolog representerade.

I samband med intervjuerna ställdes några inledande skriftliga frågor till deltagarna om ålder, kön och hur lång yrkeserfarenhet de hade samt hur länge de arbetat på nuvarande arbetsplats.

Alla deltagare utom en var kvinnor.

⁷² Hylander (2001).

Åldern var mellan 26 och 63 år med en medelålder på 45 år. De hade arbetat i yrket mellan ett och 38 år och på sin nuvarande enhet sex månader till 16 år. Chefsgruppen hade en högre medelålder, men beträffande antal år i yrket och på enheten var skillnaden inte så stor jämfört med övriga grupper. Två av deltagarna hade över 30 år i yrket medan två personer endast arbetat ett år i yrket. Två personer hade varit på sin enhet i över 15 år medan två personer endast varit på enheten mellan sex och 15 månader.

Grupperna bestod således av personer med olika yrken och olika lång erfarenhet i sitt yrke och på sin enhet. Kön fördelningen, endast en man, speglar hur det kan se ut i vården med stor kvinnodominans. Spridningen av yrken, åldrar och erfarenhet bland deltagarna får ändå betraktas som god.

Intervjuerna varade en och en halv timme och spelades in samt transkriberades i sin helhet. Transkriptionerna är relativt enkla i sitt utförande. En viss redigering har gjorts för att det ska gå lättare att läsa citat från intervjuerna. Avsikten är att talspråkets stil ändå ska komma fram i intervjuцитaten.⁷³

Gruppintervjuerna hade karaktären av samtal mellan deltagarna och intervjuaren där intervjuaren fungerade som samtalsledare. Intervjuaren förde in olika teman i samtalet och höll den röda tråden ”framgångsfaktorer”.

Vi fokuserade på följande frågor:

I chefsgruppen: Vilka faktorer upplever du som avgörande för att frågan om våld ställs till patienterna på din enhet?

I medarbetargrupperna: Vilka faktorer upplever du som avgörande för att du ställer frågan om våld till de patienter du möter?

Analysprocessen

De framgångsfaktorer deltagarna talade om i gruppintervjuerna samlades i teman, olika aspekter av framgångsfaktorerna noterades och faktorerna relaterades till varandra. Bland annat undersöktes om chefsgruppen skilde sig från medarbetargrupperna när det gällde vilka framgångsfaktorer man tog upp. Det visade sig att det inte var några väsentliga skillnader mellan grupperna.

I ett visst avseende skilde sig dock grupperna åt. Chefsgruppen inledde med att tala om ett av studiens huvudteman, utbildning, som framgångsfaktor och kom in på det andra huvudtemat, rutiner, senare under intervjun. I medarbetargrupperna var det tvärtom, utom att en deltagare som själv var utbildare tidigt förde in faktorn utbildning. Mönstret kan vara en slump men kan också ha att göra med skillnaden i chefs- och medarbetarpositionen. Medarbetarna är de som möter patienten och dagligen använder de skriftliga rutinerna medan cheferna är de som ska sätta ramarna och planera för verksamheten.

⁷³ I transkriptionen anonymiserades intervjupersonerna. I denna text har de fått fingerade namn.

Det kan till exempel handla om förutsättningarna för utbildning, som då blir det första man tänker på när man får frågan om framgångsfaktorer.

Det framkom även en viss skillnad i synen på chefs roll och hur man talade om chefen. När det är av betydelse för analysen anges det om det är en chef eller en medarbetare som har gjort en viss utsaga.

Det mönster som kunde ses i intervjuerna relaterades vidare till modeller för förändrings- och läroprocesser i organisationslitteraturen. Den modell som visade sig bäst fånga analysresultatet var den så kallade praktikgemenskapen (se nedan).

Resultat av analysen

Gruppdeltagarna talar om flera framgångsfaktorer men det finns två huvudteman: rutiner och utbildning. Dessa är ömsesidigt beroende av varandra i den meningen att utbildningsinsatser behöver manifesteras i praktiska rutiner. Å andra sidan räcker det inte med att ge personal vissa rutiner. Det krävs motivation och kunskap genom utbildning för att de ska användas.

Tidigare forskning har visat på relationen mellan utbildning och rutiner när det gäller att börja fråga om våld. Vid en barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning i Göteborg infördes på försök rutinmässiga frågor om våld till mamma och barn som en del av sjukdomshistorien. I en uppföljande studie visade det sig att frågan om våld inte ställdes

i 30 procent av ärendena. Behandlarens kunskap och erfarenhet inom området hade stor betydelse för om frågan ställdes eller inte och som forskarna konstaterade, det ”ju går att påverka med utbildning och handledning”.⁷⁴

Övriga framgångsfaktorer som deltagarna talar om kan på olika sätt kopplas till följande teman:

”Bärare”/nyckelpersoner är bärare av kunskap och erfarenhet och kan ses som en länk mellan utbildning och rutiner.

Chefen/ledningen sätter ramar och skapar förutsättningar för utbildning och rutiner.

Introduktion och bemötande av nya medarbetare innebär utbildning och överföring av rutiner till nyanställda, bland annat med hjälp av ”bärare”.

Öppenheten/klimatet på enheten som möjliggör lärande.

Tillräckligt med tid krävs för såväl utbildning som rutiner.

Dessutom talar deltagarna i samtliga grupper om bra bemötande genom **tolk** som en framgångsfaktor.

För att bättre förstå hur dessa faktorer hänger ihop har vi relaterat dem till en modell för framgångsrikt socialt lärande, den så kallade praktikgemenskapen. Det betyder att framgångsfaktorerna måste ses

⁷⁴ Hedtjärn et al (2009).

i ett sammanhang, inte som enskilda faktorer för framgång. En praktikgemenskap är en grupp människor som har ett ömsesidigt engagemang i en uppgift under en viss tid. Det kan till exempel vara en arbetsgrupp som utvecklar en gemensam repertoar av resurser som språk, rutiner och verktyg.⁷⁵ Vår analys visar att de arbetsplatser deltagarna i gruppintervjuerna talar om i denna mening kan sägas likna en praktikgemenskap.

Innan vi kommer in närmare på praktikgemenskapsmodellen ges här en genomgång av de framgångsfaktorer som deltagarna talar om, vad faktorerna innehåller och vilka aspekter man tar upp. I ett sammanfattande och diskuterande avsnitt ges därefter ett förslag till hur dessa faktorer närmare kan kopplas till varandra och hur de kan förstås som en praktikgemenskap.

Rutiner som framgångsfaktor

En betydelsefull framgångsfaktor som tas upp av samtliga intervjupersoner, är att det finns en etablerad rutin för att fråga alla patienter om våld i nära relationer. Det handlar till exempel om att det finns frågor om våld med på ett informationsblad, i en journalmall, i en checklista eller i en ”kom-ihåg-mall”. En chef menar att frågor om våld måste bli en del av sjukdomshistorien.

Av intervjuerna framgår tydligt att det är viktigt att det finns nedskrivna frågor som ska ställas rutinmässigt av personalen.

Patienten får på vissa enheter själv läsa igenom ett formulär med frågor och

” Av intervjuerna framgår tydligt att det är viktigt att det finns nedskrivna frågor som ska ställas rutinmässigt av personalen

kryssa för sitt svar. På andra enheter går personal igenom ett formulär tillsammans med patienten. Personalen kan också ha en egen ”kom-ihåg-mall” eller en lista de ska ”checka av” genom att ställa frågorna muntligt till patienten. Det är viktigt att detta blir en naturlig del av upptagningen av sjukdomshistorien och att det finns nedskrivna frågor som ska ställas rutinmässigt.

Deltagarna anför för- och nackdelar med de olika metoderna. Fördelarna med att kryssa för ett svar på ett ”hälsoblad”, menar en deltagare, är att frågan om våld kommer i ett sammanhang med flera andra frågor och därför blir det lätt att kryssa i även den, fastän frågan kan vara laddad. Ytterligare en fördel, menar deltagaren, är att kvinnan kan kryssa i även om mannen är med:

Erna [...] Så kommer den här lilla frågan [...] har du någonstans någonsin varit utsatt för våld, fysiskt, psykiskt, sexuellt våld? Så det är bara en liten ruta, man kryssar i ja eller nej. Och det tycker jag är jättebra för att då vågar dom kryssa i den även fast mannen sitter där för dom ser ju inte att dom har kryssat ja där för dom ser ju inte vad dom har skrivit i.

⁷⁵ Lave & Wenger (1991), Wenger (2000), Dahlkild Öhman (2011).

Andra ser det som en framgångsfaktor att ha ett i-kryssat formulär som grund men att också ha ett samtal med patienten, då man kan tydliggöra vad som menas med våld i nära relationer och bredda begreppet.

Disa [...] Så jag tänker på det här som du berättade, ni har ett formulär, att jag tror inte att man får fram allting där utan man behöver liksom prata så, där man verkligen kan formulera vad menar jag med våld i nära relation.

Inom mödrahälsovården har personalen arbetat enbart med muntliga frågor utifrån en mall. Behovet av att vara ensam med kvinnan vid samtalen har man löst på olika sätt. Till exempel har man i förväg bokat in ett besök där mannen inte ska vara med. Vill han vara med alla gånger kan det tyda på ett allvarligt kontrollbeteende, men personalen kan då hitta andra lösningar för att få vara ensam med kvinnan, till exempel att hon behöver göra en gynekologisk undersökning:

Disa [...] Men i och med att vi träffar kvinnorna vid flera tillfällen så försöker vi ju se till att vi har något tillfälle när inte mannen är med. Och är mannen med vid alla tillfällen då blir vi ju ännu mera misstänksamma förstås. Men man brukar alltid kunna lösa det med att, ja att man kanske behöver göra en gynundersökning, vi ska ta ett cellprov till exempel, då brukar männen gå ut.

Förbättringsförslag

När vi talar om rutiner kommer det upp flera förslag från deltagarna på förbättringar i journalhanteringen. Deltagarna är positiva till att sökordet *våldsutsatthet i nära relationer* nu finns i det elektroniska journalsystemet. Det är en framgångsfaktor, men det behövs förbättringar enligt flera av medarbetarna. En förbättring vore om det var lätt att följa upp i systemet huruvida frågan om våld ställts och det borde finnas återkommande påminnelser om att frågan ska ställas: ”det finns ju inget påminnelse-system, har vi en gång missat det”.

En erfaren medarbetare erinrar sig hur det var innan det fanns elektroniska journaler:

Bea [...] jag är ju så gammal så jag (skratt) har varit med på pappersjournalstiden. Då gjorde jag alltid så att jag stoppade [...] kortet från NCK frampå i pappersjournalen och då visste jag att den här har jag inte frågat och patienten har inte fått kortet. Nu är det [...] mycket lättare att glömma nu, för det hoppar inte upp någonting [...].

[Flera instämmer]

En annan medarbetare föreslår att det skulle vara ett tvingande sökord innan man kan signera journalen ”fast å andra sidan, säg att du träffar den här patienten varannan vecka, det blir ju ett [...] tjtande om det här [...]” men, menar en annan deltagare, ”vi har i alla fall valet *ej frågat*

också så då skulle du kunna (skratt) fylla i det då.”

Ytterligare förslag är att man i patient-översikterna, där ärenden som inte är avslutade blir röda, skulle kunna lägga in att patienten inte är tillfrågad.

Ett annat förslag är att ställa frågan om våld på ett annorlunda sätt. Man kan använda fler och annorlunda ord än att bara fråga om patienten varit utsatt för våld. Med en sådan fråga är det lätt för patienten att säga ”nej det är ingen som har slagit mig”. Man kan i stället fråga om någon har ”pressat, kontrollerat dig, liksom hotat dig. Att visa att även den bilden räknas”. En annan deltagare i gruppen fyller på och menar att man kan fråga: ”Hur har du haft det hemma under uppväxten, har det varit lugnt eller var det stökigt, har du någon gång känt dig rädd.” Genom att på så sätt bredda frågan skulle man, enligt dessa deltagare, få fler patienter att berätta om utsatthet.

Meningsfullt att ställa frågor om våld

Det är inte bara rutinernas utformning och innehåll som leder till framgång. Avgörande för om rutinerna används är, enligt deltagarna, att personalen upplever det som meningsfullt att fråga, att frågan landar hos patienten och att man till slut får ett adekvat svar. För det krävs i de flesta fall att personalen frågar vid upprepade tillfällen.

Framgångsfaktorer för att våldsutsatta patienter ska vilja/våga svara ja på om de utsatts för våld är enligt gruppdeltagarna:

- att frågan är bra formulerad – frågans bredd
- att frågan ställs vid upprepade tillfällen
- att personalen är trygg, vet hur de ska hantera svaret
- att personalen talar med patienten i enrum och att patienten är trygg i mötet med personalen
- att patienten är trygg i att sökordet är skyddat i journalen.

Flera deltagare menar att det blir meningsfullt att fråga när man märker att det har betydelse för patienten. Möjligheten att få utdata (se kapitlet *Uppsalamodellen – från forskning till praktik*) innebär att man på en enhet kan följa upp hur många gånger frågor har ställts och till exempel få information om att man har nått en våldsutsatt patient. Då kan man, enligt deltagarna, få en känsla av att ha gjort nytta, kanske hjälpt några patienter:

Britt [...] för det är väl det många känner att det ska göra skillnad, det ska ju göra nytta och om man då fångat upp en eller två stycken så har man kanske hjälpt några på traven i det här.

Tid som framgångsfaktor

En viktig framgångsfaktor är att ha lite längre tid på sig vid ett patientbesök: ”för man måste hinna skapa någon sorts allians innan man kan förvänta sig att patienterna

börjar berätta om saker och ting också”. En deltagare menar att personalen bara ska ställa frågan om man har tid att ta hand om svaret. Det måste vara i en situation där man kan lyssna, inte när man ska ta in en ny patient om några minuter:

Dora [...] det kan bli farligt om personalen känner ett jättetvång att ställa frågan just i slentrian och kanske gör det i ett läge där den faktiskt inte har tid att ta emot svaret. För du kan inte kasta ur dig frågan i korridoren, du kan inte kasta ur dig frågan när du ska ta in nästa patient om tre minuter. Du måste göra det i ett läge när du kan lyssna.

