

VKV – Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i nära relationer

Attityder, erfarenheter och upplevelser rörande frågor om våld

Ett utvärderingsprojekt om att fråga på rutin
om kvinnors erfarenhet av våld när de söker
kvinnosjukvård

Anna Hall



VÄSTRA
GÖTALANDSREGIONEN

© VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Författare: Anna Hall

Västra Götalandsregionen, Göteborg 2022

Laddas ned genom: www.valdinararelationer.se/vkv

Attityder, erfarenheter och upplevelser rörande frågor om våld

Anna Hall

Förord

Mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt hot mot kvinnors hälsa och säkerhet. Förutom direkta fysiska skador kan det ge upphov till både psykisk och fysisk ohälsa. Den yttersta konsekvensen är det dödliga våldet. Sverige är ett av världens mest jämställda länder. Ändå är mäns våld mot kvinnor ett av våra största samhällsproblem. Var tredje vecka dödas en kvinna av en man.

Hälso- och sjukvården har ett ansvar för att identifiera orsaken till patientens ohälsa. Det kräver att det finns kunskap och medvetenhet kring de samband som finns mellan tidigare eller pågående våldserfarenheter och ohälsa – både på kort och lång sikt. Det finns starka samband mellan konsekvenser av våld mot kvinnor och de symtom som kvinnor söker vård för. Många gånger är kvinnorna inte medvetna om sambandet mellan eventuell våldsutsatthet och de symtom de söker för.

Hälso- och sjukvården har stora möjligheter att identifiera kvinnor utsatta för våld i nära relationer, även de kvinnor som är utsatta för människohandel för sexuella ändamål och kvinnor med erfarenheter av sex mot ersättning. Hälso- och sjukvården har goda möjligheter att fånga upp dessa patienter men då krävs att personal rutinmässigt ställer frågor om våld, då patienter sällan på eget initiativ berättar om sin utsatthet. Att rutinmässigt ställa frågor till vuxna möjliggör även att synliggöra barnen som utsätts för våld eller bevittnar/upplever våld i nära relationer.

VKV initierade år 2020 ett pilotprojekt inom Kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen. Det övergripande syftet med projektet var att fler patienter inom kvinnosjukvården med erfarenhet av våld, utsatta för människohandel för sexuella ändamål och kvinnor med erfarenheter av sex mot ersättning skulle identifieras och ges rätt stöd och behandling. I denna rapport presenteras projektets utvärdering.

Stort tack till alla kvinnor som deltagit i denna utvärdering, ni utgör grunden för denna rapport. Stort tack till all personal inom berörda verksamheter för er medverkan i projektet och ert fantastiska arbete som möjliggjort denna rapport.

Stort tack riktas också till projektledare Disa Hansson samt Anna Hall som är huvudansvarig för utvärderingen och skrivande av rapporten. Ett tack riktas även till VKV:s forskningsledare Karin Örmon som varit delaktig i framtagandet av denna rapport.

Göteborg 2022-06-28



Carina Eliason

Områdeschef, VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Innehåll

Sammanfattning	6
Del 1: Introduktion	8
Kapitel 1. Inledning	9
Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer	9
Hälso- och sjukvårdens ansvar	9
Våldsutsatta kvinnor inom kvinnosjukvården	10
Att ställa rutinmässiga frågor om våld	11
Projektet som utvärderas	12
Syfte och frågeställningar	12
Kapitel 2. Metod	14
Datainsamlingsmetoder	14
Rekrytering och urval	14
Datainsamling	14
Enkäten till patienter (FOV – F)	14
Enkäten till vårdpersonal	16
Fokusgruppsintervju – vårdpersonal	16
Analysmetod	17
Etiska överväganden	17
Information och samtycke	18
Konfidentialitet	18
Fortsatt disposition	18
Del 2: Personalens perspektiv	20
Kapitel 3. Attityder till och erfarenheter av att ställa rutinmässiga frågor om våld	21
Forskningsdeltagarna	21
Samstämmighet vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att ställa frågor om våld	22
Skillnader mellan verksamheterna vad gäller graden av implementering	23
Skillnader i användandet beroende på patientgrupp och profession	24

Kapitel 4. Förutsättningar för att fråga	27
Olika upplevelser av stödet från VKV	27
Tid som en avgörande faktor	28
Varierande stöd från chef och kollegor	30
Kapitel 5. Upplevelser av att fråga	33
Skilda och ibland motstridiga upplevelser av frågemetoden	33
Osäkerhet på vad man ska göra med svaret påverkar	36
Olika upplevelser av stöd att hänvisa vidare till	37
Ett ökat fokus på våld har aktualiserat frågan och sannolikt lett till att fler personer identifieras	38
Kapitel 6. Emotioner, komplexa situationer och strategier för att hantera dessa	41
Känsliga frågor kräver ett inkännande förhållningssätt	41
Att hitta en naturlig ingång till att ställa frågorna	42
Att kunna stå kvar i känslan och få stöd i detta	43
Att vara inkännande och lyssna utan att bli gränslös	45
När någon svarar nekande och man anar att det inte stämmer	47
När man står inför beslutet att göra en orosanmälan	48
När det inte bedöms vara självklart att ställa frågan	48
Kapitel 7. Erfarenheter av och tankar om att identifiera och möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning	50
Mycket begränsad erfarenhet av att möta personer med erfarenhet av och ställa frågor om sexuella handlingar mot ersättning	50
Föreställningar om vilka det rör och var dessa personer återfinns inom hälso- och sjukvården	51
Syn på hälso- och sjukvårdens ansvar	53
Del 3: Patienternas perspektiv	55
Kapitel 8. Erfarenheter av våldsutsatthet bland patienter i kvinnosjukvården	56
Forskningsdeltagarna	56
Våld i nära relationer	56

Våld av någon som inte är närstående	57
Bevittnat våld	59
Utövat våld	59
Våldsutsatta barn	59
Sexuella handlingar mot ersättning	61
Del 4: Avslutning	62
Kapitel 9. Diskussion	63
Metoddiskussion	66
Kliniska implikationer	67
Referenser	68

Sammanfattning

Projektet **Att ställa rutinmässiga frågor om våld inom kvinnosjukvården** pågick under åren 2020–2021 och innefattade två gynekologimottagningar och en gynekologiavdelning på tre sjukhus i Västra Götalandsregionen. Syftet med projektet var att fler patienter inom kvinnosjukvården med erfarenhet av våld ska identifieras och ges rätt stöd och behandling utifrån våldserfarenheter. Personalen i de aktuella verksamheterna utbildades i baskunskap om våld och i att ställa frågor på rutin med hjälp av frågeformuläret FOV – Frågor om våld (vuxna). Frågeformuläret innefattar frågor om att ha utsatts för, upplevt, eller utövat psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld i nära relationer. Frågemetoden innefattar rutiner från föreberedelse inför besöket till dokumentation efter. Utvärderingen av projektet genomfördes under hösten 2021 och våren 2022 och är inriktad på projektets måluppfyllelse. Utvärderingens syfte är att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals attityder till samt erfarenheter och upplevelser av att ställa frågor om våld på rutin till kvinnor som söker kvinnosjukvård. Vidare är syftet att kartlägga i vilken utsträckning kvinnor som söker kvinnosjukvård uppger erfarenhet av våldsutsatthet. Kartläggningen innefattar även erfarenheter av sexuella handlingar mot ersättning, att ha blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning samt att ha blivit utsatt för människohandel för sexuella ändamål. Studien är genomförd med metodtriangulering. Data har samlats in via en rad olika metoder: enkät till patienter; enkät till vårdpersonal; och fokusgruppsintervjuer med personal. Resultaten är strukturerade i två huvudsakliga delar: personalens perspektiv och patienternas erfarenheter.

Utvärderingen visar att det finns en samstämmighet vad gäller forskningsdeltagarnas syn på hälso- och sjukvårdens ansvar att upptäcka kvinnor som upplever eller utsatts för våld. Att ställa rutinmässiga frågor om våld ses generellt som en lämplig metod för detta. När det kommer till den faktiska implementeringsgraden av det rutinmässiga frågandet, det vill säga hur ofta vårdpersonalen ställer rutinmässiga frågor om våld till sina patienter, skiljer det sig dock mellan och delvis även inom verksamheterna. Skillnaderna i implementeringsgrad inom verksamheterna går till viss del att härleda till skilda organisatoriska förutsättningar relaterade till patientgrupp och profession. De huvudsakliga faktorerna som påverkar implementeringsgraden mellan verksamheterna är möjlighet att avsätta tid för frågandet, stöd från chef och kollegor och tydliga rutiner.

Vad gäller personalens upplevelse av att ställa rutinmässiga frågor om våld beskrivs frågemetoden kunna ge stöd och struktur till frågandet. Samtidigt framhålls vikten av professionella bedömningar i tillämpningen av metoden. Flertalet av de som besvarat enkäten uppger sig vara bekväma med att ställa rutinmässiga frågor om våld, men detta är dock inte att likställa med att det sker utan utmaningar. Fokusgruppsdeltagarna beskriver hur emotioner och komplexa situationer som uppstår i samband med att frågor ställs på rutin kräver etiska överväganden, professionella bedömningar och utvecklande av strategier. Frågor om våld beskrivs som känsliga frågor då de potentiellt sett kan aktualisera pågående eller tidigare svåra erfarenheter och känslor patienten bär med sig. De beskrivs också kunna påverka dynamiken mellan personal och patient. Att få stöd i hur man kan ta hand om känslor som kan uppstå i rummet, både i sig själv och i den andre framstår som viktigt. Patientenkäten visar på en hög grad av våldsutsatthet bland de

patienter som söker kvinnosjukvården. Närmare en tredjedel av de som besvarat enkäten uppger att de varit utsatta för psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld av närstående. Det vanligaste är att respondenterna uppger att dessa erfarenheter gjorts tidigare under vuxenlivet och att den som utövat våldet är en tidigare partner. Vidare uppger lite över var tionde person att de hade blivit utsatta för någon av dessa handlingar av någon som inte är en närstående. Cirka två procent av de som besvarat enkäten uppger vidare erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning. Utvärderingen visar på vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal inom kvinnosjukvården ges goda förutsättningar att kunna ställa rutinmässiga frågor om våld till sina patienter. Inte minst med tanke på den höga grad av våldsutsatthet som framkommit i patientenkäten.

Del 1

Introduktion

Kapitel 1. Inledning

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett brott mot de mänskliga rättigheterna och ett globalt jämställdhets- och folkhälsoproblem [1]. Mäns våld mot kvinnor rymmer en rad olika våldsformer och utövas både inom och utom nära relation.

WHO uppskattar att cirka var tredje av världens kvinnor har utsatts för fysiskt eller sexuellt våld av en partner och/eller sexuellt våld av en annan person än en partner [2]. En svensk befolkningsstudie på fältet visar på liknande resultat, var fjärde kvinna uppgav att hon hade utsatts för fysiskt våld från en man efter det att hon fyllt 15 år, medan var tredje kvinna uppgav att hon utsatts för sexuellt våld [3]. Mäns våld mot kvinnor har beskrivits som det tydligaste uttrycket för bristande jämställdhet. Att detta våld ska upphöra och att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet är ett av de sex delmålen i den svenska jämställdhetspolitiken [4]. Sveriges nationella strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor omfattar en rad olika våldsformer som huvudsakligen, men inte uteslutande, utövas av män mot kvinnor [5]. Prostitution, människohandel för sexuella ändamål och kommersialisering och exploatering av kvinnokroppen i pornografi ingår som särskilda våldsformer i den nationella strategin. När det kommer till prostitution och människohandel syftar strategin även till att motverka mäns och pojkars utsatthet för våld.

Hälso- och sjukvårdens ansvar

År 2013 konstaterade WHO att mäns våld mot kvinnor är ett av de allvarligaste hoten mot kvinnors hälsa [1]. Att ha varit utsatt för sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld kan leda till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa, både på kort och på lång sikt [6]. Genom att underteckna FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor och Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet, har Sverige förbundit sig att vidta åtgärder för att avskaffa våld mot kvinnor och att skydda kvinnor som utsätts för eller riskerar att utsättas för våld [7, 8]. Detta innefattar att säkerställa att våldsutsatta har tillgång till hälso- och sjukvård och att hälso- och sjukvårdspersonal har den kunskap och de resurser som krävs för att kunna hjälpa våldsutsatta och vid behov hänvisa dem vidare till andra instanser för ytterligare stöd (artikel 20:2). Hälso- och sjukvårdens ansvar konkretiseras vidare i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer [9]. Här framgår i kap. 8 § 9 att hälso- och sjukvårdspersonal ska

- ställa frågor om våld i enrum vid misstanke eller oro för att ett barn eller en vuxen utsatts för våld av en närstående eller för att ett barn bevittnat våld av eller mot en närstående göra en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453), om

det finns barn i familjen

- informera om möjligheten till vård från hälso- och sjukvården eller stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer
- beakta behovet av fysisk eller psykisk vård med anledning av våldet
- dokumentera symtom och tecken på våld som väckt misstanken samt de åtgärder som vidtagits.

Personer med erfarenhet av prostitution och människohandel för sexuella ändamål löper stor risk att utsättas för våld [10, 11]. Vidare visar forskning att sexuella handlingar mot ersättning i sig kan ha negativa konsekvenser för fysisk, psykisk såväl som sexuell och reproduktiv hälsa [12, 13]. Stigmatiseringen av personer med sådana erfarenheter leder inte sällan till att det våld de utsätts för normaliseras, trivialiseras och osynliggörs [14]. Socialstyrelsen har inga särskilda föreskrifter och allmänna råd vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar när det kommer till prostitution och människohandel för sexuella ändamål. I den nationella handlingsplanen mot prostitution och människohandel för sexuella ändamål framhåller dock regeringen att samhället aktivt och systematiskt måste verka för att öka upptäckten av våld och utsatthet med anknytning till prostitution. Hälso- och sjukvården och socialtjänsten beskrivs ha centrala roller i detta sammanhang [15]. Samtidigt framhålls att socialtjänstens samt hälso- och sjukvårdens förmåga att identifiera och stödja personer i prostitution och personer utsatta för människohandel ytterligare behöver stärkas.

Våldsutsatta kvinnor inom kvinnosjukvården

Forskning visar att det finns starka samband mellan konsekvenser av våld mot kvinnor och de symtom kvinnor söker vård för inom kvinnosjukvården [16, 17]. Vanliga konsekvenser av våld mot kvinnor är, förutom fysiska skador, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och annan psykisk ohälsa, smärta i underliv och bäcken, samlagssmärter, missfall, önskade graviditeter, aborter och könssjukdomar. Kvinnor söker för dessa symtom inom gynekologi och reproduktionsmedicinska verksamheter inom hälso- och sjukvården [18]. I en nordisk tvärsnittsstudie undersöktes livstidsprevalens, incidens och konsekvenser av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld bland kvinnor som besökte gynekologimottagningar [17]. Livstidsprevalensen för våldsutsatthet bland kvinnorna varierade mellan länderna: i Danmark var den 61 procent; i Finland 72 procent; i Island 55 procent; i Norge 52 procent, och; i Sverige 44 procent. Av de svenska kvinnorna uppgav 38 procent att de hade varit utsatta för fysiskt våld, 19 procent för psykiskt våld och 17 procent för sexuellt våld. Vad gäller våldsutsatthet under det gångna året uppgav i genomsnitt 4 procent av kvinnorna att de varit utsatta för allvarligt fysiskt våld, 6 procent för allvarligt psykiskt våld och drygt 1 procent att de varit utsatta för våldtäkt eller våldtäktsförsök. Endast ett fåtal av kvinnorna (2–8 %) hade berättat om våldsutsattheten vid deras senaste vårdbesök. Författarna konstaterar att trots att förekomsten av erfarenhet av fysiskt, psykiskt och sexuellt våld är hög bland patienter som besöker gynekologimottagningar i Norden är det få våldsutsatta kvinnor som identifieras på mottagningarna. Detta befaras få negativa konsekvenser för den vård de erbjuds och för deras hälsa. Författarna framhåller därmed vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal på gynekologimottagningar frågar patienter om våldsutsatthet.

Att ställa rutinmässiga frågor om våld

Att frågor ställs rutinmässigt innebär att en verksamhet på ett systematiskt sätt utifrån en viss rutin frågar patienter om erfarenhet av våld, oavsett om misstanke föreligger eller ej. En anledning till att ställa rutinmässiga frågor om våld inom hälso-, sjuk- och tandvård är att patienter ofta inte lyfter sådana erfarenheter självmant eller själv kopplar ihop symtom de söker för med pågående eller tidigare våldsutsatthet [19]. För att kunna ge en god vård behöver bakomliggande orsaker identifieras i mötet med patienter, detta för att rätt medicinsk bedömning ska göras och adekvata insatser erbjudas och genomföras.

I en systematisk forskningsöversikt om rutinmässiga frågor om våld i hälso- och sjukvården framkommer att upptäckten av våld ökar när frågor om våld ställs rutinmässigt [19]. Forskningsöversikten visar dock att det inte är tillräckligt att fråga. För att positiva hälsoeffekter ska uppnås och våldsutsattheten minska krävs att det finns rutiner för att följa upp och remittera den våldsutsatta.

Majoriteten av studier om att ställa rutinmässiga frågor om våld i hälso- och sjukvården rör prevalens [20, 21, 22, 23], hälso- och sjukvårdspersonals attityder till att fråga [24, 25] och hur kvinnor själva ser på att bli tillfrågade [18, 26, 27]. Det finns dock en brist på forskning om hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser av att ställa rutinmässiga frågor [28]. Det efterfrågas även fler studier som undersöker prevalens utifrån olika våldsformer och specifika verksamhetsområden [19]. Flera studier visar att majoriteten av både hälso- och sjukvårdspersonal och patienter är positiva till att det ställs rutinmässiga frågor om våld [29, 18, 30]. I forskning framkommer dock flera hindrande faktorer för personal vad gäller att implementera ett rutinmässigt frågande [25, 31, 32, 33, 34, 35]. I en utvärdering av ett projekt med syfte att stärka hälso- och sjukvården avseende att ställa rutinmässiga frågor om våld med hjälp av frågeformuläret FOV – Frågor om våld (vuxna) framkom att många av forskningsdeltagarna upplevde att frågeformuläret hade underlättat att ställa frågor [36]. Att frågor ställdes rutinmässigt till alla patienter upplevdes förhindra att enskilda patienter kände sig utpekade. FOV – Vuxna upplevdes också erbjuda en ingång till samtal om vad våld är och om de samband som finns mellan våldsutsatthet och ohälsa. För att ett rutinmässigt frågande om våld ska kunna implementeras på ett bra sätt framhölls att det är viktigt att verksamheten har tydliga rutiner för hur frågor ställs och följs upp och vilka åtgärder personalen förväntas ta.

Brist på tydliga rutiner och kunskap om hur man går vidare för att erbjuda den våldsutsatta skydd, stöd och vård är några av de hinder för att ställa frågor om våld som identifierats i tidigare forskning. Andra sådana hinder är tidsbrist, rädsla att kränka patientens integritet och obehag kopplat till att ställa frågor om våld [31, 32]. I en kanadensisk studie med syftet att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals upplevelser av att fråga patienter om våld framkom att personalen ofta upplevde att de befann sig på okänd och potentiellt sett farlig mark när de ställde frågor om våld [28]. Detta rörde inte enbart våldsutsattheten som sådan utan även deras egen upplevda förmåga att hantera ett avslöjande på ett sätt som patienten uppfattar som kompetent, adekvat och till hjälp. Att ställa frågor om våld beskrevs metaforiskt som ett öppnande av Pandoras ask. Personalens upplevda obehag inför att fråga tolkades som en indikation på både en vilja att skydda sig själva känslomässigt och professionellt och att skydda sina patienter känslomässigt och från ytterligare våldsutsatthet.

