



Hälso- och sjukvård för våldsutsatta

SÅ KAN ARBETET UTVECKLAS



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Hälso- och sjukvård för våldsutsatta

SÅ KAN ARBETET UTVECKLAS



Upplysningar om innehållet:
Jenny Norén, jenny.noren@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2021
ISBN: 978-91-7585-912-5
Text: Elin Hunger, Annika Marking, Goldina Smirthwaite
Illustration: Stina Löfgren
Produktion: Advant
Tryck: LTAB, 2021

Förord

Frihet från våld är en mänsklig rättighet. Mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck är jämställdhets- och samhällsproblem som allvarligt påverkar levnadsvillkor och livskvalitet för dem som drabbas. Rent konkret kan ett adekvat, samhälleligt stöd för en våldsutsatt utgöra skillnaden mellan liv och död.

WHO har klassat våld mot kvinnor som ett globalt folkhälsoproblem. Våldet kan leda till såväl fysisk som psykisk ohälsa, men det är långt ifrån alltid som denna orsak till patientens ohälsa upptäcks. Detta kan i sin tur leda till att patienter inte får rätt stöd och att vårdens resurser inte används effektivt.

Hälso- och sjukvården och tandvården har en central roll i att upptäcka våld och ge stöd och behandling till utsatta. Under senare år har nationella och regionala initiativ bidragit till att utveckla hälso- och sjukvårdens arbete. Samtidigt har olika regioner kommit olika långt, och det finns ett stort utrymme för utveckling i – och lärande mellan – regioner.

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har därför kartlagt samtliga 21 regioners arbete på området. Syftet är att stödja hälso- och sjukvården och tandvården att bättre möta behoven hos våldsutsatta. Den här rapporten identifierar regionernas utmaningar och behov – men lyfter även goda arbetsätt och ger konkreta förslag på vad ledningsfunktioner på olika nivåer kan göra för att stödja långsiktig utveckling. Rapporten vänder sig främst till dig som är förtroendevald, sitter i förvaltningsledning, är enhets- eller verksamhetschef eller som på andra sätt arbetar strategiskt med dessa frågor i hälso- och sjukvården och tandvården.

Rapporten har tagits inom ramen för SKR:s kvinnofridssatsning. Satsningen genomfördes efter en överenskommelse mellan SKR och regeringen om att stärka jämställdhetsarbetet lokalt och regionalt 2018–2020. Arbetet med rapporten har genomförts under ledning av Jenny Norén och Goldina Smirthwaite, vid SKR.

Stockholm i januari 2021

Fredrik Lennartsson

Direktör

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Innehåll

7	Sammanfattning
7	Sex utmaningar för hälso- och sjukvården
9	Så kan arbetet stärkas
11	Kapitel 1. Om rapporten
11	Varför en kartläggning?
13	Rapportens målsättningar
13	Några centrala utgångspunkter
14	Så gjordes kartläggningen
16	Avgränsningar
19	Kapitel 2. Om hälso- och sjukvårdens roll
19	Utgångspunkten för hälso- och sjukvårdens uppdrag
22	Olika typer av våld
25	Ett utbrett problem
27	Omfattande konsekvenser för hälsan
30	Stort behov av vård och stöd
33	Stora kostnader för individ och samhälle
35	Kapitel 3. Vården för våldsutsatta skiljer sig över landet
37	Första kontakt kan ske i alla verksamheter
39	Skiftande behov hos patienter
42	Regionövergripande insatser för att utveckla arbetssätten
47	Kapitel 4. Sex utmaningar i vården av våldsutsatta
47	Patientens behov är ofta dolda
48	Det kan vara svårt att prioritera samtal om våld
50	Ansvarsfördelningen är ofta otydlig
51	Att hitta rätt behandling kan vara en utmaning
53	Våld gör det svårt att dokumentera på ett säkert sätt
54	Systematik – en utmaning då alla berörs

57	Kapitel 5. Så kan arbetet stärkas
57	Förtroendevald – det här kan du göra
60	Lednings- eller utvecklingsfunktion – det här kan du göra
61	Enhets- eller verksamhetschef – det här kan du göra
67	Kapitel 6. Lärdomar från Västra Götalandsregionen
67	Politiskt beslut lade grunden för kompetenscentret
69	Tvärprofessionellt team samarbetar med vårdverksamheter
72	Vård vid psykisk ohälsa en utmaning
73	Kunskapsstödet för psykisk hälsa stödjer viktiga satsningar
74	Vägen framåt
75	Referenser

Tack!

SKR vill rikta ett varmt tack till alla medarbetare och chefer som intervjuats för kartläggningen och berättat om sina verksamheter. Ett stort tack riktas också till övriga sakkunniga som bidragit med viktiga perspektiv: Lena Lundgren, hälso- och sjukvårdsdirektör Region Östergötland, Anita Kruse, Nationella nätverket för samordningsförbund, Lotta Nybergh, Jelena Corovic och Olga Gislén, sakkunniga vid Socialstyrelsen, Ylva Elvin-Nowak, biträdande enhetschef för Akademiskt Primärvårdscentrum Region Stockholm, Mari Brännvall, utvecklingsledare Västra Götalands kompetenscentrum om våld i nära relationer, Maria Eriksson, professor, Ersta Sköndal Bräcke högskola, Olga Persson, ordförande Unizon och Jenny Westerstrand, ordförande Roks.

SKR vill rikta ett särskilt tack till rapportens referensgrupp:

- › Agneta Haraldsson, utvecklingsledare våld i nära relationer, Region Dalarna
- › Carin Jonsson, utvecklingsledare /samordnare våld i nära relationer, Region Värmland
- › Carina Eliason, områdeschef Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer
- › Inga-Lisa Aelman, hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Blekinge
- › Ing-Marie Andrée, enhetschef Kompetenscentrum mot våld i nära relationer, Region Sörmland
- › Johan Öberg, hälso- och sjukvårdsstrateg, Region Skåne
- › Lilian Iwarson Sporrang, strateg Regionkansliet, Region Örebro län
- › Maria Jakobsson, processledare Kvalitet och patientsäkerhet, Region Västernorrland
- › Åsa Mattsson, samordnare våld i nära relationer, Region Jämtland Härjedalen
- › Åsa Witkowski, verksamhetschef Kvinnofridsenheten, Nationellt centrum för kvinnofrid, Uppsala universitet

Sist men inte minst, tack till Lene Lindberg, docent vid Karolinska Institutet, som lett förstudien kring regioners styrdokument, Carina Gyllner Bergmark som genomfört inledande intervjuer, Elin Hunger, Annika Marking och Christofer Montell som genomfört övriga intervjuer och arbetat med den slutliga rapporten. Från SKR har även Ulrika Vestin, Tyra Warfvinge, Sofia Karlsson och Emilia Danielsson lämnat värdefulla bidrag till arbetet.

Sammanfattning

Mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld kan få allvarliga konsekvenser för den utsattas hälsa på kort och lång sikt. Samtidigt berättar få om sin utsatthet. Många söker vård för symptom och ohälsa som de själva inte kopplar till våldet. Det är också vanligt att utsatta söker vård flera gånger utan att riktigt få rätt hjälp.

Att identifiera våldsutsatthet är därför viktigt. Det handlar om att kunna erbjuda rätt vård och behandling, och att nyttja vårdens resurser effektivt. Hälso- och sjukvården och tandvården har en mycket viktig roll. Inga andra samhällsaktörer träffar så stora delar av befolkningen. Därför har hälso- och sjukvården och tandvården en unik möjlighet att upptäcka och stödja våldsutsatta på ett tidigt stadium.

På många håll i landet arbetar verksamheter metodiskt med att ställa frågor om våld i patientmötet, medan andra inte har kommit lika långt. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har kartlagt samtliga regioners arbete på området. Syftet är att stärka lärandet mellan regioner och stödja ledningar att långsiktigt utveckla vården för våldsutsatta.

Sex utmaningar för hälso- och sjukvården

SKR:s kartläggning tyder på att de flesta våldsutsatta inte söker akut vård på grund av kroppsskador utan för andra mer icke-akuta besvär som sömnsvårigheter, nedstämdhet eller smärtor i mage, rygg eller huvud. Erfarenheter av våld är så vanligt att dessa patienter finns i alla vårdens verksamheter – från primärvård och mödravård till rehabilitering, tandvård och psykiatri.

SKR:s kartläggning har identifierat sex faktorer som innebär utmaningar i personalens möte med våldsutsatta och för regionernas arbete på strategisk nivå.

1. **Patientens behov är ofta dolda.** Eftersom patienter sällan berättar om sin utsatthet är det avgörande att vården kan ställa rätt frågor. Även om en del regioner har riktlinjer för att rutinemässigt ställa frågor om våld, har dessa har i regel inte implementerats fullt ut.
2. **Det kan vara svårt att prioritera samtal om våld.** Tidsbrist kan göra det svårt att ställa frågor om våld i patientmötet. Behovet av att ställa frågor i enrum innebär även utmaningar vid digitala vårdmöten eller när det behövs tolkhjälp.
3. **Ansvarsfördelningen är ofta otydlig.** Våldsutsatthet är inte en sjukdom, vilket kan göra det svårt att avgöra vilken verksamhet eller huvudman som ansvarar för stöd och behandling. Utmaningen är särskilt stor i verksamheter som inte använder rutiner för hänvisning.
4. **Att hitta rätt behandling kan vara en utmaning.** Våld kan ge upphov till en rad olika behov hos den som utsätts. Kuratorer inom primärvården kan ibland uppleva att de saknar rätt kunskap, behandling i specialistpsykiatri anpassas inte alltid utifrån våldsutsattheten och tillgången till traumabehandling är begränsad.
5. **Våld gör det svårt att dokumentera på säkert sätt.** För att dokumentationen ska vara säker krävs att den skyddas från åtkomst via 1177. För att kunna följa upp krävs också att både frågor och svar registreras. Få regioner har hittat ett ändamålsenligt sätt att dokumentera säkert och flera påpekar att de arbetar med att lösa samma problem.
6. **Att alla verksamheter berörs gör det svårt att uppnå systematik.** Att införa arbetssätt för att upptäcka och omhänderta våldsutsatta är inte nödvändigtvis svårt i en enskild verksamhet, men kan vara en utmaning i en hel region som rymmer många olika typer av verksamheter.

Så kan arbetet stärkas

Att förbättra vården för våldsutsatta kräver regionövergripande beslut, tydligt ledarskap och systematiskt arbete på alla nivåer i hälso- och sjukvårdssystemet. SKR har tagit fram konkreta förslag på hur du som är verksam i ledningen för hälso- och sjukvården kan bidra.

Som förtroendevald kan du

- › ta initiativ och besluta om en långsiktig regionövergripande strategi för hur hälso- och sjukvården ska upptäcka och ge effektiv vård, stöd och behandling till våldsutsatta och deras barn
- › verka för att strategin utgår från ordinarie verksamhet och möjliggör samverkan med andra aktörer
- › möjliggöra långsiktig finansiering så att strategin kan implementeras på ett systematiskt sätt
- › planera för och efterfråga uppföljning av strategin.

Som förvaltningsledning eller utvecklingsfunktion kan du

- › skapa förutsättningar för verksamheterna att upptäcka och stödja våldsutsatta utifrån sitt kärnuppdrag. Vilken baskunskap behövs, och finns till exempel möjlighet till breddutbildning och utbildning för chefer?
- › skapa förutsättningar för utveckling och implementering av lokala rutiner, tydliggöra ansvarsfördelning och möjliggöra samverkan inom regionen och med andra huvudmän
- › möjliggöra kontinuitet i utvecklingsarbetet, ge utvecklingsuppdrag en tydlig hemvist och föra löpande dialog om gemensamma utmaningar
- › efterfråga och underlätta uppföljning.

Som enhets- eller verksamhetschef kan du

- › utveckla din egen kompetens om våld så att du kan ge medarbetare stöd
- › säkerställa att medarbetarna har rätt nivå på sin kunskap om våld
- › tydliggöra hur frågor om våld ska integreras i arbetet, ta fram och integrera rutiner och verktyg, prioritera korrekt och säker dokumentation
- › tydliggör hänvisning och samordning inom vården och med andra aktörer, skapa förutsättningar för medarbetare att få träffa socialtjänsten
- › skapa forum för kontinuerlig dialog och förbättringsarbete.



Om rapporten

Varför en kartläggning?

Frihet från våld är en mänsklig rättighet. Mäns våld mot kvinnor är ett allvarligt jämställdhetsproblem, och WHO definierar våld mot kvinnor som ett globalt folkhälsoproblem. Våld, inklusive våld i nära relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck, utgör brottsliga handlingar och leder till långtgående negativa konsekvenser för såväl individer som samhället. Våld kan orsaka stort lidande och ohälsa på både kort och lång sikt. Den övergripande utgångspunkten för Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) är att allt slags våld ska motarbetas och förebyggas.¹

I stort sett samtliga invånare söker vård. Därför har hälso- och sjukvården och tandvården unika möjligheter att upptäcka våldsutsatta, jämfört med andra samhällsaktörer. Såväl pågående som tidigare utsatthet för av våld kan leda till ohälsa och ökad vårdkonsumtion,² och om våldet inte identifieras som grundorsak riskerar vården att bli ineffektiv. Den grävsta formen av våld är dödligt. Därför kan tidig upptäckt och stöd vara direkt livsavgörande.

Idag har alla regioner särskilda strategiska funktioner som stödjer den regionala utvecklingen. Ett flertal verksamheter arbetar också metodiskt för att frågor om våld ska ställas i patientmötet. Skillnaderna mellan regioner och

Not. 1. SKR:s arbete för kvinnofrid utgår från det nationella jämställdhetspolitiska delmålet att mäns våld mot kvinnor ska upphöra och att kvinnor och män, flickor och pojkar, ska ha samma rätt och möjlighet till kroppslig integritet. SKR utgår också från de ställningstaganden som uttrycks i följande internationella överenskommelser:

- FN:s deklaration om avskaffande av våld mot kvinnor (Förenta nationerna, 1993)
- Europeiska declarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå (Europarådet, 2009)
- Istanbulkonventionen (Europarådet, 2011)
- Agenda 2030 (Regeringskansliet, 2018)

Se gärna SKR:s skrift "För kvinnofrid – mot våld i nära relationer. Positionspapper" (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Not. 2. Kruse, Sørensen, Brønnum-Hansen & Helweg-Larsen, 2011.

mellan verksamheter är dock stora, och det finns ett behov att stärka hälso- och sjukvårdens arbete med att uppmärksamma våld och ge stöd och behandling för den ohälsa våldet orsakar.

SKR har därför genomfört en kartläggning av hälso- och sjukvårdens insatser för våldsutsatta. Rapporten vänder sig till beslutsfattare och ledare på olika nivåer i hälso- och sjukvården och tandvården och syftar till att bidra med konkret stöd för förbättringsarbete i regionerna.

Rapporten har tagits fram inom ramen för SKR:s kvinnofridssatsning som genomfördes efter överenskommelse med regeringen 2018–2020. Ett av satsningens mål har varit att stärka kvinnofridsarbetet i hälso- och sjukvården.³ SKR använder begreppet *kvinnofrid*⁴ som ett samlingsnamn för arbete mot mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer och hedersrelaterat våld och förtryck.⁵

FIGUR 1. Män står för merparten av våldet i samhället

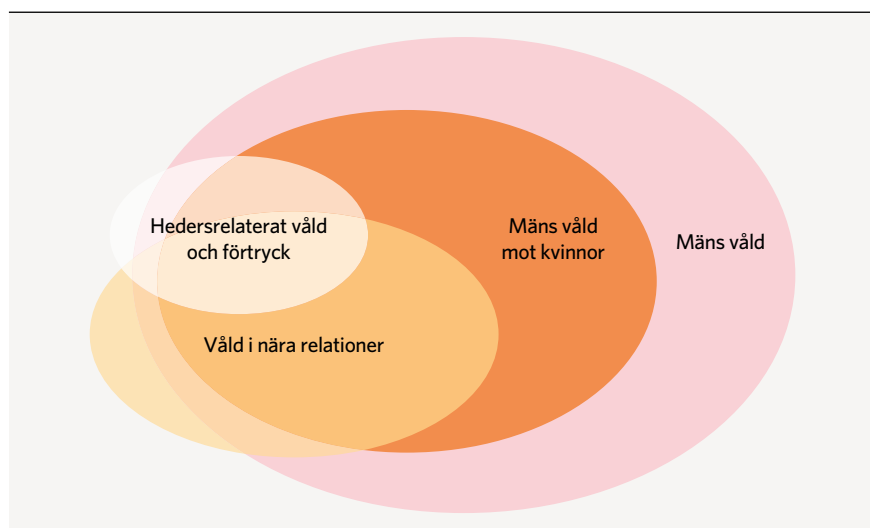


Illustration över hur problemområdena mäns våld, mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck och våld i nära relationer berör och relaterar till varandra utifrån ungefärlig omfångsstatistik. Figuren är hämtad från SOU 2015:55.

Not. 3. Regeringskansliet; Sveriges Kommuner och Landsting, 2018.

Not. 4. SKR använder begreppet kvinnofrid för att benämna strävan mot att kvinnor och deras barn inte ska utsättas för hot, våld och kränkningar. Det innefattar kvinnors frihet från våld och våldtäkt i såväl nära heterosexuella relationer som i lesbiska och bisexuella parrelationer. Barn och unga ska slippa uppleva att våld utövas mot deras mammor. Kvinnor, män, flickor och pojkar ska kunna leva sitt liv utan risk att utsättas för hedersrelaterat våld, barnäktenskap eller äktenskap mot sin vilja. För SKR inkluderar kvinnofridsarbete även arbete mot övrigt våld som kan ske i nära relationer, exempelvis våld riktat mot homo- eller heterosexuella män samt transpersoner. Det inkluderar även mäns våld mot kvinnor som utöver våld mellan närstående också består av överfallsvåld, fysiskt och sexuellt våld utanför nära relation, prostitution och handel med människor för sexuella ändamål.

Not. 5. Positionspapper För kvinnofrid – mot våld i nära relationer (Sveriges Kommuner och Landsting, 2013).

Rapportens målsättningar

Våldsutsatthet är inte en sjukdom, men våld kan orsaka allvarlig ohälsa hos den som utsätts. Rapporten utgår från att arbete med att identifiera våldsutsatthet är i linje med hälso- och sjukvårdens övriga arbete: det handlar om att hitta orsaken till patientens ohälsa och att inte avgränsa sig till patientens symtom.

Rapporten beskriver hälso- och sjukvårdens arbete för personer som är eller har varit utsatta för våld och de utmaningar som präglar detta arbete. Den bidrar även med konkreta förslag på strukturer, resurser och arbetssätt som kan stärka hälso- och sjukvårdens förutsättningar att möta dessa personers vård- och stödbehov.

Det övergripande syftet med rapporten är stödja långsiktig utveckling av hälso- och sjukvårdens arbete för våldsutsatta. Rapporten syftar till att bidra med konkret stöd till regionernas förbättringsarbete genom att

- › tydliggöra hälso- och sjukvårdens roll
- › identifiera förbättringsmöjligheter
- › stärka lärandet mellan regioner
- › stärka kunskapen om våldets utbredning och hälsokonsekvenser.

Några centrala utgångspunkter

- › Begreppet våld omfattar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Våld definieras här som varje handling som avsiktligt skadar, smärtar, skrämmer eller kränker. Våld kan också vara försummelse av någon i beroendeställning, exempelvis barn, sköra äldre och personer med funktionsnedsättning. Våld kan ha samband med en negativ syn på vissa grupper och deras rättigheter, inte minst kvinnors och barns rättigheter, och kan utövas för att få någon att avstå från sådant den vill, eller tvinga någon till sådant den inte vill, exempelvis sexuella handlingar.⁶
- › Kartläggningen utgår från vård- och stödbehov som är vanliga konsekvenser av mäns våld mot kvinnor, våld i nära relationer samt hedersrelaterat våld och förtryck. Det betyder att de patienter som kan behöva de vård- och stödsatser som beskrivs i rapporten ofta, men inte uteslutande, är kvinnor.
- › När rapporten använder termen *våldsutsatt* refererar den både till situationer där en person *har varit våldsutsatt* (tidigare utsatthet) och situationer där en person *är våldsutsatt* (pågående utsatthet).
- › Även om tandvården inte alltid nämns explicit, gäller merparten av rapportens innehåll även tandvården. Ibland används begreppet *vården* som då syftar på både tandvården och hälso- och sjukvården.