[Flera instämmer]

I en medarbetargrupp diskuterar vi hur man får tid till att ställa frågan om våld och ta hand om svaret på ett bra sätt. Enligt en intervjuperson måste man prioritera samtal om våld om man har ont om tid eftersom utsatthet för våld kan ha stor betydelse för hur man mår:

Fia [...] Jag tänker så här, i alla fall när man arbetar med [...] patienter som mår dåligt i kroppen och själen så är det ju kanske sånt här man ska prioritera om man har ont om tid [...] att man fokuserar sånt som verkligen har betydelse för måendet [...] För då kan man på en kvart, tror jag, få fram i alla fall en hel del om dom känner att man är beredd att ta emot svaren. Då kanske man får strunta i andra saker då, som inte är lika viktiga i den här situationen då.

En annan deltagare håller med och säger att man får ta sig den tiden eftersom det är en viktig fråga att ställa.

I medarbetargruppen menar en deltagare att personalen, om det finns möjlighet, kan ta sig friheten att boka in ett nytt besök om det känns som att patienten har något att berätta. Då har man visat patienten att man är öppen för att lyssna, man har ”skapat ett rum för det, och tid”.

Andra anser att de har gott om tid att ställa frågan om våld vid bokade besök men att det är svårare att hinna med vid drop in-besök. Då kan det ändå vara viktigt att ha beredskap för att ta hand om någon som blivit utsatt och behöver hjälp här och nu.

Brist på tid tycks således inte vara ett hinder för att ställa frågan om våld, snarare handlar det om prioriteringar.

Får alla patienter frågor om våld?

Deltagarna i gruppintervjuerna kommer från enheter som är utvalda för att de hör till de enheter som enligt utdata i hög utsträckning ställer frågor om våld till sina patienter. Alla får dock inte frågor om våld. I en av medarbetargrupperna undrar intervjuaren om man ställer frågan till alla. Svaret blir: ”Nej, nej, nej, långt ifrån, långt ifrån”.

Några deltagare säger att de ställer frågan till alla medan andra frågar alla kvinnor. Att även ställa frågan till män upplevs som något nytt som man ännu inte börjat med.

Fia: Ja, jag har väl gjort det till en rutin att

ställa den frågan till i alla fall mina kvinnliga patienter rutinmässigt utan att, det är enklast så. Jag försöker komma ihåg att ställa den till män men det glömmar jag nog oftare, det glömmar jag. Eller missar.

Någon säger dock att på deras enhet ställer de frågan till alla, både kvinnor och män. Men, konstaterar en deltagare, på en mottagning dit enbart män går, ställs inte frågan om våld rutinmässigt.

(I denna undersökning har vi inte särskilt frågat om framgångsfaktorer för att ställa frågan till män. Vissa enheter som valts ut behandlar dessutom bara kvinnor, som mödrahälsovården.)

Av intervjuerna framgår att frågan om våld vanligtvis ställs till alla kvinnor men att det även då kan finnas undantag beroende på situationen. Vi har redan uppmärksammat situationen när mannen/partnern är med men det finns även andra tillfällen då det inte är lämpligt att ställa frågan. Till exempel när man har en drop in-situation med ett helt väntrum fullt med patienter som väntar på att ta cellprov, ”ja, då tar man cellprovet [...] sen är det tack och adjö”. Här handlar det igen om tid, då finns det varken tid att ställa frågan eller ta hand om svaret. Det kan också handla om patientens medicinska status vid besöket, patienten måste vara talbar för att frågan ska ställas. Den kan inte ställas till en psykotisk patient, då får man vänta till ett annat tillfälle.

Flera deltagare i chefsgruppen talar även om svårigheter att få gehör för att ställa frå-

gan till alla. Deras medarbetare ifrågasätter om den ska ställas vid alla besök, ”även vid en halsinfektion på en drop in-mottagning?” Vissa strategier har utvecklats för att möta detta motstånd. En av cheferna menar att man gärna vill få till ett brett införande och att alla ska ställa frågan, men konstaterar att ”det är väl inte verkligheten”. I stället försöker man hitta ”strategiska” patientgrupper med tydliga symtombilder som kan kopplas ihop med våldsutsatthet, till exempel kvinnor som kommer till sjukgymnasten med återkommande eller långvarig smärtproblematik. Då, menar man, kan det bli lättare att få med fler grupper och när patienterna blir vana att få frågan så blir det också lättare att ställa den: ”Det blir som ringar på vattnet”.

En annan chef håller med om att det vore bra om man fick det som generell rutin att fråga om våld ”men vi är långt ifrån där och vi tänker så, att små steg åt rätt riktning är ändå en framgång [...]”. I likhet med chefen ovan tycker denna chef att man kan låta bli att ställa frågan vid ”dom här små enkla snuvorna, hostorna [...] för att då blir det plötsligt så stort och då gör man inget. Då drunknar man i volymerna. [...] alla ska frågas [...]”. I stället kan man börja i något mindre sammanhang, då lär sig personalen så småningom att ställa frågan i fler situationer och det blir mer naturligt att fråga. Det viktiga är att hålla frågan levande, att arbeta med små steg i rätt riktning kan vara ett sätt att motivera personalen.

Ytterligare en chef är inne på samma linje, det gäller att vara strategisk och satsa på de som är beredda att ställa frågan om

våld. De som aldrig kommer att göra det kan man sluta bearbeta.

Britt [...] några kommer aldrig klara av att ställa den här frågan. Och då är frågan ska det vara min viktigaste mission att få den att ändra sitt beteende eller ska vi satsa lite mer på dom andra [...] visst vi strävar mot det här, vår vision är det här men vad tror vi är rimligt och möjligt [...] låt oss då jobba med det (skratt). Så att bara man har klart för sig att det här är ett avsteg, vi kanske skulle önska att det var bättre men i vår värld så är det här bra ändå.

Utbildning som framgångsfaktor

Utbildning och kunskap tas i alla grupperna upp som en avgörande framgångsfaktor. Deltagarna talar dels om utbildningens innehåll, dels om dess former.

Innehåll

Innehållet i utbildningen och vad man behöver kunskap om kommenteras på olika sätt. En deltagare i chefsgruppen menar att det är bra med faktagrund, att veta hur utbrett våldet är och vilka symtom det kan leda till. En viktig kunskap handlar om våldets konsekvenser för just den sjukdom patienten behandlas eller söker för och i ett större perspektiv om att det finns en stark koppling mellan våld och hälsa. En sådan kunskap kan göra personal motiverad att ställa frågan om våld.

Kopplingen mellan utbildning och motivation betonas av flera medarbetare. Att få kunskap om och förstå hur viktigt det

är för patienten att ställa frågan om våld ger stark motivation att fråga:

Dora [...] när man har haft kanske sjuksköterskestuderande som timvikarier och sen när dom har varit och haft den här föreläsningen på NCK då har dom en helt annan motivation och förståelse för hur viktigt det här är.

Aina [...] jag tycker att utbildningarna som jag har gått [...] det väckte motivationen att, det här måste jag verkligen börja prata om alltså, det här är så viktigt [...] dom har varit jättebra som, jamen inspiration.

Kunskap om att det har gjort nytta att fråga patienter om våld ökar också motivationen. Uppföljning är därför viktigt (jämför ovan).

En avgörande faktor för att personal ska våga ställa frågan om våld är kunskap om vad man ska göra med svaret – vart man kan vända sig, vilken eller vilka enheter man kan kontakta om patienten berättar om erfarenheter av våld i nära relationer samt hur man dokumenterar.

Flera betonar även kunskap om och utbildning i hur man frågar om våld i nära relationer. Man behöver bland annat träna i att vara ödmjuk i sättet att ställa frågan. Men en deltagare i chefsgruppen menar att hon är lite kluven, det behöver inte vara optimalt, alla behöver inte vara experter på att fråga:

Cilla: Jag tänker att ibland måste man nästan förenkla, att det behöver inte vara så märkligt, du behöver inte hitta det optimala tillfället [...]

det kanske inte behöver vara bara dom där mest inknärande individerna, görs det av alla alltid så. Men som sagt jag är kluven [...].

Överhuvudtaget är kunskap om och utbildning i de rutiner som finns, hur man frågar, dokumenterar, och vart man vänder sig, en trygghet för personalen som gör att benägenheten att fråga om våld kan öka.

Form

Flera deltagare talar om att det är viktigt att alla på en enhet får utbildning inom våldsområdet. För att nå det målet anordnas utbildning på arbetsplatsträffar och utbildningsdagar. Det är tillfällen när alla yrkesgrupper är samlade och kan få samma information. Det kan till exempel komma en person från NCK och informera eller föreläsa. Dessutom betonas att det behövs återkommande utbildning, ämnet måste hållas levande, även erfarna medarbetare kan behöva utbildning.

Flera av deltagarna har själva gått utbildningar genom NCK. De talar om att kunskapen som de fått på dessa kurser har gett dem större trygghet både i den egna verksamheten och i uppgiften att utbilda andra. En medarbetare talar om hur en kurs varit en ögonöppnare för henne när det gäller det psykiska våldet, ett våld som hon inte tidigare förstått kunde vara värre än det fysiska. Kurserna omtalas också av medarbetarna som att de gett inspiration, motivation och trygghet.

Tekniker/metoder

Deltagarna tar även upp olika tekniker eller metoder för lärande som kan vara effektiva för ökad kunskap. Till exempel betonas nyttan av rollspel för att öva sig på att fråga om våld. En framgångsrik metod är att ta upp fall att diskutera på till exempel ett arbetsplatsmöte. Även filmer nämns som en bra metod.

Kollegialt lärande – handledning

En annan form av lärande är det kontinuerliga kollegiala lärandet. Det är ett lärande som sker direkt i den dagliga praktiken och som handlar om en typ av handledning där man lär sig genom "hands on" här och nu och snabb återkoppling. Det innebär att det finns någon att bolla med på plats, någon som kan ge konkreta tips och som man kan diskutera ett ärende med direkt. En deltagare kallar det "learning by doing".

En förutsättning för denna typ av lärande genom kollegial handledning på plats är att det finns en öppen stämning, det vill säga ett klimat på enheten som gör att det är lätt att fråga kollegor. Många vittnar om att det gäller på deras arbetsplats:



En avgörande faktor för att personal ska våga ställa frågan om våld är kunskap om vad man ska göra med svaret.

Bodil [...] på vår mottagning så är vi ju barnmorskor, psykologer, kuratorer som jobbar väldigt tätt och då är det ju så lätt att bara springa över och, men du jag tänker på det här och bolla och liksom höra, jamen vad tror du blir bra [...] Så att jag tror att en öppenhet på avdelningen gör ju säkert att det är lättare.

Flera av deltagarna jobbar i team, vilket också underlättar ett kollegialt lärande.

Reflektion

Tillfälle till reflektion och diskussion har i forskningen visat sig vara en betydelsefull framgångsfaktor för lärande och förändrat beteende.⁷⁶

Då intervjuaren ställer den direkta frågan till deltagarna om det finns tid och tillfälle för reflektion och diskussion på arbetsplatsen svarar några ja. På en arbetsplats menar medarbetaren att det finns utrymme för diskussion och reflektion vid rapporter och ronder och att de även har inplanerat reflektionstid:

Dora [...] vi har relativt bra med rapporttid och såna saker och även på rondan att såna här diskussioner faktiskt kommer upp och kan föras. Och att vi har reflektionstid, ja, nu blir det inte av varje dag men det finns inplanerat varje dag.

En annan medarbetare berättar om reflekterande samtal där man kan ta upp svårare ärenden som man funderar över hur man har agerat i. Andra talar om att de

på enheten har eller har haft regelbundna träffar med psykolog för sådana samtal.

”Bärare” som framgångsfaktor

Många av deltagarna talar om ”bärare” eller nyckelpersoner, eldsjälar, som en framgångsfaktor. De utgör en viktig del av det kollegiala lärandet med sin kunskap och erfarenhet. En ”bärare” är en person som tillhör enheten, som kan lite mer om våld i nära relationer och som ganska enkelt kan informera och prata med resten av arbetsgruppen. Det är en kollega som kan stötta sina medarbetare och som man kan gå till med frågor. Ofta är det en ”bärare” som driver att frågan om våld ska ställas på enheten och sedan håller våldsfrågan levande.

En av deltagarna i en medarbetargrupp beskriver sig själv som ”bärare” och berättar hur hon har infört och drivit frågan på sin avdelning. Hon har fått utbildning genom kurser på NCK och i sin grundutbildning och lärt sig hur viktigt det är att ställa frågan om våld till patienterna:

Erna [...] det är jag mest som driver det på avdelningen. Jag har ju gått dom där kurserna på NCK, mäns våld mot kvinnor och så. Så det är jag som mest har informerat till mina kollegor att det är viktigt att vi frågar den här frågan [...] jag lärde mig ju från programmet [...] att det är jätteviktigt att vi frågar den frågan. Och sen hade vi något seminarium där vi diskuterade om att det är praktiskt att ha det på [informationsbladet].

⁷⁶ Dahlkild Öhman (2011).

Ja så då införde jag det när jag kom, när jag började på min avdelning [...]. Jag tycker det är jättebra, det som vi har.

I en av medarbetargrupperna blir det en diskussion om det är bra eller dåligt med "bärare".

En deltagare menar att det innebär en skörhet, man kan inte förlita sig på att en person ska bära allt. Risken är att alltihop rasar samman när den personen slutar. Det måste också finnas utarbetade rutiner för hur man ska göra oavsett vem som är på enheten. På en enhet har man i stället för en individ en grupp som är "bärare", vilket uppfattas som bra eftersom frågan då inte faller med att individer byts ut.

En deltagare i chefsgruppen säger att det kanske behövs eldsjälur som drar igång, men att en framgångsfaktor är att det är sanktionerat från ledningen, att cheferna är "med på banan" och klargör att på den här arbetsplatsen ställer vi frågan om våld.