Projektet som utvärderas

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV), har i uppdrag att utbilda hälso- och sjukvårdspersonal samt initiera och stödja metodutveckling i samverkan mellan olika vårdgivare/verksamheter inom hälso- och sjukvården samt tandvård som är finansierad av Västra Götalandsregionen. Inom ramen för detta uppdrag utbildades personal i kvinnosjukvården i baskunskap om våld i nära relationer och metodkunskap i att ställa rutinmässiga frågor om våld med hjälp av frågeformuläret FOV – Vuxna under 2020. Projektet innefattade personal på olika verksamheter inom tre sjukhus i Västra Götalandsregionen. Kvinnosjukvården är ett prioriterat verksamhetsområde att ställa rutinmässiga frågor om våld inom. Detta då verksamheten vänder sig specifikt till kvinnor och att kvinnor är särskilt utsatta för våld i nära relationer och då det finns samband mellan konsekvenser av våld mot kvinnor och de symtom som kvinnor söker vård för inom dessa verksamheter [16, 17]. Utöver fysiskt, psykiskt och sexuellt våld inkluderade projektet även prostitution, människohandel för sexuella ändamål och medverkan i pornografi. Då frågor om sexuella handlingar mot ersättning inte ställs rutinmässigt saknas det kunskap om förekomsten av patienter med sådana erfarenheter inom kvinnosjukvården i Västra Götaland. Det saknas vidare kunskap om personalens eventuella upplevelser av att möta dessa grupper och vilket stöd den kan behöva för att identifiera och möta patienter med sådana erfarenheter.

Det övergripande syftet med projektet var att fler patienter inom kvinnosjukvården med erfarenhet av våld ska identifieras och ges rätt stöd och behandling utifrån våldserfarenheter.

Det här var projektets mål:

- All personal inom de verksamheter som omfattas av projektet ska ha baskunskap om våld i nära relationer samt kvinnors utsatthet för våld och hur det påverkar kvinnors hälsa och livsvillkor.
- All personal inom de verksamheter som omfattas av projektet och som gör hälso- och sjukvårdsbedömningar i mötet med patienter ska ha metodkunskap i att rutinmässigt ställa frågor om våld enligt FOV – Frågor om våld (vuxna).
- Projektet ska stödja verksamheterna i arbetet med att implementera metoden FOV – Vuxna för att rutinmässigt ställa frågor om våld till sina patienter.
- Projektet ska undersöka erfarenhet hos patienterna av våld, prostitution, människohandel för sexuella ändamål samt medverkan i pornografi samt vilket stöd personalen behöver för att på ett kvalitativt sätt lyfta dessa perspektiv i mötet med patienter.
- Projektet ska ta fram en reviderad utbildning samt plan för en breddimplementering inom kvinnosjukvården i Västra Götalandsregionen.

Syfte och frågeställningar

Utvärderingen av projektet genomfördes under hösten 2021 och våren 2022 och är huvudsakligen inriktad på projektets måluppfyllelse. Utvärderingens övergripande vetenskapliga syfte

är att undersöka hälso- och sjukvårdspersonals attityder till samt erfarenheter och upplevelser av att ställa frågor om våld på rutin till kvinnor som söker kvinnosjukvård. Vidare är syftet att kartlägga i vilken utsträckning kvinnor som söker kvinnosjukvård uppger erfarenhet av våldsutsatthet. Kartläggningen innefattar även erfarenheter av sexuella handlingar mot ersättning, att ha blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning samt att ha blivit utsatt för människohandel för sexuella ändamål. Studien är indelad i tre delstudier med separata syften och frågeställningar.

Syfte med delstudie I är att kartlägga i vilken utsträckning kvinnor som söker kvinnosjukvård uppger erfarenhet av våldsutsatthet. Kartläggningen innefattar även erfarenheter av sexuella handlingar mot ersättning. Följande frågeställningar besvaras:

- Hur vanligt förekommande är det att patienterna uppger att de har upplevt eller varit utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld?
- Hur vanligt förekommande är det att patienterna uppger att de har erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning, att ha blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning samt att ha blivit utsatt för människohandel för sexuella ändamål?

Syftet med delstudie II är att undersöka personalens attityder till och erfarenheter av att använda FOV – Vuxna för att ställa frågor om våld på rutin till kvinnor som söker kvinnosjukvården. Följande frågeställningar besvaras:

- Vilka attityder har personalen till ett rutinmässigt frågande om våld?
- Vilka förutsättningarna har personalen att implementera ett rutinmässigt frågande om våld?
- Vilka faktorer kan fungera hindrande respektive underlättande vid implementeringen av ett rutinmässigt frågande om våld?

Syftet med delstudie III är att undersöka personalens upplevelser av att ställa frågor om våld på rutin med hjälp av FOV – Vuxna till kvinnor som söker kvinnosjukvård. Följande frågeställningar besvaras:

- Vilka erfarenheter har personalen av att ställa frågor på rutin om våld?
- Vilka situationer, reaktioner och emotioner upplever personalen att det rutinmässiga frågandet leder till?
- Vilken erfarenhet har personalen av att möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning och vilken kunskap upplever de att de är i behov av för att kunna inkludera frågor om sådana erfarenheter i deras praktik?

Kapitel 2. Metod

Datainsamlingsmetoder

Studien bygger på metodtriangulering och har genomförts med både kvantitativ och kvalitativ metod. Följande datainsamlingsmetoder har använts:

- Patientenkät (FOV-F) om erfarenheter av våldsutsatthet
- Enkät till vårdpersonal om attityder till och erfarenheter av implementeringen och användningen av ett rutinmässigt frågande om våld
- Fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal om deras upplevelser av att implementera ett rutinmässigt frågande om våld

Rekrytering och urval

Utvärderingen genomfördes under hösten 2021 och våren 2022. Data samlades i huvudsak in under hösten 2021. De kliniska verksamheter som ingick i urvalet är de verksamheter som ingick i projektet och utgörs av två gynekologimottagningar och en gynekologiavdelning på tre olika sjukhus i Västra Götalandsregionen. Vidare rekrytering och urval beskrivs nedan under respektive datainsamlingsmetod.

Datainsamling

Enkäten till patienter (FOV – F)

I syfte att undersöka i vilken utsträckning patienter i de aktuella verksamheterna uppgger erfarenhet av våld tillfrågades de patienter som sökte vård under den aktuella datainsamlingsperioden om att besvara en forskningsanpassad version av FOV – Vuxna som kallas FOV – F. FOV – Vuxna består av sju frågor om erfarenheter av att ha utsatts för, bevittnat/upplevt, eller utövat psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld i såväl som utom nära relationer. Formuläret FOV-F är anpassat till forskning på så sätt att demografiska frågor rörande ålder, kön, födelseland, utbildningsnivå, barn och relationsstatus har lagts till. Vidare framgår det av svarsalternativen när i tid eventuellt våld utövats samt vem som utövat det. Då studien även skulle innefatta sexuella handlingar mot ersättning tillkom tillägsfrågor om erfarenhet av att ha fått ersättning eller betalning för sexuella tjänster, att ha blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning samt att ha blivit utsatt för människohandel för sexuella ändamål.

För att möjliggöra att även personer som inte talar svenska skulle kunna delta i studien beslutades att enkäten och informationsbrevet skulle översättas. För att avgöra vilka språk som var mest aktuella tillfrågades verksamheterna om vilka språk de bedömde vara vanligast

förekommande bland deras icke-svenskspråkiga patienter. Dessa språk var engelska, arabiska, somaliska och bosniska, kroatiska och serbiska (BKS). Översättningarna från svenska till de aktuella språken gjordes av auktoriserade översättare. I syfte att kontrollera att den ursprungliga texten och översättningen motsvarade varandra innehållsmässigt genomfördes även en så kallad återöversättning. Detta innebär att dokumenten översätts tillbaka till svenska av andra auktoriserade översättare. Dessa översättare kände inte till originalversionerna på svenska. De svenska återöversättningarna jämfördes därefter med originalversionerna på svenska av den forskningsansvariga. Språkliga skillnader diskuterades med de auktoriserade översättarna och ändrades tills den forskningsansvariga hade försäkrat sig om att de översatta versionerna var innehållsmässigt lika de svenska originalversionerna.

Datainsamlingen genomfördes med hjälp av vårdpersonalen i respektive verksamhet. I två av verksamheterna fanns det en person i personalen som var utsedd till att vara kontaktperson för projektledaren och den forskningsansvariga. Genomförandet av studien planerades tillsammans med enhetschefen och kontaktpersonen på respektive mottagning/avdelning. Personalen informerades därefter både muntligen och skriftligen om syftet med och genomförandet av studien.

Under datainsamlingsperioden hade personalen i uppgift att tillfråga samtliga patienter som uppfyllde inklusionskriterierna om att delta i studien. Inklusionskriterierna var att personen sökte vård på mottagningen/avdelningen, var över 18 år gammal vid tidpunkten för vårdmötet samt behärskade något av de språk enkäten fanns tillgänglig på. Information om studien fanns uppsatt i verksamheternas väntrum. Patienterna fick vidare information om studiens syfte, vad deltagandet innebar och tillfrågades under vårdmötet om att delta. Om patienten tackade ja till att delta fyllde hon i enkäten i avskildhet i direkt anslutning till vårdmötet och lämnade den därefter i en låst brevlåda på mottagningen/avdelningen. För att kunna beräkna svarsfrekvensen fyllde personalen i ett bortfallsformulär i vilket de noterade hur många patienter som sökt vård på mottagningen/avdelningen under den aktuella datainsamlingsperioden; hur många av dessa som uppfyllde inklusionskriterierna; hur många som inte tillfrågades samt skäl till detta, och; hur många som avböjde att medverka i studien.

Datainsamlingsperioderna skilde sig åt mellan de olika verksamheterna då patientflödet i respektive verksamhet såg olika ut. På gynekologiavdelningen skedde datainsamlingen under fyra veckors tid, 8 november–3 december 2021. På den ena gynekologimottagningen planerades datainsamlingen att genomföras under två veckors tid, 15–26 november 2021. Datainsamlingen kom dock att avbrytas efter en vecka då mottagningen var under stor belastning då delar av personalen var frånvarande på grund av sjukdom, vilket försvårade datainsamlingen. På den andra gynekologimottagningen genomfördes datainsamlingen under tre veckors tid, 22 november–10 december 2021.

När datainsamlingen var avslutad i samtliga verksamheter framkom att personalen vid den ena gynekologimottagningen endast tillfrågat ett fåtal patienter om att delta i studien. Då bortfallet var omfattande fattades ett beslut om att exkludera denna verksamhet ur urvalet.

Under datainsamlingsperioderna hade gynekologiavdelningen och gynekologimottagningen sammanlagt 180 patienter (se tabell 1). 12 av dessa uppfyllde exklusionskriterierna och 18 tackade nej till att delta i studien. Totalt 111 patienter besvarade enkäten. Detta innebär att 39 patienter inte tillfrågades om att delta. Den vanligaste orsaken som uppgavs till att patienten inte tillfrågades var tidsbrist, andra orsaker som uppgavs var ”medföljande anhörig”, ”bok-

ningsorsak", "försvagat hälsotillstånd", "tungt besked vid besök", "mycket ledsen vid inskrivning", "patienten behövde åka hem" och "delat rum". Av de totalt 168 patienter som tillhörde urvalet besvarade 66 procent enkäten.

Tabell 1. Bortfall patientenkät Total n = 168		
	n	Procent
Besvarade enkäter	111	66
Ej tillfrågats	39	23
Avböjt medverkan	18	11

Enkäten till vårdpersonal

För att undersöka personalens attityder till och erfarenheter av att använda FOV – Vuxna för att ställa frågor om våld på rutin tillfrågades samtlig vårdpersonal som har till uppgift att fråga om våld om att fylla i en enkät. Enkäten bestod sammantaget av 28 frågor och innehöll: demografiska frågor om respondentens ålder, kön och utbildning samt antal år som respondenten arbetat på vårdenheten; frågor om vad personalen tycker om att fråga på rutin som metod för att upptäcka våld; frågor om personalens erfarenheter av användningen av frågemetoden, och; frågor om personalens förutsättningar för att kunna använda frågemetoden. Enkäten är beprövad då den har använts i tidigare utvärderingar av implementeringen av ett rutinemässigt frågande om våld [37].

Urvalet bestod av samtlig vårdpersonal (23 personer) som har i uppdrag att ställa rutinemässiga frågor om våld i de aktuella kliniska verksamheterna. Enkäterna levererades till enhetscheferna som sedan delade ut enkäterna till respondenterna i samband med en arbetsplatsträff eller annat verksamhetsmöte. De ifyllda enkäterna hämtades av den forskningsansvariga i samband med genomförandet av fokusgruppsintervjuerna. Enkäterna är avidentifierade. 17 av de 23 personer som ingick i urvalet besvarade enkäten vilket ger en svarsfrekvens på 74 procent.

Fokusgruppsintervju – vårdpersonal

För att få en fördjupad kunskap om personalens erfarenheter och upplevelser av att implementera frågemetoden har fokusgruppsintervjuer genomförts med ett urval av den vårdpersonal som har till uppgift att fråga på rutin om våld inom ramen för projektet. Fokusgruppmetod är lämplig att använda då forskaren är intresserad av hur en grupp resonerar kring en viss fråga [38]. Intervjun är relativt ostrukturerad och formen möjliggör att deltagarna kan vara med och styra över samtalet. Forskaren fungerar i första hand som en moderator eller samtalsledare, detta i syfte att deltagarnas åsikter och upplevelser ska kunna komma till uttryck. Fokusgruppmetod möjliggör även ett observerande av hur samspelet i gruppen påverkar vilka åsikter som tar form och vilka erfarenheter som framställs som centrala.

Information om fokusgruppsintervjun gavs initialt av den ansvariga forskaren vid ett personligt möte i respektive verksamhet. I samband med detta gavs personalen möjlighet att ställa frågor om deltagandet i studien. Informationsbrev levererades senare till enhetscheferna som i sin tur höll i rekryteringen av informanter. En fokusgruppsintervju per verksamhet genomfördes, med tre respektive fyra deltagare. Intervjuerna genomfördes i lokaler på sjukhusen.

Intervjun utgick ifrån en temaguide med generella frågor som svarade mot studiens frågeställningar. Dessa frågor fokuserade vårdpersonalens attityder till ett rutinmässigt frågande om våld och deras upplevelser av att implementera detta. Särskilt fokus lades på de eventuella komplexa situationer, reaktioner och emotioner som det rutinmässiga frågandet kan leda till. Temaguiden rymde även frågor om vilka erfarenheter personalen hade av att möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning och deras tankar om hälso- och sjukvårdens uppdrag när det kommer till dessa målgrupper. Fokusgruppsintervjuerna genomfördes under våren 2022 och pågick i 80–90 minuter. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

Analysmetod

Kvantitativa data från patientenkäten och personalenkäten har bearbetats i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). I rapporten redogörs för resultat i form av deskriptiv statistik med fokus på antal (n) och andelar (%). Alla resultat presenteras på gruppnivå.

Kvalitativa data från fokusgruppsintervjuerna har analyserats tematiskt. Tematisk analys är en flexibel analysmetod som kännetecknas av ett systematiskt sökande efter bärande teman i ett empiriskt material [39]. Denna analysmetod möjliggör ett identifierande och organiserande av kollektiva eller delade meningsmönster. Analysen har genomförts utifrån Braun & Clarke [39] sex steg för tematisk analys. Vid de initiala läsningarna av intervjuutskriften nedtecknades första intryck och idéer. Därefter påbörjades det systematiska analysarbetet genom ett identifierande av citat relevanta för forskningsfrågorna och ett genererande av initiala koder. Efter det analyserades koderna och samlades i kluster, och initiala teman identifierades. Dessa teman utvecklades därefter så att de tydliggjordes och strukturerades i relation till varandra, samt organiserades i övergripande teman och underteman. Kapitlen i resultatdelen i rapporten är strukturerad utifrån de teman och underteman som framkom i analysen.

Etiska överväganden

Utvärderingen har genomgått etisk prövning av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2021-02954). Utvärderingen är att betrakta som extern i den bemärkelse att den forskare som genomför utvärderingen inte är verksam vid VKV.

Etiska överväganden i forskning som rör våld mot kvinnor, särskilt då den innefattar personliga erfarenheter av våld och övergrepp, gäller frågan om hur forskningen kan bedrivas på ett etiskt och säkert sätt central [40]. Frågan om studiens etiska försvarbarhet har genomsyrat hela forskningsprocessen. I de etiska överväganden som gjorts rörande studien har studiens nytta vägt i förhållande till den risk den kan tänkas utgöra för de som deltar. Ett rutinmässigt frågande om våld i nära relationer kan leda till ett minskande av förekomsten av våld i nära relationer genom att tidigt identifiera kvinnor som upplever eller utsätts för våld i nära relationer, och därmed till en förbättring av kvinnors hälsa och välbefinnande [41]. För den vårdpersonal som deltar i studien kan deltagandet vidare utgöra en möjlighet att göra sina röster hörda genom att förmedla sina erfarenheter och upplevelser av att rutinmässigt ställa frågor om våld. Att

delta i studien kan bidra till ökad kunskap och därmed bättre förutsättningar för och stöd i implementeringen av ett rutinmässigt frågande om våld, något som kan innebära direkt nytta för hälso- och sjukvårdspersonal, såväl som för patienter. För de patienter som deltar i studien, särskilt de som har personliga erfarenheter av våldsutsatthet, kan det upplevas som värdefullt att bidra till ökad kunskap om våldsutsatthet. Frågor om våld kan dock väcka obehag vilket ställde krav på att de personer som deltog i studien erbjöds adekvat stöd i de fall de var i behov av det. I den skriftliga och muntliga informationen om studien framgick det vem forskningsdeltagarna kunde kontakta om de hade ett behov av att prata med någon i samband med eller efter deltagandet i studien. Kontaktpersonerna hade erfarenhet av att tala om våld och kunskap om resurser i form av vidare stöd, skydd och vård för våldsutsatta.

Information och samtycke

Innan det att utvärderingen påbörjades gav cheferna ett skriftligt tillstånd till att studien skulle bedrivas i verksamheterna.

Vid vårdbesök under datainsamlingsperioderna informerade vårdpersonalen skriftligen och muntligen patienterna om studien. I den skriftliga såväl som den muntliga informationen om studien säkerställdes att de som berördes fick en fullständig och korrekt information om studien och villkoren för deras medverkan. De patienter som valde att delta i studien fyllde i enkäten i enskildhet i direkt anslutning till vårdmötet. Därefter lämnade patienten enkäten i enhetens låsta brevlåda. Genom att fylla i FOV-F och lämna den i enhetens brevlåda samtyckte patienten till deltagande i studien.

Den personal vid mottagningarna som hade till uppgift att fråga på rutin om våld fick under hösten 2021 ett informationsbrev och en enkät utdelat till sig. Informationsbrevet innehöll information om studien och kontaktuppgifter till den ansvariga forskaren. Samtycke till att delta i enkätundersökningen lämnades genom att besvara och lämna in enkäten. Samtycke till att delta i fokusgruppsintervjuerna inhämtades skriftligen före intervjun.

Konfidentialitet

Flera åtgärder har vidtagits för att bevara forskningsdeltagarnas anonymitet. Intervjuerna har avidentifierats vid transkriberingen. Frågeformulär och enkäter är anonyma för den forskningsansvariga. Det anges inte i rapporten vilka verksamheter som ingått i projektet eller i studien. Den data som presenteras i rapporten har avidentifierats så att uppgifterna inte kan härledas till forskningsdeltagarna som personer. Data presenteras på gruppnivå och redogörs för med avidentifierade citat. Citat från fokusgruppsintervjuerna kopplas inte till enskilda personer, utan till yrkeskategori och/eller typ av mottagning. Forskningsmaterialet, i form av ljudfiler, enkäter, fråge- och svarsformulär, samtyckesblanketter och bakgrundsuppgifter, har förvarats inlåsta i ett brandsäkert skåp på VKV, som obehöriga inte har tillträde till.