Not. 6. Detta sätt att beskriva våld är inspirerat av bland annat Isdal, 2017.

Så gjordes kartläggningen

Den här kartläggningen baseras på en kvalitativ studie som har vägletts av huvud- och delfrågeställningarna i tabellen nedan.

FIGUR 2. Frågeställningar som väglett arbetet med kartläggningen

Hur kan hälso- och sjukvårdens arbete stärkas när det gäller att upptäcka våld och ge stöd och behandling till våldsutsatta?				
A. Hur utbrett är våldet och vilka konsekvenser har det?	B. Vilka behov av vård och stöd kan våldsutsatthet medföra?	C. Vilka insatser erbjuds våldsutsatta? Hur organiserar regionerna arbetet?	D. Vilka utmaningar går att identifiera i regionernas arbete för att tillgodose behoven hos våldsutsatta?	E. Hur kan vårdens förutsättningar stärkas för att bättre bemöta behoven hos våldsutsatta?
Bakgrund		Resultat	Analys/ Slutsatser	Slutsatser/ vägar framåt

För att besvara fråga A och B genomfördes en översiktlig genomgång av tidigare forskning och rapporter i ämnet; resultatet presenteras i rapportens bakgrundskapitel. För att besvara fråga C genomfördes drygt 40 semistrukturerade intervjuer och en genomgång av samtliga 21 regioners stöddokument på området. Dokumenten har olika namn i olika regioner, exempelvis vårdprogram, handlingsplaner eller regionala medicinska riktlinjer. I den här rapporten kallas stöddokumentet för *riktlinjer*. Då går det att skilja dem från *rutiner* – som beskriver hur man på en specifik enhet arbetar utifrån den regionala riktlinjen – och från de nationella *föreskrifterna* från Socialstyrelsen.⁷ Bland de personer som intervjuats återfinns samordnare⁸ eller personer med liknande roller från samtliga regioner (i rapporten används titeln samordnare för alla dessa roller), högre chefer inom primärvården, kliniskt verksamma samt forskare och experter, ideella aktörer samt representanter för ett urval av de nationella programområden som återfinns inom Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård.

Avslutningsvis genomfördes en kvalitativ analys av kartläggningens resultat för att besvara fråga D och E. Vid analys och slutsatser har ”Uppsalamodellen”, framtagen av Nationellt centrum för kvinnofrid, varit vägledande. Modellen syftar till att underlätta för hälso- och sjukvården och tandvården att erbjuda god vård till våldsutsatta, och presenterar konkreta framgångsfaktorer att bygga vidare på: kunskap, rutiner, samverkan och uppföljning.⁹

Arbetet med rapporten har genomförts i tre etapper: genomgång av vårdprogram och riktlinjer i december 2018; inledande intervjuer med kvinnofridssatsningens referensgrupp i oktober och november 2019; ovan nämnda intervjuer och rapportförfattande under maj till oktober 2020. Efter tredje etappen har analys och slutsatser stämts av med referensgruppen.

Not. 7. SOSFS 2014:4.

Not. 8. Rollens titel och tillhörande ansvarsområden varierar regionerna emellan, men vanliga titlar är samordnare för våld i nära relation alternativt folkhälsoutvecklare eller -strateg med ansvar för våld i nära relation.

Not. 9. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2017.

Avgränsningar

Kartläggning, analys och slutsatser avser hälso- och sjukvården och tandvårdens arbete för att tillgodose vård- och stödbehov hos vuxna personer (personer över 18 år) som är eller har varit utsatta för våld. Delar av rapporten belyser hälso- och sjukvårdens ansvar för barn som upplevt våld – det vill säga som själva blivit utsatta för våld eller bevittnat våld mot närstående. Rapporten belyser särskilt hälso- och sjukvårdens lagstadgade ansvar att göra orosanmälan. Barns särskilda utsatthet medför dock att de har vård- och stödbehov som skiljer sig från vuxnas, och det ligger utanför ramarna för den här rapporten att ge en fullständig beskrivning och analys av den komplexa situationen för barn vars förälder, föräldrar eller andra närstående utövar våld. För vidare kunskap om situationen för barn som upplever våld rekommenderas istället SKR:s rapport *Barn som upplever våld – att stödja barn och bedöma föräldrars omsorgsförmåga*.¹⁰

För att bibehålla fokus i analys och slutsatser gällande vården för personer som utsatts för våld går kartläggningen inte närmare in på insatser riktade till personer som utövar eller utövat våld. SKR anser att insatser riktade till våldsutövare är centralt för arbetet med att bekämpa våld. För vidare läsning om arbete med sådana insatser, se SKR-rapporten *Förändringsarbete med våldsutövande män. Strategier för kvalitetsutveckling*.¹¹

Vidare redogör rapporten endast för hälso- och sjukvården och tandvårdens arbete. Insatser från socialtjänst belyses huvudsakligen ur ett samordnings- och samverkansperspektiv. För ökad kunskap om kommunernas arbete och insatser för personer som utsatts för våld rekommenderas SKR-rapporten *Framgångsfaktorer i kvinnofridsarbetet*.¹²

Not. 10. Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

Not. 11. Sveriges Kommuner och Landsting, 2017. Även inom hälso- och sjukvården pågår arbete inriktat mot utövare av våld. Föreliggande rapport avgränsar sig dock till att gälla hälso- och sjukvårdens arbete med våld utsatta, en avgränsning som varit nödvändig för att kunna få djup i analysen av just detta område inom kvinnofridsarbetet.

Not. 12. Sveriges Kommuner och Landsting, 2016.

För att ta hänsyn till variationer mellan regioner intervjuades representanter från samtliga regioner, vilket ger en bild av hur arbetet bedrivs med skilda förutsättningar, exempelvis sett till organisering, befolkningstäthet och typer av verksamheter. Förutsättningarna har dock inte medgett en fullständig kartläggning av alla de verksamheter som möter personer som utsatts för våld. Primärvården prioriterades eftersom den kommer i kontakt med ett stort antal patienter och därmed har en betydande roll för identifiering av våld utsatthet. Intervjuer med företrädare för fler professioner och verksamheter hade kunnat bidra med kompletterande synvinklar och insikter.



Om hälso- och sjukvårdens roll

Varför ska hälso- och sjukvården arbeta med våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck och olika former av mäns våld mot kvinnor? I det här kapitlet beskrivs hälso- och sjukvårdens ansvar, samt vad forskningen säger om våldsutsatthet i befolkningen och hur våldet påverkar hälsan.

Utgångspunkten för hälso- och sjukvårdens uppdrag

Hälso- och sjukvården och tandvården möter en stor andel av befolkningen. Därför har sektorn stora möjligheter att identifiera och fånga upp utsatta, och minska lidande och skador. Studier som *Våld och hälsa* visar att erfarenhet av våld är mycket vanligt. Det finns också ett statistiskt samband mellan utsatthet före 18 års ålder och utsatthet i vuxen ålder. Rätt vård och stöd från hälso- och sjukvården kan få stora och långsiktigt positiva effekter för många individers hälsa.¹³

Hälso- och sjukvårdens ansvar

I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) anges att ”Hälso- och sjukvården ska arbeta för att förebygga ohälsa” och att målet för hälso- och sjukvården är ”en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen.”¹⁴ Eftersom våldsutsatthet ofta orsakar allvarlig ohälsa kan arbetet med att identifiera våldsutsatthet och erbjuda insatser ses som ett sätt att agera i enlighet med lagens intention om att förebygga ohälsa. Och att arbetet sker med likvärdig kvalitet i alla regioner ligger i linje med målet om vård på lika villkor för hela befolkningen.

Not. 13. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014:67; se även Simmons, 2015.

Not. 14. 3 kap. 2 § 1 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:14) avser vårdgivares ansvar för såväl barn som vuxna som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp av närstående, samt barn som har bevittnat våld eller andra övergrepp av eller mot närstående.

Utdrag ur 8 kap. SOSFS 2014:4 (SKR:s kursiveringar)

”Varje vårdgivare *ska* fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld.”

”Vårdgivare som i sin verksamhet tar emot barn eller deras närstående *ska* fastställa rutiner för hur *anmälningsskyldigheten* enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) ska fullgöras vad gäller ett barn som kan vara våldsutsatt eller kan ha bevittnat våld.”

”Vårdgivaren *bör* avgöra när och hur personalen i hälso- och sjukvårdens och tandvårdens verksamheter ska *ställa frågor om våld för att kunna identifiera* våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård och omvårdnad.”

”Vårdpersonal *ska* ställa frågor om våldsutsatthet om misstanke uppkommer, och om denna misstanke gäller barn som misstänks ha utsatts för eller bevittnat våld *ska* en orosanmälan till Socialtjänsten göras.”

Våld är brottsligt

Misshandel, sexuella övergrepp och kvinnofridskränkning faller under allmänt åtal. Vårdpersonal har möjlighet – men inte skyldighet – att mot patientens vilja göra en polisanmälan om hen blivit utsatt för ett brott som innebär ett minimistraff på ett års fängelse eller mer, som exempelvis vid våldtäkt eller grov misshandel.¹⁵ Det kallas för sekretessgenombrott.¹⁶

Not. 15. 10 kap. 21 § 23 § offentlighets- och sekretesslag (2009:4).

Not. 16. Västra Götalandsregionens kompetenscenter om våld i nära relationer, 2019.

Socialtjänstens roll

Socialtjänsten ska enligt socialtjänstlagen verka för att brottsoffer och deras närstående får stöd och hjälp, och särskilt beakta att kvinnor som är eller har varit utsatta för våld eller andra övergrepp från närstående kan vara i behov av stöd och hjälp för att förändra sin situation.¹⁷ Socialtjänsten ska göra en individuell bedömning av behoven hos den person som blivit utsatt. Bedömningen ska se till behov kopplade till försörjning samt till livsföring i övrigt.¹⁸ När socialtjänsten – eller polisen – gör hot- och riskbedömningar för att identifiera vilka typer av skydd och stöd en våldsutsatt person och eventuella barn kan vara i behov av används olika typer av standardiserade verktyg.¹⁹ Socialtjänsten använder bland annat verktyget FREDa, som Socialstyrelsen tagit fram en manual för. FREDa består av tre bedömningsmetoder avsedda att identifiera samt förstå våldets omfattning, karaktär och farlighet.²⁰

Orosanmälan om barn misstänks fara illa

Misstanke om att ett barn far illa är tillräckligt för att vårdgivarens anmälningsskyldighet ska aktualiseras. När en orosanmälan²¹ för barn inkommit till socialnämnden ska en omedelbar skyddsbedömning genomföras och dokumenteras.²² Enligt Socialstyrelsens föreskrifter ska socialnämnden utan dröjsmål inleda en utredning om barnets behov av stöd och hjälp samt bedöma risken för att barnet kommer att utsättas för eller bevittna ytterligare våld.²³ Vårdpersonal har anmälningsskyldighet även om barnet eller familjen har kontakt med socialtjänsten sedan tidigare.²⁴ Situationer när det finns barn med i bilden upplevs ofta som särskilt svåra. Samordnare som intervjuats för kartläggningen berättar att personal kan känna att en orosanmälan till socialtjänsten innebär en så allvarlig anklagelse att de skjuter den på framtiden för att ”få mer på fötterna” och inte riskera att bryta patientens förtroende, trots att en orosanmälan ska göras utifrån lagkraven. En samordnare sammanfattar osäkerheten så här: ”Jag får många frågor om orosanmälningar från verksamheterna. Ju känsligare det är, desto mer vill personalen att det ska vara så svart på vitt som möjligt.” Om vårdpersonalen har begränsad inblick i socialtjänstens arbetssätt och mandat kan det också finnas en känsla av att det ”inte händer något” även om de gör en anmälan. Det kan i sin tur

Not. 17. 5 kap. 11 § socialtjänstlag (2001:453).

Not. 18. 4 kap. 1 § socialtjänstlag (2001:453).

Not. 19. Nationellt centrum för kvinnofrid, H.

Not. 20. Socialstyrelsen, 2014.

Not. 21. 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453).

Not. 22. 11 kap. 1 a § socialtjänstlag (2001:453).

Not. 23. 6 kap. 1 § SOSFS 2014:4.

Not. 24. Patientdatalag (2008:355).

minska benägenheten att göra fler anmälningar i framtiden. Samtidigt är det viktigt att belysa det systematiska arbete som bedrivs i syfte att säkerställa att orosanmälningar görs. En expert som både arbetar kliniskt och utbildar andra berättar att hon i mötet med vårdanställda framhåller att det handlar om bemötande och professionalism:

”Vi som utbildar lyfter att orosanmälan handlar om att se på situationen utifrån barnets perspektiv, och att barnkonventionen är lag nu. Men vi lyfter också att arbete för att identifiera våldsutsatthet och barn som riskerar att fara illa gör att man blir bättre på sitt yrke – du ger patienten ett bättre bemötande och ökar sannolikheten att hjälpa patienten till en förbättrad hälsa.”

–Expert

Dokumentation

För våldsutsatta kan hälso- och sjukvårdens dokumentation utgöra bevisunderlag vid en rättslig prövning. Det är därför av yttersta vikt att vården, förutom att ge vård och stöd, noggrant dokumenterar de skador och symtom på ohälsa våldet kan ha orsakat.²⁵ Patienter som söker vård akut efter att ha utsatts för sexuellt våld ska erbjudas en fullständig kroppsundersökning. Om det gått mindre än tio dagar sedan övergreppet bör en komplett spårsäkring genomföras; spårsäkring kan vara meningsfull även om längre tid förlöpt och ska efter att patienten lämnat sitt samtycke göras oavsett om patienten gjort en polisanmälan eller inte.²⁶

Olika typer av våld

Det finns flera olika typer av våld. I hälso- och sjukvårdssammanhang lyfts ofta fysiskt, psykiskt och sexuellt våld²⁷ samt försummelse²⁸ fram. Många personer utsätts för olika typer av våld samtidigt.²⁹ Nedan ges exempel på hur våldstyperna kan komma till uttryck.³⁰

Not. 25. Nationellt centrum för kvinnofrid, E och B.

Not. 26. Nationellt centrum för kvinnofrid F; Polisen (2020).

Not. 27. Se till exempel Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010.

Not. 28. Se till exempel Västra Götalandsregionens kompetenscenter om våld i nära relationer, 2019.

Not. 29. Simmons, 2015.

Not. 30. Beskrivningarna utgår från: Nationellt centrum för kvinnofrid, G; Västra Götalandsregionens kompetenscenter om våld i nära relationer, 2019.

Fysiskt våld

Fysiskt våld kan till exempel innebära att bli slagen, knuffad, dragen i håret, bli utsatt för knivstick eller kvävningsförsök. Ofta väljer våldsutövaren att rikta våldet mot delar av kroppen där blåmärken och andra skador är svåra att upptäcka för en utomstående.

Psykiskt våld

Psykiskt våld kan manifesteras i olika former av isolering, verbala kränkningar, känslomässig utpressning, hot, trakasserier och skambeläggande. Våldsutövaren kan även använda barnen för att få kontroll över den andra föräldern. Om ett barn tvingas uppleva våld mot en närstående, exempelvis mot sin mamma, ska det betraktas som allvarligt psykiskt våld gentemot barnet. Psykiskt våld kan även komma till uttryck genom materiell skadegörelse, exempelvis att förövaren slår saker eller tvingar den utsatta att själv förstöra ägodelar av särskild betydelse. Våldet kan också riktas mot husdjur. Psykiskt våld kan också ske digitalt genom att utövaren övervakar, kontrollerar, hotar eller på annat sätt trakasserar den utsatta, exempelvis genom att sprida privata bilder eller förtala den utsatta på sociala medier eller genom att sprida falska meddelanden i den utsattas namn. Ekonomiskt våld, som kan handla om att den våldsutsatta inte tillåts ha hand om sina egna pengar eller tvingas till att skuldsätta sig, är också en form av psykiskt våld.

Sexuellt våld

Sexuellt våld sträcker sig från ovälkommen beröring till att tvingas utföra sexuella handlingar eller utsättas för sådana, inklusive våldtäkt, eller att bevittna olika former av sexuella handlingar. Offret kan också fotograferas eller filmas i ett sexuellt syfte mot sin vilja. Digitalt våld som sker via meddelanden eller inlägg på nätet eller i sociala medier är inte sällan sexuellt och drabbar ofta unga personer.³¹ Fördjupad kunskap om sexuellt våld och hälso- och sjukvårdens arbete för att möta behoven hos utsatta beskrivs i SKR-rapporten *Vården vid sexuellt våld – nuläge och vägar framåt*.³²

Not. 31. I föreningen Storasysters enkät om sexuellt våld hade 60 procent av de personer som besvarade enkäten erfarenheter av övergrepp via nätet. Majoriteten av de svarande var mellan 13 och 35 år (Hall, 2019).

Not. 32. Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

Försummelse

Våld i form av försummelse innebär att inte tillgodose grundläggande behov hos en person som står i beroendeställning (ofta barn eller äldre personer). Det kan exempelvis handla om att inte ge någon hens medicin eller hjälpmedel, eller att en förälder – även om det är oavsiktligt – brister i tillsyn och omvårdnad av sitt barn. SKR-rapporten *Barn som upplever våld – att stödja barn och bedöma föräldrars omsorgsförmåga*³³ innehåller en kunskapsöversikt som belyser barns särskilda sårbarhet och omsorgsbehov. Rapporten redogör även för den negativa påverkan den ena omsorgspersonens våld mot den andra omsorgspersonen, vanligen pappans våld mot mamman, kan ha på omsorgsförmågan hos såväl den utsatta som hos den som utövar våld.

Hedersrelaterat våld och förtryck

Hedersrelaterat våld och förtryck karaktäriseras av att våldet är kollektivistiskt. Det betyder att det är en grupp, oftast familj och släkt, som utövar eller sanktionerar våldet i syfte att upprätthålla patriarkala samhällsstrukturer. Detta görs oftast genom försök att kontrollera den utsattas livsutrymme. Kontroll av flickors och kvinnors sexualitet, och krav på ”oskuld” och kyskheter, är centralt. Såväl fysiskt som psykiskt och sexuellt våld förekommer. Exempel på hedersrelaterat våld är hot och uteslutning ur den sociala gemenskapen, tvångs- och barnnäkenskap³⁴ samt kvinnlig könsstympning.³⁵ För fördjupad kunskap om vården vid könsstympning se SKR:s skrift *Vården för kvinnor som utsatts för könsstympning – lärdomar från fyra verksamheter*.³⁶ Stöd till hälso- och sjukvårdspersonal finns även i Socialstyrelsens skrift *Kvinnlig könsstympning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*.³⁷

Det är främst flickor och kvinnor som utsätts för hedersrelaterat våld, och pojkar och män som utövar det. Men pojkar och män kan också vara utsatta. De kan ha dubbla roller, där de både utsätter andra och själva utsätts för social kontroll och begränsningar³⁸. Oavsett kön löper hbtq-personer risk att utsättas. Även personer med funktionsnedsättning finns bland utsatta grupper.

Not. 33. Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

Not. 34. Skyddet mot tvångs- och barnnäkenskap stärktes år 2014 via en lagändring: tvång inkluderar numer utnyttjande av en persons utsatta belägenhet och vårdnadshavare är i större utsträckning än tidigare ansvariga för att skydda barn från att utsättas för äktenskap, se 4 kap. 4 c § 4 d § brottsbalken (1962:700) (Länsstyrelsen i Östergötland, 2020).

Not. 35. Kvinnlig könsstympning är förbjuden i svensk lag sedan år 1982 enligt lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor.

Not. 36. Sveriges Kommuner och Regioner, 2020.

Not. 37. Socialstyrelsen, 2016.

Not. 38. Länsstyrelsen Östergötland, 2011; Västra Götalandsregionens kompetensteam om våld i nära relationer, 2019.