Andra deltagare talar om "bärarna" som vissa yrkesgrupper som är bärare av ansvaret att ställa frågan om våld till patienterna, till exempel barnmorskor:

Ella [...] Och det kan ju också vara en framgångsfaktor att man någonstans håller det kring vissa yrkesgrupper som barnmorskor då till exempel för då blir det också så att det är någon yrkesgrupp som har ett större ansvar än andra och då blir det inte så att, finns det väldigt många som ska fråga så tänker alla att, jamen det är någon

annan som gör det så slipper jag så det kan också vara en faktor som.

Alla håller inte med om att bara vissa yrkesgrupper ska ha ansvaret att ställa frågan om våld. Det beror dock, enligt flera deltagare, på hur arbetet är organiserat. Är det en situation där patienten vid första besöket kommer till en yrkeskategori och vid nästa besök om något år till en annan yrkesgrupp, då behöver alla ställa frågan. Men om man som patient på mödravården kontinuerligt träffar tre, fyra olika yrkesgrupper då kan personalen enas om vem som har huvudansvaret för just den här frågan.

Sammanfattningsvis kan "bärarna" ses som en viktig länk mellan utbildning och användning av rutiner. De kan hålla våldsfrågan levande, stötta och driva på.

Chefens/ledningens roll

Chefen/ledningen förs i forskningen fram som en viktig faktor i ett förändringsarbete.⁷⁷ Hur chefen på enheten förhåller sig borde därför vara en framgångsfaktor. Något förvånande tycks det dock inte alltid vara så viktigt med chefens agerande/stöd. Drivkraften till att få något gjort kan ligga hos medarbetarna.

I gruppintervjuerna talar deltagarna både i chefsgruppen och medarbetargrupperna om betydelsen av chefens roll i att skapa utrymme för utbildning, reflektion och att lägga fast enhetens rutiner, "så här gör vi!". Chefen är också betydelsefull för

⁷⁷ Dahlkild Öhman (2011).

att hålla frågan levande och motivera medarbetarna att ställa frågan om våld:

Della [...] att man håller frågan levande hela tiden på arbetsplatsen och chefen är ju en viktig figur i det här för att det måste finnas på agendan någon gång under året. Det behöver inte vara varje månad då utan det kan räcka med en gång om året, nu lyfter vi det här ämnet för vi har ju ett antal ämnen som ska vara på agendan.

För att vissa uppgifter ska bli gjorda krävs formella beslut av en chef, till exempel att ändra sökord i journalsystemet:

Daga [...] Många saker kan vi göra och många saker kan vi göra som grupp och diskutera men att få in det på papperna i Cosmic det kan vi inte göra själva.

I en medarbetargrupp menar en deltagare att chefen inte är så viktig utan det var hon som ny medarbetare som införde rutinen att ställa frågan om våld på sin enhet:

Erna [...] Vår avdelningschef tror jag inte är så insatt i den här frågan. Utan det är jag mest som driver det på avdelningen [...]. Ja så då införde jag det när jag kom, när jag började på min avdelning, att vi skulle ha det på vårt [informationsblad].

En annan medarbetare menar att chefen har stor betydelse och att det kan behövas eldsjälur som drar igång men att det inte räcker i längden.



Chefen är också betydelsefull för att hålla frågan levande och motivera medarbetarna att ställa frågan om våld.

Ada [...] en annan viktig framgångsfaktor är att det är sanktionerat från ledningen och att cheferna är med på banan. Att liksom här på den här arbetsplatsen ställer vi frågan om våld.

Introduktion av nyanställda

Det är inte alltid som ny personal kan eller får agera som medarbetaren i exemplet ovan. När det kommer nyanställda till en arbetsplats kan det innebära svårigheter att upprätthålla arbetsplatsens rutiner. En bra introduktion av nyanställda är därför en viktig framgångsfaktor för att personal ska ställa frågan om våld.

Intervjuaren frågar gruppdeltagarna hur introduktionen av nyanställda går till på deras enhet. En av cheferna tar upp betydelsen av introduktionsmaterial för nya medarbetare och att de får veta "att det är någonting vi arbetar med". En enhet låter några "bärare" av frågan prata med de nya och "skanna av" om de brukar ställa frågan om våld, om de känner sig bekväma i det och om de vet hur man dokumenterar och om de känner till att sökordet inte syns på

nätet om någon skulle vilja kolla upp det.

Med vissa nyanställda kan det bli långa samtal medan andra har frågan om våld i nära relationer levande som en naturlig del i sin praktik. Många nyutbildade har fått kunskapen i sin grundutbildning.

På andra enheter utbildas alla nya. En medarbetare talar om att hon brukar utbildade de nya och visa dem NCK:s material om att ställa frågan om våld, bland annat filmerna på lärplattformen, och även visa handlingsplanerna. De nya behöver också få kunskap om sökordet i den elektroniska journalen. Men minst lika viktigt, enligt denna deltagare, är att ”öppna upp så att de kan komma och fråga”.

Ett par deltagare i medarbetargrupperna beskriver bemötandet av nyanställda som inskolning av en lärling. På en enhet får den nyanställda i början ha patientsamtal i närvaro av en erfaren kollega på enheten:

Dora [...] jag brukar ofta med nya kollegor liksom först gå igenom ankomstsamtalet med dom ensamma och sen försöka få med dom att göra det med en patient som är en lämplig patient då som inte ja, tycker att det är jobbigt att vi sitter två personal samtidigt.

En medarbetare på en annan enhet gör på liknande sätt men där får nyanställda först vara observatörer. De får ”en ordentlig genomgång och får sitta med på några hälsoundersökningar”. Denna intervjuerson säger att hon har haft en position där hon dessutom kunnat läsa de nyanställdas journalanteckningar för att sedan ge åter-

koppling: ”du kanske borde prata lite mer om det här”.

Gruppdeltagarna talar således om flera sätt att introducera nyanställda. Ett handfast kollegialt lärande tycks vara en framgångsfaktor.

Välfungerande samtal med tolk – en framgångsfaktor

I samtliga grupper talar vi om användandet av tolk vid patientsamtal. Några av deltagarna har tolk i så gott som alla sina patientmöten. En välfungerande tolk ses därför som en framgångsfaktor när det gäller att ställa frågan om våld och helst används telefontolk. Anledningen är att det finns få ”på-plats-tolkar” och risken är då att patienten på något sätt känner eller är bekant med tolken. Det kan också vara en fördel, som en deltagare säger, ”att enbart ha rösten och översättningen, det är liksom den minsta påverkan så att säga...”

I vissa sammanhang kan det dock vara bättre med en ”på plats-tolk”, till exempel på en vårdcentral när en person behöver få hjälp på flera håll. Om det framgår att tolken och patienten känner varandra – de kanske har hälsat på varandra i väntrummet – kan en lösning vara att använda sina språkkunniga medarbetare:

Cilla [...] vissa språk finns ju representerade i min arbetsgrupp med samma tystnadsplikt [...] man kan göra en sådan lösning att jag då följer med in på labb och så ställer jag frågan där i stället.



En bra introduktion av nyanställda är därför en viktig framgångsfaktor för att personal ska ställa frågan om våld.

I en av medarbetargrupperna talar man om vikten av att ha en kvinna som ”på plats-tolk” till kvinnor, annars måste man ha telefontolk.

Även med telefontolk kan det vara problem, vissa patienter är rädda för tolksamtal eftersom de kan känna igen rösten på tolken. En förbättring som kommer upp i vårt gruppsamtal är att frågan till patienten om hon varit utsatt för våld ska finnas skriftligt på olika språk. Till patienter som är analfabeter kanske man kan använda bilder. NCK:s informationskort om vart man kan vända sig för att få hjälp finns redan på flera språk.

Sammanfattning och diskussion

Praktikgemenskap – en modell för framgång

Analysen har visat att de framgångsfaktorer som intervjupersonerna talar om går att förstå som delar av en större helhet. De kan inte plockas ut som enskilda framgångsfaktorer utan måste ses i ett sammanhang. Faktorerna bildar ett mönster som kan relateras till en modell för framgångsrikt socialt lärande, den så kallade ”praktikgemenskapen”.

En praktikgemenskap är en grupp människor som har ett ömsesidigt engagemang i en gemensam strävan under en viss tid. Det kan till exempel vara en arbetsgrupp som utvecklar en gemensam repertoar av resurser som språk, rutiner och verktyg.⁷⁸

I en praktikgemenskap finns det medarbetare i olika positioner, allt från vana (kärn)medlemmar till nykomlingar. En nykomling behandlas till en början som en ”legitim perifer deltagare”, det tar ett tag innan personen är en riktig medlem. Man kan säga att personen inskolats av de övriga i rutinerna och sättet att tänka.

⁷⁸ Lave & Wenger (1991), Wenger (2000), Dahlkild Öhman (2011).

En praktikgemenskap karaktäriseras av att:

- Medarbetarna har ett engagemang och strävan i frågan – frågan hålls levande
- Det sker ett socialt lärande på plats, kollegialt lärande, lärande av varandra
- Deltagarna har ett gemensamt språk, gemensam diskurs, som till exempel gemensam förståelse av våld
- Det finns gemensamma verktyg: mallar, frågelistor, utbildningsmaterial, filmer
- Det finns gemensamma rutiner
- Klimatet i gemenskapen är öppet och tillåtande
- Det finns medarbetare i olika positioner:
 - o De gamla vana (kärn)medarbetarna
 - o Kolleger
 - o Förnyare – tar in ny kunskap i arbetsgruppen
 - o Nykomlingarna – till en början legitima perifera medarbetare
 - o "Bärare", en position vi kan lägga till utifrån vårt material
 - o Chef/ledare – kan ingå i gemenskapen men även vara utanför och sätta ramarna för verksamheten
 - o Expert, till exempel tolk, ingår inte i gemenskapen men kan få tillfälligt tillträde.



Förutom utbildning är gemensamma rutiner en av de viktigaste framgångsfaktorerna.

De enheter/arbetsplatser som intervju-personerna talar om går att se som praktikgemenskaper enligt ovanstående definition och karaktäristik. Men alla enheter kanske inte har samtliga kännetecken. Nedan konstrueras en enhet utifrån det mönster av framgångsfaktorer som är resultat av analysen. Denna "idealtyp" relateras till praktikgemenskapsmodellen.

På enheten finns en strävan att ställa frågan om våld till alla. Genom att utbilda samtliga medarbetare får personalen en gemensam förståelse av mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Det har stor betydelse vilken förståelse av våldet som gäller eftersom den får konsekvenser för praktiken. En våldsförståelse som utgår från maktförhållanden i relationer leder till exempel till att vårdpersonalen talar med patienten i enrum och ställer frågan om våldsutsatthet vid flera tillfällen.

Förutom utbildning är gemensamma rutiner en av de viktigaste framgångsfaktorerna. Tillsammans med ett gemensamt språk, gemensamma verktyg såsom mallar, checklistor, sökord och NCK-material utgör de ett förråd av resurser.

En praktikgemenskap är en framgångsrik modell för socialt lärande. Utbildning i form av kurser är betydelsefullt men minst lika viktigt är det sociala lärandet genom kollegial handledning på plats. Intervjupersonerna talar om betydelsen av att kunna vända sig till mer erfarna och kunniga kollegor direkt i patientarbetet. Här spelar "bärarna" en stor roll. De är personer som är drivande i våldsfrågan och som kan lite mer än kollegorna.

” En förutsättning för det kollegiala lärandet är ett öppet och tillåtande klimat på enheten, vilket tycks karaktärisera de enheter intervjupersonerna talar om.

De är beredda att stötta och hjälpa mindre erfarna medarbetare. En förutsättning för det kollegiala lärandet är ett öppet och tillåtande klimat på enheten, vilket tycks karaktärisera de enheter intervjupersonerna talar om.

Utmärkande för lärandet i en praktikgemenskap är hur nykomlingar lärns upp. De blir inte genast fullvärdiga medlemmar av gemenskapen utan behandlas som legitima perifera medlemmar. Det skapas en slags lärlingssituation, nykomlingen skolas in i enhetens språk och rutiner. På sidorna ovan ges två tydliga exempel på detta från intervjuerna. I det ena exemplet sägs att nyanställda först är observatörer och får ”en ordentlig genomgång och får sitta med på några hälsoundersökningar”.

I praktikgemenskapen finns flera olika positioner som vi känner igen från intervjuerna. Det ingår några erfarna (kärn-) medarbetare/kolleger som har mycket kunskap och upprätthåller rutinerna. Dessutom finns ”bärarna” som kan ses som speciellt intresserade och kunniga kollegor. Ofta ingår även en förnyare, i de flesta fall en kärnmedlem, en erfaren medlem som kan ta

in ny kunskap utifrån. För att få acceptans för det krävs att det är en medlem med stort förtroende i arbetsgruppen. I vårt material finns dock exempel på att en nykomling, som dessutom är nyutbildad, lyckas införa nya rutiner på sin avdelning. Personen kan, utan att behöva sanktion från chefen, föra in frågan om våld i enhetens inskrivningsformulär (se ovan). Detta är intressant för det avviker från modellen. I avsnittet *Praktikgemenskapen och omvärlden* (nedan) försöker vi ge en förklaring till detta. Till sist finns nykomlingarna som först behandlas som legitima perifera medlemmar (se ovan).

Chefer kan ingå i praktikgemenskapen men kan även ha en position utanför arbetsgruppen. En position från vilken de sätter ramar för verksamheten.

Sammanfattningsvis kan man säga att de enheter och framgångsfaktorer deltagarna i gruppintervjuerna talar om kan relateras till en modell för framgångsrikt socialt lärande, praktikgemenskapen. Den verkliga framgångsfaktorn är således enheternas närmande till vad som karaktäriserar en praktikgemenskap.

Gruppintervjuerna som praktikgemenskaper

Gruppintervjuerna skulle kunna liknas vid tillfälliga praktikgemenskaper. Deltagarna drivs av ett gemensamt engagemang i att få förmedla sina synpunkter på framgångsfaktorer. Under den korta tid vi träffas, en och en halv timme, hinner vissa gemensamma rutiner utvecklas och ett gemensamt språk

används. Inte minst sker det ett socialt lärande i grupperna under intervjun. Syftet med detta avsnitt är att ge en illustration till hur ett sådant socialt lärande kan se ut genom några korta citat som förmedlar hur gruppdeltagarna talar om sitt lärande under intervjun. Det blir även en illustration till hur en fokusgrupp som bygger på samtal och delaktighet kan vara ett dynamiskt sammanhang för socialt lärande, en praktikgemenskap.