Fortsatt disposition

I nästföljande kapitel redogörs för utvärderingens resultat. Kapitlen i del 2 utgår från personalens perspektiv på det rutinmässiga frågandet. Där beskrivs i vilken grad frågemetoden används

och hur den används i praktiken. Mottagningarnas olika förutsättningar beskrivs också för att de ska kunna använda frågemetoden samt hur personalen ser på frågemetoden och deras upplevelser av att använda den. Del 3 utgår från patienternas erfarenheter. Här beskrivs de våldserfarenheter som identifierats genom frågeformulären under datainsamlingsperioden. I den fjärde och avslutande delen diskuteras utvärderingens resultat och dess kliniska implikationer.

Del 2

Personalens perspektiv

Kapitel 3. Attityder till och erfarenheter av att ställa rutinmässiga frågor om våld

Detta kapitel beskriver vårdpersonalens attityder till att ställa rutinmässiga frågor om våld och deras erfarenheter av att använda sig av frågemetoden. Inledningsvis beskrivs personalens attityder till det rutinmässiga frågandet utifrån enkäten och fokusgruppsintervjuerna. Därefter redogörs för hur ofta personalen använder frågemetoden utifrån deras egen uppskattning i personalenkäten. Vidare diskuteras skillnader i användandet beroende på patientgrupp och profession som framkommit i fokusgruppsintervjuerna. Fokusgruppsintervjuerna används här för att komplettera och fördjupa kvantitativa data.

Forskningsdeltagarna

Samtliga av de 17 personer som besvarade personalenkäten var kvinnor. Majoriteten (70,6 %) var födda åren 1980–1996 (tabell 2). Den största personalgruppen var barnmorskor (52,9 %), följt av sjuksköterskor (41,2 %), en person var läkare. Majoriteten (65 %) av de som besvarade enkäten, hade arbetat 1–5 år på den aktuella vårdenheten, följt av 23 procent som hade arbetat där mer än 5 år.

Tabell 2. Personalenkät		
Total n = 17		
Födelseår	n	Procent
1950–1979	5	29,4
1980–1996	12	70,6
Yrkeskategori		
Läkare	1	5,9
Barnmorskor	9	52,9
Sjuksköterskor	7	41,2
Antal år på nuvarande arbetsplats		
< 1 år	2	12
1–5 år	11	65
>5 år	4	23

Totalt 7 personer deltog i fokusgruppsintervjuerna. Alla informanterna var kvinnor födda mellan åren 1979 och 1992. Den vanligaste utbildningen var barnmorska, följt av sjuksköterska, och en av de deltagande var läkare. Tiden de arbetat i verksamheterna varierade från 3 till 7 år.

Samstämmighet vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att ställa frågor om våld

Både i enkäten och i fokusgruppsintervjuerna framkommer en samstämmighet vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld i nära relationer. I enkäten anser 77 procent av respondenterna att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld ”våldigt mycket” ingår i hälso- och sjukvårdens ansvar, medan 23 procent anser att det ”ganska mycket” ingår. I fokusgruppsintervjuerna ger deltagarna uttryck för en medvetenhet om våldets möjliga konsekvenser för kvinnors fysiska och psykiska hälsa. Flera av informanterna lyfter att de i kvinnosjukvården inte sällan möter patienter som söker vård för symtom som kan vara orsakade av våld och betonar vikten av att ställa frågor för att göra eventuella våldserfarenheter talbara.

I tabell 3 framgår personalens svar gällande attityder till ett rutinmässigt frågande om våld. Vad gäller det rutinmässiga frågandet som metod för att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld ses generellt sett positiva attityder. Omkring två tredjedelar av respondenterna anser att ställa frågor på rutin är en mycket lämplig metod medan resten anser att det är en ganska lämplig metod. 82, 4 procent uppger att de anser att det är mycket viktigt att på sin nuvarande arbetsplats fråga kvinnor på rutin. Resterande 17,6 procent uppger här att de anser att det är ganska viktigt. Vad gäller huruvida att ställa frågor på rutin om våld ingår i ens professionella uppdrag anser 70,6 procent att det ”våldigt mycket” gör det, medan 29,4 procent anser att det ”ganska mycket” gör det. Även här ses alltså en relativ samstämmighet. Att ha tagit steget och påbörjat implementeringen av ett rutinmässigt frågande beskrivs av flera av fokusgruppsdeltagarna som positivt. Personal från gynekologimottagningen resonerar kring detta:

IP1 – Den spontana känslan är att det är väldigt bra, att vi har kommit i gång med detta och att det verkligen ligger i tiden också. Egentligen är det för sent, man borde ha börjat med det för länge, länge sedan.

IP3 – Man blir ju också stolt när man pratar med andra, alltså sjuksköterskekollegor från andra mottagningar eller avdelningar som inte frågar. Det känns väldigt gott att kunna säga att vi gör det till våra patienter.

IP2 – Det känns som en feministisk handling faktiskt.

Tabell 3. Attityder till ett rutinmässigt frågande		
Total n = 17		
Anser du att frågor på rutin om våld är en lämplig metod för att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld i nära relationer?	n	Procent
Inte alls	0	0
Lite grann	0	0
Ganska mycket	6	35,3
Väldigt mycket	11	64,7
Vet inte	0	0
Anser du att det är viktigt att fråga kvinnor på rutin på din nuvarande arbetsplats?		
Inte alls	0	0
Lite grann	0	0
Ganska mycket	3	17,6
Väldigt mycket	14	82,4
Vet inte	0	0
Anser du att ställa frågor på rutin om våld överensstämmer med ditt professionella uppdrag?		
Inte alls	0	0
Lite grann	0	0
Ganska mycket	5	29,4
Väldigt mycket	12	70,6
Vet inte	0	0

Skillnader mellan verksamheterna vad gäller graden av implementering

Generellt ses alltså positiva attityder till att ställa rutinmässiga frågor som metod för att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld. När det kommer till den faktiska implementeringsgraden av det rutinmässiga frågandet, det vill säga hur ofta vårdpersonalen ställer rutinmässiga frågor om våld till sina patienter, skiljer det sig dock mellan de båda verksamheterna.

I tabell 4 framgår personalens svar gällande användningen av frågemetoden. På frågan om hur ofta personalen frågar på rutin om våld till kvinnor, svarade flertalet (47,1 %) att de ofta ställde frågor, följt av "ibland" (41,2 %). 11,8 procent uppgav att de sällan ställde frågor på rutin. Bland personalen på gynekologiavdelningen (GA) var det dock avsevärt fler (66,7 %) som uppgav att de ofta ställde frågor på rutin i jämförelse med personalen på gynekologimottagningen (GM) (25 %). Det var vidare ingen av personalen på gynekologiavdelningen som uppgav att de sällan ställde rutinmässiga frågor.

Detta mönster går igen även vad gäller användandet av frågeformuläret i det rutinmässiga frågandet. Här uppgav 47,1 procent att de alltid använde sig av FOV – Vuxna när de ställer frågor om våld, 23,5 procent uppgav "ibland", 17,6 procent uppgav "sällan" och 11,8 procent

uppgav ”ofta”. Samtliga av de 47,1 procenten som uppgav att de alltid använde sig av FOV – Vuxna när de ställer frågor om våld var verksamma på gynekologiavdelningen. Det vanligaste svarsalternativet för de som var verksamma på gynekologimottagningen var ”ibland” (50 %). Här sågs också en större spridning inom personalgruppen till skillnad från på gynekologiavdelningen, då vissa respondenter uppgav att de sällan använde sig av formuläret medan någon uppgav ”ofta”.

Tabell 4. Personalens användande av frågemetoden (Total n = 17)				
*GM står för gynekologimottagningen. GA står för gynekologiavdelningen.				
Uppskatta hur ofta du ställer frågor på rutin om våld till de kvinnor du möter	n	Procent	% GM*	% GA*
Aldrig	0	0	0	0
Sällan	2	11,8	25	0
Ibland	7	41,2	50	33,3
Ofta	8	47,1	25	66,7
Alltid	0	0	0	0
Hur ofta använder du FOV – Vuxna när du frågar på rutin om våld?				
Aldrig	0	0	0	0
Sällan	3	17,6	37,5	0
Ibland	4	23,5	50	0
Ofta	2	11,8	12,5	11,1
Alltid	8	47,1	0,0	88,9

Skillnader i användandet beroende på patientgrupp och profession

Det går alltså att konstatera att implementeringsgraden skiljer sig åt mellan de båda verksamheterna. I fokusgruppsintervjuerna framkommer vidare att implementeringen skiljer sig åt inom respektive verksamhet beroende på skilda förutsättningar kopplade till patientgrupp och profession.

På gynekologiavdelningen bedrivs både planerad och akut verksamhet. Det är främst i den planerade verksamheten det rutinmässiga frågandet har implementerats. Frågorna ställs då i samband med inskrivningssamtal vilket innebär att det är de sex sjuksköterskor som håller i inskrivningssamtalen som har störst erfarenhet av att ställa rutinmässiga frågor om våld. I dessa fall används frågemodellen i enlighet med metoden utan några avsteg. Skriftliga rutiner i form av ett PM och en lathund har tagits fram särskilt för avdelningen. Dessa rutiner rör samtliga av frågemetodens steg: förberedelser, informera om FOV – Vuxna, ställa frågor och följa upp svar, vidta åtgärder och dokumentera.

I avdelningens väntrum finns affischer uppsatta, via vilken patienter informeras om att det ställs frågor om våld på avdelningen. Inskrivningssamtalen sker i enrum med sjuksköterska och patient. Frågor om våld ställs mot slutet av samtalet eftersom patienten initialt ofta är orolig och har frågor om ingreppet. Att ställa frågorna mot slutet av samtalet har bedömts vara

mest gynnsamt också då det ger möjlighet för sjuksköterskan att först etablera ett förtroende. Patienten får då först information om varför frågor om våld kommer att ställas och om vad våld i nära relationer är samt information om anmälningsplikten. Efter det får patienten formuläret och fyller i det, vilket sedan följs upp tillsammans med sjuksköterskan i ett samtal. Beroende på vad som framkommit i samtalet dokumenterar därefter sjuksköterskan i patientens journal och erbjuder behandling, hänvisar eller remitterar patienten vidare eller kontakter andra relevanta myndigheter.

Vad gäller den akuta verksamheten ställs rutinmässiga frågor om våld när det bedöms vara möjligt. Denna del av verksamheten präglas av ett stort patientflöde med många in- och utskrivningar på en dag. Till skillnad från vid inskrivningssamtal då sjuksköterskorna möter en patient åt gången har de fler patienter att ta hand om samtidigt. Då patienterna ofta delar sal finns det vidare sällan möjlighet att ställa frågor till dessa patienter i enrum i enlighet med frågemetoden.

IP2 – När man har patientgrupp kan man ju ha upp till åtta patienter.

IP3 – De kan komma och gå hur som helst under passet. När man har inskrivning så vet man att nu har jag fem patienter och det är de fem som kommer att komma.

Då det rör sig om akutvård beskrivs förutsättningarna inte alltid vara optimala för ett rutinmässigt frågande. Detta har både att göra med organisatoriska faktorer och patienternas hälsotillstånd. En av deltagarna i fokusgruppen exemplifierar med att säga:

Håller hon på att förlora en önskad graviditet då känns det inte som att man "Ja, men jag måste fråga dig om våld".

Då det ännu inte upparbetats några tydliga rutiner för frågandet vad gäller de akuta patienterna görs det då personalen bedömer att förutsättningarna tillåter det.

Jag tror att man har valt de akuta patienter där man vet att tiden inte är en faktor som kommer att påverka – nu har jag det lite lugnt och den här patienten är inte på väg till någon undersökning, det är klart och den mår bra. Eller att det är någon ganska välmående patient. Vissa pass blir ju ingen frågad.

När det kommer till den akuta verksamheten används alltså frågemetoden i den utsträckning personalen bedömer att det är möjligt, och då med vissa avsteg. Här spelar de lokalmässiga förutsättningarna på avdelningen stor roll men även arbetsbelastning och patienternas fysiska och psykiska tillstånd.

I fokusgruppsintervjun med gynekologimottagningen framkommer att implementeringen av frågemetoden inte har skett på ett systematiskt sätt. Till skillnad från gynekologiavdelningen har det inte utarbetats några tydliga verksamhetsspecifika rutiner för när och hur det rutinmässiga

frågandet ska ske. Det tycks i stort hänga på den enskilda personalen att hitta motivation till och rutiner för frågandet. Detta verkar ha lett till att frågandet antingen har skett periodvis eller sporadiskt.

Det har varit periodvis liksom. Det kan vara sådana dagar då man stressar med varenda patient och då blir det liksom inget utrymme för det här. Men sedan är det ju också ... Läger man fram de här formulären bredvid sig då blir det lättare att komma ihåg det. Så att det är periodvis, och det handlar om att komma ihåg och om att ha tiden.

Tidsbrist i kombination med avsaknad av tydliga rutiner tycks ha lett till stora skillnader inom personalgruppen i hur ofta och på vilket sätt frågandet sker. Vissa av dessa skillnader tycks vara kopplade till skilda förutsättningar som har att göra med vilken profession den person som ställer frågorna har. De läkare som är verksamma på mottagningen beskrivs generellt sett ha sämre förutsättningar för att ställa rutinmässiga frågor om våld än barnmorskorna. I fokusgruppsintervjun beskriver deltagarna att det praktiskt och tidsmässigt är något lättare för barnmorskorna att ställa frågorna än för läkarna. Praktiskt, då patienten och barnmorskan sitter vid ett bord vilket underlättar ifyllandet av enkäten, medan det i läkarrummen inte finns något bord. Tidsmässigt, då patienten kan fylla i frågeformuläret medan barnmorskan skriver i journalen. Det tycks dock inte enbart handla om praktiska faktorer utan också om olika syn på hur lämplig metoden är i sig. Den läkare som deltar i fokusgruppsintervjun menar att frågemetoden inte passar för en läkarkonsultation.

Patienten kommer in och beskriver sina besvär och då blir det väldigt konstigt att jag helt plötsligt säger så här "Nu ska vi ta fram en blankett här som du ska fylla i och så ska jag sitta och titta på". Jag har testat någon gång att ha blanketten och ställa frågorna och bocka av svaren. Men då tycker jag att det också har blivit styligt. Varför ska jag ställa frågor på det sättet helt plötsligt när jag ställer andra frågor utan blankett? Jag menar frågorna i sig är ju inte så komplicerade, man kan ju i princip frågorna utantill. Det jag har gjort sedan är ju i princip att ha lagt ned det. Jag använder bara frågorna i min vanliga konsultation och kommer det upp någonting då så tar man ju med det i journalen. Så att jag upplever att, om man nu ska utvärdera själva formuläret, att formuläret inte funkar på en läkarkonsultation.

I ovanstående citat beskrivs själva frågemetoden som svår att integrera i formen för en läkarkonsultation. Läkarna på mottagningen beskrivs också vara de som i lägst utsträckning har implementerat frågemetoden. I intervjun framkommer vidare att det finns olika uppfattningar om huruvida ett rutinmässigt frågande om våld är en lämplig metod för att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld. Vissa menar att ett frågande på indikation är mer anpassat för den typ av verksamhet som bedrivs på gynekologimottagningen.

Jag tror snarare att på den här typen av mottagning att man håller kunskapen i gång om att detta finns och att man inte ska glömma bort att ställa frågan när det finns misstanke. Men att ställa fråga på rutin ... det kan jag verkligen förstå vid sådana här inskrivningssamtal på MVC där man har väldigt mycket rutinfrågor för att man ska följa någon form av screeningprogram eller så. Annars tror jag att i den typen av vård som vi jobbar med att det är bättre att man ser till att de som jobbar har god kunskap om vad det handlar om så att man vågar ställa frågorna. Att man ställer frågorna när det verkligen behövs, men kanske inte nödvändigtvis på rutin. Det finns det inte utrymme för så som jag känner.

Sammanfattningsvis blir det tydligt att graden av implementering skiljer sig åt mellan såväl som inom verksamheterna. Här tycks olika förutsättningar kopplade till grad av upparbetade rutiner, patientgrupp och profession vara avgörande för implementeringsgraden. Även synen på hur lämplig frågemetoden är för den aktuella verksamheten påverkar.

Kapitel 4. Förutsättningar för att fråga

I det här kapitlet beskrivs olika faktorer som påverkar mottagningarnas möjligheter att använda frågemetoden. Kapitlet bygger på de enkäter som personalen besvarat. Även här används beskrivningar från fokusgruppsintervjuerna för att komplettera och fördjupa resultaten från enkäterna.

Olika upplevelser av stödet från VKV

Projektledaren från VKV har erbjudit stöd i olika former till vårdpersonalen för att underlätta för dem att rutinemässigt ställa frågor om våld till patienter. Stödet har bestått av utbildning, handlägningsrutiner, material och uppföljning. Då projektet har genomförts under covid-19-pandemin och tillgången till verksamheterna har varit kraftigt begränsad har anpassningar gjorts. Bas- och metodutbildningarna som vanligtvis hålls i sal har i flera fall hållits digitalt.

Enkätsvaren visar att personalen har olika uppfattningar om utbildningen. Cirka hälften (52,9 %) beskriver utbildningen som till väldigt mycket eller till ganska mycket hjälp när de ställer frågorna om våld (tabell 5, se sid. 30). Cirka en tredjedel uppger dock att metodutbildningen har varit till ganska lite hjälp. När resultatet delas upp på verksamhet framkommer att det även här finns stora skillnader mellan de båda verksamheterna. 62,5 procent av personalen på

gynekologimottagningen uppger att metodutbildningen har varit till ganska lite hjälp medan 88,9 procent av personalen på gynekologiavdelningen uppger att den varit till ganska mycket eller väldigt mycket hjälp.

Liknande skillnader kan ses vad gäller hur personalen upplever materialet från VKV. Även handledningsmaterialet, frågeformuläret och projektets affisch, hjälpkort och foldrar som vänder sig till patienter upplevs olika av de båda personalgrupperna. Flertalet av personalen från gynekologimottagningen (62,5 %) uppger att handledningsmaterialet har varit till ganska lite hjälp medan samtliga från gynekologiavdelningen uppger att det varit till ganska eller mycket stor hjälp.

Vad gäller frågeformuläret finns det en stor spridning vad gäller hur det upplevs bland personalen på gynekologimottagningen. 25 procent uppger att det har varit till väldigt lite hjälp, 25 procent uppger att det varit till ganska mycket hjälp medan 50 procent uppger att det varit till väldigt mycket hjälp. Bland personalen på gynekologiavdelningen uppger samtliga att frågeformuläret varit till väldigt mycket hjälp. Även vad gäller projektets affisch, hjälpkort och foldrar som vänder sig till patienter syns en viss skillnad mellan personalgrupperna. Hälften av personalen från gynekologimottagningen uppger att de varit till ganska eller mycket stor hjälp medan 77,8 procent av personalen från gynekologiavdelningen uppger att det varit till mycket stor hjälp.