Ett utbredd problem

Fysiskt, psykiskt och sexuellt våld är vanligt.³⁹ I en global forskningsöversikt visar WHO att mer än var tredje kvinna i världen har utsatts för sexuellt och/eller fysiskt våld i en parrelation och/eller sexuellt våld utanför en parrelation.⁴⁰ När svenska Brottsförebyggande rådet kartlade våldsbrott i nära relationer⁴¹ framkom att knappt sju procent av befolkningen (7,0 procent av kvinnorna och 6,7 procent av männen) blivit utsatta under det gångna året, och att ungefär var femte person (var fjärde kvinna och var sjätte man) utsatts någon gång i livet.⁴²

Befolkningsundersökningen *Våld och hälsa*⁴³ från 2014 visar att våldsutsatthet är utbredd, i såväl barndom som vuxenliv, och särskilt bland kvinnor. Omkring 20 procent av kvinnorna och fem procent av männen har någon gång i livet utsatts för allvarligt sexuellt våld. Det är också vanligare att de som utsatts för sexuella övergrepp i barndomen också utsätts i vuxen ålder. 14 procent av kvinnorna och 5 procent av männen har utsatts för fysiskt våld eller hot om fysiskt våld av en tidigare eller nuvarande partner; 20 procent av kvinnorna och 8 procent av männen har utsatts för upprepat och systematiskt psykiskt våld av en tidigare eller nuvarande partner. Vid sexuellt våld är förövarna nästan uteslutande män. Vid fysiskt våld mot vuxna personer är förövarna vanligtvis män. Bland kvinnor är det dock nästan lika vanligt att ha blivit utsatt för fysiskt våld av sin mamma som av sin pappa i barndomen. För män som utsatts i barndomen är det vanligare att förövaren är pappan eller andra vuxna män.

Not. 39. Berglund & Heimer, 2016.

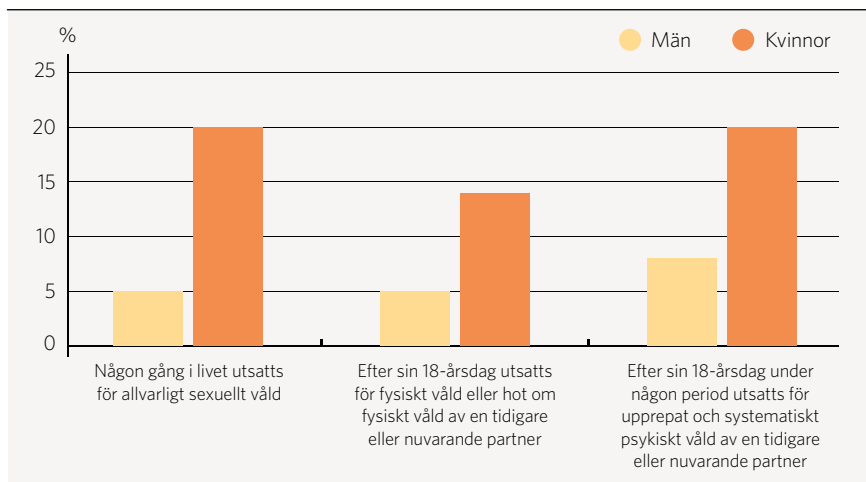
Not. 40. WHO, 2013.

Not. 41. Brott definierades som "systematiska kränkningar och förödmjukelser, försök att inskränka friheten, hot, trakasserier, misshandel, grov misshandel, sexualbrott och grova sexualbrott" (Frenzel, 2014:6).

Not. 42. Frenzel, 2014.

Not. 43. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

FIGUR 3. Utsatthet för sexuellt våld, samt fysiskt och psykiskt våld inom parrelation
(Våld och hälsa, 2014)



Den yttersta konsekvensen av våld är död. Enligt Brottsförebyggande rådet dödades 63 personer av en tidigare eller nuvarande partner 2014 –2017, och av dem var 55 kvinnor.⁴⁴ Socialstyrelsens dödsfallsutredningar visar att av dem som dödats av en tidigare eller nuvarande närstående 2012–2017, var 95 procent kvinnor. I 98 procent av fallen var gärningspersonen en man och i 15 procent av alla fall fanns hedersmotiv, eller indikation på hedersmotiv.⁴⁵ Dödsfallsutredningarna visar även att dödligt våld från en nuvarande eller tidigare partner kan triggas av uppbrott: 75 procent av det dödliga våldet inom tidigare eller pågående partnerrelation skedde i samband med en separation.⁴⁶ Den som utsätts för allvarligt våld löper alltså ännu större risk i samband med separation.

Särskild utsatthet

Våld förekommer i alla delar av samhället. Samtidigt behöver vården vara uppmärksam på att individer kan tillhöra särskilt sårbara, eller utsatta, grupper. Exempel på omständigheter som kan medföra att en person är särskilt utsatt är att personen tillhör en grupp där förekomsten av våld är högre än i andra grupper, att kontexten personen lever i medför att våldet ger upphov till särskilt allvarliga konsekvenser eller att personen inte har tillräckliga sociala, ekonomiska eller andra resurser för att berätta om eller förändra sin situation.

Not. 44. Öberg & Hradilova Selin, 2019.

Not. 45. Socialstyrelsen, 2018.

Not. 46. Socialstyrelsen, 2018.

Tidigare arbeten har belyst att vården alltid ska utgå från individens behov, och att vårdens personal behöver ha kunskap om särskild utsatthet. I dessa arbeten har stora patientgrupper som barn, äldre, personer med funktionsnedsättning, personer i missbruk eller prostitution samt personer som lever i en hederskontext lyfts fram som särskilt sårbara. Hbtq-personer och personer som tillhör nationella minoriteter eller har utländsk bakgrund har också lyfts fram i detta sammanhang.⁴⁷

Omfattande konsekvenser för hälsan

Hälsomässiga konsekvenser av våld kan vara såväl fysiska som psykiska och uppstå både akut och över tid.

FIGUR 4. Ohälsa hos våldsutsatta



Not. 47. Nationellt centrum för kvinnofrid, A; Socialstyrelsen, 2016.

Fysiska konsekvenser

Bland akuta⁴⁸ fysiska konsekvenser av våld återfinns kroppsliga skador som stryp- och blåmärken, avrivet hår, skadade eller avslagna tänder, hjärnskakningar, frakturer och inre eller yttre blödningar.⁴⁹ I Brottsförebyggande rådets kartläggning av brott i nära relationer uppgav cirka 29 procent av kvinnorna som hade utsatts för grov misshandel under det gångna året att de uppsökte, eller hade behövt uppsöka läkare, sjuksköterska eller tandläkare.⁵⁰ Motsvarande siffra för män var 2,4 procent.

Vad gäller långsiktiga fysiska konsekvenser visar studier att våldsutsatthet samvarierar med olika typer av kronisk smärta, ökad risk för hjärtinfarkt, olika magproblem, sömnsvärigheter, yrsel, utmattning och andra psykosomatiska symtom.⁵¹ Samtida amerikansk forskning tyder också på att kvinnor som utsatts för sexuellt och psykiskt våld löper ökad risk att utveckla hjärt- och kärlsjukdom, vilket i sin tur är den vanligaste dödsorsaken bland kvinnor globalt.⁵² Våldsutsatta kan även drabbas av psykisk ohälsa som gör det svårt för dem att ta hand om eller låta undersöka sina tänder – exempelvis kan personer som utsatts för sexuella övergrepp uppleva att tandläkarundersökningen påminner om övergreppet. Det kan leda till uteblivna besök i tandvården, försämrad munhälsa och starka negativa känslor, såsom skam och skuld, redan vid kontakt med tandvården.⁵³

Enligt *Våld och hälsa*⁵⁴ är fysisk ohälsa och psykosomatiska symtom ungefär dubbelt respektive tredubbelt så vanligt hos våldsutsatta jämfört med personer som inte varit utsatta. Allvarlighetsgraden återspeglas i studier av sjukfrånvaro. Personer utsatta för våld som lett till ett sjukhusbesök har i genomsnitt 20 procent högre sjukfrånvaro.⁵⁵ Tidigare uppskattningar visar att omkring 11 000 av de ärenden inom sjukskrivning, rehabilitering eller aktivitetsersättning som Försäkringskassan handlägger varje år relaterar till misshandel, grov kvinnofridskränkning och olaga hot mot kvinnor.⁵⁶

Not. 48. Socialstyrelsen (u.d.) definierar ett akut vårdtillfälle som ett "vårdtillfälle när patients tillstånd kräver omedelbart omhändertagande" och akut öppenvårdsbesök som ett "öppenvårdsbesök där patients tillstånd kräver omedelbar bedömning". I den här rapporten används akut för situationer där patienten behöver omedelbart omhändertagande eller omedelbar bedömning oavsett vårdgivare.

Not. 49. Nationellt centrum för kvinnofrid, D; Region Stockholm, 2019; Wong et al. 2014.

Not. 50. Frenzel, 2014.

Not. 51. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014; Wong et al., 2014.

Not. 52. El-Serang & Thurston, 2020.

Not. 53. Wolf, McCarthy & Priebe, 2020.

Not. 54. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 55. Ornstein, 2017.

Not. 56. Socialstyrelsen, 2013.

Psyksiska konsekvenser

Bland de psykiska konsekvenserna av våld märks depression, ångest och symtom på posttraumatiskt stressyndrom (PTSD).⁵⁷ PTSD-symtom är tre till fyra gånger vanligare bland våldsutsatta kvinnor än bland icke utsatta. Enligt *Våld och hälsa*⁵⁸ visar var fjärde kvinna som någon gång under livet utsatts för allvarligt våld⁵⁹ tecken på PTSD-symtom. Studier visar även att kvinnor löper större risk att utveckla symtom på PTSD om våldet de utsatts för är sexuellt.⁶⁰ Även bland män ger sexuellt våld särskilt stora konsekvenser. Män som utsatts för allvarligt sexuellt våld i vuxen ålder är den grupp som enligt *Våld och hälsa* drabbas värst av ohälsa. Bland dessa män var tecken på PTSD nästan fem gånger vanligare än bland män som inte blivit utsatta. Enligt en svensk registerstudie var det 15 gånger så vanligt för kvinnor och 23 gånger så vanligt för män att journalerna innehöll en psykosdiagnos om där också fanns sexuella övergrepp dokumenterade.⁶¹

Studien *Våld och hälsa*⁶² visar också en hög förekomst av symtom på depression bland våldsutsatta. Sådana symtom är dubbelt så vanliga bland kvinnor som någon gång under livet utsatts för allvarligt våld,⁶³ jämfört med kvinnor som inte blivit utsatta. Samma förhållande gällde för såväl kvinnor som män som utsatts för allvarligt psykiskt våld någon gång under livet.

Andra studier visar att personer som utsatts för mer än en typ av våld löper särskilt hög risk att drabbas av olika symtom på psykisk ohälsa.⁶⁴ I *Våld och hälsa*⁶⁵ framkommer att kvinnor löper större risk än män att utsättas för flera typer av våld samtidigt, samt för våld som är systematiskt och upprepat.

Våldets negativa inverkan på psykisk hälsa och upplevd livskvalitet kan också återspeglas i en ökad suicidrisk. En enkätstudie genomförd i Region Stockholm visar att de som utsatts för hot och/eller fysiskt våld hade en signifikant ökad risk att överväga suicid.⁶⁶ Bland dem som utsatts för både hot och fysiskt våld var risken att ha försökt att ta sitt liv 2,5 gånger högre än bland

Not. 57. Langdon et al., 2014; Lövestad, 2019; Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 58. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 59. Avser här allvarligt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld: "Bland de våldsutsatta kvinnorna var andelarna som uppvisade psykisk och fysisk ohälsa relativt lika oavsett om det allvarliga våldet de utsatts för var sexuellt, fysiskt eller psykiskt" (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014:86).

Not. 60. Faravelli, Giugni, Salvatori & Ricca, 2004.

Not. 61. Rajan, Ljunggren, Wändell, Wahlström, Svedin, & Carlsson, 2017.

Not. 62. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 63. Avser här allvarligt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld: "Bland de våldsutsatta kvinnorna var andelarna som uppvisade psykisk och fysisk ohälsa relativt lika oavsett om det allvarliga våldet de utsatts för var sexuellt, fysiskt eller psykiskt" (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014:86).

Not. 64. Langdon et al., 2014; Simmons, 2015.

Not. 65. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 66. Carlberg et al., 2017.

icke utsatta. En annan svensk studie från år 2017 fann att risken att dö i förtid är 17 gånger större hos kvinnor, och 10 gånger större hos män, ifall de utsatts för våld som krävt ett sjukhusbesök. Den ökade risken förklarades till stor del av förhöjd självmordsfrekvens.⁶⁷

Att leva med hedersrelaterat våld och förtryck – att exempelvis tvingas anpassa sig till familjens normer och värderingar vid val av partner eller vänner och att bli utsatt för hot och våld i samband med detta – kan också medföra psykosociala konsekvenser. Länsstyrelsen i Östergötland belyser att denna typ av utsatthet kan leda till svårigheter i nära relationer och sexualitet, depression, sömn- och ätstörningar, koncentrationssvårigheter samt ångest, skuld- och skamkänslor.⁶⁸

Andra konsekvenser som påverkar hälsan

Våld kan också leda till beteendeförändringar hos den utsatta. *Våld och hälsa*⁶⁹ visar att riskbruk av alkohol och olika typer av självskadebeteenden är betydligt vanligare hos våldsutsatta. Hos såväl kvinnor som män som utsatts för allvarligt sexuellt våld i vuxenlivet är självskadebeteenden vanligare än bland personer som inte rapporterar utsatthet. För kvinnor är självskadebeteende tre gånger vanligare och för män fem gånger vanligare. Det finns också ett samband mellan våld och riskbruk – ungefär var tredje kvinna eller man som utsatts för allvarligt sexuellt eller fysiskt våld som vuxen rapporterar riskbruk av alkohol, vilket är ungefär dubbelt så vanligt som bland personer som inte blivit utsatta. En svensk registerstudie visar liknande resultat – bland vuxna patienter där utsatthet för sexuellt övergrepp var dokumenterat i journalen var det 20 gånger vanligare att alkoholberoende fanns dokumenterat, jämfört med personer vars journal inte innehöll dokumentation om sexuellt övergrepp.⁷⁰

Stort behov av vård och stöd

Eftersom våld kan få allvarliga konsekvenser för hälsan har våldsutsatta ofta behov av stöd och behandling. Behoven varierar mellan individer och påverkas av i vilket skede den utsatta söker vård – om det handlar om erfarenheter tidigare i livet eller om våldet skett nyligen och det finns risk att våldet upprepas.

Not. 67. Ornstein, 2017.

Not. 68. Länsstyrelsen i Östergötland, 2020.

Not. 69. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 70. Rajan, Ljunggren, Wändell, Wahlström, Svedin & Carlsson, 2017.

Vanliga behov av insatser

En våldsutsatt som söker vård akut kan behöva vård för fysiska skador, exempelvis vid en tandvårds-, ortoped-, gynekolog- eller kirurgmottagning. Oavsett typ av våldsutsatthet är det viktigt att personal journalför skador och symtom på ohälsa eftersom det kan fungera som underlag vid en rättsprocess. Dokumentationen är också viktig för att hälso- och sjukvården ska kunna sätta in rätt åtgärder över tid.⁷¹

Till följd av långsiktig fysisk ohälsa kan personer som utsatts för våld även behöva vård inom primärvårdens vårdcentraler och rehabiliteringsmottagningar, smärt- och stressmottagningar och kardiologkliniker. Detta återspeglas i empiriska studier. Studien *Nu har vi kommit över tröskeln*⁷² visar att 52 procent av kvinnorna och 47 procent av männen inom rehabiliteringsmedicin någon gång i livet hade blivit utsatta för en eller flera typer av psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld. Liknande resultat sågs bland patienter som besökt vårdcentral med anledning av fysisk ohälsa samt diffus smärtproblematik, psykisk ohälsa eller sjukskrivning som varat längre än en månad.

Då symtom på depression och PTSD är vanliga bland personer som har erfarenhet av våld⁷³ är en stor del av vårdbehoven psykiska. Vid depression kan såväl psykosocialt stöd som psykoterapeutisk behandling vara till hjälp.⁷⁴ Exempel på behandlingsformer vid PTSD är traumafokuserad kognitiv beteendeterapi (KBT), Eye Movement Desentization and Reprocessing (EMDR), narrativ exponeringsterapi eller psykodynamisk psykoterapi.⁷⁵

Oavsett var och av vilken anledning en person söker vård, har hälso- och sjukvården ett ansvar att hänvisa till en instans där rätt kompetens finns. I Socialstyrelsens handbok om våld i nära relationer anges att det i "hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att se till att den som söker hälso- och sjukvårdens tjänster, men som också behöver annat stöd, blir hänvisad till det eller de organ som har kompetens och resurser för uppgiften".⁷⁶

Vårdens bemötande

Personalens bemötande kan vara avgörande för att en våldsutsatt ska känna sig trygg med att berätta om sin situation, särskilt som patienten ofta kan känna att hen är i underläge i vårdsituationen. Att bli utsatt för våld kan leda till försämrad självkänsla och rädsla att inte bli trodd. Det är också vanligt att den utsatta upplever att våldet är normalt, eller känner att det är hens eget fel.

Not. 71. Nationellt centrum för kvinnofrid, B; Nationellt centrum för kvinnofrid, E.

Not. 72. Wendt & Svensson, 2018.

Not. 73. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014.

Not. 74. 1177 Vårdguiden, 2019.

Not. 75. 1177 Vårdguiden, 2018.

Not. 76. Socialstyrelsen, 2016:10.

Det professionella bemötandet innebär därför att vara en motpol till våldsutövaren och tydliggöra att våldet inte är acceptabelt. Det är viktigt att den våldsutsatta själv får sätta ord på sina problem, formulera vad hen vill ha hjälp med och själv välja hur hen vill gå vidare. Vid ett gott bemötande ska personalen också berätta om vanliga sätt att reagera på vid olika sorters övergrepp och om vilket psykologiskt stöd som går att få.⁷⁷

Att fråga på rutin eller vid indikation

Att fråga om våldsutsatthet kan göras på olika sätt. Att fråga vid misstanke är att fråga på *indikation*. Att istället fastställa vilken personal som ska fråga vid på förhand specificerade tillfällen innebär att fråga *rutinmässigt*. Rutinmässiga frågor om våldsutsatthet kan ställas i anslutning till andra frågor som rör patientens hälsa och livssituation. Vårdpersonalen ska då ge patienten en kort bakgrund till varför frågorna ställs – det vill säga att våld är så vanligt att det är ett folkhälsoproblem och kan påverka såväl fysisk som psykisk hälsa på kort och lång sikt. När frågor om våld sedan ställs är det också viktigt att personalen ger exempel på olika beteenden som är att betrakta som fysiskt, psykiskt och sexuellt våld.⁷⁸

Nationellt centrum för kvinnofrid har sedan flera år belyst vikten av att rutinmässigt ställa frågor om våld som en del av anamnesen (patientens sjukdomshistoria).⁷⁹ I rapporten *Uppsalamodellen* konstaterar de att ”genomförande av behandling för exempelvis depression, långvariga smärttillstånd eller beroendesjukdomar utan att ställa frågor om våldsutsatthet kan inte betraktas som god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen.”⁸⁰ Detta kan ses mot bakgrund av Socialstyrelsens dödsfallsutredningar där utredningen som publicerades 2018 visar att 20 av 21 vuxna brottsoffer hade haft minst en kontakt med hälso- och sjukvården året innan de dödades och att kontakten ofta varit omfattande. Den största brist som Socialstyrelsen identifierar är att frågor om våldsutsatthet inte hade ställts rutinmässigt eller då patienten hade visat tecken på våldsutsatthet, såsom skador eller genom att själv beskriva relationen till gärningspersonen som konfliktfylld.⁸¹ För att fler våldsutsatta ska identifieras förespråkar även Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer rutinmässigt frågande i samtliga av vårdens verksamheter.⁸² Västra Götalandsregionen bedriver ett systematiskt arbete med att implementera arbetssättet (se kapitel 6). En fördel med att fråga rutinmässigt istället för indikativt, och att tydligt informera om att frågor ställs till *alla* patienter, är att ingen patient behöver känna sig utpekad. Studier visar

Not. 77. Grände & Lundberg, 2009; Nationellt centrum för kvinnofrid, B.; Wade, 1997.

Not. 78. Se exempelvis Nationellt centrum för kvinnofrid, C.

Not. 79. Se exempelvis Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010.

Not. 80. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2017.

Not. 81. Socialstyrelsen, 2018.