I en medarbetargrupp kommer vi in på andra sätt att ställa frågan om våld. En deltagare säger att hon använder lite andra ord och formuleringar. Några deltagare funderar då på att förändra sitt sätt att ställa frågan om våld:

Dora: Jag tycker bara när vi sitter och pratar om det här så får jag tankeställare [...] ska jag fråga om våld eller ska jag börja använda lite fler ord kanske.

Aina [...] man kanske behöver fråga på ett annat sätt. Hur har du haft det hemma under uppväxten, har det varit lugnt eller var det stökigt, har du någon gång känt dig rädd [...]?

Dora: Ja, den var ju jättebra, den inledningen som du hade där, den tror jag skulle ge väldigt mycket mer för våra patienter [...] jag tror det är jättebra, jag ska faktiskt prova det nästa gång jag, göra det vid ankomstsamtal där, just att fråga mer hur var det hemma.

I en annan grupp talar en medarbetare, Edla, om vilka rutiner de har på hennes

avdelning. Då ställer en annan deltagare frågan: "Jag undrar hur gör ni på mottagningen [...]?" Edla svarar: "Jag sitter och funderar på det nu också." Senare i intervjun återkommer Edla till sin fundering: "jag ska försöka förmedla det här till mottagningen. Jag tänker kolla hur dom gör [...]."

Intervjuerna avslutas med en "runda", där alla deltagare får säga vad de tycker om intervjun. Följande kommentarer kan ytterligare illustrera deltagarnas lärande och beredskap till förbättringar på sina enheter:

man får lite infall, men så där kan jag göra, så kan jag tänka [...].

man får tillfälle att reflektera kring, oj just ja men där är det ju ett hål, där missar vi och hur ska vi göra kring det här, och så får man även där del av lösningar hos andra.

Jag tar med mig en del tillbaka till min arbetsplats, fundera över hur man kan göra det ännu bättre. Sprida bland mina kollegor.

” Det blir även en illustration till hur en fokusgrupp som bygger på samtal och delaktighet kan vara ett dynamiskt sammanhang för socialt lärande, en praktikgemenskap.

” En enhet inom landstingsvården som systematiskt ställer frågan om våld till sina patienter fungerar inte isolerat.

Deltagarnas öppenhet för nya idéer och ny kunskap förstärker den bild de ger av klimatet på enheten, ett öppet och tillåtande klimat.

Praktikgemenskapen och omvärlden

En enhet inom landstingsvården som systematiskt ställer frågan om våld till sina patienter fungerar inte isolerat. Den ingår tillsammans med andra enheter i en större helhet, ett hierarkiskt system med många chefsnivåer där toppen utgörs av landstingspolitiker.

Rutiner som används på arbetsplatser är förankrade i handlings- och vårdprogram som antagits av landstingsfullmäktige. Det finns gemensamma resurser för hela landstinget, till exempel lärplattformen, NCK:s kursutbud och material.

En av deltagarna i gruppintervjuerna, som också själv var utbildare i frågor om våld, talade om Uppsala som den ”ultimata staden” att ställa frågan om våld i. Hon menade att i Uppsala finns allt som behövs

för att våga ställa frågan om våld och för att vara trygg i att utbilda inom området.

Uppsalas särställning inom våldsområdet där många enheter inom landstinget rutinmässigt frågar patienter om de varit utsatta för våld i nära relationer, är resultatet av dels mångårigt lokalt arbete, dels av samhällsutvecklingen i övrigt när det gäller mäns våld mot kvinnor. Det framgångsrika arbetet i Uppsala hade inte varit möjligt utan ett långsiktigt arbete för förändringar på övergripande samhällsnivå, ett arbete som från början drevs av kvinnojour-rörelsen. Efter hand infördes ny lagstiftning, bland annat kvinnofridslagstiftningen från 1998,⁷⁹ och en ”infrastruktur” byggdes upp inom våldsområdet med Rikskvinnocentrum i Uppsala och med utbildningsuppdrag till olika myndigheter, inklusive rättsväsendet, införandet av kurser på området mäns våld mot kvinnor inom den högre utbildningen, till exempel på sjuksköterskeprogram och läkarprogram samt under de senaste åren föreskrifter, handböcker och vägledningar från Socialstyrelsen.

Man skulle kunna säga att utan detta arbete lokalt och samhällsövergripande hade det inte varit möjligt för intervjupersonen Erna att komma som nyanställd, direkt från ett vårdprogram, till en avdelning och där på eget initiativ införa den för arbetsgruppen nya rutinen att fråga alla patienter om de varit utsatta för våld. För Erna var ”manegen redan krattad” och hon kunde skörda frukterna av ett trettioårigt arbete med att förbättra bemötandet och

⁷⁹ SOU (1995:60).

omhändertagandet av kvinnor utsatta för mäns våld. Erna och hennes likasinnade, nyutbildade kolleger har nu en stor möjlighet att fortsätta driva frågan i vården om våld i nära relationer.

Råd för att systematiskt ställa frågor om våld till patienter

- Håll frågan levande
- Kombinera utbildning i form av kurser och intern kollegial handledning på plats
- Använd interaktiva utbildningsmetoder som inkluderar reflektion och diskussion i grupp
- Redovisa uppföljning som visar att rutinmässiga frågor gör skillnad, gör nytta för patienterna
- Var strategisk – små steg ger ringar på vattnet
- Prioritera samtal om våld om du har ont om tid. Strunta i andra saker som inte är så viktiga. Brist på tid får inte vara ett hinder för att ställa frågan om våld, det handlar om prioriteringar.

Kunskap om mäns våld mot kvinnor – ett utbildningskoncept formas

Annika Björck

Kunskap har sedan länge lyfts fram som en framgångsfaktor för att möta och motverka mäns våld mot kvinnor. Att ha kunskap är nödvändigt för att upptäcka våldet, kunna ge ett bra bemötande och omhändertagande och göra korrekta utredningar när det gäller pågående våld. Kunskap är vidare grundläggande för alla former av förebyggande arbete för att motverka våldet. Ökade kunskaper är också en framkomlig väg för att förändra attityder och värderingar. Brist på kunskap blir annars ett hinder för fortsatt utveckling.⁸⁰ Utbildningens betydelse som förutsättning för verksamhetsutveckling och för möjligheten till förbättringar är väl be- lagd. NCK har mer än tjugo års erfarenhet av utbildning kring mäns våld mot kvinnor. Kurser för studenter och yrkesverksamma har kontinuerligt utvecklats och genom- förts såväl regionalt som nationellt. Den specialistkompetens som förvärvats har gett legitimitet och en trovärdighet som gjort det möjligt att nå ut på alla nivåer i samhället. Detta kapitel ger en återblick över samlade erfarenheter och hur arbetet fortskridit inom olika områden.

Ett eget kunskapsområde

Mäns våld mot kvinnor utgör ett eget, erkänt tvärvetenskapligt kunskapsområde som spannar över hela samhället och omfattar flera perspektiv. En grundförståelse för våldets orsaker, omfattning och konsekvenser är nödvändig och bör utgöra basen för all kompetensutveckling. Därtill behövs yrkesspecifik kunskap som innefattar rutiner och metoder kopplade till de egna arbetsuppgifterna.

Behovet av formell kompetens

Efterfrågan på akademiska poäng inom kunskapsområdet mäns våld mot kvinnor ökar successivt både från studenter inom olika program och yrkesverksamma. Kunskapsbrist kan ibland omöjliggöra tillskapandet av resurser för våldsutsatta kvinnor. Formell kompetens är viktigt och kan i ett långsiktigt perspektiv komma att bli ett krav för att få arbeta inom detta område. En viktig del i utbildningsarbetet har därför varit att utveckla och genomföra

⁸⁰ NCK (2013c).



kurser i Uppsala som sedan kan tjänstgöra som modeller nationellt. Det är av stor vikt att kunna erbjuda både kurser anpassade för särskilda yrkes- och studentgrupper samt yrkes- och fakultetsövergripande kurser där förutom grundkunskap, även kunskap om och samverkan mellan olika myndigheter och organisationer betonas.

Yrkesutbildningar inom universitet och högskolor

Redan i Kvinnovåldskommissionens huvudbetänkande konstaterades att examensordningen för grundutbildningar till berörda yrken bör införliva/säkerställa kunskap om mäns våld mot kvinnor. Berörda yrkesgrupper bör fortbildas för att öka kunskapen, skapa attitydförändringar och förbättra handläggningsrutiner. Den enda utbildning som då motsvarade dessa krav var

polisutbildningen. Regeringen gav också Högskoleverket i uppdrag att följa upp och utvärdera de kompletteringar för vissa yrkesexamina som gjorts (SFS 1998:10). En kartläggning genomfördes 2003 för att utvärdera hur frågor om genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor beaktas i utbildningar som leder till examen som barnmorska, juris kandidat, läkare, lärare, psykolog, psykoterapeut, sjuksköterska, socionom, tandläkare, teologie kandidat samt social omsorgsutbildning. Det står klart att kunskapsområdet tas upp i flera utbildningar men inte alltid mycket eller grundligt. Resultatet presenterades 2004 i rapporten *Genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor* (873-4749-03). Högskoleverket föreslog att regeringen skulle överväga om krav på kunskap om mäns våld mot kvinnor ska ingå i examensordningen för vissa yrkesutbildningar vid universitet och



högskolor och att behovet av fortbildning bland lärare vid relevanta universitetsutbildningar skulle ses över.⁸¹ Förslagen lämnades dock utan åtgärd.

Trots detta så förstärks statusen på kunskapsområdet successivt och flera grundutbildningar införlivar så småningom kunskapsområdet. Vid Uppsala universitet fanns redan under senare hälften av 1990-talet kunskapsområdet mäns våld mot kvinnor inom läkar- och sjuksköterskeprogram. Även juristlinjen hade tidigt undervisning inom ramen för programmet.

Läkarprogrammet vid Uppsala universitet har sedan många år haft mäns våld mot kvinnor som ett obligatoriskt moment i sin kursplan. Sedan 2005 ges både en halvdagsföreläsning om våld mot kvinnor och våld i nära relationer på termin fem

och en halvdag om sexuella övergrepp och spårsäkring på termin tio.

Då sjuksköterskeprogrammet vid Uppsala universitet skulle göras om utarbetades en plan tillsammans med institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap för hur kunskapsområdet skulle kunna utökas. Då det berör flera ämnesblock bestämdes att undervisningen skulle utgöra en obligatorisk så kallad strimma genom hela programmet. Undervisningen skulle ske i form av en obligatorisk introduktion, föreläsningar, diskussionsuppgifter i basgrupper, rollspel och kunskapskontroll. Planen godkändes av programkommittén 2006. När barnmorskeprogrammet etablerades vid Uppsala universitet 2007 fanns mäns våld mot kvinnor med i programmets profil och även med en strimma för undervisning genom programmet. I dag finns

⁸¹ Södling (2004).

även strimmor i röntgensjuksköterskeprogrammet samt i flera specialistsjuksköterskeprogram vid Uppsala universitet. På psykologprogrammet utgör strimman tre tillfällen. Sakta men säkert märks en tydlig tendens till att fler och fler program som leder till yrken där man kommer att möta problematiken införlivar undervisning om mäns våld mot kvinnor.

Fristående universitetskurser – för studenter

Kontinuerliga satsningar som genomfördes på olika håll gav avtryck i form av ökad medvetenhet om våldet och dess konsekvenser hos såväl studenter som yrkesverksamma vilket medförde en ökad efterfrågan på utbildning. Den första fristående fakultetsövergripande universitetskursen *Våld mot kvinnor, 5 p* (sedermera 7,5 högskolepoäng) genomfördes 2001 av Rikskvinnocentrum och Uppsala universitet och har därefter återkommit fortlöpande. Tanken har varit att kursen ska vara fakultetsövergripande och samla studerande på olika program för att ge ett så övergripande perspektiv som möjligt.

NCK fick ett utökat uppdrag att även omfatta hedersrelaterat våld och våld i samkönade relationer 2008. Detta och ett kontinuerligt inflöde av ny kunskap genom praktik och forskning utmynnade så småningom i en fördjupningskurs om 7,5 högskolepoäng.

... och yrkesverksamma

Yrkesverksamma runtom i Sverige hade svårt att delta i akademiska kurser i Uppsala på grund av geografiska avstånd. Samti-

digt ökade intresset för utbildning allt mer. Därför skapades och genomfördes år 2004 en webbaserad distansutbildning *Våld mot kvinnor, 5 p* som ett pilotprojekt. Kursen vände sig till sjukvårdspersonal främst från den egna regionen och gavs på halvfart. Den var en så kallad flexkurs, det vill säga den innehöll både distans- och närundervisning. En databaserad lärplattform kompletterades med undervisning på plats i Uppsala. Utvärderingen visade att modellen var bra och den har sedan dess använts som bas för kommande kurser.

För att samverka mellan yrkesverksamma ska fungera krävs förutom grundkunskap om våld även kunskap om berörda myndigheters olika ansvarsområden. Detta var bakgrunden till nästa yrkesövergripande universitetskurs som genomfördes 2008. Kursen omfattade tio veckors studier på halvfart, motsvarande 7,5 högskolepoäng. Deltagarna var socionomer, åklagare, poliser och personal från hälso- och sjukvården. Två obligatoriska seminarietillfällen var förlagda till Uppsala, i samband med kursstart och avslutning. I övrigt genomfördes kursen





helt på distans. Kursen har sedan dess utvecklats och utvidgats till att omfatta 15 högskolepoäng med tre seminarietillfällen, och ges regelbundet två gånger per år.