Det är svårt att avgöra vad dessa skillnader beror på. Detta var inte något som berördes i någon större utsträckning under fokusgruppsintervjuerna. Det skulle dock kunna tolkas som relaterat till att implementeringsgraden mellan de båda verksamheterna skiljer sig åt. Utbildningen såväl som det material som VKV erbjuder utgår ifrån frågemetoden och att det rutinmässiga frågandet implementeras i enlighet med den. Om det sker stora avsteg från frågemetoden kan tänkas att handledningsmaterialet till exempel inte upplevs vara till lika stor hjälp. Det skulle också kunna ha att göra med huruvida materialet aktivt integrerats i verksamheten eller ej. Som framkom i föregående kapitel beskrevs det i fokusgruppsintervjun att det inte finns några tydliga rutiner kring det rutinmässiga frågandet på gynekologimottagningen. Att några av personalen uppger "vet inte" som svar på om handledningsmaterialet och materialet som vänder sig till patienter är till hjälp eller ej, är en indikation på att de inte är bekanta med materialet.

Tid som en avgörande faktor

Trots att det finns en samsyn vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att upptäcka kvinnor som upplever och utsätts för våld i nära relationer och att ett rutinmässigt frågande är en lämplig metod för detta, ses skillnader i implementeringsgraden mellan de två verksamheterna. I föregående kapitel framkom rutiner och skilda organisatoriska förutsättningar kopplade till patientgrupp och profession som centrala faktorer för implementeringen. En annan central faktor som framkommer i enkäten såväl som i fokusgruppsintervjuerna är tid. I enkäten uppger 58,8 procent att de aldrig eller sällan har den tid de behöver med sina patienter för att ställa frågor på rutin om våld (tabell 6). När detta bryts ned på respektive verksamhet framkommer att 87,5 procent av personalen på gynekologimottagningen uppgivit att de "aldrig" eller "sällan" har tid medan 66,7 procent av personalen på gynekologiavdelningen uppgivit att de "ibland" eller "ofta" har tid.

Tabell 5. Personalens upplevelse av stöd från VKV (Total n = 17)				
*GM står för gynekologimottagningen. GA står för gynekologiavdelningen.				
Är metodutbildningen till hjälp när du frågar på rutin om våld?	n	Procent	% GM*	% GA*
Väldigt lite	0	0	0	0
Ganska lite	5	29,4	62,5	0
Ganska mycket	3	17,6	12,5	22,2
Väldigt mycket	6	35,3	0,0	66,7
Vet inte	3	17,6	25	11,1
Är handledningsmaterialet till hjälp när du frågar på rutin om våld?				
Väldigt lite	1	5,9	12,5	0
Ganska lite	5	29,4	62,5	0
Ganska mycket	4	23,5	0	44,4
Väldigt mycket	5	29,4	0	55,6
Vet inte	2	11,8	25	0
Är frågeformulären till hjälp när du frågar på rutin om våld?				
Väldigt lite	2	11,8	25	0
Ganska lite	0	0	0	0
Ganska mycket	2	11,8	25	0
Väldigt mycket	13	76,5	50	100
Vet inte	0	0	0	0
Är projektets affisch, hjälpkort och foldrar som vänder sig till patienter till hjälp när du frågar på rutin om våld?				
Väldigt lite	0	0	0	0
Ganska lite	2	11,8	25	0
Ganska mycket	4	23,5	25	22,2
Väldigt mycket	9	52,9	25	77,8
Vet inte	2	11,8	25	0

I fokusgruppsintervjun med gynekologimottagningen beskrivs tid vara den huvudsakliga faktor som försvårar ett rutinmässigt frågande.

Alla tycker att det är jätteviktigt och jag tror att alla gick in i det här med ett intresse, att man vill. Vi är ju en arbetsplats med många nyfikna och intresserade och vi har ju en god vilja, men vi är väldigt hårt pressade i vår verksamhet och nu kommer det en till sak som vi ska göra. Hur ska vi hinna det? Vi hinner ju knappt det vi ska hinna i dag. Jag tror att det är mycket så, det är den allmänna känslan.

Då projektet sammanföll med covid-19-pandemin, tillfälliga organisatoriska lösningar och

höga sjuktal bland personalen har arbetsbelastningen på gynekologimottagningen varit mycket hög. Gynekologimottagningen har vidare genomgått en rad olika organisatoriska förändringar under tiden för projektet vilka även de radikalt har påverkat arbetsbelastningen för personalen. I fokusgruppsintervjun beskrivs att uppdraget har ökat kraftigt utan att mottagningen tilldelats mer resurser.

Vi har fått ett dubbelt så stort uppdrag på samma bemanning. Det säger väl det mesta tänker jag. Det är ingen som mår bra när man ser att väntelistorna bara blir längre och längre. Och patienterna blir inte nöjda när vi får ökad belastning för de får inte sin tid eller så där. Så att vi har ju haft fullt sjå att bara klara vår verksamhet.

I intervjun betonar en av deltagarna att det rutinmässiga frågandet om våld kan ses som en form av kvalitetsarbete, och att det är något som kan tillkomma när en verksamhet klarar sitt basuppdrag. Då verksamheten varit under stor belastning konstateras att tiden för deltagandet i projektet var illa vald.

Även om det framkommer att tiden inte alltid upplevs räcka till även på gynekologiavdelningen rör detta främst den akuta verksamheten. Vad gäller den planerade verksamheten finns det tid avsatt för att ställa rutinmässiga frågor under inskrivningssamtalet.

Det klart första gången när man hade den här metodutbildningen så kände man "Ja, hjälp nu ska man hinna med det också". Det var första reaktionen. Då var det ytterligare ett moment man ska göra, men i efterhand när man har kommit in i det tycker jag att det flyter på väldigt bra och att det känns väldigt bra att fråga patienterna och väldigt naturligt.

Vad gäller att ha tid att stödja och hänvisa patienter som berättar om våld vidare, uppger samtliga av personalen på gynekologimottagningen att de aldrig eller sällan har tid till det (se tabell 6). På gynekologiavdelningen är det vanligaste svarsalternativet här "ofta" (44,4 %) följt av "ibland" (33,3 %). I fokusgruppsintervjuerna framkommer att möjligheten att följa upp svaren påverkar personalens upplevelse av att ställa frågorna. Att frågor ställs "som bara en uppgift som ska bockas av" utan att det finns förutsättningar för att följa upp svaren upplevs som oetiskt. För att det rutinmässiga frågandet ska kunna implementeras på ett meningsfullt sätt och inte leda till etisk stress hos personalen framstår således tid som en avgörande faktor.

Varierande stöd från chef och kollegor

Stöd från en chef och kollegor framstår som en annan central faktor för förutsättningarna för att ställa rutinmässiga frågor om våld. I en jämförelse mellan verksamheterna ses även här en skillnad. 50 procent av personalen från gynekologimottagningen uppger att deras chef stöder arbetet väldigt lite eller ganska lite, medan 88,9 procent av personalen på gyneko-

Tabell 6. Personalens upplevelse av tillgången till tid (Total n = 17)				
*GM står för gynekologimottagningen. GA står för gynekologiavdelningen.				
Har du den tid du behöver med dina patienter för att ställa frågor på rutin om våld?	n	Procent	% GM*	% GA*
Aldrig	3	17,6	37,5	0
Sällan	7	41,2	50	33,3
Ibland	4	23,5	12,5	33,3
Ofta	3	17,6	0	33,3
Alltid	0	0	0	0
Vet inte	0	0	0	0
Har du den tid du behöver för att stödja och hänvisa vidare patienter som berättar om våld?				
Aldrig	2	11,8	25	0
Sällan	8	47,1	75	22,3
Ibland	3	17,6	0	33,3
Ofta	4	23,5	0	44,4
Alltid	0	0	0	0
Vet inte	0	0	0	0

logiavdelningen uppger att deras chef stöder arbetet ganska mycket eller väldigt mycket (se tabell 7). Också här har förutsättningarna för gynekologimottagningen till viss del präglats av oförutsedda omständigheter som drabbat projektet på ett negativt sätt. I fokusgruppsintervjun beskrivs att mottagningen vid projektets start hade en chef som var drivande i att implementera ett rutinmässigt frågande om våld. Denna chef lämnade dock inom kort mottagningen för en annan tjänst. Detta ledde till att mottagningen var utan chef under en period, varpå en av barnmorskorna ensam tog på sig ansvaret att hålla i projektet. Den chef som tillträdde därefter upplevs ha haft en mer kritisk inställning till deltagandet i projektet. En av fokusgruppsdeltagarna framhåller att de organisatoriska förändringarna som hade skett då den nya chefen tillträdde sannolikt också påverkat chefens inställning. Personalen framhåller att chefen har gjort det som har krävts för att personalen kunna slutföra projektet som planerat men inte ”drivit på och peppat”.

Att ha en chef som driver och stöttar personalen i implementeringen av frågemetoden beskrivs av personalen på gynekologiavdelningen som en viktig faktor. Fokusgruppsdeltagarna beskriver att deras chef kontinuerligt följt upp arbetet med det rutinmässiga frågandet och har sett till att ny personal haft möjlighet att gå metodutbildningen. Att chefen är engagerad och positivt inställd till projektet beskrivs också påverka ens egen motivation till det rutinmässiga frågandet.

IP3 – Hon påminner om den här studien på morgonmötena och är jättepositiv till det så det tror jag verkligen bidrar till att det har fungerat.

IP1 – Man blir motiverad för att man vet att chefen också står bakom detta.

Även om upplevelser av stödet från chefen varierar mellan mottagningarna upplever flertalet att de har stöd från sina kollegor (se tabell 8). På gynekologimottagningen uppger 75 procent att de har ganska mycket stöd från sina kollegor. På gynekologiavdelningen uppger samtliga att de har ganska mycket (22,2 %) eller väldigt mycket (78,8 %) stöd från sina kollegor. Stöd från kollegor beskrivs både innefatta att man uppmuntrar och påminner varandra om det rutinmässiga frågandet men också att man stöttar varandra i eventuella situationer som kan uppstå i samband med detta.

Det har varit flera gånger som en kollega har fått ett ja, att man har kunnat diskutera med varandra och att det känts tryggt liksom.
 "Nu berättade en patient det här för mig. Hur ska jag tänka kring det?"
 och så kan man diskutera ihop liksom.

Att ha stöd från chefen och kollegorna beskrivs påverka ens förutsättningar att fråga. En av fokusgruppsdeltagarna från gynekologiavdelningen uttrycker följande.

Vi får väldigt mycket stöd av er, och alla runt omkring. Det känns som att vi har en bra grund att stå på som gör att vi kan ... Alltså vi har bra förutsättningar för att göra ett bra jobb här känns det som. Det klart att man möter svårigheter på vägen men det känns som att vi har ett bra stöd också. Det är väldigt viktigt.

Stöd från chefen och kollegorna framstår således även det som en avgörande faktor vad gäller förutsättningarna för implementeringen av ett rutinmässigt frågande.

Tabell 7. Personalens upplevelse av stöd från chef och kollegor (Total n = 17)				
*GM står för gynekologimottagningen. GA står för gynekologiavdelningen.				
Upplever du att din chef stöder arbetet med att fråga på rutin om våld?	n	Procent	% GM*	% GA*
Väldigt lite	3	17,6	37,5	0
Ganska lite	2	11,8	12,5	11,1
Ganska mycket	6	35,3	50	22,2
Väldigt mycket	6	35,3	0	66,7
Vet inte	0	0	0	0
Upplever du att dina kollegor stöder arbetet med att fråga på rutin om våld?				
Väldigt lite	1	5,9	12,5	0
Ganska lite	1	5,9	12,5	0
Ganska mycket	8	47,1	75	22,2
Väldigt mycket	7	41,2	0	77,8
Vet inte	0	0	0	0

Kapitel 5. Upplevelser av att fråga

Detta kapitel beskriver personalens upplevelser av att ställa rutinmässiga frågor om våld till de kvinnor de möter. Här beskrivs hur personalen känner för det rutinmässiga frågandet och ytterligare faktorer som kan försvåra respektive underlätta frågandet lyfts. Resultat från enkäten och fokusgruppsintervjuerna kombineras och kontrasteras mot varandra.

Skilda och ibland motstridiga upplevelser av frågemetoden

I enkäten och fokusgruppsintervjuerna framkommer skilda och till viss del motstridiga upplevelser av implementeringen av frågemetoden. Det rutinmässiga frågandet om våld upplevs både som positivt och som negativt, både som underlättande och till viss del som försvårande. Flera beskriver att det underlättar att frågorna ställs rutinmässigt och att personalen därmed inte behöver ta ställning till när de ska ställas. Det upplevs också vara positivt att kunna uppge till patienten att frågorna ställs till alla, för att undvika att personen ska känna sig utpekad.

Det känns bra att ha ett papper som man kan lämna över för då blir det ju verkligen "Det här är en rutin, det gör vi för alla. Du är inte liksom utpekad eller att vi misstänker något just med dig". Och det är skönt att inte behöva tänka på att fundera på hur man ska formulera varenda fråga.

Utöver att rutinen i sig kan vara underlättande lyfter fokusgruppsdeltagarna också fördelen med att frågorna i formuläret rymmer olika former av våld och exemplifieringar rörande vilka handlingar som kan utgöra våld.

Ute i samhället tänker man kanske bara att våld ja det är fysiskt våld. Men det finns ju många olika aspekter av våld och det är ju klart att det [frågeformuläret] täcker ju in många olika aspekter av vad våld är.

Att vissa handlingar normaliseras och inte kommer att betraktas som våld kan enligt fokusgruppsdeltagarna problematiseras med hjälp av formuläret. Detta upplevs öka chansen att personer som utsatts för eller upplevt våld kan sätta ord på sina erfarenheter och att dessa erfarenheter giltiggörs som våld.

En av fokusgruppsdeltagarna från gynekologimottagningen lyfter att hon i sak är positivt inställd till frågemetoden men att hon upplever att det är svårt att implementera den i praktiken.

Ja, jag tycker personligen att det kan vara svårt att få till även om det på ett sätt är lättare när det är ett formulär för att då blir det så tydligt för patienten att det här är någonting som vi gör på rutin. Och om man nu tycker att det kan vara svårt att hitta en bra ingång till frågan så tycker jag att det kan vara ett bra sätt. Men samtidigt är det svårt ibland att komma ihåg tycker jag att använda formuläret. Så på ett sätt praktiskt men också svårt att få till i verkligheten kan jag tycka.

Den ambivalens som informanten ger uttryck för i citatet ovan kan även ses i en jämförelse av enkätresultatet och resultatet från fokusgruppsintervjuerna. Samtidigt som flera av fokusgruppsdeltagarna berättar om positiva aspekter av det rutinmässiga frågandet visar enkätresultatet att det också kan upplevas påverka ens ordinarie arbetsuppgifter på ett negativt sätt. Här uppger flertalet (58,8 %) att det delvis försvårar ens ordinarie arbetsuppgifter, följt av ”varken eller” (29,4 %), och resterande svarar att det försvårar (11,8 %). Detta resultat går att förstå i ljuset av det som framkom i föregående kapitel. När tiden inte räcker till blir det försvårande att åläggas ytterligare arbetsuppgifter.

I perioder har jag försökt men jag menar vi har ... Vi har ju ont om tider att komma hit och när man väl kommer hit så har man sina specifika problem. Det kan nästan ibland upplevas som en skymf av patienten att börja prata om något annat.

När tiden inte räcker till beskrivs en konflikt uppstå – det rutinmässiga frågandet upplevs komma i vägen för att utföra kärnuppgiften, att tillhandahålla vård. Långa kötider och kort om tid för besök leder till en upplevelse av att knappt hinna med de arbetsuppgifter som redan ingår i ens uppdrag, att implementera ett rutinmässigt frågande om våld blir då av förklarliga skäl försvårande, även om det upplevs som viktigt.

Flertalet är bekväma med att fråga

Ytterligare en faktor som kan påverka i vilken utsträckning ett rutinmässigt frågande om våld implementeras är hur bekväm personalen är med att ställa denna typ av frågor. Flertalet av de som besvarat enkäten uppger att de är bekväma med att ställa rutinmässiga frågor om våld (se tabell 8). Majoriteten uppger att de är ganska bekväma (70,6 %), och det näst vanligaste svarsalternativet är ”mycket bekväm” (23,5 %). I fokusgruppsintervjuerna uppger flera att känslan av att vara bekväm har ökat i takt med erfarenheten.

Det är en liten tröskel att vänja sig vid och komma över. Det är läskigt i början för man vet aldrig vad någon ska svara. Men som med allt så med mer erfarenhet så blir det ju mer rutin och det är så här man jobbar.

Erfarenhet av att ställa rutinmässiga frågor beskrivs leda till känslan av att vara bekväm. I

Tabell 8. Känslor inför att använda frågemetoden (Total n = 17)		
Känner du dig bekväm eller obekvämt med att fråga på rutin om våld?	n	Procent
Mycket obekvämt	0	0
Ganska obekvämt	0	0
Varken eller	1	5,9
Ganska bekväm	12	70,6
Mycket bekväm	4	23,5
Vet inte	0	0
Känner du dig säker eller osäker på vad du ska göra om någon av dina patienter berättar om våld?		
Ganska osäker	3	17,6
Varken eller	5	29,4
Ganska säker	8	47,1
Mycket säker	1	5,9
Vet inte	0	0
Känner du dig säker på hur du kan stödja personer som berättar om våld?		
Mycket osäker	0	0
Ganska osäker	3	17,6
Varken eller	6	35,3
Ganska säker	7	41,2
Mycket säker	1	5,9
Vet inte	0	0
Känner du dig säker på hur du ska dokumentera uppgifter om våld?		
Mycket osäker	0	0
Ganska osäker	3	17,6
Varken eller	3	17,6
Ganska säker	9	52,9
Mycket säker	2	11,8
Vet inte	0	0

fokusgruppsintervjuerna framhåller vissa även att längden av yrkeslivserfarenhet också kan spela roll. De sjuksköterskor som håller i inskrivningssamtalen på gynekologiavdelningen har ofta lite längre erfarenhet av att arbeta som sjuksköterska och beskrivs därmed också kunna förväntas vara mer trygga i sin professionella roll vilket också kan underlätta att ta sig an nya arbetsuppgifter.

Det kan jag också tänka mig att vissa undviker det för att man är ny och för att man kan tycka att det är jobbigt att fråga om allt möjligt och då är detta ... Även om det var laddat för oss också precis i början så är det ju något som man kan ställa sig över, i alla fall när man har lite erfarenhet.

Osäkerhet på vad man ska göra med svaret påverkar

Huruvida personalen känner sig bekväm eller inte beskrivs i fokusgruppsintervjuerna också ha att göra med hur säker eller osäker på man är på vad man ska göra om någon berättar om erfarenhet av våld. Här finns det en större spridning i svaren i enkäten, en majoritet (53 %) uppger fortfarande att de är ganska säkra eller mycket säkra på vad de ska göra när någon berättar om våld, men nästan hälften uppger ”varken eller” (29,4 %) eller ”ganska osäker” (17,6) (se tabell 9). I fokusgruppsintervjuerna framstår även här bristande rutiner som en avgörande faktor.

Sedan saknar jag också lite det här med vad jag ska göra med svaret jag får. Jag skulle vilja ha någon så här lätt ... här är det här numret till den här kuratorn eller att man kan vidarebefordra man har ju ändå ... Får man ett svar där personen säger att det är ett pågående våld så måste man ju kunna ta hand om det. Och då har du kanske en patient bokad som kommer om fem minuter och liksom vad gör man med det svaret då? Och man ska ju kunna slussa vidare till någon som kan hjälpa patienten och ta hand om henne och hjälpa henne med vart hon ska ta vägen och så. Det känner jag att jag saknar lite.

Att inte veta vad man ska göra med svaret kopplas här främst till att inte ha något självklart ställe att vända sig till för att hänvisa personen vidare om det finns ett behov av stöd eller skydd. Här tycks det alltså inte främst handla om hur personalen själv kan stödja personen – för endast 17,6 procent av de svarande uppger att de är osäkra på detta – utan vilka resurser som finns tillgängliga för personer som upplevt eller utsatts för våld.