Not. 82. Västra Götalandsregionen, u.d.

att få patienter tar illa upp av att få frågan, och att det rutinmässiga frågandet gör det möjligt att identifiera utsatta som inte uppvisar några tecken.⁸³ Kvinnojournalers och kommunala stödverksamheters erfarenhet visar också att det faktum att någon faktiskt frågade, såg och sa något, ofta var avgörande för att en utsatt till slut kunde undkomma våldet. En utmaning är att det kan vara svårt att skapa utrymme för frågor om våld i patientmötet, och att personal kan behöva avsätta tid för reflektion och handledning.⁸⁴

Stora kostnader för individ och samhälle

Konsekvenserna av våld ses på såväl individnivå som samhällsnivå. Utöver ohälsa kan våldet få betydande sociala och ekonomiska konsekvenser. En svensk studie från 2017 visar att de som behövt söka vård på grund av våldsutsatthet oftare förlorar sitt arbete. Den visar även att inkomsten hos dessa våldsutsatta kvinnor och män i genomsnitt sjunker med 25 respektive 14 procent under den åttaårsperiod som följer tillfället för utsatthet.⁸⁵

De kostnader som våld genererar på samhällsnivå är svåra att definiera och mäta.⁸⁶ Enligt en uppskattning av Socialstyrelsen år 2006 uppgick samhällskostnaderna för mäns våld mot kvinnor till ungefär sex miljarder varje år, varav hälften av kostnaden härrör från våld som sker i nära relationer.⁸⁷ Såväl Socialstyrelsen som Nationellt centrum för kvinnofrid påpekar dock att denna uppskattning underskattar de verkliga kostnaderna då många indirekta långsiktiga kostnader exkluderas.⁸⁸ Nationellt centrum för kvinnofrid lyfter fram att beräkningarna varken omfattar konsekvenserna för de minst 150 000 barn som växer upp i en hemmiljö där våld förekommer⁸⁹ eller de kostnader våldet orsakar inom psykiatri. I *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat förtryck*⁹⁰ gjordes en kostnadsuppskattning som tog hänsyn till påverkan på livskvalitet. Denna uppskattade de samlade kostnaderna för könsrelaterat våld till över 45 miljarder kronor per år⁹¹, varav knappt 40 miljarder relaterades till kvinnors utsatthet.

Not. 83. Socialstyrelsen, 2002; Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010; Wendt & Svensson, 2018.

Not. 84. Socialstyrelsen, 2002; Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010; Wendt & Svensson, 2018.

Not. 85. Ornstein, 2017.

Not. 86. SOU 2015:55.

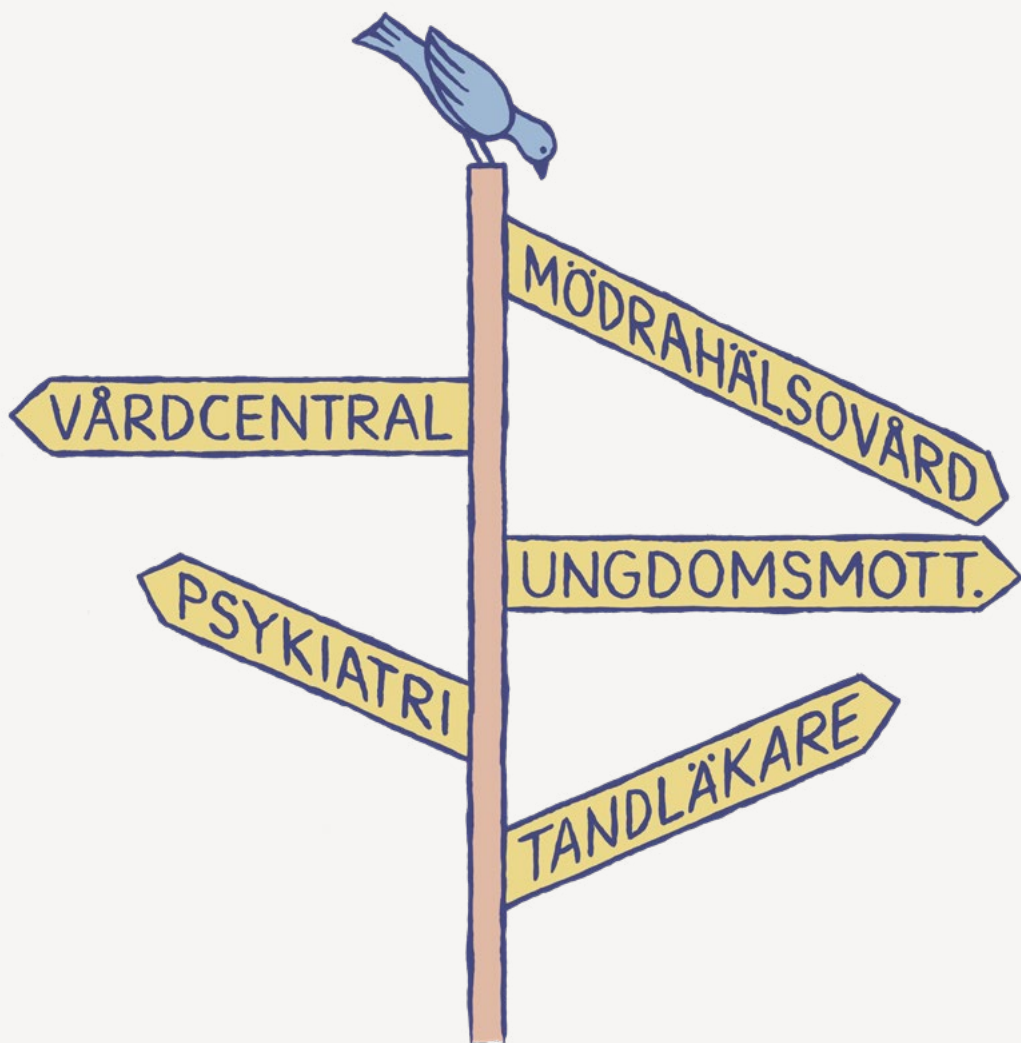
Not. 87. Socialstyrelsen, 2006; Sex miljarder år 2004 – den prisnivå beräkningarna baseras på – motsvarar drygt sju miljarder år 2020 enligt Statistiska centralbyråns (2020) prisomräknare baserad på årsmedeltal av konsumentprisindex.

Not. 88. Nationellt centrum för kvinnofrid, 2020; Socialstyrelsen, 2006.

Not. 89. Frenzel, 2014.

Not. 90. SOU 2015:55.

Not. 91. Baserat på penningvärdet år 2012. Omräknat till 2020 års penningvärde uppskattas kostnaden till 48,5 miljarder kronor (Statistiska centralbyrån, 2020).



Vården för våldsutsatta skiljer sig över landet

Hur arbetar hälso- och sjukvården idag? Kartläggningens drygt 40 intervjuer ger en översikt över de insatser och vårdverksamheter som våldsutsatta kan komma i kontakt med. Här beskrivs också det övergripande arbete som drivs i alla regioner för att utveckla kunskap och arbetssätt.

Våldsutsatta kommer i kontakt med hälso- och sjukvården och tandvården på många olika sätt. Stödet till våldsutsatta går därför inte att avgränsa till utvalda delar av vården. I kartläggningens intervjuer påtalas att våld är så vanligt att utsatta patienter sannolikt går att finna i samtliga av vårdens verksamheter.

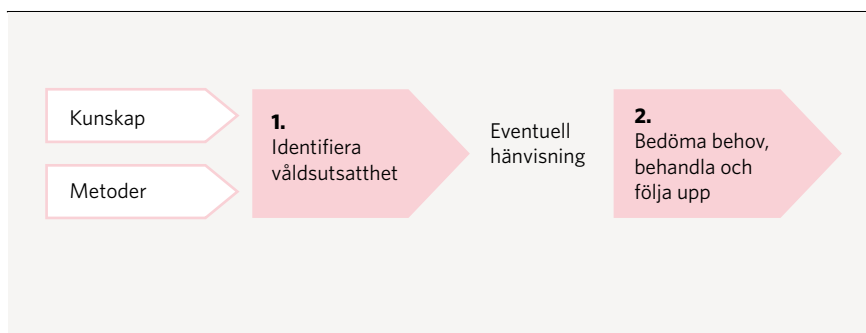
Alla regioner har regionövergripande stöddokument i syfte att vägleda och skapa struktur för arbetet med patienter som utsatts för våld. Dokumenten har olika omfång och namn – de kallas exempelvis för vårdprogram, medicinska riktlinjer eller handlingsplaner inom området våld i nära relationer – men fungerar alla som *riktlinjer*. Västra Götalandsregionen har även en särskild riktlinje för arbete mot hedersrelaterat våld och förtryck.⁹² Hur praktikinära riktlinjerna är varierar mellan regioner. Men samtliga är framtagna som utgångspunkt för lokala rutiner och för att underlätta omhändertagandet av

Not. 92. Se Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, u.d.

patientgruppen. Vissa riktlinjer klargör även ansvarsfördelningen inom hälso- och sjukvården och gentemot andra huvudmän. För att möjliggöra detta innehåller de ofta information om hur våld kan yttra sig och hur det kan påverka den som blir utsatt; symptom och indikationer att vara uppmärksam på; hur ett bra bemötande går till; hur man kan ställa frågor om våld (samt lämpliga följdfrågor); hur handläggning, hänvisning och dokumentation ska gå till samt information om orosanmälan för barn. Riktlinjerna kan också ge konkreta förslag på hur en lokal rutin för att praktiskt implementera riktlinjen kan se ut.

I det här kapitlet beskrivs vården för personer som utsatts för våld utifrån en vårdkedja med två övergripande steg. Stegen ser relativt lika ut oavsett om patientens utsatthet är pågående eller ligger längre tillbaka i tiden. I det första steget identifierar vårdpersonal att personen har erfarenhet av våld; att identifiera våldsutsatthet är nödvändigt för att kunna hänvisa vidare eller på annat sätt omhänderta vård- och stödbehov. I det andra steget genomförs insatser som stöd, behandling och uppföljning. På ledningsnivå utvecklas kunskap och metoder som kan stärka kvaliteten i den vård och det bemötande patienten får i de olika stegen.

FIGUR 5. Vårdkedja



Första kontakt kan ske i alla verksamheter

Våldsutsatthet kan identifieras på olika sätt beroende på om patienten söker akut eller en längre tid efter att hen blivit utsatt. De intervjuade betonar att majoriteten av alla våldsutsatta inte söker vård akut på grund av kroppsskador, utan oftare söker i ett icke akut skede på grund av *andra* besvär. Det är då vanligt med diffusa symtom, som smärta i huvud, mage eller rygg, sömnsvårigheter eller nedstämdhet. Hos barn som upplever eller upplevt våld uppges huvudvärk, magsmärter, sömngång, koncentrationssvårigheter och sömnstörningar som vanliga orsaker till kontakter med vården.

Våldsutsatta patienter söker vård inom en rad verksamheter som vård- eller hälsocentraler, mödra- och barnhälsovårdens mottagningar, rehabiliterings- och habiliteringsmottagningar, smärt-, akut- och psykiatriska mottagningar, på barn- och ungdomskliniker, ungdomsmottagningar, kvinnokliniker eller tandvårdens mottagningar.

FIGUR 6. Exempel på verksamheter där våldsutsatthet aktualiseras

Primärvård	Mottagning i barnhälsovård
	Mottagning i mödrahälsovård
	Rehabiliteringsmottagning
	Ungdomsmottagning
	Vård- eller hälsocentral
Tandvård	Tandläkarmottagning
Specialistvård	Akutmottagning
	Barn- och ungdomsklinik
	Habiliteringsmottagning
	Kvinnoklinik
	Psykiatrisk mottagning
	Smärtmottagning

Personer som söker kontakt med hälso- och sjukvården i ett akut skede efter att de blivit utsatta för våld söker ofta vård på en akutmottagning. När det gäller sexuellt våld har ett mindre antal regioner inrättat särskilda akutmottagningar eller akutteam – Akutmottagningen för våldtagna i Region Stockholm, teamet för sexuellt våldsutsatta i Region Sörmland (se även fallstudie i kapitel 5) och Kvinnofridsmottagningen i Region Uppsala. I andra regioner omhändertas dessa patienter i regel på en kvinnoklinik eller kirurgklinik (det senare gäller män).

Även vid akuta vårdbesök är det vanligt att patienter inte berättar vad de har blivit utsatta för. Därför är det viktigt att personal ställer frågor om våldsutsatthet till patienter med kroppsliga skador.

Alla verksamheter frågar inte på rutin

Samordnare och experter påpekar att olika verksamheter frågar patienter om våld i olika stor utsträckning. I enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter förespråkar regionernas riktlinjer att vårdpersonal i samtliga verksamheter ska ställa frågor om tidigare och pågående våld när misstanke om utsatthet väcks under patientmötet, och att frågan ska ställas i enrum. Det saknas ofta möjlighet att på ett systematiskt sätt följa upp i vilken grad medarbetare och verksamheter ställer frågor om våld, men de intervjuades erfarenhet är att det varierar stort.

I ett mindre antal vårdverksamheter runtom i landet ska frågor om våld ställas på rutin istället för vid indikation. Flera regioner har fastställt riktlinjer om att rutinmässigt ställa frågor om våld i verksamheter som enligt forskning och erfarenhet har större andel patienter som är eller har varit utsatta för våld. Det handlar ofta om smärt- och rehabiliteringsmottagningar, barn- och ungdomspsykiatri samt vuxenpsykiatri, och utvalda ungdomsmottagningar. Av intervjuerna framkommer dock att dessa beslut implementeras i mycket varierande utsträckning. Även mödrahälsovården ska ställa frågor om våldsutsatthet till alla gravida kvinnor i samtliga regioner, vilket också görs i stor utsträckning. I Graviditetsregistrets årsrapport för år 2019 framkommer att 93 procent av alla kvinnor som födde barn tillfrågades om erfarenheter av våldsutsatthet.⁹³ Av Graviditetsregistrets rapport går det dock bara att utläsa att den gravida tillfrågats om våldsutsatthet, inte vad utfallet av frågan blev. I ett antal regioner har pilotprojekt genomförts för att testa rutinmässigt frågande om våld i utvalda verksamheter. Ett sådant pilotprojekt beskrivs närmare i det lärande exemplet från Region Dalarna i kapitel 5.

Not. 93. Graviditetsregistret har mycket hög täckningsgrad (98,5 procent) och enligt registrets senaste årsrapport uppnådde nio regioner det nationella målvärdet om 95 procent (Graviditetsregistret, 2019).

Av intervjuerna framkommer att medarbetare i verksamheter som ställer frågor om våld på rutin ofta verkar bli mer bekväma med att ställa frågorna och snabbt inser hur utbredda erfarenheterna är bland patienter. Erfarenheterna från pilotprojekten har varit att personal många gånger fortsatt att fråga rutinmässigt även efter att projekten avslutats – de som frågar mer identifierar fler. Som en samordnare uttrycker det: ”Vi upptäckte att de som har börjat jobba med frågan fortsätter!” En annan lärdom som lyfts är att rutinmässigt frågande måste utgå från verksamhetens arbetssätt för att fungera i praktiken; det behövs en lokal rutin för vilken personal som ska fråga patienten och vid vilka definierade tillfällen frågan ska ställas.

Skiftande behov hos patienter

Patienters berättelser om våldsutsatthet ser mycket olika ut och behovet av vård och stöd påverkas delvis av om situationen är akut eller om det handlar om tidigare erfarenheter. Vid pågående våld kan patienten utöver vård- och stödinsatser från hälso- och sjukvården behöva skydd och insatser av polis, rättsväsende och socialtjänst. I dessa situationer står patientens säkerhet i fokus. När det gäller våld som skett tidigare i livet ligger hälso- och sjukvårdens fokus vid att behandla *hälsokonsekvenser* av våldsutsatthet, där en viktig del är att hjälpa patienten att identifiera sina erfarenheter som erfarenheter av våld och att förstå hur de hänger samman med ohälsan. Intervjuade understryker att kunskap om sambandet mellan tidigare erfarenheter av våld och senare psykisk och fysisk ohälsa kan vara av mycket stor betydelse för den utsattas läkeprocess.

För många som varit utsatta för våld under lång tid, eller som levt med sina hälsomässiga besvär under lång tid, kan det kännas påfrestande att direkt hänvisas vidare till en annan vårdgivare eller aktör. För dessa patienter kan ett första steg till en förbättrad hälsa vara ett gott bemötande där de får sin berättelse och upplevelse bekräftad. Det innebär att den utsatta får en positiv social respons. Flera intervjuade som arbetar med utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal rekommenderar därför att vårdpersonal som identifierar utsatthet bokar in ett uppföljande besök, så att patienten får möjlighet att reflektera över sin situation och sina behov tillsammans med den person hen först berättade för. Vid det uppföljande besöket kan patienten vid behov hänvisas vidare till relevant verksamhet inom region eller kommun och få kontaktuppgifter till Kvinnofridslinjen och lokala kvinnojourer. Det går inte att utifrån intervjuerna bedöma hur vanligt det är att hälso- och sjukvårdens medarbetare bokar in uppföljande besök när en patient berättar om våldsutsatthet, men flera menar att kunskapen om detta behov generellt inte är spridd i verksamheterna.

Psykosociala enheter och avdelningsknutna kuratorer

De patienter som berättar för vårdpersonal om erfarenheter av våld och som önskar fortsatt stöd och behandling hänvisas i regel vidare som ett nästa steg. Enligt de intervjuade hänvisas de som sökt sig till specialistvården vanligtvis till avdelningsknutna kuratorer, medan de som sökt inom primärvården hänvisas till primärvårdens psykosociala enheter. Patienter som redan har en etablerad kontakt med psykiatrien hänvisas i regel inte vidare utan fortsätter sin behandling i samma verksamhet.

Stöd och behandling varierar

Det finns en stor variation i vårdbehoven hos patientgruppen. Enligt de intervjuade är det för vissa patienter tillräckligt med ett eller ett fåtal besök hos, och ett bekräftande bemötande från, den vårdgivare som hen initialt berättat om sina erfarenheter för. Samtidigt har en betydande andel av de personer som utsatts för våld ett behov av ytterligare stöd och behandling.

För de patienter som behöver stöd och behandling kan stödsamtal hos kurator i vissa fall vara tillräckligt. Större vårdbehov kan omfatta behov av behandling hos psykolog eller psykoterapeut. Detta erbjuds i regel inom de psykosociala teamen i primärvården eller inom vuxenpsykiatrien, alternativt barn- och ungdomspsykiatrien. Patienter med behov av behandling för posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) behandlas oftast inom specialistpsykiatrien. I vissa regioner kan även primärvården svara för behandling av PTSD. En stor andel av de intervjuade berättar dock att de ser tillgången till de här stöd- och behandlingsformerna som ett lokalt förbättringsområde. Det gäller särskilt tillgång till olika former av traumabehandling, där väntetiderna är långa. Även tillgången till samtalsstöd hos kurator uppges variera då inte alla kuratorer erbjuder stöd för erfarenheter av våld.

Enstaka regioner har specialiserade verksamheter som riktar sig till personer som utsatts för våld. Ett exempel är ASTA-mottagningen i Region Västerbotten som har specialiserat sig på behandling för patienter som lever med psykisk ohälsa efter sexuellt våld. Två andra är de tidigare nämnda Kvinnofridsmottagningen i Uppsala, som erbjuder krisbehandling och stödsamtal till den som utsatts för våld, och teamet för sexuellt våldsutsatta i Region Sörmland.

I vissa fall involveras andra aktörer

När det gäller att hänvisa till socialtjänstens stöd lyfter personer som intervjuats en viss variation mellan olika vårdverksamheter. Patienten kan hänvisas till socialtjänsten till exempel om vårdpersonal ser behov av riskbedömning, och vid orosanmälan för barn ska socialtjänsten kontaktas direkt. Några samordnare berättar att antalet orosanmälningar för barn varierar mellan verksamheter, även om verksamheterna är jämförbara: ”Vi har övergripande kommunikation med socialtjänsten och ibland ser vi att verksamheter gör färre anmälningar än vad vi tror är rimligt utifrån genomsnittet. Då följer vi upp med verksamheten och ser om de kan stärka sina rutiner.” När det gäller vuxna lyfter de intervjuade att det är relativt ovanligt att vården identifierar behov av akut skydd hos patienten, men att det kan vara livsavgörande när det behövs.

Av intervjuerna framgår att befintliga verktyg för att underlätta samordning med socialtjänsten används i varierande utsträckning. Det tycks finnas en outnyttjad potential i samordnad individuell plan (SIP), som enligt hälso- och sjukvårdslagen ska användas när patienten har behov av samordnade insatser från såväl hälso- och sjukvård som socialtjänst.⁹⁴ De intervjuade personer som använder SIP i arbetet med våldsutsatta beskriver det som ett kraftfullt verktyg eftersom det är en del av vårdens ordinarie struktur. De lyfter även att SIP kan spara mycket tid efter att den initiala tidsinvesteringen är gjord. SIP underlättar för patienten att få det stöd hen behöver och bidrar till en förbättrad och ofta mindre vårdkrävande livssituation. SIP lyfts också fram som ett effektivt samordningsverktyg eftersom det gör att medarbetare hos de båda huvudmännen får ”ett ansikte på varandra” – vilket stimulerar samverkan och tätare kontakt.