Med en fungerande modell för distansundervisning möjliggjordes flera nya kurser. En yrkesspecifik distansutbildning för personal inom socialtjänsten genomfördes med start i april 2008. Kursen var ett samarbetsprojekt mellan NCK och Halmstads och Uppsalas kommuner. Närundervisningen ägde rum både i Uppsala och Halmstad. En liknande modell användes när en fördjupningskurs för kvinnofridssamordnare i Västra Götaland gavs 2015, då med all närundervisning förlagd till Göteborg.

Ett omfattande och långvarigt samarbete med Polisen utmynnade bland annat i att NCK tillsammans med Polishögskolan, juridiska fakulteten och sociologiska insti-

tutionen vid Uppsala universitet utformade kursen *Utredningsmetodik med inriktning på brott i nära relationer*, 4,5 hp. Kursen har genomförts kontinuerligt sedan starten 2008. Hösten 2015 övergick kursen helt i NCK:s regi och ändrade namn till *Brott i nära relationer – utredningsmetodik*, 4,5 hp. Ett samarbete med Åklagarmyndigheten resulterade i att två distanskurser om 7,5 högskolepoäng genomfördes med start 2009.

Utbildarkurs

Då utbildningsbehovet inom myndigheter och organisationer kommer att vara stort under lång tid framöver krävs fler som kan utbilda inom kunskapsområdet. Men att utbilda om mäns våld mot kvinnor är i sig ett eget kompetensområde. Därför skapades och genomfördes för första gången 2011 *Att utbilda om mäns våld mot kvinnor*

– utbildarkurs 7,5 hp. Kursen, som numera ges regelbundet, vänder sig till professionella som har en grundläggande teoretisk och praktisk kunskap. Den avser att ge en fördjupning inom kunskapsområdet mäns våld mot kvinnor samt pedagogik och metodik speciellt anpassad för utbildning inom detta område. Dessutom ska deltagarna få en fördjupad kunskap inom området med fokus på hedersrelaterat våld och våld i samkönade relationer. Kursen ges numera regelbundet. Den fick senare stå modell för en utbildarkurs riktad särskilt till personer som ska utbilda hälso- och sjukvårdspersonal i att ställa frågor om våldsutsatthet. Första kursen gavs 2014 på kvartsfart och omfattade 15 högskolepoäng. Den har omarbetats och ges nu återkommande som en 7,5 högskolepoängs flexkurs på halvfart.

En webbaserad introduktionskurs blir till

För att rätt kunna bemöta en person som utsatts för våld av en närstående krävs kunskap om våldets komplexitet. Vid Uppsala universitet deltar NCK återkommande i vårdprogrammen med obligatoriska föreläsningar vid flera tillfällen, så kallade strimmar. Men på landets övriga grundutbildningar för yrkesverksamma som kommer att möta våldsutsatta personer i sin profession är utbildning om våld inte alltid obligatorisk.

I Socialstyrelsens föreskrifter *Våld i nära*

relationer, 2014:4, ställs krav på grundkunskaper för yrkesverksamma som i sitt arbete möter våldsutsatta kvinnor och män samt barn som bevittnat eller upplevt våld.⁸² Det har fört med sig en ökad efterfrågan på kunskap om våld. Inom ramen för ett regeringsuppdrag till Socialstyrelsen har därför NCK haft i uppdrag att i samverkan med Socialstyrelsen och länsstyrelserna utveckla en webbaserad introduktionskurs. I arbetet med *Introduktionskurs om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer* deltog en referensgrupp bestående av representanter för kommuner, landsting, myndigheter, forskare och idéburna organisationer för att diskutera innehåll, utformning och implementering. Sammantaget har 23 myndigheter varit delaktiga i kursens innehåll. Genom att det är möjligt att välja nivå på kursen fungerar den både som introduktion och ger möjlighet till fördjupning för personer som redan har en del kunskap och erfarenhet.



⁸² Socialstyrelsen (2014).



NCK:s utbildningskoncept har enligt utvärderingarna inspirerat till ett aktivt engagemang i frågorna och gett trygghet i att ställa frågor om våldsutsatthet inom de olika verksamhetsområdena. Reflektion utifrån kunskapsmaterialet och attityder i samhället har haft en självklar plats. I den nya webbkursen har dessa erfarenheter tagits tillvara genom att ämnen för reflektion har lagts in i varje avsnitt. På så sätt uppmuntras kursdeltagaren att stanna upp och tänka över egna attityder och normer i samhället. En utbildningsmanual för kursledare har tagits fram. Den innehåller också förslag på hur kursen kan användas som stöd vid fördjupade diskussioner i arbetsgrupper. När ett arbetslag genomför utbildningen tillsammans, stärks den lärande processen ytterligare. Om kursledaren har gått någon av NCK:s utbildarkurser är det givetvis en fördel. För ytterligare fördjupning finns sedan högskolekurser hos NCK eller på andra universitet och högskolor.

Utbildningsmaterial

I takt med att stora utbildningsåtaganden började genomföras framkom behov av ett utbildningsmaterial med samlad kunskap. Utbildningsmaterialet *Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt* togs fram inom ramen för det myndighetsgemensamma fortbildningsuppdrag som regeringen gett Rikspolisstyrelsen 1997. Materialet utgavs år 2000. Uppdraget ingick som en av åtgärds-punkterna i Kvinnofridspropositionen. Syftet var att det skulle ge praktisk vägledning och stöd i det dagliga arbetet samt stimulera till diskussioner och utvecklande av nya arbetsmetoder. Rikskvinnocentrum och de övriga medverkande myndigheterna – Domstolsverket, Rikspolisstyrelsen, Riksåklagaren, Socialstyrelsen, Kriminalvården, Brottsoffermyndigheten – utarbetade varsitt kapitel i *Kvinnofrid – ett utbildningsmaterial om mäns våld mot kvinnor*.

Under senare år blev behovet av samlad teoretisk och praktisk kunskap i form av en lärobok allt tydligare för Rikskvinnocentrum. *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar* utkom första gången 2003 på Studentlitteratur.⁸³ Läroboken är en antologi som vill ge en teoretisk och historisk bakgrund till mäns våld mot kvinnor och en beskrivning av samhällets förhållningssätt då och nu inom hälso- och sjukvård, socialtjänst och rättsväsende. Den vänder sig till universitets- och högskolestuderande, yrkesverksamma och ideellt arbetande personer som vill vidareutbilda sig inom kunskapsområdet.

De forsknings- och kunskapsöversikter

⁸³ Heimer & Posse (2003).

som NCK tagit fram om våld i samkönade relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, kvinnlig omskärelse/könsstympling, våld mot kvinnor med funktionsnedsättning och våld mot äldre kvinnor, utgör också värdefull undervisningslitteratur.

Filmer som undervisningsmaterial

Mäns våld mot kvinnor och kanske särskilt våld i nära relationer är ett svårt och komplext område. De vanligaste problem som kursdeltagare formulerat har rört bemötande och kommunikation med våldsutsatta kvinnor: "Hur ska jag fråga?" "Vad ska jag säga?" "Vad ska göra om hon inte vill berätta?" "Törs jag ta i henne?". Ofta har det rört sig om osäkerhet men också om omtanke, om att inte ytterligare kränka eller rädsla för att begå professionella misstag. Genom att då ha inslag av rollspel eller andra dramatiseringar som inslag i utbildningen kan deltagarna få prova på hur det känns att fråga om våld och lära känna sina egna reaktioner.

Under åren har det också vid många tillfällen framkommit önskemål om att få möta någon som själv varit utsatt. Att ha varit utsatt för misshandel och sexuella övergrepp innebär ett multitrauma där tilliten till andra människor ofta är svårt skadad. Det får betecknas som etiskt tvivelaktigt att utnyttja ett brottsoffer på detta sätt vilket gör våldsutsatta kvinnor till en mindre lämplig patientgrupp att använda i undervisningssammanhang. Att ta fram



och använda spelfilmer som undervisningsmaterial kan då vara ett sätt att skapa både kunskaps- och diskussionsunderlag för att öka förståelsen och bidra till bättre omhändertagande av brottsoffren. Under åren har ett flertal filmer producerats framför allt av idéburna organisationer.

Inom regeringsuppdraget om att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen togs ett utbildningspaket fram bestående av dvd:n *Att ställa frågan om våld – åtta utbildningsfilmer för hälso- och sjukvården* och ett tillhörande utbildningsmaterial (se vidare i kapitlet *Uppsalamodellen – från forskning till praktik*).⁸⁴

För att öka kunskapen och förbättra stödet till våldsutsatta hbtq-personer har NCK tagit fram en novellfilm och ett pedagogiskt material om våld i samkönade relationer *Blott du mig älskar*.⁸⁵ Tillsammans med NCK:s forskningsöversikt om våld i samkönade relationer utgör filmen och det pedagogiska materialet ett verktyg för

⁸⁴ NCK (2010b).

⁸⁵ NCK (2010f).

att höja medvetenheten om den komplexa problematik som omgärdar våld i samkönade relationer. Utbildningsmaterialet utgår från scener i filmen och är utformat kring fem teman: makt, kön och våld; heteronormativitet; minoritetsstress och särskild sårbarhet; isolering, ordlöshet och internalisering; samt samhällets ansvar och bemötande. Till varje tema finns diskussions- och fördjupningsfrågor.

Kvalitetssäkring

Att utvärdera måloppfyllelse, deltagarnas resultat, utbildarnas insatser och upplevelsen av utbildningsprocessen är och har varit viktigt för att ständigt kunna förbättra, förändra och förnya.

Alla de utvärderingar som gjorts i direkt anslutning till kursavslut har gett ett entydigt besked om att det är våldsförståelsen och kunskap om processen och konsekvenserna när det gäller våld i nära relationer som varit den mest betydelsefulla kunskapen för deltagarna. Den långsiktiga inlärningseffekten är dock svår att bedöma då det finns få studier genomförda. Vilken kunskap som blir bestående beror förutom på hur utbildningen utformas och vad tyngdpunkten läggs på, om det sedan sker en kontinuerlig förstärkning av den kunskap och de färdigheter man fått.⁸⁶

I Uppsala län genomförde Rikskvinnocentrum i slutet av 1990-talet en kart-

” Att utvärdera måloppfyllelse, deltagarnas resultat, utbildarnas insatser och upplevelsen av utbildningsprocessen är och har varit viktigt för att ständigt kunna förbättra, förändra och förnya.

läggning avseende primärvårdens erfarenheter av våldsutsatta kvinnor. Det framkom att kvinnor med våldsproblematik i hög utsträckning sökte primärvården och att många vårdgivare kände sig okunniga på området och efterfrågade utbildning. En bred utbildningsinsats genomfördes och en efterföljande utvärdering visade en 30-procentig ökning av antalet handlagda fall. Bland kvinnliga läkare var ökningen 60 procent.⁸⁷

Den strimma om mäns våld mot kvinnor i det nya sjuksköterskeprogrammet från 2006 som beskrivits ovan, utvärderades under 2009 efter avslutad utbildning. Utvärderingen genomfördes i två steg. Samtliga studenter fick inför första undervisningstillfället en enkät med kunskapsfrågor och frågor om attityder till våld mot kvinnor. Enkäten upprepades i slutet av termin sex efter sista undervisningstillfället. Det andra steget var att ställa frågor i fokusgrupper. Resultatet visade att grundläggande kunskaper från första undervisningstillfället fanns kvar efter tre år.

⁸⁶ NCK (2010a).

⁸⁷ Rikskvinnocentrum (2002).

En majoritet av studenterna ansåg vidare att alla kvinnor som kommer i kontakt med sjukvården bör tillfrågas om våld och att kunskap liksom rutiner är viktigt för att man ska våga fråga. Återkommande undervisning genom programmet upplevdes positivt och har bidragit till att flera av studenterna känner sig väl förberedda att ställa frågor om våld.

Ett utvecklingsområde har varit att utvärdera hur förbättrade kunskaper, attityder och praktiska färdigheter svarar mot verklighetens behov. Detta kräver att man väntar tills kursdeltagarna befunnit sig i yrkesrollen en tid efter utbildningen. Distanskursen *Våld mot kvinnor 7,5 hp* för socionomer har utvärderats på detta sätt. Ett halvår efter kursavslutningen skickades en enkät ut till samtliga kursdeltagare. Deltagarna uppgav att kunskaperna innebar en säkerhet som ger lugn och trygghet och underlättar för dem att ta upp frågan om våld, även om klienten inte själv direkt benämner det. Att ha fått kunskaper om de mönster som finns i en relation där mannen utövar våld mot kvinnan, har gett förståelse för kvinnors beteende, som annars kan tyckas vara inkonsekvent. Detta har i sin tur bidragit till att ge kvinnorna ett gott bemötande. En stor majoritet ansåg att det inte var någon svårighet att integrera de nya kunskaper de fått genom kursen med tidigare kunskaper och erfarenheter. På frågan om hur det går att sprida kunskapen på arbetsplatsen svarade en majoritet att de fört fram kunskaper i olika sammanhang, och att det oftast tagits emot positivt och med stort

intresse. Den förmedlade kunskapen hade också väckt diskussioner och avslöjat många fördomar som måste brytas ner.

Dokumentation

Att ständigt utveckla metodik och pedagogik anpassad till olika målgrupper, för både när- och distansundervisning, har varit ett viktigt arbete för att bibehålla en hög kvalitet. Eftersom kurserna också är modellskapande har det varit väsentligt att sammanställa kursrapporter och ta fram särskilda manualer för varje kurs.

Kunskapsläget i nutid

Förutom den utbildning som genomförts av NCK, och som beskrivits ovan, har det under de senaste tjugo åren hållits en mängd andra utbildningar, kurser och seminarier runtom i landet för att öka kunskapen om mäns våld mot kvinnor.

Kommuner, landsting, rättsvårdande myndigheter och intresseorganisationer har

” Förutom den utbildning som genomförts av NCK har det under de senaste tjugo åren hållits en mängd andra utbildningar, kurser och seminarier runtom i landet för att öka kunskapen om mäns våld mot kvinnor.

periodvis satsat på att fortbilda personalen. Flera myndigheter har också tagit fram utbildnings- och informationsmaterial anpassat till den egna verksamheten. De flesta satsningar har gjorts i projektform över en begränsad tid. Det finns ingen samlad dokumenterad kunskap om hur många som nåtts av dessa satsningar eller vad de innehållit.