I fokusgruppsintervjuerna beskrivs hur det, om det inte finns några rutiner, blir upp till varje enskild person att skapa rutiner eller hitta lösningar när en situation uppstår.

Har de fyllt i ”ja” så måste man ju ändå ställa frågan och då gör man ju det men det är ju ändå så att man tänker ”Ja, men det var skönt att det inte var nu ...” Alltså för att man känner så här ... Och jag vet att vi har diskuterat det här. Alltså vi har ju pratat om detta att du [en annan av fokusgruppsdeltagarna] skulle vara den på mottagningen som var lite mer ansvarig men så kanske inte du är här. Och så ... det är väldigt mycket lösa trådar och så var det någon månad sedan, för att det är ju väldigt ... alltså det är ju inget som, tack och lov får man väl säga, sker jätteofta liksom. Men då får man ju inte heller in någon rutin och vana ”Hur var det nu? Skulle jag prata med den eller med den?”

Avsaknad av upparbetade rutiner vad gäller vad personalen ska göra om det visar sig att personen har erfarenhet av våld uppges inte i första hand påverka benägenheten att ställa frågorna, det

uppges dock påverka upplevelsen av frågandet. Att ställa frågor utan att veta vad man ska göra vid ett jakande svar beskrivs som "obekvämt" och oprofessionellt.

IP2 – Man känner sig inte professionell om man inte vet vad man ska göra med det [svaret]. Det känns inte professionellt då.

IP1 – Nej, då kan det kännas som att man bara ställer frågan för att det är intressant att veta.

Att veta vad man ska göra med ett jakande svar innefattar också att dokumentera uppgifter om våld. Här uppger majoriteten (64,7 %) att de är ganska säkra eller mycket säkra på uppgiften, resterande dryga tredjedelen uppger "varken eller" eller "ganska osäker".

Tydliga rutiner kring frågemetodens olika steg återkommer här som en central faktor för en effektiv implementering av ett rutinmässigt frågande. Detta framstår som särskilt viktigt vad gäller hur personalen ska agera vid ett jakande svar, då hur svaret tas emot och vilka åtgärder som vidtas av personalen är avgörande för att det rutinmässiga frågandet ska få positiva konsekvenser för patientens hälsa.

Olika upplevelser av stöd att hänvisa vidare till

Som framkom i föregående avsnitt påverkas personalens upplevelse av att ställa rutinmässiga frågor om våld av vilken kännedom de har om resurser att hänvisa vidare patienten till om hon har ett behov av stöd eller skydd. I enkäten ses en stor spridning i svaren vad gäller i vilken grad personalen upplever att det finns stöd att hänvisa patienter som berättar om våld vidare till. Vad gäller stöd inom hälso- och sjukvård uppger en majoritet (59 %) att det finns väldigt lite eller ganska lite stöd att hänvisa vidare till (se tabell 9). Vad gäller stöd att hänvisa vidare till i det omgivande samhället är uppfattningen att detta stöd är mer omfattande. Här uppger 82,3 procent att deras uppfattning är att det finns ganska mycket eller väldigt mycket stöd.

På gynekologiavdelningen finns ett nära samarbete med de sjukhuskuratorer som hör till avdelningen. Detta beskrivs underlätta frågandet avsevärt.

**Det är också allas farhåga i början "Vad gör jag om jag får ett ja här nu?"
Det känns liksom superläskigt i början för många då. Men det finns ju verkligen en bra rutin och vi har så bra kuratorer att samarbeta med. [...]
Även om de [kuratorerna] inte kan komma här och nu, vilket oftast kanske inte heller behövs så vet patienten själv att de kommer att ringa upp eller att de kan ta kontakt då. Det är ju en trygghet som de får med sig hem.
Och jag vet att någon kommer att följa upp det.**

Samarbetet med kuratorerna lyfts flera gånger under intervjun med gynekologiavdelningen som en central del i implementeringen av det rutinmässiga frågandet. I fokusgruppsintervjun

med gynekologimottagningen uppstår en diskussion om huruvida deras sjukhuskuratorer kan vara behjälpliga med konsultation om det skulle behövas.

Jag menar inte att de skulle ta patienten utan att de mer skulle visa vad gör jag i den här situationen, vi tillhör ju ändå sjukhuset. Sedan så hjälper de ju oss med abortpatienterna, men det är ju också en ganska strikt överenskommelse. Det är uppenbarligen inte helt tydligt vad vi skulle göra.

Det råder delade meningar bland fokusgruppsdeltagarna om, och i sådana fall på vilket sätt, sjukhuskuratorerna skulle kunna vara behjälpliga. Diskussionen aktualiserar betydelsen av att ha resurser internt för att underlätta implementeringen av ett rutinmässigt frågande. Att det finns resurser i det omgivande samhället är av stor vikt och resurser inom den egna organisationen ges en till viss del annan betydelse av fokusgruppsdeltagarna då det inte kräver extern samverkan och på så sätt beskrivs mer direkt avlastande.

Tabell 9. Upplevelse av stöd att hänvisa vidare till (Total n = 17)		
Känner du att det finns stöd att hänvisa vidare patienter som berättar om våld inom hälso- och sjukvård?	n	Procent
Väldigt lite	4	23.5
Ganska lite	6	35.3
Ganska mycket	5	29.4
Väldigt mycket	1	5.9
Vet inte	1	5.9
Känner du att det finns stöd att hänvisa vidare patienter som berättar om våld i det omgivande samhället?		
Väldigt lite	1	5.9
Ganska lite	2	11.8
Ganska mycket	11	64.7
Väldigt mycket	3	17.6
Vet inte	0	0

Ett ökat fokus på våld har aktualiserat frågan och sannolikt lett till att fler personer identifieras

Målsättningen med ett rutinmässigt frågande om våld är att flera våldsutsatta personer ska få den vård och det stöd och skydd de behöver. I fokusgruppsintervjuerna beskrivs ett tydligt fokus på våld som avgörande för att fler personer som upplever och utsätts för våld ska kunna identifieras. Även de personer på gynekologimottagningen som är skeptiska till att ställa rutin-

mässiga frågor om våld, på grund av de rådande omständigheterna på mottagningen, menar att det är viktigt att hålla frågan om våld levande.

Det är ju som med all typ av kunskap att den måste underhållas [...]

Det är nog inte så att man kan säga vid ett tillfälle att vi är duktiga på
å detta och så kör vi utan man måste ju underhålla det.

Fokusgruppsdeltagarna lyfter även vikten av att synliggöra olika våldsformer och bredda förståelsen för vad våld är och för våldets olika former och dynamiker. Fokusgruppsdeltagare från gynekologimottagningen berättade specifikt om en utbildningsdag de haft om hedersrelaterat våld och förtryck och hur denna resulterade i att de haft med sig detta perspektiv i mötet med patienter på ett annat sätt än tidigare.

IP2 – Vi fick ett meddelande via 1177 som jag läste. Det var en utländsk kvinna och då blev det så ... Jag fick en känsla av att det inte stod rätt till riktigt. Jag kommer inte ihåg vad hon skrev men jag minns att jag fick den känslan. Kommer du ihåg vad det gällde?

IP3 – Nej, men det gällde ju att hon inte vågade ta ett graviditetstest hemma själv utan hon behövde komma och göra det hos oss.

IP2 – Ja, och då sa jag det att det är nog något här.

IP3 – Ja, och jag hade inte nappat tag på samma sätt men då förstod jag ju vad du menade. Då ringde jag upp patienten och det stämde ju väldigt bra att det inte stod rätt till. Hon kunde ju ändå berätta om det här då så att det kunde vi ju hjälpa till med, utifrån det vi kunde hjälpa till med.

IP2 – Ja, vi hade ju precis varit på den här utbildningen några dagar innan då.

Flera av fokusgruppsdeltagarna från gynekologiavdelningen lyfter att deltagandet i projektet har lett till att frågan om våld har blivit mer levande på arbetsplatsen. Detta beskrivs bland annat ha lett till att frågor om våld aktualiserats på ett annat sätt även i samtal med kollegor som inte gått basutbildningen.

Det har ju varit på gemensamma möten med både läkare, sjuksköterskor och undersköterskor att det har varit uppe. Jag vet inte om det påverkar att vi är mer vana att ställa sådana frågor och att det gör att det är lättare att prata om då.

Vad gäller huruvida det rutinmässiga frågandet har lett till att fler personer som upplever eller utsätts för våld i nära relationer har upptäckts, råder det delade meningar om. I enkäten framkommer det att lite över hälften (52,9 %) av respondenterna upplever att det har det medan en dryg tredjedel (29,4 %) upplever att det inte har det (se tabell 10). Resten svarar att det inte vet.

Tabell 10. Upptäcks fler våldsutsatta? (Total n = 17)		
Har frågor på rutin om våld på din nuvarande arbetsplats bidragit till att du upptäcker fler kvinnor som upplever eller utsätts för våld i nära relationer?	n	Procent
Ja	9	52,9
Nej	5	29,4
Vet inte	3	17,6

Även i fokusgruppsintervjuerna finns det en viss osäkerhet kring huruvida implementerandet av ett rutinmässigt frågande om våld har lett till att fler våldsutsatta personer har identifierats, även om det ses som sannolikt.

Alltså, jag tror det. Jag misstänker det i och med att om vi inte hade ställt frågan på rutin så hade de ju inte fått frågan alls och då vet man ju inte, hade de fått det någon annanstans eller hade de tagit tag i det själva liksom. Men det känns som att man missar färre i alla fall.

I båda verksamheterna är det vanligaste att patienter som svarar jakande på frågor om våld berättar om tidigare erfarenheter av våldsutsatthet. I fokusgruppsintervjun med gynekologimottagningen framhålls att tidigare våldserfarenheter sannolikt upptäcks i större utsträckning vid ett rutinmässigt frågande än vid ett frågande på indikation. Speciellt ifall erfarenheterna ligger långt tillbaka i tiden.

Jag tycker nog att visst man har ju fått napp på de frågorna på patienter som man annars inte hade frågat. Då handlar det ofta om att det är något som inte är något bekymmer längre där de har ... Det var då och de har fått hjälp. För vissa kan det ju ha varit sexuella övergrepp och det kan ha varit anmälningar och allting, men det var då och det är avklarat och de har inget behov av hjälp nu.

Trots att forskningsdeltagarna har olika uppfattningar om huruvida det rutinmässiga frågandet har lett till att fler personer som upplevt eller utsatts för våld identifierats i verksamheterna, speciellt vad gäller pågående våldsutsatthet, är det tydligt att ett ökat fokus på våld har lett till att frågan aktualiserats i verksamheterna och att medvetenheten om våld och våldets konsekvenser har ökat.

Kapitel 6. Emotioner, komplexa situationer och strategier för att hantera dessa

Även om flertalet av de som besvarat enkäten uppger att de är bekväma med att ställa rutinmässiga frågor om våld innebär inte detta att det sker utan utmaningar. I fokusgruppsintervjuerna beskrivs hur känslor färgar upplevelsen av att fråga på olika sätt och hur vissa situationer kan upplevas som särskilt utmanande. I detta kapitel beskrivs de emotioner och komplexa situationer som fokusgruppsdeltagarna upplevde uppstod i samband med att frågor ställs på rutin. Här beskrivs även de professionella bedömningar och etiska överväganden som forskningsdeltagarna berättar om och de strategier de utvecklat för att hantera de emotioner och situationer som uppstår.

Känsliga frågor kräver ett inkännande förhållningssätt

Ett rutinmässigt frågande beskrivs, som framkommit i föregående kapitel, som både underlättande och försvårande på olika sätt. Frågemetoden upplevs kunna ge stöd och struktur till frågandet om den används på rätt sätt. Fokusgruppsdeltagarna beskriver dock att metoden behöver tillämpas med eftertanke för att den inte ska leda till negativa konsekvenser för mötet mellan personal och patient.

Att frågor ställs på rutin upplevs kunna leda till att fler personer som upplever eller utsätts för våld identifieras, men detta beskrivs bygga på att personalen har förutsättningar att ställa frågorna på ett sätt som ger patienten möjlighet att känna sig trygg med att svara jakande. Här framhålls särskilt vikten av att etablera ett förtroende innan frågorna ställs. I fokusgruppsintervjun med gynekologiavdelningen återkommer deltagarna till de skilda förutsättningarna i den planerade och i den akuta verksamheten.

IP1 – Det är inte alla man sitter och har ett mjukt och fint samtal med liksom utan det finns de som redan är missnöjda med allt.

IP2 – Det är det jag tycker är så skönt med att vi gör det på inskrivningen. Att man har tid att bygga upp ett förtroende med patienten. [...] När man har akuta patienter så gäller det att bygga upp det förtroendet ganska snabbt och det gör man så klart många gånger men det klart att vissa

personkemieer krockar ju bara och då kanske man känner att man inte har möjlighet att ställa frågan eller vill ställa frågan.

IP1– Det kan ju vara så att ”Jaha, nu ska du gå hem och jag har bara träffat dig i en halvtimme”. Ska jag gå in nu precis innan du ska gå och ställa de här frågorna? Det kanske inte känns så förtroendeingivande.

Här återgår samtalet till att kretsa kring vad som krävs för att frågandet ska upplevas som meningsfullt från personalens sida. På gynekologimottagningen, där tidspress ofta blir en försvärande faktor för det rutinmässiga frågandet, beskriver fokusgruppsdeltagarna hur tidspress kan påverka både ens egen upplevelse av att ställa frågorna, och hur patienten svarar på att bli tillfrågad.

Ja, men att det känns som att ingången behöver bli riktigt bra för att det ska kunna bli något och för att man ska känna att man kan avsluta det bra också och kunna gå vidare. Blir det liksom så att man känner att ja men nu måste jag bara få ställt de här frågorna och ingången inte blir bra då kan man känna att då kommer jag inte att få något bra svar här ändå. Och det är inte alltid man hinner. Alltså i en pressad situation där man ska hinna med att ställa många frågor om hälsa till exempel, eller anledning till att patienten är där och man ska undersöka och allt detta så är det inte alltid så lätt att hitta den snabba ingången. Så någonting händer alltid i rummet när man ställer frågorna och hur den dynamiken blir har helt och hållet att göra med vad man har för några omständigheter runt omkring besöket.

Frågor om våld upplevs som känsliga i bemärkelsen att de är frågor som kan påverka dynamiken i samspelet mellan personal och patient. För att denna dynamik inte ska påverkas negativt beskrivs det vara avgörande att frågorna ställs på ett inkännande sätt. Hur dynamiken i rummet och resten av besöket blir beskrivs påverkas av hur frågorna landar i patienten och hur det upplevs av henne att tillfrågas. Detta tycks vidare vara relaterat till hur personalen själv känner inför frågandet. En av fokusgruppsdeltagarna lyfter hur hennes egen förutfattade mening om hur personen upplever att få frågorna och hennes egen känsla inför att ställa dem med stor sannolikhet påverkar patientens upplevelse.

Att hitta en naturlig ingång till att ställa frågorna

På gynekologimottagningen där fler avsteg från frågemetoden görs och där det inte finns någon tydlig rutin kring när frågorna ställs och på vilket sätt de ställs beskriver några i personalen hur de försöker väva in frågor om våld på ett naturligt sätt i samtalet. Detta med intentionen att de ska upplevas som en integrerad del av besöket.

Till exempel om man har kvinnor som är i klimakteriet till exempel då pratar man ju om den sociala situationen – "Hur ser livet ut i övrigt? Lever du med en partner? Hur har ni det? Har du tidigare varit med om...?" Då kommer man liksom in på det. Så är det också med patienter som har vulvasmärtor, då får man ju också in det så bra i samtalet. Då händer det inte tycker jag att det blir någon sådan påtaglig känsla att okej här blev det inte riktigt bra. Alltså jag tycker ju att formuläret kan vara en bra ursäkt, de här frågorna ska vi ställa även om vi inte hittar någon bra ingång, men samtidigt så gör det något med besöket. Det är nog min känsla sammantaget.

När det finns indikationer på att patienten är eller har varit våldsutsatt upplever vissa det som att avsteg från frågemetoden, och att frågor ställs muntligen och vävs in i samtalet, kan öka chansen för ett uppriktigt svar.

Ofta när vi har patienter som söker för ett besvär där vi vet att här kan det ligga andra saker bakom då brukar jag säga det till exempel om hon har smärta. Då ställer man några frågor om våld och så säger man att "Jag ställer de här frågorna för att ibland ser vi att det finns en koppling mellan våld och de typerna av besvär som du har". Då blir det liksom en helt annan stämning i den diskussionen och patienten förstår varför jag ställer de här frågorna. Då kanske hon också ... om det faktiskt är något där då kanske hon är mer benägen att berätta än om det bara är någon som säger att "Nu ska vi bara ... vi brukar ha det här på rutin". Då kanske man också känner att "Nej, men jag är inte så sugen på att berätta för någon som bara ställer frågor på rutin". Så på något sätt så måste det ju finnas den där dynamiken i samtalet.

Personalen på gynekologimottagningen framhåller att ställa rutinmässiga frågor om våld inte är något som går att tillämpa instrumentellt utan lyfter fram vikten av professionella bedömningar och avvägningar för att ge så goda förutsättningar för patienten som möjligt att svara uppriktigt och för att inte skapa obehag eller negativa känslor i patienten. För att undvika att patienten upplever att frågorna ställs utan engagemang och genuint intresse från personalen menar några av fokusgruppsdeltagarna att det är viktigt att anpassa frågandet och, i den utsträckning det går, väva in frågorna i samtalet.

Att kunna stå kvar i känslan och få stöd i detta

Frågor om våld beskrivs också som känsliga då de potentiellt sett kan aktualisera pågående eller tidigare svåra erfarenheter och känslor patienten bär med sig. I den planerade verksamheten

på gynekologimottagningen där frågorna ställs i enrum i samband med inskrivningssamtalet beskrivs hur detta kan upplevas som svårt då det blir upp till den enskilda sjuksköterskan att hantera de känslor som eventuellt kan uppstå i rummet.

Om det kommer upp olika sorts känslor i samband med att man pratar om det, då är det också väldigt jobbigt att stå kvar i det. [...] Det är ju också någonting som man måste kunna hantera. Alltså man måste ju kunna hantera de känslorna själv. Och det är väl det som kan vara lite otäckt då att man vet inte heller vad det kommer för några reaktioner från patienten. Och så sitter man också själv alltså det är också ganska utsatt. Alltså man sitter i det rummet själv med personen.

När det rör sig om tidigare erfarenheter av våldsutsatthet beskrivs också en känsla av att man genom det rutinmässiga frågandet riskerar att riva upp smärtsamma minnen och känslor i patienten.

IP1 – Även om de kanske svarar "Ja, i tidigare förhållanden var jag med om sexuella övergrepp, eller min kille misshandlade mig" så får man ju ändå ... "Det var i ett tidigare förhållande, men hur mår du nu efter det? Fick du någon hjälp? Hur ser det ut för dig i dag?" Och så märker man att sinnesstämningen förändras och att de blir påverkade och blir ledsna och då känner man liksom lite skuld att nu har jag dragit upp det här för dig igen, nu blir du ledsen. Och så är det så här: "Ja men vad bra här har du ett kort." Alltså det känns lite olustigt ibland att det blir ...

A – Man vill liksom ta hand om det?

IP1 – Ja, och nästan så att man vill ursäkta sig så " Förlåt om jag gjorde dig ledsen och upprörd nu liksom". Så då får man ju också försöka stå kvar i det på något sätt men det är lite jobbigt ibland också.