”Många som inte använder SIP säger att det tar tid, men jag jobbade så redan innan SIP fanns, alltså när jag var vuxenpsykiater. För om vi la en och en halv timme på att planera, så behövde jag inte träffa patienten lika mycket sen – om patienten får rätt stöd frigörs tid på sikt! Men det innebär att man som behandlare måste möta nya människor som har andra uppdrag än en själv. Det kan kännas obehagligt för vissa, för det betyder ju att man tappar en del kontroll.”

– Expert

Not. 94. 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30).

Vad är SIP?

SIP, som står för *samordnad individuell plan*, är ett samordningsverktyg som kan underlätta för personer som behöver stöd från flera olika aktörer samtidigt. Planen ger överblick och gör det lättare att samarbeta och se vilka insatser som ger bästa möjliga effekt. För att ett SIP-arbete ska startas behöver den som planen handlar om ge sitt samtycke.

Planen svarar på frågan: *vem gör vad och när?* I en SIP ska det därför framgå:

- vilka insatser som behövs för att tillgodose individens behov
- vilka insatser respektive huvudman ska ansvara för
- vilka åtgärder som någon annan än kommunen eller regionen ska vidta
- vem av huvudmännen som ska ha det övergripande ansvaret för planen.

Hälso- och sjukvårdslagen respektive socialtjänstlagen beskriver vad en SIP ska innehålla och att personen det gäller själv ska vara med i arbetet med planen. När man bedömt att en SIP behövs ska arbetet med planen påbörjas snabbt. Det finns inget som hindrar att man gör mer än vad lagen kräver – lagen markerar lägstanivån.⁹⁵

Regionövergripande insatser för att utveckla arbetssätten

En våldsutsatt patient kan komma att träffa många olika medarbetare inom många olika verksamheter. För att säkerställa kontinuerlig utbildning av medarbetare, uppdatering av riktlinjer och rutiner samt uppföljning så har alla regioner inrättat en roll eller övergripande verksamhet med särskilt ansvar för regionens arbete för våldsutsatta.

I de flesta regioner är det en tjänsteperson (samordnare, strateg eller motsvarande) som arbetar med detta. Ett mindre antal regioner har kompetenscentrum där såväl tjänstepersoner som kliniskt verksamma personer arbetar med vårdpersonalens kompetensutveckling. Bland dessa kompetenscentrum finns Nationellt centrum för kvinnofrid i Region Uppsala, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer och Region Sörmlands Kompetenscentrum mot våld i nära relationer. Finansieringen av den samordnande funktionen varierar; vissa finansieras med statliga utvecklingsmedel medan andra huvudsakligen finansieras som ordinarie verksamhet. De flesta samordnare tillhör en annan förvaltning än hälso- och sjukvården, ofta en stödfunktion, och ger stöd på förfrågan från chefer inom hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Not. 95. 16 kap. 4 § hälso- och sjukvårdslag (2017:30); Uppdrag psykisk hälsa (u.d.).

Samordnare och kunskapscentrum stöttar verksamheterna

Samordnarnas och kunskapscentrens arbetssätt varierar mellan regionerna, men de flesta ansvarar för att i) ta fram och uppdatera regionala riktlinjer, ii) stötta verksamheter att utveckla och implementera lokala rutiner, iii) utbilda vårdpersonal samt iv) ta fram stödmaterial som kan underlätta för vårdpersonalen i patientmötet eller som kan delas ut i väntrum. Många samordnare berättar att de har fokuserat på att implementera regionens riktlinjer. En av de intervjuade sammanfattar: ”Vi insåg ju att det inte räcker med att säga ’här har ni ett dokument’. Därför lanserade vi också ett separat spår för implementering i verksamheterna. Vi har också tagit fram patientinformation om att vi jobbar med detta.” Två typer av enkla stödmaterial som lyfts fram som extra användbara är affischer att sätta upp i väntrum och små plastkort som kan stödja vårdpersonal att ställa frågor om våld på ett bra sätt. Affischerna berättar att verksamheten frågar om våld rutinmässigt, så att patienten är förberedd och inte behöver känna sig utpekad.

I vissa regioner bistår samordnarna även kliniskt verksam personal i enskilda patientfall, där personal känner sig osäker på hur en patients behov ska omhändertas. Flera samordnare arbetar även tillsammans med en arbetsgrupp, där medlemmarna är representanter för, och kliniskt verksamma inom, olika verksamheter som akutmottagning, kvinnoklinik, ungdomsmottagning, mödrahälsovård, primärvård eller tandvård. Arbetsgruppen ses vanligen några gånger per termin.

Många samordnare deltar också i de forum för myndighetssamverkan som Länsstyrelsen leder i respektive län. Vilka huvudmän som deltar varierar mellan regioner, men vanligtvis deltar ett urval av Polisen, Åklagarmyndigheten, Migrationsverket, Försäkringskassan samt kommunerna. Samordnare delar också kunskap via det regionnätverk som hålls av Nationellt centrum för kvinnofrid.

Utbildning av vårdpersonal står i centrum

När det gäller utbildning av vårdpersonal arbetar samordnarna på olika sätt. En gemensam nämnare är dock att de vanligen håller i eller på annat sätt organiserar utbildning för AT- och ST-läkare. För övriga medarbetare håller de antingen stående basutbildningar för personal från olika verksamheter ett antal gånger om året, eller verksamhetsförlagd utbildning då enhets- eller verksamhetschef efterfrågar det. Utbildningarna fokuserar överlag på hur våld kan yttra sig, våldets hälsokonsekvenser, hur man kan samtala med patienter om våld på ett bra sätt, hur patientmötet ska dokumenteras och hur vidare hänvisning ska gå till. Flera samordnare lyfter att det är en stor fördel att nyexaminerad vårdpersonal numer har med sig kunskap om våld och dess konsekvenser från sin grundutbildning.⁹⁶ Överlag bedömer många samordnare att kunskaps- och metodutvecklingen går i rätt riktning. Även om de flesta hade önskat att utvecklingen gick snabbare påtalar vissa regioner att de ser en förändring även i utvecklingstakten:

”När jag började för drygt tre år sedan visste ingen vad det här kunskapsområdet innebar. Nu arbetar jag med att implementera omfattande riktlinjer i hela regionen, jag föreläser och hjälper verksamheter att skapa rutiner för hur de kan fråga och hänvisa vidare. Många medarbetare tycker det är skönt att få en givande förklaring till saker som ”skavt” innan.”

– Samordnare

Många belyser att verksamhetsledningens engagemang i frågan är avgörande för att kunna utbilda medarbetare på bred front och för att medarbetare ska få bra förutsättningar att omsätta sina kunskaper i patientmöten. Enligt intervjupersonerna varierar engagemanget mycket mellan verksamheter, också inom samma region. Verksamhetsförlagd utbildning som efterfrågats av chef ger personalen stärkta förutsättningar att relatera till och omsätta kunskaper i patientmötet: ”Bäst effekt ser vi när vi har utbildningar som är verksamhetsnära. Då kan personalen koppla de insikter de får till reella fall.” Chefer på förvaltningsnivå lyfts också fram av många intervjuade – de kan både bromsa och öka på utvecklingstakten. En samordnare berättar: ”Vi har en utvecklingsdirektör som bidragit med ett fantastiskt stöd. Hen lyssnar in och ser inte hinder och problem utan vägar framåt. Hen fungerar som ett språkrör på den högre chefsnivån och det gör stor skillnad för mitt arbete.”

Not. 96. Högskoleförförordning (1993:100). Kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer infördes som examenskrav för ett flertal vårdyrken när högskoleförförordningen reviderades år 2017/18.

Flera samordnare säger att de satsar på de verksamheter som visar intresse för att ligga i framkant och som kommer på kreativa lösningar för att implementera idéer. De menar att detta kan vara ett effektivt sätt att förbättra arbetssätt som sedan kan spridas till andra verksamheter. Exempel på mottagningar som lyfts fram är kirurgavdelningar och kvinnokliniker, samt sådana som gör akuta bedömningar av vårdbehov:

”Små förändringar kan leda till stora förbättringar. Oftast är det bättre att fokusera på dem som vill satsa istället för på eftersläntrarna. Vi har en gynmottagning som inte längre låter partner vara med på triage, så nu kan de ställa frågor om våld där. Ambulansen har börjat ställa frågor om våld i bilen – om en partner är med får hen åka fram i bilen istället för där bak. Ambulansen kan ju också få inblick i folks hemmiljö och stämningen där, vilket kan göra att de ser behov av att ställa frågor.”

– Samordnare



Sex utmaningar i vården av våldsutsatta

Vad gör det svårt att tillgodose patientens behov? Kartläggningen har identifierat sex utmaningar att särskilt fokusera på i arbetet med att stärka vården för våldsutsatta. Utmaningarna utgår både från de förutsättningar som präglar det patientnära arbetet och från hälso- och sjukvårdens övergripande organisering.

Patientens behov är ofta dolda

Patienten berättar sällan om sina erfarenheter av våld i möten med vårdpersonal. Det kan bero på flera saker, men det är vanligt att personen inte relaterar sina fysiska eller psykiska besvär till erfarenheter av våld. Det kan bero på att personen utsattes för våld för en lång tid sedan, eller att personen inte tänker på sina nuvarande eller tidigare erfarenheter i termer av utsatthet för våld. Därför är det viktigt att personalen ställer frågor som kan hjälpa personen att berätta om sina upplevelser och sätta dem i relation till sin ohälsa. Personalen behöver även vara medveten om att det är vanligt att patienten behöver tid på sig för att kunna reflektera över sina erfarenheter och känna sig trygg med att svara på frågorna. Det betyder att patienten kan behöva få frågor om våld vid flera tillfällen.

Under arbetet med kartläggningen har det framkommit att dessa aspekter kan göra att medarbetare med mindre vana av att föra samtal om våld upplever samtalen som utmanande. De behöver därför stöd av chef och kollegor och ökad kunskap om hur våld kan påverka den som blir utsatt, samt tydliga rutiner för när och hur frågor om våld ska ställas. Eftersom vårdpersonalens övriga utbildning och arbetssätt i stor utsträckning syftar till att snabbt identifiera och vidta rätt åtgärder kan vårdpersonal även behöva kollegialt stöd för att känna sig trygg med att ge patienten den tid hen behöver. Det vill säga, att ge patienter som inte är i behov av akut skydd tid att reflektera över och därefter själva komma fram till hur de vill gå vidare utifrån sin egen förståelse av sin situation.

Patienter som har särskilda behov eller en dubbel problematik, till exempel psykisk sjukdom, beroendeproblematik eller funktionsnedsättning kan behöva stöd för att få bra förutsättningar att samtala med vårdpersonal om våldsutsatthet. Flera intervjuade lyfter att våldsutsatthet till exempel är vanligt inom habiliteringen, och att patienter där kan behöva bildstöd för att berätta om sina erfarenheter. Bildstöd kan även vara ett bra komplement till verbala frågor när barn, nyanlända och personer som har språksvårigheter får frågor om våld. Inom specialistpsykiatri kan särskild hänsyn behöva tas till de kognitiva svårigheter som exempelvis en beroendeproblematik kan ge upphov till.

Inte bara behoven hos våldsutsatta vuxna kan vara dolda. Vid misstanke om att barn utsatts för eller bevittnat våld är hälso- och sjukvården skyldig att göra orosanmälan, vilket av personalen kan upplevas som utmanande då det riskerar att skada den eventuellt våldsutsatta patientens förtroende.

Det kan vara svårt att prioritera samtal om våld

Många patientmöten sker under tidspress. Behovet av prioriteringar är därför stort. Det gäller särskilt i primärvården, där ett besök ofta varar i omkring tjugo minuter. Att samtala med patienten om våld kräver ofta tid, då det är viktigt att ge patienten stöd att berätta och ge exempel på vilka beteenden som ska betraktas som våld. I vissa regioner och verksamheter används dock blanketter med definierade och validerade frågor om våld som patienten får fylla i före besöket som ett sätt att möta denna utmaning. Då kan vårdpersonalen snabbt läsa av blanketten och istället ställa lämpliga följdfrågor under själva besöket.

Om patienten och medarbetaren inte talar samma språk kan det krävas extra planering för att genomföra samtal om våld på ett bra sätt. I dessa fall behöver en tolk bokas in före besöket eftersom medföljande inte får användas som tolk i samtal om våld. Även om tolken inte behöver vara på plats i undersökningsrummet utan kan medverka via telefon så kräver situationen att medarbetaren förutser detta behov.

Eftersom det i regel saknas krav på att ställa rutinmässiga frågor om våld kan tidsbrist och behov av prioriteringar medföra att frågorna inte ställs. Även i de regioner som upprättat striktare riktlinjer för rutinmässigt frågande framgår att systematiken i hur verksamheterna arbetar med detta varierar. Det framkommer dock också att många medarbetare känner ett stort ansvar för att samtal om våld ska hanteras på ett bra sätt. Intervjupersonerna menar att medarbetare ofta "tror att man behöver göra mer än man faktiskt behöver." Det kan innebära att medarbetare underskattar sin förmåga och sina förutsättningar att ställa frågor och omhänderta patientens svar och behov – i ett första steg är det till stor hjälp bara att den utsatta får möjlighet att sätta ord på sina erfarenheter.

Vårdens digitalisering och patientmöten på distans skapar också nya utmaningar. Medan arbetssättet kan ge fördelar som ökad effektivitet och minskade transportsträckor, kan distansmöten göra det svårare för vårdpersonalen att läsa av situationen. Å ena sidan utövas våld ofta i hemmet och om patienten har få kontaktytor utanför hemmet kan det vara särskilt motiverat att fråga om våld. Å andra sidan kan vårdpersonalen inte säkerställa att patienten är ensam, och frågor kan då vara förenade med risk för patientens säkerhet. Generellt gäller att frågor om våld *inte* ska ställas om det inte går att säkerställa att patienten är ensam.

När systematiken i frågande om våldsutsatthet varierar finns en risk att vården inte blir jämlik, eftersom patientens möjlighet att berätta om sin utsatthet då kan påverkas av vilken verksamhet eller medarbetare patienten söker vård hos. En expert sammanfattar hur hon upplever att den vårdpersonal hon arbetar med ser på sin arbetssituation:

"Alla talar om resurser, att vården är pressad och att man inte har tillräckligt med tid för patienter. Men jag tror att många medarbetare har dubbla känslor – man jobbar i den pressade vårdverkligheten och vet att man borde fråga samtidigt som man vet att det ger merarbete. "Det är klart att det är jobbigt och tar tid, men det är ändå mitt uppdrag" har jag hört personer säga."

-Expert

Ansvarsfördelningen är ofta otydlig

Eftersom våldsutsatthet inte är en sjukdom kan det vara en utmaning att avgöra vilken eller vilka verksamheter som ska omhänderta behovet av stöd och behandling. Det är särskilt svårt om det på regional nivå saknas riktlinjer som förtydligar ansvarsfördelningen mellan huvudmän och hur intern samverkan inom hälso- och sjukvårdens olika delar ska koordineras. Den vanligaste första insatsen är stödsamtal hos kurator inom den verksamhet där patienten först berättat om sina erfarenheter av våld. Vid behov av ytterligare behandling, exempelvis traumabehandling, kan det dock vara otydligt om denna ska ske i primärvården eller specialistpsykiatri. I intervjuer ges exempel på hur patienter som främst har behov av ett fåtal stödjande samtal remitteras till specialistpsykiatri, och att det där sedan görs en annan bedömning av patientens vårdbehov som innebär att hen hänvisas tillbaka till primärvården. I dessa situationer uppstår risker för patientens mående, och i vissa fall säkerhet, särskilt i de fall där hen behöver vänta en längre tid för att få komma till behandling.

Ansvar för långvariga insatser är inte heller tydligt fördelat mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det beror på att det kan vara svårt att dra en tydlig gräns mellan psykosocialt stöd, psykosocial behandling och psykologisk behandling, samtidigt som det är tydligt att psykologisk behandling ska bedrivas av hälso- och sjukvård, medan psykosocialt stöd som inte är behandling kan bedrivas i kommunal regi.⁹⁷

Enligt intervjuade experter innebär de här otydligheterna särskilt stora konsekvenser för våldsutsatta patienter med omfattande men odiagnostiserade behov. I brist på diagnoser kan ansvaret för vård och behandling bli otydligt och deras omfattande vård- och stödbehov riskerar att inte få en tydlig organisatorisk hemvist. Detta riskerar att spilla över i det verksamhetsnära arbetet då det krävs större arbetsinsatser av medarbetare som arbetar i verksamheter där man på huvudmann- och enhetsnivå inte klargjort den lokala ansvarsfördelningen för olika stödbehov. I dessa verksamheter behöver medarbetare själva ta reda på hur olika patienter ska kunna få tillgång till rätt insatser. Det är en tidskrävande aktivitet som ska inrymmas i redan pressade tidsramar. Detta exemplifieras i följande citat, där en samordnare utgår från

Not. 97. 4 kap. 1 § patientsäkerhetslag (2010:659). SKR har i tidigare yttrande påtalat att gränssnittet mellan vad som är att betrakta som insatser enligt socialtjänstlagen och vad som är insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen uppfattas som otydligt av huvudmännen, samt att detta inte sällan leder till svårigheter att komma överens om hur ansvaret ska fördelas mellan kommun och region (se SKR:s yttrande dnr. 18/03111, Sveriges Kommuner och Landsting, 2018).

patienter som utsatts för sexuellt våld. Samordnaren belyser att ansvaret för vidare psykologiskt stöd efter att de kroppsliga skadorna tagits omhand är en utmaning:

”Det är ju en sak i det akuta skedet. Då ska de som är i tjänst veta vad de gör. Jag tänker långsiktigt, när man behöver hjälp efter det akuta förloppet. Vi har en organisation som tar det akuta, men det är inte tydligt definierat vad som ska hända sedan. Kommunen har visserligen en verksamhet, men de har ju inte den medicinska biten som kan vara fortsatt aktuell. De stödsamtal de kan erbjuda är även i begränsad omfattning. Sedan har vi långa väntetider på psykiatrin. Det är inte tillfredsställande som det fungerar i dag.”

–Samordnare

Att hitta rätt behandling kan vara en utmaning

Då våld kan yttra sig på många olika sätt, och drabba vem som helst, finns en mycket stor variation i behoven av vård och stöd hos dem som utsätts. Det ställer krav på medarbetares förmåga att kontinuerligt uppmärksamma varje individs unika behov och därefter anpassa stöd och behandling. Behovet av anpassning gäller särskilt vårdens psykosociala team och psykiatrin.

En del intervjuade som möter och utbildar stora grupper hälso- och sjukvårdspersonal berättar att en del verksamheter har en bild av att stödet till en våldsutsatt framför allt handlar om att omhänderta akuta behov av stöd och skydd. Det vill säga att hjälpa personen att lämna den utsatta situationen, ett ansvar som huvudsakligen faller inom socialtjänstens uppdrag. Uppfattningen kan delvis förklaras av att socialtjänsten sedan länge har ett uppdrag att ge våldsutsatta stöd och hjälp. Det är en del av förklaringen till att socialtjänstens verksamheter generellt har kommit längre i utvecklingen av arbete med våldsutsatta än hälso- och sjukvården. Intervjuade beskriver även att kuratorer i hälso- och sjukvården kan känna sig osäkra på att deras kompetens och verktyg kan möta våldsutsatta patienters behov. Detta trots att deras insatser enligt intervjupersonerna många gånger skulle vara till stor hjälp för patienten – vilket ger en outnyttjad potential. För vissa patienter kan det till exempel vara tillräckligt att bara få sätta ord på sina erfarenheter.

När det gäller hälso- och sjukvårdens sociala team kan stödet även där begränsas av att kuratorerna ibland upplever att de saknar tillräcklig kunskap och kollegialt stöd för att omhänderta behoven hos våldsutsatta patienter. Detta är problematiskt – vårdpersonal såsom läkare och sjuksköterskor behöver kunna hänvisa patienter vidare till de psykosociala teamen efter inledande samtal om våldsutsatthet. Flera samordnare uppmärksammar utmaningen – en del av dem genom att lyfta att man börjat ge riktad utbildning till de psykosociala teamen:

”De psykosociala teamen har en central roll. Verksamheterna har själva märkt det och efterfrågar utbildning. Vi har genomfört en raketvariant i två steg – vi har utbildat teamrepresentanter och de utbildar sina team. Primärvården har sedan tidigare valt att satsa på sina psykosociala team, och då utbildning som går bortom att ställa frågor om våld.”