För att få en bild av det aktuella kunskapsläget har NCK genomfört tre kartläggningar: den första om fristående kurser om våld mot kvinnor vid universitet och högskolor, den andra om hur våld mot kvinnor beaktas i 20 yrkesutbildningar vid universitet samt den tredje om högskolor och myndigheters fortbildning av personal.

Sammantaget visar dessa att:

- antalet fristående kurser ökade från år 2005. År 2009 fanns ett femtiotal.⁸⁸
- endast var tredje student som läser yrkesprogram vid universitet och högskolor fick kunskap om mäns våld mot kvinnor. Ännu färre fick kunskap om hedersrelaterat våld och förtryck och våld i samkönade relationer.⁸⁹
- Polisen, Åklagarmyndigheten, Domstolsverket, Kriminalvården, Försäkringskassan, Migrationsverket och Försvarsmakten bedriver fortbildning om framför allt mäns våld mot kvinnor.

Det finns stora variationer i fortbildningarnas innehåll, omfattning och kontinuitet.⁹⁰

Hur kunskapsläget ser ut vid landets 21 landsting/regioner och 290 kommuner är svårare att överblicka. Det regionala självstyret gör att det inte finns, till skillnad från inom enrådsmyndigheter, centralt placerade tjänstemän med sammanhållen kunskap om fortbildning. Ingen myndighet har heller någon generell tillsyn när det gäller fortbildning av personal.

Framtiden – kontinuitet, uthållighet, långsiktighet

Att ha etablerat och utvecklat ett nationellt kunskapscentrum som NCK har både gett möjlighet att bidra till att höja kunskapsnivån hos studenter och yrkesverksamma under en lång tid och att följa utvecklingen i samhället.

De politiska ambitionerna har resulterat i omfattande satsningar. Men arbetet är långt ifrån avslutat. Fortsatta strukturerade och långsiktiga utbildningssatsningar måste säkerställa att kunskap om våld mot kvinnor förmedlas genom hela utbildningssystemet. I grundutbildningar inom universitet och högskolor och särskilt i vissa grundprogram bör mäns våld mot kvinnor beaktas och ingå i examinationsordningen. Myndigheters fortbildning måste struktureras för att garantera kontinuitet. Våld i samkönade relationer

⁸⁸ NCK (2009b).

⁸⁹ NCK (2010e).

⁹⁰ NCK (2012).

och våld mot särskilt sårbara grupper som kvinnor med funktionsnedsättning eller missbruksproblematik behöver uppmärksammas i större utsträckning liksom barn som lever med våld.

En omfattande, strukturerad, samordnad och långsiktig nationell utbildningspolitik kring mäns våld mot kvinnor som innefattar såväl yrkesutbildningar vid universitet som fortbildning inom myndigheter behövs. Självstyrande myndigheter som kommuner och landsting måste också organisera och permanenta fortbildning så att personalen har tillräckliga kunskaper för att möta våldsproblematiken. Till detta krävs uthållighet – och tålamod.

” **Fortsatta strukturerade och långsiktiga utbildningssatsningar måste säkerställa att kunskap om våld mot kvinnor förmedlas genom hela utbildningssystemet.**

Särtryck ur Läkartidningen,
Volym 113, nr 24-25 2016

SÄRTRYCK UR LÄKARTIDNINGEN

Att ha varit utsatt för våld ökar risken för ohälsa senare i livet

KUNSKAP OM VÅLDETS FÖREKOMST OCH KONSEKVENSER BEHÖVS I HELA VÅRDEN – ANAMNESEN BÖR INNEFATTA FRÅGA OM VÅLD

Anna Berglund, med dr, leg läkare
 ● anna.berglund@nck.uu.se

Gun Heimer, professor, överläkare, chef, båda Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet

Medvetenheten om att våld mot kvinnor och våld i nära relationer utgör ett folkhälsoproblem har ökat under de senaste decennierna. Förutom fysiska skador leder våldet till långsiktiga konsekvenser för både enskilda individer, familjer och hela samhällen. Initiativ för att motverka våldet har tagits såväl internationellt som nationellt. Under 1990-talet kom FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor, där våld som skett i det privata, tex inom äktenskapet, lyftes fram som en angelägenhet för samhället, och WHO slog fast att våld utgör en folkhälsofråga.

I Sverige trädde Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, Istanbulkonventionen, i kraft i november 2014. I konventionen finns bestämmelser om skydd, stöd och förebyggande åtgärder.

Senare års forskning har förstärkt bilden av att våldsutsatthet är associerat med både somatisk och mental ohälsa.

PREVALENS

Förekomsten av våld och våldsutsatthet kan mätas på många sätt. De olika studierna bidrar som pusselbitar till helhetsbilden, och läsaren måste vara uppmärksam på i vilket syfte studien gjorts, vilken typ av våld som studerats och vilken metod som använts. De flesta länder följer utvecklingen av våldsutsattheten i befolkningen kontinuerligt genom kriminalstatistik och brottsofferstudier [1]. Studier där deltagarna själva rapporterar utsatthet för våld ger större kunskap om våldets förekomst och karaktär än de nationella befolkningsundersökningarna. Våldshändelser beskrivs mera detaljerat i frågorna i studierna, vilket underlättar för respondenterna att identifiera sina erfarenheter som uttryck för våld.

Sexuellt, fysiskt och psykiskt våld studeras oftast, men ibland även andra uttryck för våld som försumelse och ekonomiskt utnyttjande. Relationen till förövaren och i vilken mån offret behövt eller sökt hjälp undersöks också. Mera sällan studeras effekter på hälsa och livssituation i samma studie så att kopplingar mellan våldsutsatthet och ohälsa kan göras.

Vanligt i ett internationellt perspektiv

Den internationella forskningen om förekomst av våldsutsatthet, oavsett om det utgör ett brott eller inte, är mycket omfattande. Skillnader i definitioner, avgränsningar och lagstiftning i olika länder gör det svårt att göra detaljerade jämförelser, men i stort överensstämmer resultaten.

»Sammanfattningsvis rapporterade 46 procent av kvinnorna och 38 procent av männen att de utsatts för någon form av allvarligt våld under sitt liv.«

Internationell prevalensforskning visar att våldsutsatthet är vanligt i alla länder. Det fysiska våldet utanför en parrelation drabbar företrädesvis män. Om hot om våld ingår i definitionen har från hälften och upp till tre fjärdedelar av männen någon gång varit utsatta.

Kvinnorna är mer utsatta för sexuellt våld. Prevalensen för att ha varit utsatt för våldtäkt och våldtäktsförsök i ett livstidsperspektiv varierar mellan knappt 10 och 25 procent bland kvinnorna, beroende på hur våldtäkt definieras, och bland män anges upp till ca 5 procent.

De flesta studier om våld i nära relationer har fokuserat på heterosexuella relationer. Kvinnorna är mer utsatta för allvarligt fysiskt våld av sin partner än

HUVUDBUDSKAP

- Fysisk och psykisk ohälsa är överrepresenterad bland våldsutsatta kvinnor och män.
- 46 procent av kvinnorna och 38 procent av männen i en svensk representativ studie hade under livet utsatts för allvarligt sexuellt, fysiskt och/eller psykiskt våld.
- En fullständig anamnes bör därför innehålla en fråga om våldsutsatthet.
- Våldsutsatta patienter söker inom alla medicinska specialiteter, och kunskap om våldets förekomst och konsekvenser behövs överallt inom hälso- och sjukvården.
- Handlingsprogram för hänvisning av våldsutsatta patienter för skydd, krisbearbetning och stöd ska finnas.
- Hälso- och sjukvården har ett ansvar att bidra till rättsprocessen genom korrekt handläggning av patienter som utsatts för våld.

männen, ofta strax under 10 procent bland kvinnorna och någon procent bland männen i ett livstidsperspektiv. Kvinnorna utsätts också i högre grad för sexuellt våld, upprepat våld, allvarligare våld och flera former av våld.

Yngre personer är mest utsatta både för våld i allmänhet och för våld i nära relationer. Då våldet är sexuellt, fysiskt eller avser sexuella trakasserier är förövarna till övervägande del män, både för manliga och kvinnliga offer. När kontrollerande beteende eller kränkningar i en parrelation studeras, är förövaren lika ofta en kvinna som en man. Barnen utsätts både av vuxna, ofta vårdnadshavare, och av jämnbärga kamrater [1].

När det gäller våld mot personer med icke-normativ könsidentitet visar de studier som finns på ökad våldsutsatthet i ett livstidsperspektiv, medan förekomst av våld inom en parrelation är jämförbar med den för heterosexuella par [2, 3].

Någon systematisk forskning på förekomsten av hedersrelaterat våld finns inte i Sverige, men en kartläggning med en skolenkät bland elever i åldern 15-16 år i Stockholms stad visade att en knapp fjärdedel (23 procent) av flickorna inte fick ha pojkvän och förväntades vara oskuld vid giftermålet. 7 procent av flickorna och 3 procent av pojkarna hade, utöver restriktioner beträffande vem de umgicks med, också varit utsatta för fysiskt eller psykiskt våld inom familjen [4].

En kartläggning utförd av Ungdomsstyrelsen (numera Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor) visade att 70 000 ungdomar i Sverige hade begränsningar gällande äktenskap och/eller uttalade regler att hålla sig till för sitt val av partner [5].

VÅLDETS KONSEKVENSER FÖR HÄLSA OCH SJUKDOM

De flesta tidigare studier av konsekvenser av våld för hälsotillståndet har gjorts i en sjukvårdskontext. Personer som sökt inom hälso- och sjukvården har tillfrågats om våldsutsatthet, och resultaten visar att våld är vanligt förekommande vid ett stort antal sjukdomsbilder, inte bara vid fysiska skador. Det gäller symtom från mag-tarmkanalen, långvariga smärttillstånd, psykosomatiska symtom, hjärt-kärlsjukdomar, fetma och diabetes typ 2 samt symtom på psykisk ohälsa.

Något orsakssamband har inte kunnat visas, men däremot starka kopplingar mellan utsatthet och symtom på fysisk och mental ohälsa [1-3]. Ett annat sätt att undersöka effekterna av våldsutsattheten på hälsan är att fråga de utsatta själva. I sådana studier uppger kvinnor i hög utsträckning att de fortlöpande lider av sina erfarenheter [6, 7].

Studien »Väld och hälsa« bekräftar bilden

Det finns flera nya svenska populationsbaserade studier där både prevalens av våldsutsatthet och möjliga kopplingar till deltagarnas aktuella hälsa beaktats. Studien »Väld och hälsa«, med syfte att undersöka utsatthet för sexuellt, fysiskt och/eller psykiskt våld hos ett representativt urval av kvinnor och män i Sverige, genomfördes 2011-2012. 10 000 kvinnor och 10 000 män inbjöds att delta, och svarsfrekvensen blev 52 procent [8].

Enkäten innehöll frågor med beskrivningar av våldshändelser och följdfrågor om tidpunkt, frekvens och förövare samt om huruvida den utsatta personen

hade sökt hjälp och polisanmält. Både utsatthet i ett livstidsperspektiv och under det senaste året efterfrågades. I samma enkät svarade respondenterna på frågor om sin aktuella hälsa. På så sätt kunde eventuella kopplingar mellan våldsutsatthet och hälsa undersökas.

När det gäller sexuellt våld visade »Väld och hälsa« att det var drygt tre gånger så vanligt att kvinnor hade utsatts för våldtäkt eller våldtäktsförsök före 18 års ålder som män (13 respektive 4 procent). I ett livstidsperspektiv hade var femte kvinna och var tjugonde man utsatts för våldtäkt och/eller våldtäktsförsök. De som utsatts före 15 års ålder hade kraftigt förhöjd risk att utsättas både i sena tonåren (15-17 år) och som vuxna.

Under barndomen hade var sjunde kvinna och nästan var femte man (14 respektive 18 procent) utsatts för allvarligt fysiskt våld, och bland vuxna var det 10 procent av kvinnorna och 15 procent av männen. Definitionen av allvarligt fysiskt våld innefattade exempelvis knytnävsslag, fysisk misshandel, stryptag och våld utövat med vapen. Det var närmare tre gånger vanligare att kvinnorna utsatts för fysiskt våld av en partner än männen (14 respektive 5 procent). När gärningsmannen var en främling var i stället männen mera utsatta (15 mot 3 procent).

Var femte kvinna i studien hade utsatts för psykiskt våld i form av systematiska förolämpningar och kränkningar av en partner, medan motsvarande resultat bland männen var knappt var tionde (8 procent).

Sammanfattningsvis rapporterade 46 procent av kvinnorna och 38 procent av männen att de utsatts för någon form av allvarligt våld under sitt liv. Studien bekräftade att kvinnor i första hand utsatts för sexuellt våld och våld från en partner och männen i första hand för fysiskt våld av en okänd gärningsman [8] (Tabell 1).

Väldutsatthet kopplad till alla undersökta ohälsospekter

I »Väld och hälsa« fick deltagarna svara på frågor om sin aktuella hälsa, främst genom självskattningsskolor. Tecken på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD),

TABELL 1. Utsatt för allvarligt våld i ett livstidsperspektiv (studien »Väld och hälsa« 2014 [8]).

Typ av våld	Kvinnor, procent	Män, procent
Före 18 års ålder		
Sexuellt ¹	17	6
Fysiskt	14	18
Psykiskt	14	10
Efter 18 års ålder		
Sexuellt	11	1
Fysiskt	10	15
Psykiskt	22	9
Totalt	46	38

¹ Allvarligt sexuellt våld mot barn innefattar våldtäkt och våldtäktsförsök samt upprepade tillfällen av tvång att utföra eller utstå handlingar av närgående sexuell natur som smekningar, posering eller dylikt. För övriga definitioner av allvarligt våld, se texten.

ÖVERSIKT

depression, riskbruk av alkohol, psykosomatiska symtom och självskattad hälsa samt självskadebeteende undersöktes.