De känslor som kan uppstå i samband med det rutinmässiga frågandet rör alltså både personalens egna känslor och patientens känslor. Att få stöd i hur man kan ta hand om känslor som kan uppstå i rummet, både i sig själv och i den andre framstår som viktigt. Som framkom i ett tidigare kapitel är kollegialt stöd en viktig aspekt i det rutinmässiga frågandet. I fokusgruppsintervjun med gynekologiavdelningen lyfts också betydelsen av att få reflektera tillsammans mer strukturerat och få professionellt stöd i detta.

IP2 – Vår chef är väldigt öppen för sådana samtal och vi kan ju prata med varandra också.

IP3 – Verkligen!

IP2 – Och sedan så har vi ju kuratorerna här ... Alltså tidigare har vi haft lite

reflektion och så där efteråt. Det har vi ju även haft utan kurator,
alltså försökt att ha lite reflektion på eftermiddagarna.
– Ja, då kom det verkligen upp mycket!

Här aktualiseras vikten av att inte enbart ta hänsyn till de praktiska förutsättningarna för att ställa rutinmässiga frågor om våld utan även de affektiva aspekterna av frågandet. I fokusgruppsintervjuerna framstår det som att personalens känslor inför att fråga om våld kan påverka både benägenheten att fråga och färga upplevelsen av att fråga. Med tanke på det framstår det som viktigt att personalen erbjuds stöd i att reflektera över sina erfarenheter och upplevelser av att fråga om våld, under mer strukturerade former.

Att vara inkännande och lyssna utan att bli gränslös

En annan aspekt av frågandet som lyfts och som också är relaterad till frågornas känsliga karaktär är att när en patient väl berättar om erfarenheter av våld kunna ta emot svaret och lyssna på ett empatiskt och inkännande sätt utan att bli gränslös.

De här samtalen kan ju verkligen sväva ibland. Och i början var det mycket så här "Åh, hur ska jag begränsa det här nu då? Alltså hjälp!" Det blir så himla stort. Men sedan med erfarenhet, som ni säger man har jobbat i många år och man vet hur ett samtal kanske ... hur man kan avbryta ett samtal. Men det är absolut en utmaning ibland med vissa personer som verkligen kan prata och det kommer upp hur mycket som helst. Då får man bena ner det, det är inte heller alltid lätt i vissa fall att bena ned det, och komma till en slutsats liksom. Men det är också lite detta som är charmen i detta tycker jag och det som är roligt och utmanande att få möta olika personer och det blir verkligen olika samtal många gånger.

Vikten av att sätta gränser återkommer som ett tema i intervjun med gynekologiavdelningen. Detta beskrivs innefatta att förtydliga för sig själv och för patienten var ens ansvar börjar och slutar.

I början vet jag att många kände oro att "Men hjälp ska jag behöva ta tag i det här, ska jag behöva följa upp?" Alltså man kände liksom ett väldigt stort ansvar ju kring att ställa den här frågan och just utifrån svaret, vad blir det liksom. Men vi fick ju också tona ner det lite, att svaret är att vi gör en viss del av det, vi ställer frågan och uppmärksammar.

Att inte var medveten om gränserna för sitt uppdrag beskrivs som att det negativt påverkar

ens benägenhet att ställa frågan.

Man kände verkligen att man fick världen på sina axlar och var kanske därför rädd för att fråga. Man visste inte var gränsen går, var ens ansvar slutar. Så det vet jag att vi diskuterade mycket i början. Det kunde vara så här "Jag tänkte att jag skulle ge henne det här rådet" men då var det så här "Nej men vet du vad, nu slutar ditt ansvar. Nu får någon annan ta över och följa upp patienten". Så det är viktigt, eller det har man nog känt att man behöver påminna sig om.

Flera av de intervjuade lyfter att det är vanligt med känslor av otillräcklighet och att det är lätt att ta på sig ett för stort ansvar.

Apropå det här med att man känner sig otillräcklig det är ju inte bara inom detta område utan jag tror att många, särskilt sjuksköterskor, känner att man vill ordna hela patientens liv ibland, eller vill, men att man känner liksom ett sådant otroligt ansvar.

I intervjun med gynekologiavdelningen framkommer att möjligheten att hänvisa vidare till kuratorsenheten för vidare stöd upplevs underlätta gränssättandet.

Det har nog kanske hänt två gånger att jag har fått lyssna så klart på vad de har att säga men sedan också fått säga att "Vet du vad, här slutar nog min profession men jag kommer att hänvisa dig till vår kuratorsenhet." Det är också skönt att ha dem, för det är lite deras profession tänker jag. Man får också tänka lite på det här – Vad är min profession som sjuksköterska? Även om det är ett extremt stort spindeln i nätet-arbete vi gör liksom så är det rätt skönt att kunna lämna över just det här med samtalsmetodiken till kuratorn. [...] Att vi också har den professionen att ta till det känns väldigt skönt tycker jag. Det behöver inte vila på mina axlar men jag har fått uppmärksamma det vilket alltid känns lite skönt. Jag har fått uppmärksamma det och sedan får man lämna det vidare.

Att det finns tydliga rutiner för hur man hanterar ett jakande svar och resurser att remittera eller hänvisa vidare till, framstår här som avgörande för att personalen ska kunna dra tydliga gränser utan att detta upplevs som yrkesetiskt problematiskt.

När någon svarar nekande och man anar att det inte stämmer

I fokusgruppsintervjuerna framkommer även situationer som kan uppstå i samband med det rutinmässiga frågandet som upplevs som särskilt komplexa. En situation som flera av fokusgruppsdeltagarna beskriver är när en patient svarar nekande på frågorna och personalen anar att svaret inte är uppriktigt. Dessa situationer beskrivs som svårhanterliga då personalen oroar sig för patientens säkerhet men har mycket begränsade möjligheter att agera. I fokusgruppsintervjun med gynekologimottagningen beskrivs en sådan situation rörande en akutpatient.

Hon var här för graviditetsillamående och så ville hon göra ett avbrytande av sin graviditet men hon vågade inte säga något till sin man. Jag vet inte om hon pratade svenska. Hon skulle åka i väg [till ett annat sjukhus] och göra aborten i hemlighet och vi blev ombedda att ljuga för hennes anhörig som ringde till avdelningen jättemycket. Och så skulle man ställa de här frågorna om hot och våld och så, jag tror att det var någon som gjorde det sedan när vi fick tid för det. Men då blev det nej och så kändes det också jättedumt att hon var rädd för att åka hem för att han skulle få veta att hon hade avbrutit deras graviditet. Det var liksom så här ... det här känns ändå inte bra. Ska vi skriva ut henne nu fast det här känns jättekonstigt? Men hon hade ju svarat nej.

På gynekologimottagningen beskriver en av fokusgruppsdeltagarna en strategi som hon har utarbetat och använder sig av då hon får misstanke om pågående våldsutsatthet.

Ofta handlar det ju om någon typ av ... ja det kan vara smärtproblematik eller ja ... Man får ju ofta en känsla av att här är det något som inte riktigt stämmer. Det kan ju vara i det sociala också. Och om de svarar nej då på sådana frågor där man får själv misstanke då brukar man tillskapa någon form av återbesök av ett eller annat slag för att följa upp den känslan man har. Då får man ju fråga igen eller fråga på ett annat sätt. Men ibland så kommer man ju inte längre ändå, eller oftast kanske man ska säga. Mer än att man själv får en känsla av att här är det något som inte stämmer. Men sedan så vet man ju inte vad som händer i andra ändan när den här personen går hem och "Nu har jag ju ändå varit här och de märker ju ... eller de poängterar ju att det är något som inte stämmer, eller de ställer sådana här frågor och jag vet ju att egentligen så funkar det inte bra men jag vill inte säga det". På något sätt kanske det ändå väcker något hos den personen. Så det klart att man kan ju inte fortsätta att hitta på en massa återbesök för att man är orolig för någon. Någonstans måste man ju få napp annars får man ju bara släppa det och så får man hoppas att det ändå har väckt något hos den kvinnan.

Flera av fokusgruppsdeltagarna nämner förhoppningen om att ställa rutinmässiga frågor om våld kan väcka något hos patienten i fråga, även om hon inte är redo att svara ja i stunden. På så sätt upplever man att frågorna kan fylla en funktion oavsett vad svaret blir, då de kan bidra till att patienten berättar vid ett senare besök eller i ett annat sammanhang. Detta kan leda till en känsla av meningsfullhet och av att vara del av en större process som i slutändan kan förväntas leda till att fler våldsutsatta personer får den vård och det stöd och det skydd de är i behov av.

När man står inför beslutet att göra en orosanmälan

En annan situation som beskrivs som särskilt komplex är då personalen ställs inför ett beslut om att göra en orosanmälan till socialtjänsten. Båda verksamheterna möter kvinnor i fertil ålder och det är inte ovanligt att patienterna har hemmavarande barn. Att fatta beslut om en orosanmälan beskrivs som en etiskt svår situation då det kan upplevas som ett svek mot kvinnan även om det finns en vetskap om att socialtjänstens bedömning ska utgå ifrån barnets bästa.

Det är ju inte så att man bara tar ifrån någon ens barn hux flux. Jag vet ju det. Men jag kan nästan känna att det blir som en dubbelbestraffning av den kvinnan som man frågar. För att dels så kanske man redan är utsatt för någonting, dels så ska man också riskera att någon omhändertar ens barn. Alltså det kan ju inte bli värre! Det tänker jag på nästan varenda gång jag ställer den frågan. Och det känns helt fruktansvärt. Samtidigt som det klart att barnen, alltså det är ju barnens bästa alltid som är viktigast. Men det är jättesvårt, dubbelt tycker jag.

Oro över vad som skulle kunna hända om en orosanmälan görs och hur det skulle kunna påverka kvinnan negativt, är något som flera av de intervjuade ger uttryck för. Här framstår kunskap om socialtjänstens arbete som viktig för att vårdpersonal ska känna sig trygga med att agera vid misstanke om att barn far illa. Att känna till vilket stöd och vilken hjälp socialtjänsten kan erbjuda framstår som en förutsättning för att kunna göra en orosanmälan utan att det leder till etisk stress hos personalen.

När det inte bedöms vara självklart att ställa frågan

Ytterligare en situation som lyfts är när det finns misstankar om pågående våld men det av olika anledningar inte bedöms vara självklart att ställa frågan. I ett konkret fall som lyftes i intervjun rörde det sig om en kvinna vars man var med vid besöket på gynekologimottagningen. Barn-

morskan fick uppfattningen att han var med på alla hennes sjukvårdsbesök och fick en känsla av att det var något som inte stod rätt till.

Det känns som att det är ovanligt att ens man skulle följa med en på mammografi och gyn-undersökningar. Det skulle ju kunna vara så att hon har jättesvårt för gyn-undersökningar men han tittade ju på när hon fick svara på alla frågor, när hon hade sin sista mens och allt liksom. Det var ju något som inte kändes bra. Ja, så man kan ju hamna i sådana etiska överväganden kring när är det okej att fråga och inte fråga. [...] Jag skulle ta med henne in på labbet och bara ta ett blodprov och då kände jag så här jag vet inte om jag vågar ... Alltså vad utsätter jag henne för om jag passar på att fråga nu? Det var också en sådan där etisk grej. Om hon är utsatt för något så kommer han prata med henne om det här och hur kan hon ... är du med? Så att jag hamnade med henne själv i någon minut men det blev också så där konstigt liksom. Vad gör jag om jag frågar och hon inte kan hålla masken och hon blir pressad av honom. Alltså det är jättesvårt. Jag vet inte.

Att frågor om våld ställs i enrum och att eventuell partner inte är med när frågorna ställs är centralt vid ett frågande på rutin om våld. I fokusgruppsintervjuerna framkommer att flertalet av patienterna upplevs vara positivt inställda till att det ställs rutinmässiga frågor om våld. Fokusgruppsdeltagarna ger dock uttryck för en medvetenhet om vikten av att säkerhet och skydd för kvinnan i fråga sätts i första rummet när överväganden görs. I situationen som beskrivs i citatet ovan gjordes bedömningen att ställa frågan skulle kunna äventyra kvinnans säkerhet, även om den ställdes i enrum. Informanten ger dock uttryck för en ambivalens rörande vad som egentligen var rätt beslut i situationen i fråga. Fokusgruppsdeltagarna ger uttryck för att det finns ett behov av att få möjlighet att diskutera denna typ av komplexa situationer där det inte finns några självklara svar på vad som är rätt och fel med andra.

Kapitel 7. Erfarenheter av och tankar om att identifiera och möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning

I fokusgruppsintervjuerna ställdes även frågor om erfarenheter av att möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning, att ha blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning samt att ha blivit utsatt för människohandel för sexuella ändamål. Prostitution, människohandel för sexuella ändamål och pornografi ingår som särskilda våldsförmer i den nationella strategin mot mäns våld mot kvinnor och innefattar också mäns och pojkars utsatthet för våld [5]. Personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning löper stor risk att utsättas för våld [10, 11]. På grund av den stigmatisering som drabbar personer med sådana erfarenheter är det vanligt förekommande att det våld de utsätts för normaliseras och osynliggörs av omgivningen, och som ett resultat av detta ibland även av personen själv [43]. Stigmat gör också att många är tveksamma till att berätta om eventuell våldsutsatthet, då man är rädd för vad det ska få för några konsekvenser [44]. Med detta i åtanke är det särskilt viktigt att välfärdsprofessionella verkar för att öka möjligheten att upptäcka våld och utsatthet kopplat till sexuella handlingar mot ersättning. Här har hälso- och sjukvården en central roll [15]. I detta kapitel redogörs för forskningsdeltagarnas erfarenheter av och tankar om att identifiera och möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning och deras reflektioner över hälso- och sjukvårdens ansvar när det kommer till dessa målgrupper.

Mycket begränsad erfarenhet av att möta personer med erfarenhet av och ställa frågor om sexuella handlingar mot ersättning

I båda fokusgruppsintervjuerna framkom att personalen hade mycket begränsad erfarenhet av att möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning. Någon hade arbetat på en ungdomsmottagning tidigare och hade vissa erfarenheter därifrån då det var en fråga

som var mer aktuell där.

Det klart man har väl stött på det tänker jag men nu är det väldigt långt bak i huvudet här. I arbetsgruppen har man ju ... kanske inte just här men när jag arbetade på ungdomsmottagning har det till exempel varit att personalgruppen träffat ungdomar som är utsatta på det sättet.

Som nämndes inledningsvis visar tidigare forskning att personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning sällan berättar om sådana erfarenheter självmant. Även om fokusgruppsdeltagarna framhöll att de upplever att det är en angelägen fråga, och att det finns en förståelse för att personer som har erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning också ofta utsatts för olika former av våld, är det ingenting som personalen har erfarenhet av att ställa frågor om.

Det är ju inte någonting som vi ... det screenar man ju för ännu mindre om man säger så.

Att det inte screenas för erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning är på intet sätt unikt för de verksamheter som deltar i projektet. Det enda screeningverktyg som inkluderar frågor om detta och som utformats specifikt för hälso- och sjukvård är SEXIT (Samtal om sexuell hälsa och erfarenhet av våld). SEXIT är utformat särskilt för unga och används i första hand på ungdomsmottagningar och inom elevhälsa [45]. Det är vidare ovanligt att hälso- och sjukvårdspersonal fått kunskap om prostitution och människohandel inom ramen för deras professionsutbildningar. I en nyligen genomförd kartläggning av lärosätenas utbildningsbehov i frågor om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer, framkom att prostitution och människohandel var en av de våldsformer som det undervisades i minst utsträckning om på de åtta professionsutbildningar som har som examensmål att uppvisa kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer [46]. Tidigare forskning indikerar att antalet personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning som identifieras står i direkt relation till vilken kunskap som finns inom en viss verksamhet och i vilken utsträckning dessa frågor görs aktuella [44]. Fokusgruppsdeltagarnas begränsade erfarenhet av att möta personer med sådana erfarenheter bör ses i ljuset av detta.

Föreställningar om vilka det rör och var dessa personer återfinns inom hälso- och sjukvården

Personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning utgör en heterogen grupp utifrån variabler såsom kön, sexualitet, klass, etnicitet, nationalitet och ålder. De villkor och omständigheter under vilka man till exempel säljer sex eller deltar i pornografi påverkar ens förutsättningar och således också ens behov. Det råder olika villkor och omständigheter för olika

grupper och individer. Villkor och omständigheter kan också variera för samma individ över tid beroende på hur livet i övrigt ser ut. Även om fokusgruppsdeltagarna från gynekologiavdelningen till viss del ger uttryck för en förståelse för detta har de samtidigt tankar om att det sannolikt är större chans att man möter personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning inom andra delar av sjukvården än inom den egna verksamheten.

De som kommer hit som är planerade inskrivningar de har ju själva ofta sökt kontakt via öppenvården till exempel. De är ganska välfungerande och inte så socioekonomiskt utsatta, alltså majoriteten då men sedan finns det ju så klart undantag. Så det här med att sälja sex, det kanske är att generalisera, för att det här med pornografi och mäns våld mot kvinnor det kan ju verkligen förekomma i alla grupper. Men just det att de som själva har upplevt ett problem och sökt sig till vårdcentral eller till öppenvårdsgyn det kanske inte är riktigt den gruppen som vi möter på planerade inskrivningar. Sedan så kanske de akuta patienterna är oftast mer yngre kvinnor där det kanske skulle kunna förekomma mer. Jag tänker på alltså sociala medier och så och som är inne i de svängarna. Sedan har vi ju unga patienter på inskrivningar med men oftast så är de kanske över 30. Inte så mycket ungdomar eller 20-åringar eller så.

I citatet ovan ger informanten först uttryck för en tanke om att personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning sannolikt är socioekonomiskt utsatta och har annan social problematik, för att sedan konstatera att det är problematiskt att generalisera, sådana erfarenheter kan förekomma i alla grupper. Hon fortsätter sedan med att reflektera över ålder och att det kanske i första hand är yngre kvinnor som har erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning. När samtalet fortskrider framkommer flera föreställningar om vilka personer det rör och var de kan tänkas återfinnas inom hälso- och sjukvården.

IP2 – Jag tror att det kanske är mer vanligt på gyn-akuten att de möter de här personerna och att de kanske inte alla gånger blir inlagda, eller jag vet inte men det är min tanke. Men jag tror att det kanske är vanligare att de hamnar där men inte här.

IP3 – Ja, och på medicinavdelningar eller på stora akuten liksom med frakturer eller med drogrelaterade saker och kanske även inom psykiatri med mycket psykisk ohälsa.

De erfarenheter fokusgruppsdeltagarna har av att möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning rör när personer själva har berättat eller det har framkommit på grund av omständigheter kring personen.

Det är ju verkligen inte så ofta vi träffar patienter som har till exempel svåra missbruksproblem eller som är hemlösa eller så. Det händer ju ibland men då kanske de kommer in akut och så kanske de är här jättekort tid och ja ...

så det händer ju men ... Det är inte så vanligt precis. Jag kommer ihåg en gång har jag haft en patient, det var för många år sedan men jag kom på det nu. Hon var inblandad i någon prostitution eller så, det var en lite äldre kvinna. Men hon dök liksom inte upp. Jag visste att hon hade problem som kanske behövde åtgärdas men så kom hon inte.

Även om det inte är ovanligt att personer som säljer sex också har annan social problematik och upplever olika former av utsatthet är det inte säkert att personen uppvisar tecken på det. Det är vidare långt ifrån alla som lever med den typ av utsatthet som nämns i citaten ovan såsom hemlöshet eller synlig missbruksproblematik. Personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning återfinns i alla grupper och kan påträffas i alla delar av hälso- och sjukvården. Olika grader av frivillighet och tvång medför olika subjektiva upplevelser och till viss del också olika behov. Stigmatiserande och stereotypa föreställningar om personer med erfarenhet av sex mot ersättning kan komma i vägen för att se bredden i dessa erfarenheter. Om hälso- och sjukvårdspersonal inte ställer frågor eller har en medvetenhet kring att sex mot ersättning kan förekomma i olika former och ta sig olika uttryck är risken att det endast är de mest utsatta, de där det är uppenbart eller de få som berättar självmant som blir uppmärksammade. Här framstår det som viktigt att hälso- och sjukvårdspersonal får kunskap om företeelsernas komplexitet och om hur frågor om våld i samband med sexuella handlingar mot ersättning kan integreras i samtal om våldsutsatthet.