– Samordnare

Även inom specialistpsykiatrien upplevs patientgruppens heterogena behov medföra vissa utmaningar. Behandlare såväl som samordnare berättar att pågående behandling för psykiatriska diagnoser alltför sällan tar hänsyn till om det under behandlingens gång framkommer att patienten är eller har varit våldsutsatt. Det innebär att behandlingen inte anpassas till de individuella behoven och det ökar risken för att behandlingen inte leder till en förbättring hos patienten.

I kartläggningen framkommer att kunskapsnivån varierar stort mellan olika verksamheter och ofta även mellan medarbetare vid samma verksamhet. Det betyder att patientens möjlighet att få vård och stöd utifrån en pågående eller tidigare våldsutsatthet kan bli avhängig vilken verksamhet eller medarbetare hen har kontakt med.

”Vi har stor variation mellan verksamheter. Vissa är jätteduktiga, har rutiner på plats och medarbetarna kan massor. Andra gör knappt något, tycker det är svårt att fråga och har inte en aning om vad de ska göra med svaret.”

– Samordnare

Våld gör det svårt att dokumentera på ett säkert sätt

Eftersom patientjournalen numera ofta är tillgänglig via 1177 Vårdguiden kan dokumentation i fel formulär i journalsystemet medföra större risker för patientens säkerhet än tidigare. Utmaningen är tudelad; samordnare beskriver att de både jobbar för att få personal att *alls* dokumentera frågor och svar, vilket krävs för uppföljning och för att uppfylla vårdens dokumentationskrav⁹⁸, och att dokumentera i rätt svarsmall eller använda rätt åtgärds-koder eller skyddade sökord. Att använda rätt mall, koder eller sökord är nödvändigt för att informationen ska kunna inkluderas i uppföljning. Det är också viktigt för att informationen inte ska synas via 1177 Vårdguiden, vilket skulle kunna få pågående våld att eskalera om förövaren tvingar den utsatta att visa sin journal. Säker dokumentation kräver också att ett besök – *utan* frågor om våld – dokumenteras i den journal som syns via 1177 Vårdguiden så att våldsutövaren inte fattar misstanke om att den utsatta undanhåller information. Socialstyrelsens statistik visar att 75 procent av de kvinnor som dödades av en partner har dödats i samband med uppbrott. Därför kan dokumentation på felaktigt sätt – och information som kan tolkas som ett försök till uppbrott – medföra stora säkerhetsrisker för en utsatt patient.⁹⁹

I vissa fall, särskilt när det gäller hedersrelaterat våld och förtryck, sträcker sig riskerna bortom dokumentation av själva samtalet och det svar patienten ger. Dokumentation av abort (även av tidigare abort som framkommit vid anamnes), användning av preventivmedel, graviditetstest som genomförts om patienten sökt för magsmärtor, liksom dokumentation av ett genomfört besök hos gynekolog kan medföra att våldet eskalerar. Att det samtidigt råder dokumentationskrav kan försätta medarbetare i en svår position.

”Vi vet ju sen innan att våld handlar om att försöka kontrollera en annan person. Vid hedersvåld kan ett besök på ungdomsmottagningen få våldsamma konsekvenser för den utsatta.”

–Expert

Hur dokumentation förs varierar mellan regionerna beroende på journalsystem och vilka lokala lösningar som utvecklats. De som är mer nöjda med möjligheten att dokumentera har dokumentationsstöd där personalen kan fylla i om de ställt frågor, om våldet är pågående eller har skett tidigare, om det finns barn med i bilden och om det finns åtgärder insatta. Gemensamt för de flesta regioner är dock att man fortfarande arbetar för att hitta användarvänliga

Not. 98. Patientdatalag (2008:355).

Not. 99. Socialstyrelsen, 2018.

lösningar som kan förbättra dokumentationsfrekvensen som är låg i många verksamheter. Man har ofta arbetat fram lokala lösningar, som sällan haft den funktionalitet och användarvänlighet som medarbetarna önskat. Flera samordnare uttrycker att det finns en risk att regionerna ”uppfinner hjulet på varsitt håll” – utmaningen är gemensam och få samordnare säger sig vara helt nöjda med sin lösning.

En konsekvens av utmaningarna kopplade till dokumentation är en generell brist på aggregerade dataunderlag för uppföljning. Intervjuade beskriver att denna brist kan göra det svårt för samordnare att motivera medarbetare att arbeta aktivt med frågor om våld, eftersom det utan fullständigt underlag är svårt att visa på samlade resultat av medarbetarnas insatser. Att samlade resultat saknas upplevs i sin tur försvåra beslutsfattande och prioriteringar på chefsnivå. En del av de intervjuade efterfrågar därför indikatorer som kan följas upp över tid. En sådan indikator skulle enligt dem kunna fungera både som ett incitament för ökad dokumentation och som ett redskap för att identifiera *var* hälso- och sjukvårdens arbete för personer som utsatts för våld behöver stärkas.

Systematik – en utmaning då alla berörs

Att alla verksamheter berörs gör det svårt att uppnå systematik. Socialstyrelsens föreskrifter anger att ”varje vårdgivare ska fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld.”¹⁰⁰ Det betyder att ansvarsfördelningen för våldsutsatta är spridd mellan i stort sett alla hälso- och sjukvårdens verksamheter, om än i varierande utsträckning beroende på kärnverksamhetens uppdrag. Kartläggningen visar att den spridda ansvarsfördelningen medför att det krävs ett aktivt arbete från ett stort antal aktörer för att uppnå systematik och utveckling på området. Många intervjuade belyser att ett framgångsrikt arbete för våldsutsatta kräver en balans mellan kunskap om den komplexitet som präglar kunskapsområdet och en avdramatisering av samtal om våld under patientmötet. Sett från detta perspektiv är arbetet att identifiera våldsutsatt-het i linje med hälso- och sjukvårdens övriga arbete: det handlar om att hitta orsaken till patientens ohälsa och att inte begränsa sig till patientens symtom.

Att främja ett sådant arbetssätt i det stora antalet hälso- och sjukvårdsverksamheter i varje region kräver dock engagemang hos personer med ledarroll och löpande fortbildning av ett stort antal medarbetare. Kunskapsområdena växer också, vilket bland annat syns i att Västra Götalandsregionen har en

Not. 100. 8 kap. 1 § SOSFS 2014:4.

egen riktlinje för hedersrelaterat våld och förtryck och samordnare berättar att de satsat utbildningsresurser på detta område. Sammanfattningsvis kräver utbildning att tid avsätts och många intervjuade som arbetar med utbildning framhåller att det kan vara svårt i redan pressade verksamheter. I andra fall händer det att verksamheter som önskar satsa på arbetet för våldsutsatta istället möter begränsade utbildningsresurser. Utmaningen att etablera ett systematiskt arbete ökar också med hög personalomsättning, och gör det svårare att säkerställa kontinuitet både när det gäller personalens medvetenhet och kompetens i frågorna. Det blir också svårt att komma upp till en nivå där tillräckligt många medarbetare känner sig trygga i rollen och kan ta stöd av varandra. En samordnare lyfter behovet av kontinuitet då hon säger:

”Så det är det här nötandet och allt som kommer med det. Det handlar om att vara uthållig och ha tålamod – jag brukar säga att man måste vara som en atlantångare. Jag håller grundutbildningar varje vår och utbildning ute på arbetsplatser – jag träffade säkert 800 personer förra året.”

–Samordnare

Sammanfattningsvis präglas området av viss paradox – det är både enkelt och svårt att arbeta med frågorna. Att avdramatisera samtal om våld och att sänka tröskeln för vad som får personal att agera är inte nödvändigtvis en så stor utmaning i en enskild avdelning eller verksamhet. Men eftersom frågan berör alla verksamheter är ett jämlikt bemötande mellan verksamheter beroende av regionövergripande beslut och ett tydligt ledarskap på alla nivåer.



Så kan arbetet stärkas

Hur kan vården för våldsutsatta utvecklas? Ett av kartläggningens tydligaste resultat är att engagemang behövs på alla nivåer av hälso- och sjukvårdssystemet för att förbättringsarbetet ska vara effektivt. SKR har tagit fram konkreta förslag på vad du som regionpolitiker, chefer eller som har en utvecklingsfunktion kan göra för att stärka vården för våldsutsatta.

Förtroendevald – det här kan du göra

Du som är förtroendevald kan skapa långsiktiga förutsättningar för vården att tidigt upptäcka våldsutsatta och ge rätt stöd, vård och behandling. Att frågan är tydligt prioriterad i hela hälso- och sjukvårdens organisation kan både förbättra hälsan hos patienterna och minska kostnaderna för hälso- och sjukvården och samhället i stort.

Som förtroendevald kan du

- › ta initiativ och besluta om en långsiktig strategi i regionen för hur vården ska upptäcka och ge effektiv vård och behandling till personer som utsatts för mäns våld mot kvinnor, våld i nära relation och hedersrelaterat våld
- › verka för att strategin utgår från ordinarie verksamhet och system, och möjliggör samverkan med socialtjänsten, exempelvis genom att etablera samverkansavtal med kommuner eller kommunförbund
- › möjliggöra långsiktig finansiering så att strategin kan implementeras på ett systematiskt sätt över tid
- › planera för och efterfråga uppföljning av strategin; efterfråga återrapportering från respektive förvaltning
- › samarbeta kontinuerligt med förvaltningar och enheter för att stärka växelverkan mellan politik och linjeorganisation; ta fram motioner som kan driva arbetet vidare.

Stärkt kunskapsstyrning av hälso- och sjukvård – förbättrad vård för våldsutsatta

Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård är namnet på vårdens gemensamma system för jämlik, effektiv vård av hög kvalitet. Kunskapsstyrningssystemet handlar om att utveckla, sprida och använda bästa möjliga kunskap, och omfattar: *kunskapsstöd, uppföljning och analys* samt *stöd till verksamhetsutveckling och ledarskap*. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte.

Kunskapsstyrningen är ett gemensamt arbete mellan regionerna med stöd från SKR. Arbetet sker på tre nivåer: den *nationella* nivån ska underlätta samverkan mellan huvudmännen och myndigheter, bland annat så att det blir enklare att ta fram kunskapsstöd och sätt att följa upp kvalitet och resultat; den *regionala* nivån ska stödja vårdgivare att använda bästa tillgängliga kunskap och utveckla verksamheter; och på *vårdteamsnivån*, i patientmötet, ska personalen ha tillgång till och använda bästa möjliga kunskap.¹⁰¹

I arbetet med den här rapporten har det blivit tydligt att systematik och integrering av kunskap om våld varierar, både mellan regioner och mellan verksamheter i samma region. Utmaningarna på området är också gemensamma med dem som kunskapsstyrningen arbetar med, till exempel dokumentation, uppföljning och samverkan inom och mellan huvudmän. Därför är det relevant att undersöka på vilket sätt kunskapsstyrningssystemet kan erbjuda en struktur för regionernas arbete med att förbättra vården för våldsutsatta.

Långsiktigt uppdrag och finansiering mot våld i Region Sörmland

Landstingsstyrelsen i Sörmland fattade år 2017 beslut att inrätta ett kompetenscentrum mot våld i nära relationer. Syftet var att ge regionens medarbetare kunskap, stöd och trygghet att uppmärksamma och agera mot våld i nära relationer.

Kompetenscentrumet påbörjade sitt arbete 2019 utifrån tre områden:

- › kompetens- och utbildarstöd inom våld i nära relationer
- › team för sexuellt våldsutsatta
- › barnskyddsteam som stärker vårdens arbete för barn som far illa

Idag arbetar 14 personer, motsvarande 4,8 heltidstjänster, i verksamheten. Bland medarbetarna finns team-samordnare, barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, gynekolog och kuratorer. Landstingsstyrelsen beslutade redan vid inrättandet att verksamheten skulle finansieras med ett löpande anslag.

Not. 101. Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2020A; Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård, 2020B.

– Långsiktig finansiering är centralt. Det krävs mandat och en överblick för att kunna leda det strategiska arbetet över tid. Det här arbetet kräver uthållighet, säger Ing-Marie Andrée, centrets enhetschef.

Samtidigt understryker hon att de utvecklingsmedel enheten tilldelats har möjliggjort satsningar i en skala som annars inte hade varit möjlig. Exempelvis har man kunnat genomföra en riktad utbildning om hedersrelaterat våld och förtryck för vårdens medarbetare.

Regionens strategiska arbete mot våld i nära relationer sträcker sig tillbaka till år 2011, då landstingsdirektören fastställde den första versionen av regionens vårdprogram mot våld i nära relationer. För att omsätta programmet till praktik tillsattes ett råd med ansvar att stötta implementeringen. Rådet är numera knutet till kompetenscentret.

– Rådets medlemmarna är våra ambassadörer i de kliniska verksamheterna. Tillsammans med vårt utbildarnätverk bidrar de till dialog och kunskapsspridning, säger Ing-Marie Andrée.

Kompetenscentret har också en tydlig koppling till den politiska beslutsnivån.

– Vi återskriver till Regionstyrelsen och i vårt uppdrag ingår att ge underlag till svar på motioner. Det är viktigt att ha ett ömsesidigt utbyte med de förtroendevalda.

Kompetenscentrets patientnära arbete sker inom teamet för sexuellt våldsutsatta, som initierades som ett pilotprojekt år 2014. Teamet arbetar med patienter på tre sjukhusmottagningar. Uppdraget är att följa upp och ge patienter psykosocialt stöd efter sexuella övergrepp och att ge rådgivning till hälso- och sjukvårdens verksamheter i enskilda fall. Teamet arbetar också med att sprida arbetssätt som kan förbättra, standardisera och säkerställa gott bemötande och omhändertagande. Det senare liknar det konsultativa barnskyddsteamets arbete. Barnskyddsteamet utbildar hälso- och sjukvårdens medarbetare om barn som far illa, stödjer verksamheter att ta fram lokala rutiner för orosanmälan och ger rådgivning i enskilda fall.

Att genomföra ett utvecklingsarbete som involverar samtliga hälso- och sjukvårdens verksamheter och som förutsätter samverkan tar tid, enligt Ing-Marie Andrée. Tydliga krav på verksamheterna behöver följas av lyhördhet för de lokala förutsättningarna.

– Vi arbetar patientnära och strategiskt för att verksamheterna, utifrån sina förutsättningar, ska kunna förebygga våld och förbättra vården för de som utsatts.

Lednings- eller utvecklingsfunktion – det här kan du göra

Du som arbetar i förvaltningsledning eller i en regionövergripande utvecklingsfunktion har en viktig roll i att möjliggöra implementering av regionpolitiska beslut som rör vårdens stöd till patienter som utsatts för mäns våld mot kvinnor, våld i nära relation och hedersrelaterat våld och förtryck. Du kan tillhandahålla utvecklingsstöd, tydliggöra ansvar mellan verksamheter, och definiera vilket omhändertagande som ska erbjudas våldsutsatta personer.

Som förvaltningsledning eller utvecklingsfunktion kan du

- tydliggöra hur verksamheter, utifrån sina kärnuppdrag, kan arbeta för att upptäcka och stödja personer som utsatts för våld:
 - Undersök och definiera vilken baskunskap och vilka rutiner som ska finnas i vårdens alla verksamhetstyper, och vilka verksamheter och professioner som ska omhänderta mer komplexa fall.
 - Överväg att ge samtliga anställda tillgång till basutbildning, exempelvis genom att göra det till en del av introduktionen för nyanställda. I takt med att arbetet stärks i verksamheterna kommer fler patienter att fångas upp – då behöver det finnas förvaltningsövergripande beslut som definierar hur och vad olika verksamheter ska erbjuda patientgruppen.
 - Överväg att erbjuda utbildning särskilt riktad till chefer. Chefer är både ansvariga för sina verksamheter och för de medarbetare som arbetar där. Att genomföra utbildning särskilt riktad till chefer skapar även en möjlighet att belysa våldsutsatthet som arbetsgivarfråga, det vill säga hur man som chef ska agera om man misstänker att en medarbetare är utsatt för våld.¹⁰²
- skapa goda förutsättningar för utveckling och implementering av lokala rutiner i verksamheterna:
 - Tydliggör ansvarsfördelningen och skapa möjligheter för samverkan mellan verksamheter inom regionen. Se särskilt över rollerna inom den somatiska vården, primärvården och psykiatri, och tydliggör ansvaret för samtalsstöd och behandling.
 - Tydliggör ansvarsfördelningen på huvudmannanivå och skapa möjligheter för samverkan exempelvis med socialtjänsten. Se över regionala och lokala lösningar för ansvarsfördelning och samverkan mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård, särskilt för patienter med behov av längre stödinsatser. Säkerställ att SIP (samordnad individuell plan) används enligt lagstiftningen och följ upp hur verktyget används.

Not. 102. Se gärna SKR:s stödmaterial "Våld i nära relation - stöd för dig som chef" som finns på skr.se.

- möjliggöra kontinuitet i utvecklingsarbetet utifrån den regionala strategin:
 - Ge ansvaret för utvecklingsarbetet en tydlig organisatorisk hemvist. För att kunskap och lokala rutiner ska hållas levande behövs särskilt utsedda funktioner – till exempel samordnare, strateg eller kompetenscentrum – som har tydligt mandat att stödja verksamheter och leda kontinuerligt utvecklingsarbete.
 - Säkerställ löpande dialog om utmaningar som är gemensamma för olika verksamheter, exempelvis om hänvisning, samordning eller säker och korrekt dokumentation.
 - Efterfråga löpande dialog med den politiska ledningen för att skapa förutsättningar för att löpande utveckla arbetet.
- efterfråga och underlätta uppföljning från verksamheter, utifrån journal-data och verksamheternas rapportering om möjligheter och utmaningar. Detta kan utgöra underlag för rapportering till ansvarig nämnd/styrelse. Det behövs också en förvaltningsövergripande process för att omhänderta behov av förbättrade system för dokumentation och uppföljning.

Enhets- eller verksamhetschef – det här kan du göra

En stärkt vård för våldsutsatta handlar i praktiken om vad som händer i patientmötet och hur vården kan förbättra patientens hälsa. Du som verksamhets- och enhetschefer kan stötta medarbetarna att ge en god vård till våldsutsatta genom att visa hur frågan ska integreras i den ordinarie verksamheten. Du kan också bidra till att den regionala strategin blir verklighet genom att ta ansvar för att den implementeras lokalt och genom att återrapportera resultat och förbättringsområden till förvaltningsledningen.

Som verksamhets- eller enhetschef kan du

- utveckla din egen kompetens och säkerställa att du har kollegialt stöd så att du känner dig trygg med att ge medarbetare stöd:
 - Ge medarbetare stöd vid utmanande patientfall. Medarbetares förutsättningar att bemöta våldsutsatta personer stärks om de kan få stöd i (ibland oförutsett) utmanande fall och om chefer tydliggör frågans relevans för verksamheten.
 - Uppmärksamma att medarbetare själva kan vara utsatta för våld.¹⁰³

Not. 103. Se gärna SKR:s stödmaterial "Våld i nära relation - stöd för dig som chef" som finns på skr.se.