Sammanfattningsvis visade studien att våldsutsatthet hade kopplingar till alla de ohälsospekter som undersöktes. Depression var till exempel dubbelt så vanligt bland personer som någon gång i livet utsatts för allvarligt psykiskt våld. Bland dem som utsatts för allvarligt sexuellt våld var PTSD tre till fem gånger vanligare och psykosomatiska symtom två till tre gånger vanligare. Riskbruk av alkohol var dubbelt så vanligt bland personer som i vuxen ålder utsatts för allvarligt psykiskt våld.

Inom studien var det också möjligt att undersöka eventuella kopplingar till diagnoser hämtade från Socialstyrelsens patientregister (PAR). Att ha fått diagnosen hjärtinfarkt under de senaste 5 åren bland kvinnor i åldern 56-74 år var två till fyra gånger vanligare bland dem som rapporterade utsatthet för allvarligt fysiskt eller sexuellt våld under sin livstid. Bland män var hjärtinfarkt knappt dubbelt så vanligt bland dem som utsatts för allvarligt sexuellt våld före 18 års ålder. Det låga antalet män i studien (n = 50) som hade utsatts för allvarligt sexuellt våld som vuxna gjorde att eventuella kopplingar till hjärtinfarkt inte kunde beräknas [8]. Ytterligare diagnoser kommer att undersökas i kommande doktorandprojekt.

Ungdomar och unga vuxna mest utsatta

Ungdomar och unga vuxna är mest utsatta för våld. I en studie som rekryterade ungdomar från ett urval av svenska ungdomsmottagningar och gymnasieklasser i en medelstor svensk stad undersöktes förekomsten av sexuellt, fysiskt och psykiskt våld under det senaste året [9]. Vidare analyserades samband mellan att vara utsatt för flera typer av våld och självrapporterad sexuell och mental ohälsa samt sexuellt riskbeteende.

Fler unga kvinnor än män uppgav att de hade blivit utsatta för emotionellt våld (33 respektive 18 procent) och för sexuellt våld (14 respektive 4 procent). De unga männen rapporterade oftare än kvinnorna att de blivit utsatta för fysiskt våld (27 respektive 18 procent). Hos båda könen var utsattheten för våld före 15 års ålder kopplad till våldsutsatthet under de senaste 12 månaderna.

Bland de utsatta fanns starka samband mellan att ha varit utsatt för två eller flera typer av våld och självskadebeteende, självmordstankar och dåligt psykiskt välbefinnande hos både kvinnliga och manliga gymnasieelever. Bland de sexuellt erfarna fanns en koppling mellan att ha varit utsatt för flera typer av våld och sexuell ohälsa samt risktagande [9].

En studie inkluderande drygt 1 000 unga kvinnor som sökt ungdomsmottagningar visade att utsatta kvinnor, i synnerhet de multiutsatta, hade högre risk för att ha symtom på PTSD, sömnsvärigheter och mag-tarmproblem än andra. De 10 procent av kvinnorna som inte definierade sig som heterosexuella hade drygt dubbelt så ofta varit utsatta för flera former av våld som heterosexuella kvinnor [10].

Sexuell exploatering ger ökad risk för psykisk ohälsa

I Allmänna barnhusets studie »Unga, sex och Internet - i en föränderlig värld« besvarade knappt 6 000 gym-

nasieelever, 16-23 år, en enkät om utsatthet för sexuella övergrepp. Enkäten innefattade även mätinstrument för att värdera hur eleverna uppfattade relationen till sina föräldrar, sin självkänsla och huruvida de hade symtom på posttraumatisk stress eller självskadebeteende.

Sammanfattningsvis var det tre gånger vanligare att unga kvinnor utsatts för sexuella övergrepp än unga män (29 mot 10 procent). Kvinnorna hade också tre gånger oftare varit utsatta för penetrerande övergrepp (9 mot 3 procent). Hos de män som hade varit utsatta för sexuellt våld sågs dock lika allvarliga konsekvenser som hos kvinnorna, men de berättade mer sällan om sina erfarenheter.

De personer som upplevde att den konventionella könsindelningen inte passade dem (0,9 procent) utsattes i högst utsträckning (40 procent).

Studien visade att elever som utsatts för övergrepp eller sexuell exploatering hade kraftigt ökad risk för psykisk ohälsa [11].

Utsatt för flera olika typer av våld/flera förövare

Förekomst av utsatthet för flera olika typer av våld och/eller av flera olika förövare och kopplingar till psykisk ohälsa studerades i en avhandling från Linköping [12]. Materialet bestod dels av ett representativt urval av befolkningen i Östergötlands län (1 168 kvinnor och 2 924 män), dels av personer som sökt sjukhusvård (2 439 kvinnor och 1 767 män).

Resultaten visade att nästan varannan kvinna som rapporterade våldsutsatthet hade utsatts för mer än en typ av våld (sexuellt/fysiskt och/eller psykiskt). En tredjedel hade varit utsatta av mer än en förövare.

»Det finns vetenskapligt stöd för att våldsutsatthet kan ligga bakom eller bidra till många symtombilder, och en fråga om erfarenheter av våld bör ingå i sjukhistorien.«

Bland utsatta män rapporterade knappt en tredjedel flera olika typer av våld och knappt en fjärdedel flera förövare. Fler män än kvinnor rapporterade fysiskt våld (kvinnor 6 respektive 7 procent, män 29 respektive 35 procent), medan fler kvinnor rapporterade sexuellt våld (17 procent i båda urvalen; män 4 respektive 5 procent).

Det var också vanligare att kvinnor rapporterade alla tre typerna av våld (6 respektive 7 procent) än männen (1 respektive 2 procent).

Deltagarna tillfrågades om de under det senaste halvåret hade haft symtom som gjort det svårt att utföra dagliga sysslor, om de hade lidit av depression, ångest eller sömnsvärigheter. Vidare kartlades symtom på PTSD.

Erfarenheter av våld av flera slag eller av flera förövare var starkare kopplade till olika symtom på psykisk ohälsa än enstaka utsatthet. För både kvinnor

och män var kopplingen särskilt stark när förövaren var en partner [12].

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ANSVAR

Inom ramen för sin handlingsplan för att motverka mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer gav regeringen i uppdrag till Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) vid Uppsala universitet att utveckla metoder för att identifiera våldsutsatthet hos personer som söker inom hälso- och sjukvården (regeringsuppdrag 2007/08:39).

Vägledning och föreskrifter för att fråga om våld

NCK:s rapport »Att fråga om våldsutsatthet som en del i anamnesen« [2] ledde till ett uppdrag från Socialstyrelsen att utarbeta en vägledning för hur och när frågor om våldsutsatthet ska ställas. I vägledningen »Att våga se, vilja veta och våga fråga« (2014), som syftar till att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet, rekommenderar Socialstyrelsen att frågan tas upp med alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovården och psykiatrin samt i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatrin [13].

Men forskningsläget tyder på att frågor om erfarenhet av våld har sin plats även i andra patientgrupper, och i oktober 2014 trädde Socialstyrelsens nya föreskrifter »Våld i nära relationer« i kraft [14]. Föreskrifterna, som riktar sig till socialtjänsten och hälso- och sjukvården inklusive tandvården, slår fast att om en klient/patient visar tecken till att ha varit utsatt för våld ska personalen ställa frågor för att kartlägga detta. I föreskrifterna beskrivs de nödvändiga förutsättningarna för att frågorna ska kunna ställas på ett etiskt sätt, nämligen att det sker i enskildhet med tillgång till professionell tolk vid behov och att rutiner för att hantera svaret ska finnas.

Handlingsplan behövs

Hälso- och sjukvårdens uppgift är att utreda och handlägga de symtom patienten söker för. Det finns vetenskapligt stöd för att våldsutsatthet kan ligga bakom eller bidra till många symtombilder, och en fråga om erfarenheter av våld bör ingå i sjukhistorien. Detta kräver att det finns en handlingsplan där det framgår vart den våldsutsatta kan hänvisas. Handlingsplanen bör vara lättillgänglig, eftersom situationen kan vara akut. Psykosocialt stöd i form av kris- eller stödsamtal bör erbjudas. Ibland behövs insatser för att förbättra den sociala situationen.

I första hand ska emellertid det omedelbara behovet av vård tillgodoses; sedan finns tid att utforska vilken annan hjälp som kan vara lämplig. Ofta ligger upplevelsorna längre bak i tiden eller är inte av den arten att patienten vill ha omedelbar hjälp [15]. I stället kan det öppnas en väg till bättre förståelse för patientens symtom och reaktioner hos både sjukvården och patienten själv, vilket i ett längre perspektiv kan leda till bättre hälsa och livskvalitet.

Tidig upptäckt av våldsutsatthet kan förebygga ytterligare våld, vilket styrks av studier som undersökt uppreperanderisken.

Rättsmedicinsk undersökning och spårsäkring

Hälso- och sjukvården har vidare ett ansvar att bidra

FAKTA 1. Exempel på frågor om våldsutsatthet

- Vi vet att många är utsatta för våld och hot. Det påverkar ofta hälsan och vi frågar därför alla. Hur är det för dig, har du någon gång blivit hotad?
- Har du blivit slagen eller utsatt för något som skulle kunna skada dig?
- Har du blivit utsatt för sexuella handlingar mot din vilja?
- Är du rädd för någon i din närhet?

OCH/ELLER

- Att vara utsatt för våld kan göra att man mår dåligt. Många lever med någon som skadar eller hotar dem, så jag frågar alla.
- Har du blivit utsatt för våld eller hot från din partner någon gång?
- Har du blivit tvingad till sex som du inte ville?
- Händer det att du blir rädd för din partner?

med rättsmedicinsk undersökning och spårsäkring i vissa fall.

Som regel ska rättsintyg skrivas av rättsläkare, men då särskild kompetens krävs eller omständigheterna så kräver kan intyg skrivas av annan läkare. Detta gäller sexualbrott, då gynekologisk undersökning och spårsäkring ska ske så fort som möjligt, vid brott mot barn där det krävs barnmedicinsk kompetens, vid akuta situationer där skador måste åtgärdas samt när särskild kompetens krävs, tex vid ögonskador eller tandskador, och slutligen då ingen rättsläkare finns att tillgå.

Ett rättsintyg skrivs lämpligen av den som har utfört undersökningen och så snart som möjligt. Då ett rättsutlåtande skrivs utifrån journalanteckningar finns dessutom en risk att uppgifter som är ovidkommande för rättsprocessen blir offentliga [16].

ATT FRÅGA OM VÅLDSUTSATTHET

Personal inom hälso- och sjukvården känner sig ibland osäker på hur frågan om våldsutsatthet ska formuleras. Till en början kan det vara lämpligt att använda sig av förformulerade frågor till dess man känner sig bekväm med situationen (Fakta 1). På NCK:s webbplats finns korta utbildningsfilmer som illustrerar hur frågan kan ställas i olika konsultationssituationer [17].

Utvärderingar av hur kvinnor upplever att bli tillfrågade om våld visar att acceptansen är stor. I en studie bland närmare 900 gravida i Uppsala fann 97 procent frågan acceptabel, och i studien »Tack för att ni frågar« (Socialstyrelsen) var det 90 procent [15, 18]. I den europeiska studien »Violence against women: an EU-wide survey« om våld mot kvinnor inom EU fann 91 procent av de svenska kvinnorna det acceptabelt att bli tillfrågade om våld av sin läkare [19].

Nationell stödtelefon för våldsutsatta kvinnor

Sverige har sedan 2007 en nationell stödtelefon för våldsutsatta kvinnor som drivs av NCK, Kvinnofridslinjen (telefonnummer 020-50 50 50). Telefonen är öp-

»Våldsutsatta patienter söker överallt inom vården, och kunskap om våldets utbredning och konsekvenser behövs inom alla medicinska specialiteter ...«

pen dygnet runt, och den som ringer kan vara helt anonym. Under 2015 besvarades 31 500 samtal. Kvinnofridslinjen har en uppdaterad databas om lokala stödresurser för våldsutsatta och hur de kan nås. Ut-satta män kan också ringa Kvinnofridslinjen för att få stöd.

Även yrkesverksamma är välkomna att ringa för att diskutera enskilda fall och få råd och information.

KONKLUSION

Avslutningsvis kan det konstateras att våldet är utbrett i vårt samhälle och att aktuell forskning ger vetenskapligt stöd för att det finns starka kopplingar mellan våldsutsatthet och ohälsa. Våldet kostar hälso- och sjukvården mycket pengar. Ökat sjukvårdsutnyttjande bland våldsutsatta har beskrivits i flera studier [2, 20].

Våldsutsatta patienter söker överallt inom vården, och kunskap om våldets utbredning och konsekvenser behövs inom alla medicinska specialiteter för att omhändertagandet ska bli optimalt.