Syn på hälso- och sjukvårdens ansvar

Som nämnts tidigare har Socialstyrelsen inga särskilda föreskrifter och allmänna råd vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar när det kommer till prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Samtidigt framhåller regeringen vikten av att öka upptäckten av våld och utsatthet med anknytning till dessa företeelser och hälso- och sjukvården som en central aktör i detta arbete. I samtal om hälso- och sjukvårdens ansvar för målgrupperna resonerade fokusgruppsdeltagarna på följande sätt.

IP1 – Nej men jag tycker att ansvaret är att ha kunskap kring det och att ställa frågor eller att ha en låg tröskel till att ställa frågan. Men man kanske inte måste ställa frågan till alla. Sedan tror jag att det handlar väldigt mycket om vad ska man säga ... samhällsinformation, alltså att höja kunskapen i hela samhället både för att uppmärksamma problemet men också så att man lär sig att det här är inte okej. Jag tror, eller i alla fall hoppas att våra barn, alltså nästa generation, de har detta mycket mer med sig det är mycket prat i skolan nu om stopp min kropp och ett nej är ett nej.

IP4 – Ja, och samtycke.

IP1 – Ja, samtycke precis så det kommer ju mer och det pratas om detta och den diskussionen tror jag är den allra viktigaste så att man får upp det här på agendan för hela samhället.

I citatet kopplar fokusgruppsdeltagarna frågan om hälso- och sjukvårdens ansvar när det kommer till personer som har erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning, till den större frågan om hur vi som samhälle förstår sexuellt samtycke och hur vi via förebyggande insatser kan verka för allas rätt till sexuell integritet och självbestämmande. Vad gäller att ställa rutinmässiga frågor är fokusgruppsdeltagarna tveksamma. De lyfter snarare vikten av att höja kunskapen om företeelserna och att hitta sätt att göra det tydligt för patienter att dessa erfarenheter är talbara.

Ja, och att man kan hitta sätt att göra det tydligt för patienten att inom hälso- och sjukvården så är det okej att berätta om sådana här erfarenheter. Att vi också har ett öppet förhållningssätt. Men det kommer att vara svårt tror jag att det ska vara den individuella vårdgivarens ansvar att identifiera alla de här bitarna för den patienten man möter. Man har redan så mycket man ska ta reda på. Jag tror att det är ohållbart att lägga till ännu mer screeningverksamhet under varje besök man har. Men däremot att man arbetar mer allmänt med att det är okej inom hälso- och sjukvård att man pratar om de här erfarenheterna. Och att vi får vägledning om hur vi ska ta hand om sådan här information om vi får den till oss, så att vi känner oss trygga i hur vi kan bemöta det. Det tänker jag.

Bemötande är centralt för i vilken utsträckning personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning får det stöd, skydd och den vård de kan vara i behov av. Att i den utsträckning det går avstigmatisera erfarenheter av sexuella handlingar mot ersättning och göra dem talbara, så som informanten föreslår i citatet ovan, är centralt för att stärka hälso- och sjukvårdens förmåga att identifiera och stödja personer med sådana erfarenheter. Vidare lyfter informanterna vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal får de professionsspecifika kunskaper och färdigheter de behöver för att ha beredskap att agera vid våld och utsatthet i samband med sexuella handlingar mot ersättning.

Del 3

Patienternas perspektiv

Kapitel 8. Erfarenheter av våldsutsatthet bland patienter i kvinnosjukvården

I detta kapitel redogörs för resultaten från patientenkäten. Inledningsvis redogörs för sociodemografiska variabler för de som besvarat enkäten. Därefter redovisas resultatet rörande våld i nära relationer, våld från någon som inte är närstående, bevittnat våld, utövat våld, våldsutsatta barn och sexuella handlingar mot ersättning.

Forskningsdeltagarna

Av de 111 kvinnor som besvarade frågeformuläret FOV-F, var majoriteten födda 1970–1989 (39,6 %). Av resterande var 30,6 procent födda före 1970 och 29,8 procent födda 1990–2005 (tabell 11). 84,7 procent uppgav att de var födda i Sverige, 9 procent uppgav att de var födda i ett utomeuropeiskt land. Vad gäller utbildningsnivå uppgav 40,5 procent att de hade en examen från högskola eller universitet, 25 procent att de hade annan eftergymnasial utbildning, 27 procent uppgav att de hade en gymnasieexamen medan 14 procent uppgav att de hade 9-årig grundskola eller motsvarande. Flertalet av respondenterna var föräldrar; 76 procent uppgav att de hade barn. 84 procent uppgav att de för närvarande var i en relation.

Våld i nära relationer

De tre inledande frågorna om våld i enkäten handlar om psykiskt, fysiskt och sexuellt våld som utövas av en närstående.

Av de 111 kvinnor som deltog i studien svarade 28,8 procent att de hade blivit hotade, kontrollerade, förnedrade, trakasserade eller liknande av en närstående (tabell 12). Vanligast var att de uppgav att de varit utsatta för detta tidigare i vuxenlivet (16,2 %), rätt följt av att ha varit utsatta som barn (15,3 %). 2,7 procent uppgav att de varit utsatta under det senaste året. Vanligast var att respondenterna uppgav att de hade blivit utsatta av en tidigare partner (18 %), och det näst vanligaste var att de uppgav att de blivit utsatta av en förälder (10,8 %).

Vidare var det 26,1 procent av de kvinnor som besvarade enkäten som uppgav att de blivit utsatta för någon typ av fysiskt våld av en närstående. 15,3 procent uppgav att de utsatts tidigare i vuxenlivet, 13,5 procent uppgav att de blivit utsatta som barn och 2,7 procent uppgav att de varit utsatta under det senaste året. Även här var det vanligast att de uppgav att de utsatts av en tidigare partner (13,5 %) följt av förälder (8,1 %), och 2,7 procent uppgav att de varit utsatta

Tabell 11. Patientenkät (Total n = 111)		
Födelseår	n	Procent
< 1969	34	30,6
1970–1989	44	39,6
1990–2005	33	29,8
Födelseland		
Sverige	94	84,7
Annat nordiskt land	2	1,8
Annat europeiskt land	5	4,5
Land utanför Europa	10	9,0
Utbildningsnivå		
9-årig grundskola	14	12,6
Gymnasieexamen	27	24,3
Eftergymnasial utbildning	25	22,5
Examen från högskola/universitet	45	40,5
Förälder		
Ja	76	68,5
Nej	35	31,5
Nuvarande relation		
Ja	84	75,7
Nej	27	24,3

av sin nuvarande partner.

Av de som besvarade enkäten svarade 24,3 procent att de känt sig pressade eller tvingade till att utföra sexuella handlingar av en närstående. 16,2 procent uppgav att de utsatts tidigare i vuxenlivet, 8,1 procent uppgav att de blivit utsatta som barn och 3,6 procent uppgav att de varit utsatta under det senaste året. Här var tidigare partner det allra vanligaste svarsalternativet; 19,8 procent uppgav detta. Det näst vanligaste svarsalternativet var ”annan närstående person” (2,7 %).

Våld av någon som inte är närstående

Nästa fråga om våld i frågeformuläret handlar om utsatthet för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld av någon som inte är en närstående. 13,5 procent uppgav att de hade blivit utsatta för någon av dessa handlingar (se tabell 13) – 9,9 procent som vuxna, och 3,6 procent som barn. 9 procent uppgav att de blivit utsatta av en bekant person medan 5,4 procent uppgav att de utsatts av en obekant person. I fritextsvar vad gäller vem som utövade våldet uppges: ”kompis”, en ”vän”, ”vet inte, random män ute”, ”en kompis till en vän”, ”olika personer, flera tillfällen sexuellt”, ”expojkvän”, ”främmande kille”, ”klasskompis”, ”kompis pojkvän”, ”kund när jag jobbade i butik”, ”mammans nya man”, ”rånare”, ”vet ej, misshandel på krogen”.

Tabell 12. Våld i nära relation (Total n = 111)

Har du blivit hotad, kontrollerad, förnedrad, trakasserad eller liknande av en närstående?	n	Procent
Nej	79	71,2
Ja, under det senaste året	3	2,7
Ja, tidigare i vuxenlivet	18	16,2
Ja, som barn (yngre än 18 år)	17	15,3
Om ja, av vem?		
Nuvarande partner	2	1,8
Tidigare partner	20	18
Förälder/styvförälder	12	10,8
Syskon	0	0,0
Släkting (förutom syskon/förälder)	1	0,9
Annan närstående person	3	2,7
Vilket kön hade den som utsatte dig?		
Man	30	27
Kvinna	2	1,8
Har du blivit fasthållen, knuffad, slagen, sparkad eller skadad på något annat sätt av en närstående?		
Nej	82	73,9
Ja, under det senaste året	3	2,7
Ja, tidigare i vuxenlivet	17	15,3
Ja, som barn (yngre än 18 år)	15	13,5
Om ja, av vem?		
Nuvarande partner	3	2,7
Tidigare partner	15	13,5
Förälder/styvförälder	9	8,1
Syskon	2	1,8
Släkting (förutom syskon/förälder)	1	0,9
Annan närstående person	2	1,8
Vilket kön hade den som utsatte dig?		
Man	28	25,2
Kvinna	1	0,9
Har du känt dig pressad eller tvingad till sexuella handlingar av en närstående?		
Nej	84	75,7
Ja, under det senaste året	4	3,6
Ja, tidigare i vuxenlivet	18	16,2
Ja, som barn (yngre än 18 år)	9	8,1
Om ja, av vem?		
Nuvarande partner	2	1,8
Tidigare partner	22	19,8
Förälder/styvförälder	2	1,8
Syskon	0	0
Släkting (förutom syskon/förälder)	2	1,8
Annan närstående person	3	2,7
Vilket kön hade den som utsatte dig?		
Man	26	23,4
Kvinna	0	0

Tabell 13. Våld utanför nära relation (Total n = 111)		
Har du blivit utsatt för våld av någon som inte är närstående, enligt fråga 7-9?	n	Procent
Nej	96	86,5
Ja, under det senaste året	1	0,9
Ja, tidigare i vuxenlivet	10	9
Ja, som barn (yngre än 18 år)	4	3,6
Om ja, av vem?		
Bekant	10	9
Obekant	6	5,4
Vilket kön hade den som utsatte dig?		
Man	14	12,6
Kvinna	1	0,9

Bevittnat våld

Vad gäller erfarenheter av att ha bevittnat våld mot en närstående under uppväxten uppgav 20,7 procent sådana erfarenheter (se tabell 14). Det vanligaste var att ha bevittnat att en förälder eller styvförälder utsatts våld (12,6 %). 9 procent uppgav att de bevittnat en annan närstående person bli utsatt för våld.

Utövat våld

Att de svarande uppgav att de själva hade utövat psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld mot närstående var ovanligt. Två personer (1,8 %) svarade att de utsatt en närstående för våld (se tabell 14). I dessa fall rörde det sig om våld mot en tidigare partner, tidigare i vuxenlivet.

Våldsutsatta barn

På frågan om huruvida barn som den svarande bor med, eller har bott med, har utsatts för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld svarade tre personer (2,7 %) ja. Samtliga dessa svarade att barn de bor eller har bott med har utsatts för våld för mer än ett år sedan (se tabell 14). De som i dessa fall utövat våldet var en tidigare partner, en släkting och en annan närstående.

Tabell 14. Bevittnat våld under uppväxten, utövat våld och barns utsatthet för våld (Total n = 111)		
Har du under din uppväxt sett eller hört en n ärstående bli utsatt för våld enligt fråga 7-9?	n	Procent
Nej	88	79,3
Ja	23	20,7
Om ja, vem/vilka utsattes?		
Förälder/styvförälder	14	12,6
Syskon	1	0,9
Släkting förutom syskon/förälder	1	0,9
Annan närstående person	10	9
Vilket kön hade den som du utsatte?		
Man	17	15,3
Kvinna	5	4,5
Har du själv utsatt någon för våld enligt fråga 7-9?		
Nej	109	98,2
Ja, under senaste året	0	0
Ja, tidigare i vuxenlivet	1	0,9
Om ja, vem?		
Nuvarande partner	0	0
Tidigare partner	1	0,9
Barn	0	0
Syskon	0	0
Förälder/styvförälder	0	0
Släkting	0	0
Annan närstående person	0	0
Annan person	0	0
Vilket kön hade den som du utsatte?		
Man	2	1,8
Kvinna	0	0
Har barn som du bor med eller har bott med utsatts för våld enligt frågorna 7-9?		
Nej	108	97,3
Ja, under senaste året	0	0
Ja, för mer än ett år sedan	3	2,7
Om ja, vem?		
Nuvarande partner	0	0
Tidigare partner	1	0,9
Släkting	1	0,9
Annan närstående person	1	0,9
Vilket kön hade den som du utsatte?		
Man	2	1,8
Kvinna	1	0,9

Sexuella handlingar mot ersättning

Vad gäller sexuella handlingar mot ersättning var det två personer (1,8 %) som uppgav att de hade erfarenhet av att ha fått ersättning eller betalning för sexuella tjänster. Ingen av respondenterna uppgav att de hade blivit filmade eller fotograferade i sexuella situationer mot ersättning eller att de varit utsatta för människohandel för sexuella ändamål.

Tabell 15. Sexuella handlingar mot ersättning (Total n = 111)		
Har du fått ersättning eller betalning för sexuella tjänster?	n	Procent
Nej	109	98,2
Ja	2	1,8
Har du blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning?		
Nej	111	100
Ja	0	0
Har du varit utsatt för människohandel för sexuella ändamål?		
Nej	111	100
Ja	0	0

Del 4

Avslutning

Kapitel 9. Diskussion

Utvärderingen visar att det finns en samstämmighet bland den vårdpersonal som deltagit i studien vad gäller hälso- och sjukvårdens ansvar att upptäcka kvinnor som upplever eller utsätts för våld i nära relationer. Att ställa rutinmässiga frågor om våld upplevs av flertalet av respondenterna som en lämplig metod för detta. I fokusgruppsintervjuerna lyfts ett tydligt fokus på frågor om våld som nödvändigt för att fler våldsutsatta kvinnor ska få tillgång till vård, stöd och det skydd de är i behov av. Att ställa frågor om våld beskrivs som en samhällsnyttig och feministisk handling och som något som på ett självklart sätt borde ingå i kvinnosjukvårdens verksamhet. Generellt ses alltså positiva attityder till ett rutinmässigt frågande om våld.

När det kommer till den faktiska implementeringsgraden av det rutinmässiga frågandet, det vill säga hur ofta vårdpersonalen ställer rutinmässiga frågor om våld till sina patienter, skiljer det sig dock såväl mellan som inom de båda verksamheterna. Skillnaderna i implementeringsgrad inom verksamheterna går till viss del att härleda till skilda organisatoriska förutsättningar relaterade till patientgrupp och profession. I fokusgruppsintervjun med gynekologiavdelningen beskrivs flera försvårande faktorer till att ställa rutinmässiga frågor i akut verksamhet, såsom det höga antalet in- och utskrivningar, patienternas hälsotillstånd och att de ofta är placerade i flersal. I fokusgruppsintervjun med gynekologimottagningen framkommer att läkarna är den profession som i lägst grad implementerat ett rutinmässigt frågande på mottagningen. Detta beskrivs som relaterat till att läkarna har sämre förutsättningar att ställa frågor på rutin enligt metoden på grund av hur läkarkonsultationerna är utformade samt hur rummen är utrustade. Det tycks även till viss del handla om olika uppfattningar om hur lämplig metoden i sig är. Vissa av läkarna är av uppfattningen att det är lämpligare att fråga på indikation i stället för på rutin i verksamheten.

Vad gäller skillnader i implementeringsgrad mellan verksamheterna framstår det som att de huvudsakliga faktorerna som påverkar implementeringen är möjlighet att avsätta tid för frågandet, stöd från chef och kollegor och tydliga rutiner. Samtliga dessa faktorer är återkommande i tidigare forskning på fältet [25, 31, 32, 33, 34, 35]. I enkäten såväl som i fokusgruppsintervjuerna framkommer att verksamheternas förutsättningar för att använda frågemetoden skiljer sig åt. Gynekologimottagningen har genomgått en rad olika organisatoriska förändringar under tiden för projektet vilka radikalt påverkat arbetsbelastningen för personalen. Vidare har chefsbyte och att de under en period varit utan chef lett till att personalen haft ett begränsat stöd i organisationen och ett otydligt uppdrag från ledningen. Tidigare forskning visar på vikten av en tydlig ledning och en engagerad och aktiv chef som ansvarar för och stöttar sin personal i implementeringen av frågor om våld i den ordinarie verksamheten [18]. I fokusgruppsintervjun med gynekologimottagningen beskrivs hur brist på tid lett till en upplevd konflikt mellan det rutinmässiga frågandet om våld och utförandet av kärnuppdraget – att tillhandahålla vård. Vidare beskrivs hur avsaknad av rutiner och tydligt ledarskap lett till att det i stort hänger på den enskilda personalen att hitta motivation till och former för frågandet. Detta beskrivs som särskilt försvårande när det kommer till brist på rutiner vad gäller agerande vid jakande svar. Här framkommer både i enkäten och i fokusgruppsintervjuerna hur det att vara osäker på vad man ska göra med svaret och vilka resurser som finns att hänvisa vidare till, leder till att

personalen känner sig mindre bekväm med att fråga. Att inte veta vad man ska göra med svaret beskrivs upplevas som oprofessionellt och oetiskt. Utvärderingen visar att tid och resurser för att ta emot svaret är en förutsättning för att frågandet ska upplevas som möjligt, meningsfullt och etiskt försvarbart av personalen. Detta bekräftas av tidigare forskning som visar att ett rutinmässigt frågande om våld i sig inte får någon positiv verkan på kvinnors hälsa; för att det ska leda till positiva hälsokonsekvenser krävs att svaren följs upp och att patienten hänvisas vidare till adekvata instanser [19].

På gynekologiavdelningen, där det rutinmässiga frågandet implementerats i hög grad och med få avsteg från frågemetoden, har skriftliga verksamhetsspecifika rutiner tagits fram. Personalen beskriver dessa som till stort stöd i implementeringen. I tidigare forskning lyfts vikten av att varje enhet inom vården utformar egna rutiner när det gäller vidare vård och behandling och att dessa rutiner också bör innefatta samverkan med andra myndigheter och organisationer [18]. Vid behov av stöd, skydd eller vård blir ofta flera aktörer involverade i hjälpkedjan vilket ställer särskilda krav på samarbete. Att enbart ha kunskap om den egna organisationen blir då otillräckligt; man behöver också ha kännedom om andra myndigheters möjligheter och begränsningar för att kunna ge ett gott omhändertagande. I relation till detta framkommer ytterligare en skillnad vad gäller förutsättningarna att implementera frågemetoden mellan verksamheterna. Medan gynekologiavdelningen har möjlighet att konsultera de sjukhuskuratorer som finns knutna till avdelningen och även har möjlighet att direkt hänvisa sina patienter till dem, finns inga liknande resurser i den egna organisationen att tillgå för personalen på gynekologimottagningen. Även om det framkommer i enkäten att respondenterna upplever att det finns omfattande resurser i det omgivande samhället att hänvisa våldsutsatta till, ges resurser inom den egna organisationen en till viss del annan betydelse av fokusgruppsdeltagarna, detta då dessa inte kräver extern samverkan och på så sätt beskrivs som mer direkt avlastande. Sjukhuskuratorerna upplevs här fungera som en länk till samarbetspartners och till övriga aktörer i hjälpkedjan.