- säkerställa att dina medarbetare har kunskap om våld på rätt nivå:
 - Avsätt tid för samtliga medarbetares fortbildning. Behovet av kunskap varierar utifrån kärnverksamhetens uppdrag, men alla hälso- och sjukvårdens medarbetare behöver ha basal kunskap om hälsokonsekvenser av våld och hur man kan samtala med patienter om dessa. Ett urval av verksamheter och professioner behöver ha kunskap om hur erfarenheter av våld kan adresseras i stödsamtal eller behandling. Personal som arbetar med stöd och behandling behöver få tillgång till ökad kunskap och chefsstöd för att ge våldsutsatta ett gott omhändertagande – särskilt eftersom ett mer systematiskt arbetssätt kommer att leda till att fler våldsutsatta identifieras och hänvisas till dessa professioner.
 - Möjliggör fördjupad fortbildning för vissa medarbetare. Formalisera gärna detta som ett ansvarsområde för att ge ansvarig medarbetare legitimitet i frågorna och möjlighet att kontinuerligt förbättra sina – och sina kollegors – kunskaper. Medarbetare med mindre kunskap och erfarenhet kan känna ökad trygghet om de har kollegor att diskutera med och ta stöd av.
- tydliggöra hur frågor om våld ska integreras i arbetssätten:
 - Säkerställ att lokala rutiner tas fram och används. Låt rutiner utgå från verksamhetens kärnuppdrag på samma sätt som kunskapskraven. Rutiner för att fråga och föra samtal om våld behöver finnas i alla verksamheter, men behovet av rutiner för hänvisning och behandling kan skilja sig mellan verksamheter.
 - Skapa och integrera verktyg som medarbetare kan använda i sitt dagliga arbete. Enkla verktyg, som inplastade frågekort om våld, kan tillsammans med chefsstöd göra skillnad för den enskilda medarbetaren i patientmötet.
 - Implementera rutiner för säker och korrekt dokumentation och säkerställ att de efterlevs. Att utveckla vården för personer som utsatts för våld kräver förbättrade data- och beslutsunderlag, vilket i sin tur kräver korrekt dokumentation. Mot bakgrund av riskerna med dokumentation vid våldsutsatthet är tydliga rutiner för hur detta ska göras en förutsättning för patientsäkerhet.

- › tydliggöra ansvarsfördelning och ge stöd till medarbetare kring hur samordning ska ske:

- Skapa rutiner för hur hänvisning till och samordning med andra verksamheter inom vården ska ske. Ett område som är viktigt att täcka in är hänvisning mellan den somatiska och primärvårdens samtalsstöd och den specialiserade psykiatriska vården.

- Skapa rutiner för hur hänvisning till och samordning med andra aktörer ska ske. Klargör vad ansvarsfördelningen mellan huvudmän betyder i den specifika verksamheten vid olika patientbehov. Ansvarsfördelningen behöver vara konkret och praktisk för att ge medarbetare stöd i det dagliga arbetet. Möjliggör dialog mellan medarbetare hos de olika huvudmännen genom att själv knyta kontakter och nätverk med exempelvis socialtjänsten (se nedan).

- Säkerställ att befintliga samordnings- eller samverkansverktyg används, exempelvis samordnad individuell plan (SIP). Inkludera verktygen i rutiner och följ upp hur de används.

- Säkerställ att medarbetare har regelbunden kontakt med och möjlighet att lära sig om andra huvudmäns mandat och arbetssätt. Exempelvis kan medarbetare från socialtjänst bjudas in till APT och berätta om sitt arbete, hur man arbetar med orosanmälningar för barn eller vilka stödinsatser familjer kan få i förebyggande syfte.

- › skapa forum för kontinuerlig dialog och förbättringsarbete:

- Använd regelbundna möten för att belysa frågan och ge medarbetare en möjlighet att samtala med och lära av varandra. Arbetsplatsträffar (APT) är en möjlig utgångspunkt för detta. Att integrera frågan i ordinarie arbetssätt tar tid och kräver att personer i chefsroll kontinuerligt uppmärksammar frågan.

- Säkerställ kontinuerligt förbättringsarbete utifrån uppföljning av rutiner och dokumentation. Identifiera kontinuerligt brister i rutiner och lokala lösningar – utgå förslagsvis från dina egna erfarenheter av att stödja medarbetare, återslagrapportering från medarbetare med särskilt ansvar för frågan, och från dialoger med medarbetare under APT.

Fråga om våld – pilot i Region Dalarna

Hösten 2019 genomförde tre verksamheter i Region Dalarna en så kallad 'tillfråganpilot'. Syftet var att stärka personalens kompetens och erfarenhet av att ställa frågor om våld och vidta åtgärder. Under tre veckor fick samtliga patienter, oavsett sökorsak och symtom, svara på frågor om våld vid besök hos en vårdcentral, en öra- näsa- halsmottagning och en akutmottagning.

Innan projektets start besökte Agneta Haraldsson, regionens utvecklingsledare för våld i nära relationer, de medverkande enheterna så att hon och personalen kunde resonera kring pilotens syfte och praktiska tillvägagångssätt. Verksamheterna fick material till väntrummen för att informera patienterna om att de skulle få frågor om våld och varför. Vårdcentralen annonserade även i lokaltidningen för att uppmärksamma kommande veckors fokus på våld i nära relationer.

För att anpassa piloten till de lokala förutsättningarna fick varje enhet själv bestämma vilken personalgrupp som skulle ställa frågor till vilka patientgrupper. Det var främst läkare, sjuksköterskor och undersköterskor som ställde frågor. Som stöd fick personalen blanketter med frågor, tips om hur man kan fråga, information om dokumentation och länkar till vidare kunskap.

När piloten avslutats utvärderade Agneta Haraldsson arbetet och återkopplade resultaten till verksamheterna. Utvärderingen visade att piloten gjort personalen tryggare att ställa frågor, att de såg behovet av att fråga mer rutinmässigt och att de tänkte fortsätta att ställa frågor på det sätt man gjort under piloten. Personalen uttryckte lättnad över att patienterna inte hade haft något emot att få frågor om våld, och vissa medarbetare upplevde även andra positiva konsekvenser av arbetssättet.

– Av de drygt 150 patienter som fick frågor om våld var det inte någon som reagerade negativt. Det gäller även de som sökte för symtom man oftast inte relaterar till våldsatthet, exempelvis halsont. Personalen berättade även att frågorna om våld ibland hade gett patienten möjlighet att be om råd angående besvär av mer intim karaktär som de inte berättat om innan. Frågorna gjorde att patienten kände att det fanns en möjlighet att vara mer förtrolig, säger Agneta Haraldsson.

Region Kronoberg ökar kunskap om våld i nära relation och barn som far illa

Region Kronoberg såg behovet av ett kunskapslyft för att identifiera våldsutsatta patienter och ge dem ett gott omhändertagande. Därför beslutade hälso- och sjukvårdens ledningsgrupp att alla verksamheter ska utse familjeombud som kan fungera som resurspersoner.

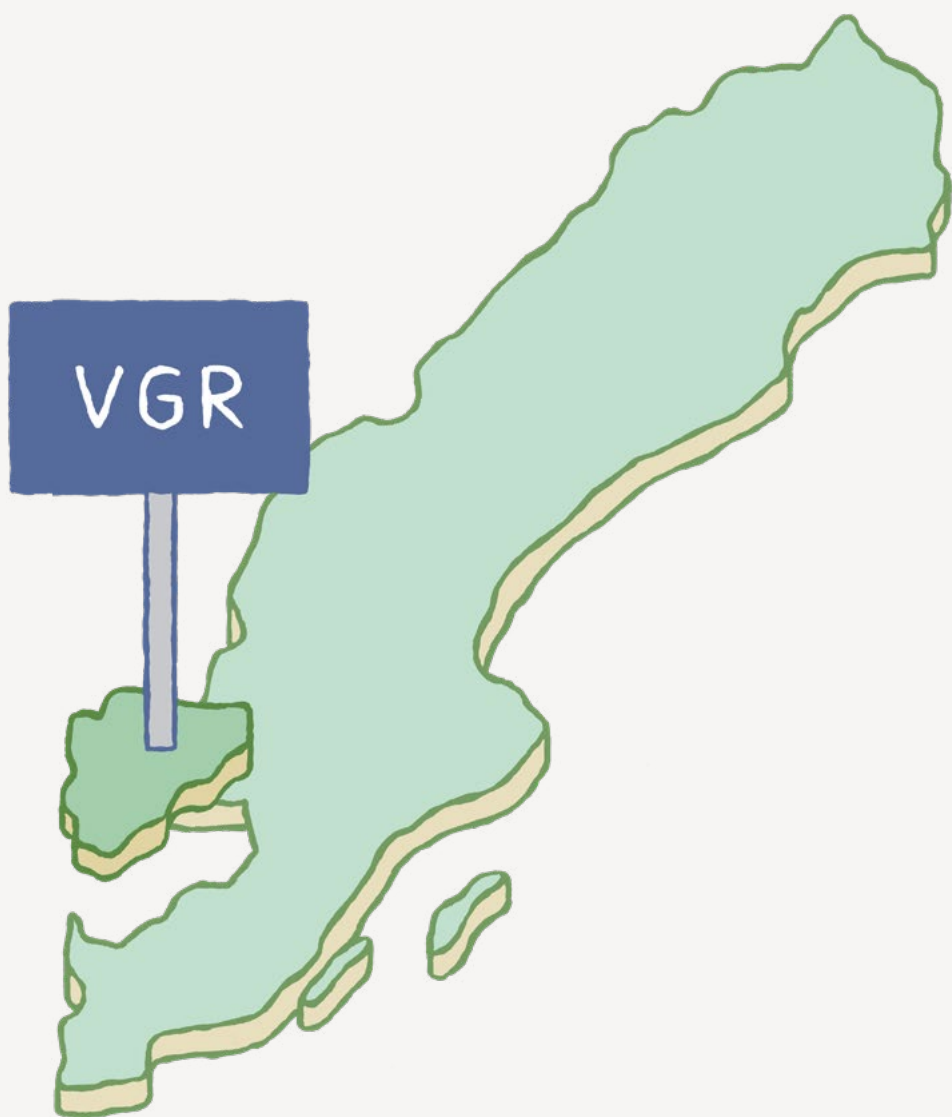
Familjeombudens uppdrag är att stärka och strukturera arbetet kring våld i nära relationer inklusive barn som far illa. Alla familjeombud deltar i en heldagsutbildning och får löpande kompetensutveckling. Ombuden sprider sedan kunskapen vidare till verksamheterna, är bollplank och ger kontinuerligt stöd till kollegor. Ombuden samverkar också i ett eget nätverk.

Samordnare för arbetet är regionens människorätts- och barnrättsstrateg Susann Swärd och Valentina Hajra, utvecklingsledare för frågor om våld i nära relation, barn som far illa och hedersrelaterat våld och förtryck.

– Det finns en beskrivning som definierar uppdraget, vilka förutsättningar familjeombuden ska ha och hur ansvarsfördelningen ser ut. Ombuden ska tydliggöra, men inte överta chefens yttersta ansvar eller medarbetarnas individuella ansvar, säger Valentina Hajra.

Arbetet utvärderas kontinuerligt och regionen har målsättningen att utöka familjeombuden från dagens 120 till 200.

– Arbetet har satt våldsfrågorna på agendan samtidigt som arbetssättet har gynnat intern samverkan. Nackdelen är att det är resurskrävande att nå alla medarbetare i en så stor organisation. Samtidigt är det de förutsättningar vi har att förhålla oss till. För att det ska lyckas behöver uppdraget vara tydlig och de som deltar i utvecklingsarbetet måste få tydligt mandat, säger Valentina Hajra.



Lärdomar från Västra Götalandsregionen

I Västra Götalandsregionen har regionfullmäktige fattat en rad politiska beslut som förbättrat vårdens möjligheter att upptäcka och stödja våldsutsatta. Sedan 2009 finns ett kompetenscentrum, VKV, som driver utvecklingsarbete i hela hälso- och sjukvårdens och tandvårdens organisation. I regionen finns också verksamheter som genom samverkan ger helhetsstöd till våldsutsatta. Därtill pågår flera utvecklingsinitiativ för att säkra tillgången till vård och stöd vid psykisk ohälsa.

Politiskt beslut lade grunden för kompetenscentret

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) har inte någon klinisk verksamhet. Istället arbetar de med att implementera regionfullmäktiges beslut om att all vårdpersonal ska utbildas i våld i nära relationer och i metoden att rutinmässigt ställa frågor om våld till patienter. Under 2019 deltog närmare 1 700 av Västra Götalandsregionens medarbetare i någon av VKV:s bas- och metodutbildningar, och 750 högskolestudenter deltog i VKV:s undervisning vid regionens lärosäten. Samtidigt genomfördes verksamhetsnära satsningar och ytterligare utbildning i en rad verksamheter, däribland Habilitering & Hälsa samt på ungdomsmottagningar, vårdcentraler och rehabiliteringsmottagningar.

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer – VKV

VKV:s huvuduppdrag är att samla, skapa och sprida kunskap samt utveckla metoder om upptäckt och bemötande av barn, kvinnor och män med erfarenheter av våld. Med hjälp av verksamheten genomförs:

- *Basutbildning* för 43 000 anställda inom tand-, hälso- och sjukvården samt *bas- och metodutbildning i att ställa rutinmässiga frågor om våld* för samtliga anställda som genomför hälso- och sjukvårdsbedömningar
- *Utbildning* på högskoleprogram som leder till vårdrelaterade yrken
- *Utvecklingsprojekt* tillsammans med regionens verksamheter
- *Forskning* med nära anknytning till regionens verksamheter

Arbetet sker utifrån fyra uppdragsområden:

1. Våld i nära relationer
2. Mäns våld mot kvinnor
3. Hedersrelaterat våld och förtryck
4. Sexuella övergrepp

Verksamheten:

- Har 16 anställda, som tillsammans motsvarar 11 heltidstjänster
- Har lett arbetet med att ta fram fyra regionala medicinska riktlinjer, däribland för VINR samt för barn som far illa eller riskerar att fara illa inklusive barn som upplevt våld

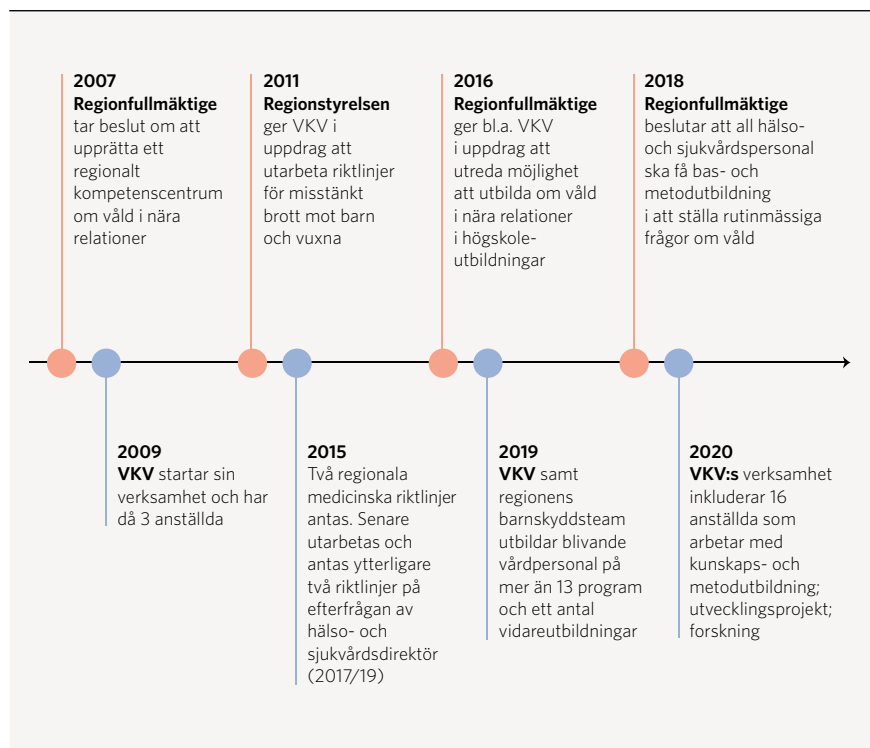
Beslutet att inrätta ett kompetenscentrum togs i regionfullmäktige 2007. Kompetenscentrets uppdragsområden definierades och placerades organisatoriskt som en del av primärvården. Regionens dåvarande primärvårdsdirektör Marie-Louise Gefvert säger att hon redan då såg ett stort behov av att arbeta med dessa kunskapsområden.

– I primärvården märkte vi verkligen av det. Många patienter sökte för fysiska problem men hade en annan underliggande problematik som var mycket svårare att få grepp om, säger Marie-Louise Gefvert.

Under flera år drevs kompetenscentret av ett fåtal anställda. Arbetet var främst inriktat på bas- och metodutbildningar samt uppstart av pilotprojekt, men det blev ett startskott för utveckling även utanför regionens organisation.

– Informationsspridningen startade en snöboll, och ledde till en mängd basutbildningar och samarbeten med Polisen och med akademien. Det som saknades då, och som vi senare fick igenom, var att få in kunskap om de här frågorna på vårdutbildningarna.

FIGUR 7. Tidslinje över VKV:s arbete



Tvärprofessionellt team samarbetar med vårdverksamheter

För att utforma vården utifrån de vitt skilda behoven hos våldsutsatta patienter har VKV strävat efter att rekrytera tvärprofessionellt, berättar VKV:s områdeschef Carina Eliason. Det betyder att VKV har personer med olika utbildning, erfarenhet och yrkestillhörighet – som sjuksköterska, läkare, psykolog, socialpsykolog, socionom, folkhälsovetare, statsvetare och disputerade personer inom såväl socialt arbete som medicinska discipliner. De olika kompetenserna är viktiga eftersom VKV arbetar utifrån en multifaktoriell syn på våld. Det synsättet innebär att våldet kan förklaras av flera – ofta samverkande – faktorer. Det kan handla om psykologiska, sociala och situationella faktorer, men också faktorer som samhällsklimat och ojämställdhet. Vid VKV finns medarbetare med särskild kompetens om våldsutsatta barn och ungdomar,

våldsutövare och sexualbrottsförövare. Det finns också anställda med lång erfarenhet av arbete inom socialtjänst,¹⁰⁴ kvinnojourer och samordningsförbund.

År 2018 beslutade regionfullmäktige att samtliga av regionens medarbetare ska genomgå en halvdags basutbildning (se faktaruta). Beslutet innebär att 43 000 medarbetare ska utbildas och börja ställa rutinmässiga frågor om våld.¹⁰⁵ VKV har därför rekryterat mer personal.

Regionövergripande utbildning

VKV:s *basutbildning* är en halv dag lång och upplagd för att ge tand-, hälso- och sjukvårdens personal stärkta förutsättningar i mötet med personer med erfarenhet av våld. *Metodutbildning i att ställa rutinmässiga frågor om våld* i patientmötet riktar sig till all personal som gör hälso- och sjukvårdsbedömningar. VKV använder definierade och validerade frågor om *fysiskt, psykiskt och sexuellt våld*.

Frågor och verksamhetsrutiner som tas upp under basutbildningen är:

- ✦ Vad är våld? Hur yttrar det sig? Vad har våldet för hälsokonsekvenser för barn och vuxna?
- ✦ Vem utsätts? Vem utsätter? Varför är det svårt att lämna en våldsam relation?
- ✦ Finns det särskilda sårbarhetsfaktorer?
- ✦ Hur går man tillväga om barn far illa eller riskerar att fara illa och hur fungerar anmälningsplikten enligt SoL 14:1?
- ✦ Hur dokumenterar man och ger ett bra bemötande?
- ✦ Hur går man tillväga för att hänvisa patienter till andra verksamheter inom hälso- och sjukvården eller till socialtjänsten?

Trots det medför omfattningen av VKV:s samlade uppdrag en utmaning.

– Många chefer är engagerade. Vi behöver prioritera och har sedan en tid fokus på primärvården. Men vi har kunnat fördela utvecklingsmedel till andra verksamheter som vill driva projekt för att stärka befintliga strukturer. På Skaraborgs sjukhus har vi exempelvis beviljat medel till en grupp som ansvarar för att inom sjukhuset utveckla arbetssätt kopplade till våld i nära relationer, berättar Carina Eliason.

Ett annat initiativ drivs på barnsjukhuset. Där har två sjuksköterskor beviljats medel för att implementera en ny metod för att registrera och öka möjligheten att agera på tecken på våldsutsatthet hos barn som sökt vård via akutmottagningen.

Not. 104. Inom Utvägs verksamheter, se vidare beskrivning av dessa verksamheter senare i detta kapitel.

Not. 105. All personal inom Folkandvården samt all hälso- och sjukvårdspersonal som arbetar i verksamheter som Västra Götalandsregionen finansierar ska erhålla utbildning inom området våld i nära relationer (basutbildning) och all hälso- och sjukvårdspersonal som gör hälso- och sjukvårdsbedömningar ska erhålla en metodutbildning om att ställa rutinmässiga frågor om våld i patientmöten. Hälso- och sjukvårdsdirektören har gett VKV i uppdrag att samordna och genomföra regionfullmäktiges beslut.

– I korthet innebär metoden att man sänker tröskeln och ökar beredskapen för att fånga upp barn som far illa eller riskerar att fara illa.