Även om ett orsakssamband mellan våldsutsatthet och ohälsa inte kan ledas i bevis, utgör kännedom om patientens erfarenheter av våld ett värdefullt tillskott till den medicinska bedömningen. ○

● Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: *Läkartidningen*. 2016;113:DYMD



REFERENSER

- Studier av våldsutsatthet internationellt och i Sverige – en översikt. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid; 2013.
- Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid; 2010. NCK-rapport 2010:4.
- Nationellt centrum för kvinnofrid. Kunskapsbanken. www.nck.uu.se/kunskapsbanken
- Schlytter A, Högdin S, Ghadimi M, et al. Oskuld och heder. En undersökning av flickor och pojkar som lever under hedersrelaterad kontroll i Stockholms stad – omfattning och karaktär. Stockholm: Stockholms universitet, institutionen för socialt arbete; 2009.
- Gift mot sin vilja. Ungdomsstyrelsens skrifter 2009:5. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2009.
- Wijma B, Schei B, Swahnberg K, et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet*. 2003;361:2107-13.
- Samelius L. Abused women – health, somatization and posttraumatic stress [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2007.
- Väld och hälsa. En befolkningsundersökning om våldsutsatthet samt kopplingar till hälsa. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid; 2014. NCK-rapport 2014:1.
- Blom H. Violence among Swedish youth [avhandling]. Umeå: Umeå universitet; 2015.
- Palm A, Danielsson I, Skalkidou A, et al. Violence victimization – a watershed for young women's mental and physical health. *Eur J Public Health*. Epub 7 jan 2016.
- Landberg A, Svedin CG, Priebe G, et al. Det gäller en av fem – fakta om barn, sexuella övergrepp och sexuell exploatering i Sverige 2014. Stockholm: Stiftelsen Allmänna barnhuset; 2015.
- Simmons J. Toward an integrated approach in research on interpersonal violence: conceptual and methodological challenges [avhandling]. Linköping: Linköpings universitet; 2015.
- Att vilja se, att vilja veta och våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-10-30.
- SOFSS 2014:4. Våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen; 2014. Artikelnr 2014-5-7.
- »Tack för att ni frågar». Screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen; 2002. Artikelnr 2002-124-7.
- Handbok. Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid; 2008. NCK-rapport 2008:1.
- Att ställa frågan om våld – ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården. Uppsala: Uppsala universitet, Nationellt centrum för kvinnofrid; 2011. <http://www.nck.uu.se/Kunskapscentrum/Regeringsuppdrag/Anamnesprojektet/Utbildningsmaterial/>
- Stenson K, Saarinen H, Heimer G. Women's attitudes to being asked about experiences of violence. *Midwifery*. 2001;17:2-10.
- Violence against women: an EU-wide survey. Main results. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights (FRA); 2014.
- Kruse M, Sørensen J, Brønnum-Hansen H, et al. The health care costs of violence against women. *J Interpers Violence*. 2011;26(17):3494-508.

Referenser

Referenser

- Axén, L., Stålnacke, B. & Witkowski, Å. (2013) Mödrahälsovården i Uppsala län pilotprojekt i dokumentation av våldsut-satthet i nära relation. *Jordemodern*, 126: s. 7-8, 38-40. Stockholm: Svenska Barnmorskeförbundet.
- Berglund, A. & Witkowski, Å. (2014) Hälso- och sjukvårdens ansvar. I Heimer, G., Björck, A. & Kunosson, C. (red.), *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Björck, A. (2014) Samverkan. I Heimer, G., Björck, A., & Kunosson, C. (red.) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Brottsförebyggande rådet (2016) *Nationella trygghetsundersökningen 2016. Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. Rapport 2017:1. Stockholm: Brottsförebyggande rådet. Tillgänglig via: https://www.bra.se/download/18.37179ae158196cb172d6047/1483969937948/2017_1_Nationella_trygghetsundersokningen_2016.pdf (Hämtad 2017-04-26).
- Claesson, I. (2004) *De värsta ärren sitter på insidan*. Magisteruppsats, Institutionen för socialt arbete. Stockholm: Stockholms universitet.
- Dahlkild Öhman, G. (2011) *Att börja tala med barn om pappas våld mot mamma. Radikalt lärande i arbetet med vårdnad, boende och umgänge*. Acta Universitatis Upsaliensis. Studia Sociologica Upsaliensia 58. Uppsala: Uppsala universitet.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2014) *Violence against women: an EU-wide survey – Main Results*. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights. Tillgänglig via: <http://fra.europa.eu/en/publication/2014/violence-against-women-eu-wide-survey-main-results-report> (Hämtad 2016-10-13).
- Europaparlamentet (2016) *Europaparlamentets resolution av den 24 november 2016 om EU:s anslutning till Istanbulkonventionen om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor* (2016/2966(RSP)). Strasbourg: Europaparlamentet. Tillgänglig via: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P8-TA-2016-0451&language=SV&ring=B8-2016-1235> (Hämtad 2017-04-10).
- FN (2015a) *The Millennium Development Goals Report*. New York: United Nations. Tillgänglig via: <http://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/mdg/the-millennium-development-goals-report-2015.html> (Hämtad 2016-10-13).

- FN (2015b) *Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. New York: United Nations. I svensk översättning: Att förändra vår värld: Agenda 2030 för hållbar utveckling. Tillgänglig via: <http://www.regeringen.se/contentassets/af12d612e6e94b2698057db968d30b80/bilaga-3-svensk-oversattning-av-resolutionen-forandra-var-varld-agenda-2030-for-hallbar-utveckling> (Hämtad 2017-04-10).
- Heimer, G. & Nylén, L. (1999) *Kvinnomisshandel – den tysta epidemin*. Särtryck ur Nordisk kriminalkrönika. Malmö: Nordisk kriminalkrönika.
- Heimer, G. & Posse, B. (red.) (2003) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Heimer, G., Björck, A. & Kunosson, C. (red.) (2014) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.
- Hedtjärn, G., Hultmann, O. & Broberg, A. G. (2009) *Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld*. Läkartidningen, nr 48, vol.106, s. 3242-3247. Stockholm: Läkartidningen Förlag AB.
- Hylander, I. (2001) *Fokusgrupper som kvalitativ datainsamlingsmetod*. FOG-rapport nr 42. Linköping: Institutionen för beteendevetenskap, Linköpings universitet.
- Inspektionen för vård och omsorg (2014). *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från en nationell tillsyn 2012-2013*. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg (IVO).
- Lave, J. & Wenger, E. (1991) *Situated learning. Legitimate peripheral participation*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lundgren, E. (1989). Våldets normaliseringsprocess. Två parter – två strategier. *Kvinnomisshandel*. Jämfo-rapport, nr 14, s. 113-139. Stockholm: Delegationen för jämställdhetsforskning.
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. & Kalliokoski, AM. (2001) *Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten.
- McFarlane, J., & Parker, B. (1994). *Abuse during pregnancy: A protocol for prevention and intervention*. New York, NY: March of Dimes Birth Defects Foundation.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2008) *Handbok. Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. NCK-rapport 2008:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2009a) *Våld i samkönade relationer – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport

2009:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum kvinnofrid (2009b) *Delrapport 1: Kartläggning av fristående universitetskurser och högskolekurser i ämnet mäns våld mot kvinnor*. NCK-rapport 2009:3. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2009c) *Handlingsprogram för åtgärder vid våld i nära relationer avseende kvinnlig personal i landstinget*. Uppsala: Landstinget i Uppsala län, Nationellt centrum för kvinnofrid.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010a) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. NCK-rapport 2010:4. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010b) *Att ställa frågan om våld. Utbildningsmaterial för hälso- och sjukvården*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010c) *Hedersrelaterat våld och förtryck – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2010:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010d) *Antologi: sju aspekter på våldtäkt*. NCK-rapport 2010:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010e) *Delrapport 2: Nationell kartläggning om hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer beaktas i grundutbildningar vid universitet och högskolor*. NCK-rapport. 2010:3. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2010f) *Blott du mig älskar – ett utbildningspaket bestående av en novellfilm och ett pedagogiskt material om våld i samkönade relationer*. Tillgänglig via NCK:s informationsenhet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2011a) *Att möta patienter som söker med oro för oskuld och heder*. NCK-rapport 2011:2. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2011b) *Kvinnlig omskärelse / könsstympning i Sverige – en kunskaps- och forskningsöversikt*. NCK-rapport 2011:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2012) *Delrapport 3: Nationell kartläggning om hur mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer beaktas i myndigheters fortbildning*. NCK-rapport 2012:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2013a) *Studier av våldsutsatthet internationellt och*

i Sverige – en översikt. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2013b) *Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*. NCK-rapport 2011:2 Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2013c) *Redovisning av regeringsuppdraget "Utvärdering av utbildningar"* (U2011/5671/JÄM). Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2014) *Våld och hälsa – En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NCK-rapport 2014:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2015) *Redovisning av regeringsuppdraget att utveckla den nationella stödtelefonen Kvinnofridslinjen*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2016a) *Sammanfattning av förstudie inför uppbyggnaden av ett nationellt kompetensstöd för hälso- och sjukvårdens samt tandvårdens arbete mot våld i nära relationer och stöd till våldsutsatta kvinnor och barn*. Tillgänglig via: http://nck.uu.se/digitalAssets/571/c_571458-1_3-k_forstudie-webbstod-var.d.pdf (Hämtad 2017-04-24).

Nationellt centrum för kvinnofrid (2016b) *Våld mot äldre kvinnor – en forsknings- och kunskapsöversikt*. NCK-rapport 2016:1. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet.

Nordborg, G. (2014) Mäns våld mot kvinnor. I Heimer, G., Björck, A. & Kunosson, C. (red.) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.

Nylén, L. & Heimer, G. (1999) Sweden's response to Domestic Violence. *FBI Law Enforcement Bulletin*. November 1999, Vol. 68, nr 11. Washington: Federal Bureau of Investigation.

Nylén, L. (2014) Rättsväsendet – polisens, åklagarens och domstolens roller. I Heimer, G., Björck, A. & Kunosson, C. (red.) *Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar*. Lund: Studentlitteratur.

Regeringen (2007) *Handlingsplan för att bekämpa mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i samkönade relationer*. Skr. 2007/08:39. Tillgänglig via: <http://www.regeringen.se> (Hämtad 2016-10-13).

Regeringen (2011) *Uppdrag att utveckla och sprida kunskap om mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt om våld i samkönade relationer*. U2011/3826/UH. Tillgänglig via: <http://nck.uu.se/om-nck/regeringsuppdrag> (Hämtad 2017-04-25)

- Regeringen (2016) *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*. Skr. 2016/17:10. Tillgänglig via: <http://www.regeringen.se>
- Rikskvinnocentrum (1998) *Kartläggning av hälso- och sjukvårdens resurser för att möta kvinnor som misshandlats och våldtagits*. Uppsala: Rikskvinnocentrum, Uppsala universitet och landstinget i Uppsala län.
- Rikskvinnocentrum (2000) *Att möta kvinnor som utsatts för misshandel och våldtäkt. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal*. Uppsala: Rikskvinnocentrum, Uppsala universitet och landstinget i Uppsala län.
- Rikskvinnocentrum (2002) *Primärvårdens erfarenhet av våldsutsatta kvinnor 1998-2000*. Uppsala: Rikskvinnocentrum, Uppsala universitet och landstinget i Uppsala län.
- Rikskvinnocentrum (2004) *Beskrivning och analys av Rikskvinnocentrums telefonrådgivning under perioden januari-juni 2003*. Rikskvinnocentrums rapportserie, 2004:2. Uppsala: Rikskvinnocentrum, Uppsala universitet och Landstinget i Uppsala län.
- Rikskvinnocentrum (2006a) *Den svenska hälso- och sjukvårdens arbete inom kompetensområdet våld mot kvinnor. Nationell kartläggning*. Rikskvinnocentrums rapportserie 2006:2. Uppsala: Rikskvinnocentrum, Uppsala universitet och landstinget i Uppsala län.
- Socialstyrelsen (2002) *Tack för att ni frågar. Rapport om ett projekt angående screening för våldsutsatthet på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014) *Att vilja se, att vilja veta och våga fråga – vägledning för att öka förutsättningarna för att identifiera våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014) *Våld i nära relationer*. SOSFS 2014:4 (M och S). Föreskrifter och allmänna råd, Socialstyrelsens författningssamling. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016a) *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016b) *Graviditetsregistret Årsrapport 2015*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig via: https://www.medscinet.com/gr/uploads/hemsida/dokumentarkiv/%C3%85rsrapport_2015_Graviditetsregistret_1.4_Webb.pdf (Hämtad 2017-04-09).
- SOU (1995) *Kvinnofrid*. SOU 1995:60. Sammanfattning. Kvinnovåldskommissionen. Stockholm: Statens offentliga utredningar.
- SOU (2004) *Ett nytt nationellt kunskapscentrum – ombildning av RKC. Betänkande av Utredningen om Rikskvinnocentrum*. 2004:117. Stockholm: Statens offentliga utredningar.

- Stenson, K., Lundh, C., Saarinen, H. m fl. (2001a) The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, Volume 22, s. 189-197. Milton Park: Taylor & Francis, International Society of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology.
- Stenson, K., Saarinen, H. & Heimer, G. (2001b) Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery: An international Journal*, Volume 17, Issue 1, s. 2-10. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Stenson, K., Sidenvall, B. & Heimer, G. (2005) Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery: An international Journal*, Volume 21, Issue 4, s. 311-321. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Stenson, K. (2004) *Men's violence against women – a challenge in antenatal care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- Stenson, K. & Heimer, G. (2008) Prevalence of experience of partner violence among female health staff. Relevance to awareness and action when meeting abused women patients. *Women's health Issues*, Mar-Apr: 18 (2), s.141-9 New York, NY: Elsevier Science Pub. Co.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2008) *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. Rapport nr 76. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Svensk förening för obstetrik och gynekologi (2016) *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. Rapport nr 76, uppdaterad webbversion. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.
- Svensk författningssamling (2006:1072) *Förordning (2006:1072) om nationellt kunskapscentrum för frågor om mäns våld mot kvinnor*. Stockholm: Svensk författningssamling. Tillgänglig via: <https://www.riksdagen.se> (Hämtad 2016-12-21).
- Södling, M. (2004) *Genusperspektiv och mäns våld mot kvinnor: ett regeringsuppdrag*. Stockholm: Högskoleverket.
- Wenger, E. (2000) *Communities of Practice and Social Learning Systems. Organization. The Critical Journal of Organization, Theory and Society* Volume 7, Issue 2, s. 225-246. Thousand Oaks, California: SAGE Publishing.
- WHO (1996) *Violence against women: WHO Consultation, Geneva, 5-7 February 1996*. Geneva: World Health Organization. (dokumentnr FRH/WHD/96.27) Tillgänglig via: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63277/1/FRH_WHD_96.27.pdf) (Hämtad 2016-12-14).
- WHO (2016) *Global Plan of Action: Health systems address violence against women and girls*. Geneva: World Health Organization. (dokumentnr WHO/RHR/16.13).

the \mathbb{R}^n is a \mathbb{R}^n -module. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions. The \mathbb{R}^n -module structure is given by the pointwise multiplication of functions.

NCK

Nationellt centrum för kvinnofrid | Uppsala universitet
Akademiska sjukhuset | 751 85 Uppsala
Tel: 018-611 27 93 | www.nck.uu.se

NCK-rapport 2017:I | ISSN 1654-7195