Vad gäller personalens upplevelse av att ställa rutinmässiga frågor om våld beskrivs frågemetoden kunna ge stöd och struktur till frågandet. En rad positiva aspekter lyfts. Särskilt framhålls att frågemetoden inte är utpekande, då frågorna ställs till alla, och att frågeformuläret rymmer olika former av våld och exemplifieringar av dessa vilket kan leda till att fler våldserfarenheter giltiggörs. Samtidigt framhålls vikten av professionella bedömningar i tillämpningen av metoden för att den inte ska få negativa konsekvenser. Flertalet av de som besvarat enkäten uppger sig vara bekväma med att ställa rutinmässiga frågor om våld; detta är dock inte att likställa med att det sker utan utmaningar. Fokusgruppsdeltagarna beskriver hur emotioner och komplexa situationer som uppstår i samband med att frågor ställs på rutin kräver etiska överväganden, professionella bedömningar och utvecklande av strategier. Frågor om våld beskrivs som känsliga frågor som kräver ett inkännande förhållningssätt då de potentiellt sett kan aktualisera pågående eller tidigare svåra erfarenheter och känslor patienten bär med sig. De beskrivs också kunna påverka dynamiken mellan personal och patient och att det därför är viktigt att bygga ett förtroende. Några lyfter även vikten av att hitta en naturlig ingång till att fråga och integrera frågorna i samtalet så att de upplevs som en naturlig del av besöket. Mäns våld mot kvinnor är starkt förknippat med emotioner [29]. Dessa emotioner, eller känslor, berör både de utsatta och de som möter dem. Utvärderingen visar på vikten av att vid implementeringen inte enbart ta hänsyn till de praktiska förutsättningarna för att ställa rutinmässiga frågor om våld utan

även de affektiva aspekterna av frågandet. Tidigare forskning visar att känslor inför att fråga kan påverka både benägenheten att fråga och upplevelsen av att fråga [28, 29]. I fokusgruppsintervjuerna reflekterar deltagarna över hur deras egna känslor och föreställningar om hur det är att bli tillfrågad kan påverka hur patienten upplever situationen. Att få stöd i hur man kan ta hand om känslor som kan uppstå i rummet, både i sig själv och i den andre framstår som viktigt i utvärderingen. Detta innefattar både kollegialt stöd och möjlighet att få reflektera mer strukturerat och med professionellt stöd över de emotioner och komplexa situationer som kan uppstå i samband med frågandet.

Studien innefattar frågor om erfarenheter av att möta personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning, att ha blivit filmad eller fotograferad i sexuella situationer mot ersättning samt att ha blivit utsatt för människohandel för sexuella ändamål. I båda fokusgruppsintervjuerna framkommer att personalen har mycket begränsad erfarenhet av att ställa frågor om detta och att möta personer med sådana erfarenheter. Patientenkäten visar dock att dessa personer förekommer i verksamheterna. Närmare 2 procent av de som besvarade enkäten uppgav att de hade erfarenhet av att få ersättning eller betalning för sexuella tjänster. Liknande prevalens ses i en studie som genomförts på ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen [45]. Det finns skäl att anta att det sker en underrapportering av sådana erfarenheter på grund av stigmatiseringen som omger dem. Personer som har erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning löper stor risk att utsättas för våld. I en nyligen genomförd webbaserad enkätstudie framkom att över en tredjedel av respondenterna uppgav att de har blivit utsatta för fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld i samband med sex mot ersättning [44]. Omkring en tredjedel av respondenterna skattade vidare sin allmänna hälsa som antingen dålig eller mycket dålig och ytterligare en tredjedel som någorlunda. Flertalet av de som uppgav att de har sökt stöd från eller kommit i kontakt med myndigheter eller organisationer i relation till att sälja sex uppgav att de hade varit i kontakt med hälso- och sjukvård. Det var vanligare att respondenterna varit i kontakt med hälso- och sjukvård än att de varit i kontakt med socialtjänst eller polis [44]. Med ovanstående resultat i åtanke råder det inga tvivel om att hälso- och sjukvårdspersonal kan fylla en viktig roll i att identifiera och vid behov hänvisa vidare eller remittera personer med erfarenhet av sexuella handlingar mot ersättning till instanser som kan erbjuda adekvat stöd, skydd och vård. I samtal om hälso- och sjukvårdens ansvar för målgrupperna framkom att fokusgruppsdeltagarna var tveksamma till att ställa rutinemässiga frågor om erfarenheter av sexuella handlingar mot ersättning. De lyfte snarare vikten av att höja kunskapen om företeelserna och att hitta sätt att göra det tydligt för patienterna att dessa erfarenheter är talbara. För att detta ska vara möjligt krävs en avstigmatisering av dessa erfarenheter. I en intervjustudie med personer med erfarenhet av sex mot ersättning framkom att bristande kunskap och stigmatisering var de faktorer som i allra störst utsträckning ledde till bristfälliga insatser och ett dåligt bemötande [44]. Att få kunskap om hur sexuella handlingar mot ersättning kan vara relaterade till och skilja sig åt från andra former av mäns våld mot kvinnor, och om hur frågor om våld i samband med sexuella handlingar mot ersättning kan integreras i samtal om våldsutsatthet, framstår här som viktigt. Vidare är det viktigt att vårdpersonal får kunskap om företeelsernas heterogenitet och hur olika grader av frivillighet och tvång medför olika subjektiva upplevelser och till viss del också olika behov hos olika personer. Detta är särskilt viktigt för att undvika stereotypa föreställningar om såväl förekomsten av våld i samband med sexuella handlingar mot ersättning som vem som utsätts. Sådana stereotypa föreställningar kan annars leda till att

det endast är de personer som är mest utsatta, de där det är uppenbart eller de som berättar självmant, som blir uppmärksammade.

Utvärderingen visar på en hög grad av att ha upplevt eller utsatts för våld bland de patienter som söker kvinnosjukvården. Närmare en tredjedel av de patienter som besvarat enkäten uppgav att de varit utsatta för psykiskt (28,8 %), fysiskt (26,1 %) och/eller sexuellt (24,3 %) våld av en närstående. Vanligast var att respondenterna uppgav att dessa erfarenheter gjorts tidigare under vuxenlivet och att den som utövade våldet är en tidigare partner. Vidare uppgav 13,5 procent att de hade blivit utsatta för någon av dessa handlingar av någon som inte är en närstående. 20,7 procent uppgav erfarenhet av att ha bevittnat våld mot en närstående under uppväxten. I jämförelse med den nordiska tvärsnittsstudie som genomförts inom kvinnosjukvården var prevalensen vad gäller utsatthet för psykiskt och sexuellt våld avsevärt högre, medan prevalensen för fysiskt våld var något lägre [17]. I denna studie skildes det dock inte på våld inom och utom nära relationer.

Utvärderingen visar att kvinnor som söker kvinnosjukvård i stor utsträckning uppger att de upplevt eller utsatts för våld. Vi vet från tidigare forskning att ett rutinmässigt frågande om våld leder till att fler personer som utsatts för våld identifieras [19]. Även om frågor alltid ställs vid misstanke om våld utsatthet är risken att många patienter som har sådana erfarenheter aldrig kommer att tillfrågas. I resultatet från enkäten och fokusgruppsintervjuerna framkommer motstridiga upplevelser av det rutinmässiga frågandet som både underlättande och försvårande. Den mest avgörande hindrande faktorn här beskrivs vara tid. När tiden inte räcker till upplever forskningsdeltagarna att det uppstår en konflikt mellan det rutinmässiga frågandet om våld och att utföra kärnuppgifter, att tillhandahålla vård. Denna konflikt kan dock ses rymma en falsk motsättning. För att kunna tillhandahålla god vård behöver bakomliggande orsaker identifieras i mötet med patienter, detta för att rätt medicinsk bedömning ska göras och adekvata insatser genomföras. Om frågor om våld inte inkluderas i anamnesen finns en risk att patienten inte får den vård hon är i behov av. Utifrån ett sådant perspektiv kan ställandet av frågor om våld ses som en möjlighet till effektivisering genom att orsaken till symtom identifieras, mänskliga såväl som ekonomiska kostnader orsakade av felaktiga förskrivningar, undersökningar och diagnoser minskar och bättre vård och behandling ges [35]. Utvärderingen visar på vikten av att hälso- och sjukvårdspersonal inom kvinnosjukvården ges goda förutsättningar att kunna ställa rutinmässiga frågor om våld till sina patienter. När dessa förutsättningar uteblir medför det att det blir upp till personalen att hantera konsekvenserna av detta. Den konflikt som uppstår mellan forskningsdeltagarnas inställning till hälso- och sjukvårdens ansvar att ställa frågor om våld och de faktiska möjligheterna att göra detta på ett meningsfullt sätt, riskerar att leda till känslor av otillräcklighet och etisk stress för personalen.

Metoddiskussion

Utvärderingen har vissa metodologiska begränsningar. Projektet såväl som utvärderingen har genomförts under covid-19-pandemin vilket har medfört tillfälliga organisatoriska lösningar, höga sjuktal bland personalen och hög arbetsbelastning i verksamheterna.

Pandemirestriktionerna har vidare inneburit att det har funnits begränsad möjlighet att besöka verksamheterna. Att större delen av kommunikationen mellan forskningsansvarig, chef och

personal har skett digitalt har försvårat förankrandet av studien bland personalen. Detta blev särskilt tydligt vad gäller den gynekologimottagning som fick uteslutas ur studien då datainsamlingen inte genomförts enligt instruktionerna. Personalen hade i detta fall fått inspelad muntlig såväl som skriftlig information om delstudierna och genomförandet av datainsamlingen. Då den forskningsansvariga inte haft möjlighet att träffa personalen personligen fanns dock inte möjlighet att direkt ta del av eventuella betänkligheter eller frågor. Vad gäller den andra gynekologimottagningen fick datainsamlingen avbrytas en vecka tidigare än planerat på grund av att stora delar av personalen var frånvarande på grund av sjukdom vilket försvårade datainsamlingen. Även deltagandet i fokusgruppsintervjuer påverkades av pandemin; flera av de personer som anmält intresse av att delta i en intervju hade inte möjlighet att delta på grund av sjukdom.

Trots pandemirelaterade utmaningar är svarsfrekvensen i de båda enkätstudierna relativt hög. Reliabiliteten i studien, det vill säga frånvaron av felkällor i en mätning, kan i den bemärkelsen ses som relativt god. Det lilla urvalet som ytterligare minskades på grund av att en av de tre verksamheter som ingick i projektet fick uteslutas ur studien, kan ses negativt påverka överförbarheten i studien. Samtidigt bekräftar studien flera resultat som är återkommande i tidigare forskning på fältet. En annan svaghet i studien är att den inte inkluderar patienternas perspektiv på att bli tillfrågad om våld på rutin inom kvinnosjukvården. Då detta perspektiv utelämnats privilegieras personalens perspektiv på om och i så fall på vilket sätt implementeringen av frågemetoden har lett till att kvinnor som upplevt eller utsatts för våld har fått adekvata insatser.

Kliniska implikationer

Utvärderingen visar att rutinmässiga frågor om våld av flertalet ses som en lämplig metod för att identifiera våldsutsatthet hos kvinnor som söker kvinnosjukvård. Vid implementering av frågemetoden är det viktigt att verksamhetsspecifika rutiner rörande metodens samtliga steg tas fram. För att möjliggöra att ett rutinmässigt frågande om våld implementeras på ett långsiktigt hållbart sätt i den ordinarie verksamheten krävs ett tydligt uppdrag och aktivt stöd från ledningen. I detta är det viktigt att det tas hänsyn till de tidsmässiga och praktiska förutsättningarna för att ställa rutinmässiga frågor om våld såväl som de affektiva aspekterna av frågandet.

Referenser

1. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines. Genève: World Health Organisation; 2013.
2. WHO. Violence Against Women Prevalence Estimates, 2018. Global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women. Genève: World Health Organisation; 2018.
3. Lundgren, E, Heimer, G, Westerstrand, J, Kalliokoski, A-M. Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige: en omfångsundersökning. Umeå, Uppsala, Stockholm: Brottsoffermyndigheten; Uppsala universitet; Fritzes; 2001.
4. Skr. 2016/17:10 Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid; 2016.
5. Skr. 2016/17:10 Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid, kap. 5, En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor; 2016.
6. NCK. Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid; 2014.
7. FN. Deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor. Förenta nationerna; 1993.
8. Europarådet. Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. Istanbul: Europarådet; 2011.
9. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. SOSFS 2014:4; 2014.
10. Deering, KN, Amin, A, Shoveller, J, Nesbitt, A, Garcia-Moreno, C, Duff, P, Argento, E & Shannon, KA. Systematic review of the correlates of violence against sex workers. The American Journal of Public Health, 104(5), 42–54; 2014.
11. Oram, S, Stöckl, H, Busza, J, Howard, LM, & Zimmerman, C. Prevalence and Risk of Violence and the Physical, Mental, and Sexual Health Problems Associated with Human Trafficking: Systematic Review. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 25(4), 317–341; 2012.
12. Coy, M. This body which is not mine: The notion of the habit body, prostitution and (dis)embodiment. Feminist Theory, 10(1):61–75; 2009.
13. Farley, M, Baral, I, Kiremire, M, & Sizgin, U (1998). Prostitution in five countries: Violence and post-traumatic stress disorder. Feminism and Psychology, 8, 405–426.

14. Sanders, T. Inevitably violent? Dynamics of space, governance and stigma in understanding violence against sex workers. *Law, Politics, and Society*, 71, 93–114; 2016.
15. Regeringskansliet. Handlingsplan mot prostitution och människohandel; 2018.
16. Campbell, JC. Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*. 359(9314):1331-1336; 2002.
17. Wijma, B, Schei, B, Swahnberg, K, Hilden, M, Offerdal, K, Pikarinen, U, Sidenius, K, Stengrimsdottir, T, Stoum, H & Halmesmäki, E. Emotional, physical and sexual abuse in patients visiting gynecology clinics: a Nordic cross sectional study. *Lancet*; 2003.
18. NCK. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK-rapport 2010:4; 2010.
19. Heron, R & Eisma, M. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: A systematic review of qualitative research *Health and Social Care in the Community*. 2021;00:1–19; 2021.
20. O'Doherty, LJ, Taft, A, Hegarty, K, Ramsay, J, Davidson, LL, Feder, G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: a bridged Cochrane systematic review and metaanalysis. *Bmj*. 2014; 348:g2913; 2014.
21. Fincher, D, VanderEnde, K, Colbert, K, Houry, D, Smith, LS, Yount, KM. Effect of face-to-face interview versus computer-assisted self-interview on disclosure of intimate partner violence among African American women in WIC clinics. *Journal of Interpersonal Violence*. 30(5):818-838; 2005.
22. Kataoka, Y, Yaju, Y, Eto, H, Horiuchi, S. Self-administered questionnaire versus interview as a screening method for intimate partner violence in the prenatal setting in Japan: a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 10(84):1–7; 2010.
23. McCauley, J, Kern, DE, Kolodner, K, Dill, L, Schroeder, AF, DeChant, HK, Ryden, J, Bass, E, & Derogatis, L. The 'Battering Syndrome': prevalence and clinical characteristics of domestic violence in primary care internal medicine practices. *Annals of Internal Medicine* 123(10):737–746; 1995.
24. MacMillan, HL, Wathen, CN, Jamieson E, Boyle M, McNutt LA, Worster A. Approaches to screening for intimate partner violence in health care settings: a randomized trial. *JAMA* 296(5):530-536; 2006.
25. Guillery, ME., Benzies, KM., Mannion, C. Postpartum nurses' perceptions of barriers to screening for intimate partner violence: a cross-sectional survey. *BMC Nurs* 11, 2; 2012.

26. Sundborg, EM, Saleh-Stattin, N, Wandell, P, & Tornkvist, L. Nurses' preparedness to care for women exposed to intimate partner violence: A quantitative study in primary health care. *BioMed Central Nursing*, 11, 1; 2012.
27. Socialstyrelsen. "Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor; 2002.
28. Stenson, K, Saarinen, H, Heimer, G. Women's attitudes to being asked about experience to violence. *Midwifery*. 17(1):2–10; 2001.
29. Williston, C. & Lafreniere, K. "Holy Cow, Does That Ever Open Up a Can of Worms": Health Care Providers' Experiences of Inquiring About Intimate Partner Violence, *Health Care for Women International*, 34:9, 814–831; 2013.
30. Garimella, R, Plichta, SB, Houseman, C, & Garzon, L. Physician beliefs about victims of spouse abuse and about the physician role. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*, 9, 405–411; 2000.
31. Spangaro, J, Koziol-McLain, J, Zwi, A, Rutherford, A, Frail, M, & Ruane, J. Deciding to tell: Qualitative configurational analysis of decisions to disclose experience of intimate partner violence in antenatal care. *Social Science & Medicine*, 154, 45–53; 2016.
32. Beynon, CE, Gutmanis, IA, Tutty, LM, Wathen, CN & MacMillan, HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: A qualitative analysis. *BMC Public Health*, 12(1); 2012.
33. Minsky-Kelly, D, Hamberger, KL, Pape, DA, Wolff, M. We've Had Training, Now What? Qualitative Analysis of Barriers to Domestic Violence Screening and Referral in a Health Care Setting. *Journal of interpersonal violence*, Vol. 20 No. 10: 1288-1309; 2005.
34. Waalen, J, Goodwin, M, Spitz, A, Petersen, R & Saltzman, L. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 19, s. 230–237; 2000.
35. Garcia-Moreno, C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 359(9316):1509–1514; 2002.
36. Wendt, E & Svensson, J. Nu har vi kommit över tröskeln – Utvärdering av ett projekt kring att fråga rutinmässigt om våld inom hälso- och sjukvården. Rapport: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, VKV: Göteborg; 2018.
37. Brännvall, M. Självklart och naturligt. Personalens perspektiv på rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke-födande föräldrar på barnavårdscentraler. Rapport: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, VKV: Göteborg; 2022.

38. Bryman, A. Samhällsvetenskapliga metoder. Liber, Stockholm; 2016.
39. Braun, V & Clarke, V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3:77–101; 2006.
40. WHO. Ethical and safety recommendations for intervention research on violence against women. Building on lessons from the WHO publication Putting women first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: World Health Organization; 2016.
41. Höglund, T. "Etiska aspekter på att rutinmässigt fråga om erfarenheter av våld i nära relation". I Nationellt centrum för kvinnofrid. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid; 2010.
42. Almqvist, K, Källström, Å, Appell, P, Anderzen-Carlsson, A. Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*. 22(2):228–237. 96; 2018.
43. Hall, A. Värddigt offer eller själv skyldig? Diskurs och praktik i samhälleliga responser på våld i samband med sex mot ersättning i de Cabo y Moreda, A, Holmström, C & Kuosmanen, J (red.). Sex mot ersättning. Säljare, köpare, makt och moral. Lund: Studentlitteratur; 2021.
44. de Cabo, A & Hall, A. Omfattningskartläggning av prostitution och människohandel för sexuella ändamål. Göteborgs universitet; 2021.
45. Hammarström, S, Nilsen, Lindroth, M, Stenqvist, K & Bernhardsson, S. Identifying young people exposed to or at risk of sexual ill health: pilot implementation of an evidence-informed toolkit (SEXIT) at Swedish youth clinics, *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*; 2019.
46. Carlsson, N. Lärosätenas utbildningsbehov i frågor om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer. Göteborgs universitet; 2020.