Carina Eliason nämner också verksamheten Utväg som finns i Skaraborg och Södra Älvsborg. Utväg kan tack vare myndighetssamverkan mellan socialtjänsten i kommunerna, hälso- och sjukvården, Åklagarmyndigheten, Polisen och Kriminalvården erbjuda ett helhetsstöd – både för utsatta barn och vuxna, och för personer som utövat våld. Lösningen överbygger den ibland otydliga ansvarsfördelningen mellan myndigheterna. Utvägs gruppverksamhet för våldsutsatta kvinnor har varit särskilt framgångsrik.

– Numera utbildar de i sin gruppleddarmetod nationellt. De driver också kontaktnätverk och handleder kommunerna.

Utväg bygger på gemensam finansiering mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i regionen. Carina Eliason betonar vikten av dialog och samverkan med socialtjänsten för att nå ett framgångsrikt arbete med våldsfrågor i hälso- och sjukvården. Samtidigt säger hon att det är viktigt att sänka tröskeln även här.

– Vi pratar om det i vår basutbildning och berättar om hur man kan gå tillväga. Det kan vara så enkelt att man bjuder in sin socialtjänst till en APT. Vid större utvecklingsprojekt kontaktar vi socialtjänsten tillsammans med verksamheterna och berättar om vad vi ska göra.

Ett annat gott exempel är förvaltningen Habilitering & Hälsa. Samtal om våld i dessa verksamheters patientmöten förutsätter att personalen har tillgång till särskilda verktyg. All personal ska därför genomgå en metodutbildning, och under 2019 utbildades 180 medarbetare. Förvaltningens verksamheter har också samarbetat med VKV för att ta fram olika stödmaterial.

– Studier visar att målgrupperna inom habiliteringen löper förhöjd risk att bli utsatta. Tillsammans med vårt kommunikations- och dataresurscenter har vi skapat material som kan underlätta för patienten att berätta om sina upplevelser. Det gör det möjligt att ge vård och stöd utifrån individuella behov, berättar Carina Eliason.

Forskarna vid VKV bidrar till en växelverkan mellan akademi och praktik. Forskarna arbetar deltid samtidigt som de är knutna till ett universitet. Mari Brännvall som är utvecklingsledare på VKV berättar att alla utvecklingsprojekt utgår från en dialog med verksamheterna.

– För oss är det centralt att förankra utvecklingsarbetet hos personalen. Vi sitter inte på kammaren och klurar ut hur de ska göra. Istället gör vi ett långt förarbete där vi tillsammans går igenom vad vi ska göra och med vilka verktyg. Inom utvecklingsprojekten försöker vi också jobba med kontinuerlig återkoppling och uppföljning så att vi kan sprida resultaten till fler, säger Mari Brännvall.

Bland pågående utvecklingsprojekt lyfter Mari Brännvall fram SIMBA.¹⁰⁶ I projektet prövas och utformas metoder för att fråga barn från fyra års ålder om våld. Syftet är att ge barn en reell möjlighet att berätta om sina erfarenheter och sjukvården en möjlighet att göra korrekta bedömningar.

Vård vid psykisk ohälsa en utmaning

Liksom övriga regioner brottas Västra Götalandsregionen med att hitta bra strukturer för att ge alla personer med psykisk ohälsa ett ändamålsenligt omhändertagande. Eftersom psykisk ohälsa är vanligt bland personer med erfarenhet av våld är detta en viktig utmaning i sammanhanget.

Carina Eliason berättar att VKV:s basutbildning klargör vad som är hälso- och sjukvårdens respektive socialtjänstens ansvar när det gäller ohälsa hos personer med erfarenhet av våld. Men ansvarsfördelningen är i vissa fall otydlig och att samlokaliserade verksamheter som Utväg kan underlätta arbetet avsevärt. Ett annat utvecklingsområde är traumabehandling. Där får hon medhåll av Lise-Lotte Risö Bergerlind, enhetschef för regionens Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

– Vi skulle kunna vinna på att tydliggöra roller, ansvar och processer för personer med olika sorters traumatisering – allt från sexuellt våld till omsorgssvikt. Jag tror att det är bra att utgå mindre från själva traumat och mer se till vårdbehov utifrån traumats inverkan på individen, säger Lise-Lotte Risö Bergerlind.

Marie-Louise Gefvert understryker att det ofta finns ett samband mellan psykiskt och fysiskt lidande, och hur detta kan leda till en karusell av olika vårdbesök. Därför är det viktigt att identifiera erfarenheter av våld för att kunna erbjuda rätt vård och stöd, vilket också kan leda till kostnadsbesparingar för hälso- och sjukvården.

– En patient hade upprepat sökt akut med relativt diffusa problem. En kollega till mig ställde då frågor om våld och patienten kom att berätta om svåra sexuella övergrepp. Det var den grundläggande orsaken till hennes psykosomatiska besvär – detta behövde upptäckas för att hon skulle få en chans till behandling, säger Marie-Louise Gefvert.

Not. 106. SIMBA står för Samverkan i mellersta Bohuslän och Ale.

Kunskapsstödet för psykisk hälsa stödjer viktiga satsningar

Västra Götalandsregionens Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH) arbetar särskilt med att förbättra vården vid psykisk ohälsa. Liksom VKV är KPH en resurs för kunskapsutveckling och utvecklingsarbete, och vänder sig till specialistpsykiatri och primärvårdens verksamheter. Enhetschef Lise-Lotte Risö Bergerlind har flerårig klinisk erfarenhet som psykiater och terapeut. Hon lyfter det pågående arbetet med att tydliggöra kontakt- och hänvisningsvägar vid olika psykiatriska besvär, också för barn.

– Primärvården ska kunna fånga upp alla barn med lindrig till måttlig psykisk ohälsa. Vi arbetar för att primärvården ska vara den enkla vägen till rätt vårdnivå inom psykiatrisk vård liksom inom andra områden. Ett samtal kan räcka för en del patienter – då är det onödigt att stå i lång kö till BUP, säger Lise-Lotte Risö Bergerlind.

Det kan vara särskilt viktigt att snabbt hitta rätt insats i situationer då barn lever i familjer där våld förekommer. Primärvården är den enda verksamhet som möter alla åldersgrupper, vilket gör det möjligt att arbeta med alla familjemedlemmar som behöver vård- och stödinsatser samtidigt. Lise-Lotte Risö Bergerlind säger att ett sådant arbetssätt kan låta omfattande, men att det egentligen är mycket effektivt.

– Det ska handla om att ge barnen hjälp och stöd. Det är vanligt att föräldrarnas svårigheter spiller över på barnens situation. Därför är det också kostnadseffektivt att arbeta med familjen. Man kan ta tag i familjens hela problematik, och skapa bättre förutsättningar för eventuella syskon.

Regionen arbetar med olika projekt för att förverkliga det förhållnings- och arbetssättet. Exempelvis har ett antal vårdcentraler fått tilläggsuppdrag, och fungerar nu som nav för arbetet med familjer. På dessa vårdcentraler arbetar psykologer och socionomer – för de senare har man även skräddarsytt en kurs i utvecklingspsykologi om 7,5 högskolepoäng för att de ska kunna genomföra viss behandling. Andra initiativ handlar om att hitta arbetssätt som nyttjar befintlig kompetens på bästa sätt. Vissa vårdcentraler utanför tätortsområdena har systematiserat en kombination av distansarbete och arbete på plats för psykologer, samt ett arbetssätt där psykologer under en del av sin arbetstid sitter tillsammans i så kallade ”hubbar”. Det har gjort det möjligt att bredda rekryteringsbasen och innebär stärkta förutsättningar att arbeta med traumabehandling vid fler enheter. Möjligheterna att arbeta på detta sätt ses därför över inom ett pågående politiskt uppdrag. Om regionen kan hitta en lösning som fungerar utifrån nuvarande ersättningssystem kan mindre vårdcentraler använda sig av ”hubbarnas” tjänster för att fullgöra sina egna uppdrag. För att det ska vara möjligt måste att den generella kompetensen kring trauma höjas, menar Lise-Lotte Risö Bergerlind.

– Vårdcentraler måste kunna fånga upp olika sorters trauman och vi behöver bred kompetensutveckling. Man får utgå från en basnivå först och inte bara fokusera på läkare, utan inkludera alla som har förutsättningar att identifiera och prata om det här. Det räcker med 30–45 min i starten och handlar om att sedan fortsätta bygga kunskapstrappan.

Vägen framåt

Arbetet med att utbilda alla regionens medarbetare kommer att prägla VKV:s verksamhet under kommande år – en satsning som har sitt ursprung i politikens engagemang och beslut. Carina Eliason ser kontakten med och återkopplingen till politiken som en tydlig framgångsfaktor och en dialog är högt prioriterad framöver.

– Många intresserade förtroendevalda frågar hur de kan bidra med stöd. De går upp med motioner med jämna mellanrum så att vi får utgångspunkter för vårt arbete. Det här är ett arbete vi gör tillsammans – med hjälp av de skattemedel som finansierar oss.

Ett kommande politiskt beslut handlar om ifall arbete mot människohandel för sexuella ändamål ska läggas till VKV:s uppdragsområden. Carina Eliason berättar att en möjlig väg framåt är att initiera ett samarbete med regionens Kunskapscentrum för sexuell hälsa och Avdelningen för mänskliga rättigheter. År 2019 var regionen även först i landet med att publicera riktlinjer för hedersrelaterat våld och förtryck. Behovet av att ta fram anpassade material ses kontinuerligt över. Parallellt med utvecklingsinitiativen fortsätter det löpande arbetet med att ta fram stödmaterial anpassat för olika patientgruppers behov.

VKV:s tips till dig som vill vidareutveckla arbetet med VINR i din region

1. Som förtroendevald – lägg fram motioner och efterfråga resultat från verksamheter. Ta upp frågan i olika forum där hälsa eller vård diskuteras – våld är mycket vanligt och leder till ohälsa, lidande och ökad vårdkonsumtion.
2. Som chef på förvaltningsnivå – utgå från styrningssystemet och se över hur konsekvenser av våld kan hanteras utifrån befintliga prioriteringar. För en aktiv dialog med folkvalda politiker: bidra med underlag till motioner. Skapa ett koncept för Våld i nära relationer och ge verksamheterna stöd för att implementera och följa upp detta.
3. Som chef på verksamhetsnivå – stötta medarbetare, särskilt i sådant som kan vara nytt, exempelvis att formulera sig i patientmötet, vid orosanmälan eller i rättsintyg.

Referenser

- 1177 Vårdguiden. Depression <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/depression/depression> (hämtat 2020-09-20).
- 1177 Vårdguiden. Posttraumatiskt stressyndrom, PTSD <https://www.1177.se/sjukdomar--besvar/psykiska-sjukdomar-och-besvar/angest/posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd> (hämtat 2020-09-21).
- Berglund, A., & Heimer, G. (2016). Att ha varit utsatt för våld ökar risken för ohälsa senare i livet. *Läkartidningen*, 113(24-25), 1156-1160.
- Brottsbalk (1962:700) (u.d.).
- Brottsförebyggande rådet (2019). Dödligt våld i Sverige 1990–2017. Omfattning, utveckling och karaktär. Rapport 2019:6. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Carlberg, M., Lindberg, L., Lind, S., & Rasmussen, F. (2017). Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län. Rapport 2017:3. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting.
- El-Serang, R., & Thurston, R. C. (2020). Matters of the heart and mind: Interpersonal violence and cardiovascular disease in women. *Journal of the American Heart Association*, 9(4).
- Europarådet (2009). Den europeiska deklarationen för jämställdhet mellan kvinnor och män på lokal och regional nivå. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Europarådet (2011). Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. Europarådets fördragsserie – nr 210. Istanbul: Europarådet.
- Faravelli, C., Giugni, A., Salvatori, S., & Ricca, V. (2004). Psychopathology after rape. *American Journal of Psychiatry*, 161(8), 1483–1485.
- Förenta nationerna (1993). Declaration on the elimination of violence against women.
- Frenzel, A. (2014). Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Rapport 2014:8. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Grände, & Lundberg (2009). I arbete med våldsutsatta kvinnor. Handbok för yrkesverksamma. Stockholm: Gothia förlag.
- Graviditetsregistret (2019). Graviditetsregistrets årsrapport 2018. Stockholm.

- Hall, L. (2019). 5211 röster om sexuellt våld. En enkätstudie om sexuella övergrepp, psykiskt mående och stödkontakter. Stockholm: Föreningen storasyster.
- Hälso- och sjukvårdslag (2017:30) (u.d.).
- Högskoleförordning (1993:100) (u.d.).
- Isdal, P. (2017). Meningen med våld. Stockholm: Gothia Fortbildning AB.
- Kommunallag (2017:725) (u.d.).
- Kruse, M., Sørensen, J., Brønnum-Hansen, H., & Helweg-Larsen, K. (2011). The health care costs of violence against women. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(17), 3494-3508.
- Lag (1982:316) med förbud mot könsstympning av kvinnor. (u.d.).
- Langdon, S., Armour, C., & Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *European Journal of Psychotraumatology*, 5(1).
- Länsstyrelsen i Östergötland. Konsekvenser av att utsättas för hedersrelaterat våld och förtryck. <http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/vad-ar-hedersrelaterat-vald-och-fortryck/konsekvenser-av-att-utsattas-for-hedersrelaterat-vald-och-fortryck/> (hämtat 2020-10-22).
- Länsstyrelsen Östergötland (2011). Våga göra skillnad. Rapport 2011:14. Linköping: Länsstyrelsen Östergötland.
- Länsstyrelsen Östergötland. Vad säger lagen? <http://www.hedersfortryck.se/hedersfortryck/aktenskapstvang-och-barnaktenskap/vad-sager-lagen/> (hämtat 2020-09-21).
- Lövestad, S. (2019). Intimate partner violence, sociodemographic factors and mental health among population based samples in Sweden. Göteborg: Göteborgs universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2010). Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. NCK-rapport 2010:4. Uppsala: Uppsala universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2014). Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnor och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. NCK-rapport 2014:1. Uppsala: Uppsala universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2017). Uppalamodellen: Att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården. NCK-rapport 2017:1. Uppsala: Uppsala universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (2020). Kostnader för mäns våld mot kvinnor. Uppsala.

- Nationellt centrum för kvinnofrid (A). Ämnesguider om särskild utsatthet. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/sarskild-utsatthet/> (hämtat 2020-10-20).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (B). Bemötande och behandling av personer som utsatts för våld. Uppsala. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/bemotande-och-behandling/> (hämtat 2020-09-18).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (C). Förslag på rutinfrågor om våld. https://nck.uu.se/digitalAssets/572/c_572218-L3-k_2018-02-wfv-forslag-pa-rutin-fragor-om-vald.pdf (hämtat 2020-09-30).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (D). Kliniska tecken på våldsutsatthet inom tandvården. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/valdets-effekter-pa-halsan/tecken-inom-tandvarden/> (hämtat 2020-10-21).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (E). Sjukvårdens roll och ansvar vid sexuellt övergrepp. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/temasidor--omhandertagande-efter-sexuella-overgrepp/for-vardepersonal/> (hämtat 2020-09-18).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (F). Spårsäkring vid sexuella övergrepp. <https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/sparsakring-vid-sexuella-overgrepp/> (hämtat 2020-10-19).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (G). Våldets uttryck och mekanismer. <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/> (Hämtat 2020-09-03).
- Nationellt centrum för kvinnofrid (H). Hot- och riskbedömningar av våldsutsatta patienter. Hämtat från <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/samverkan-och-sekretess/hot-och-risk/> (hämtat 2020-10-28).
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Mål och syfte. <https://kunskapsstyrningvard.se/omkunskapsstyrning/malochsyfte.665.html> (hämtat 2020-10-22).
- Nationellt system för kunskapsstyrning hälso- och sjukvård. Organisation. <https://kunskapsstyrningvard.se/omkunskapsstyrning/organisation.666.html> (hämtat 2020-10-22).
- Offentlighets- och sekretesslag (2009:400) (u.d.).
- Ornstein, P. (2017). The price of violence: Consequences of violent crime in Sweden. Working paper 2017:22. Uppsala: Institutionen för arbetsmarknads- och utrikespolitisk utvärdering.
- Patientdatalag (2008:355) (u.d.).

- Patientsäkerhetslag (2010:659) (u.d.).
- Polisen. Sexualbrott – utsatt. <https://polisen.se/utsatt-for-brott/olika-typer-av-brott/sexualbrott/> (hämtat 2020-10-20)
- Rajan, G., Ljunggren, G., Wändell, P., Wahlström, L., Svedin, C.-G., & Carlsson, A. C. (Published Online First: 11 01 2017). Diagnoses of sexual abuse and their common registered comorbidities in the total population of Stockholm. *Journal of Epidemiology and Community Health*.
- Regeringskansliet (2016). En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor. i *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid*. Regeringens skrivelse 2016/17:10 (ss. 109–155). Stockholm.
- Regeringskansliet (2018). *Handlingsplan Agenda 2030. 2018–2020*. Stockholm.
- Regeringskansliet; Sveriges Kommuner och Regioner (2018). *Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting för att stärka jämställdhetsarbetet på lokal och regional nivå 2018–2020*. Stockholm: Socialdepartementet.
- Region Stockholm (2019). *Regionalt vårdprogram. Våld i nära relationer*. Stockholm.
- Simmons, J. (2015). *Toward an integrated approach in research on interpersonal violence. Conceptual and methodological challenges*. Linköping: Linköpings universitet.
- Socialstyrelsen (2002). ”Tack för att ni frågar” – Screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2006). *Kostnader för mäns våld mot kvinnor. En samhälls-ekonomisk analys*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2013). *Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2014). *Manual för FREDÅ. Standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Kvinnlig könsstämpning – ett stöd för hälso- och sjukvårdens arbete*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2016). *Våld. Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2018). *Dödsfallsutredningar 2016–2017*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen (2019). *Om föreskrifter och allmänna råd*. Stockholm.
- Socialstyrelsen (2020). *Socialstyrelsens pågående våldsuppdrag*. Stockholm.

- Socialstyrelsen (u.d.). Socialstyrelsens termbank.
- Socialtjänstlag (2001:453) (u.d.).
- SOSFS 2014:4 (2014). Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. Stockholm: Socialstyrelsen.
- SOU 2015:55 (2015). Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. Stockholm.
- Statistiska centralbyrån (2020). Prisomräknaren.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2013). För kvinnofrid – mot våld i nära relationer. Positionspapper. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting
- Sveriges Kommuner och Landsting (2016). Framgångsfaktorer i kvinnofridsarbetet. En undersökning av utvecklingen av arbetet mot våld i nära relationer i kommuner. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2017). Förändringsarbete med våldsutövande män. Strategier för kvalitetsutveckling. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting.
- Sveriges Kommuner och Landsting (2018). SKR Yttrande dnr. 18/03111, Att bryta ett våldsamt beteende (SOU 2018:37).
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Vården för kvinnor som utsatts för könsstympning – lärdomar från fyra verksamheter. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Vården vid sexuellt våld. Nuläge och vägar framåt. Stockholm: Sveriges Kommuner och Regioner.
- Sveriges Kommuner och Regioner (2020). Våld i nära relationer – stöd för dig som chef. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Uppdrag psykisk hälsa (u.d.). SIP – samordnad individuell plan. Sveriges Kommuner och Regioner.
- Västra Götalandsregionen (u.d.). Regional medicinsk riktlinje. Våld i nära relationer – indikationer och handläggning.
- Västra Götalandsregionens kompetenscenter om våld i nära relationer (2019). Handbok om våld. Göteborg: Västra Götalandsregionen.
- Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (u.d.). Regional medicinsk riktlinje. Hedersrelaterat våld och förtryck.
- Wade, A. (1997). Small acts of living: Everyday resistance to violence and other forms of oppression. *Contemporary Family Therapy*, 19(1), 23–39.
- Wendt, E., & Svensson, J. (2018). Nu har vi kommit över tröskeln. Utvärdering av ett projekt kring att fråga rutinmässigt om våld inom hälso- och sjukvården. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

World Health Organization (2013). Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva: World Health Organization; London School of Hygiene and Tropical Medicine; South African Medical Research Council.

Wolf, E., McCarthy, E., & Priebe, G. (2020). Dental care – an emotional and physical challenge for the sexually abused. *European Journal of Oral Sciences*, 128(4), 317–324.

Wong, J. Y.-H., Lai, V., Fong, D. Y., & Tiwari, A. (2014). Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain: A Literature Review. *Trauma, Violence and Abuse*, 15(1), 22-33.

Hälso- och sjukvård för våldsutsatta

SÅ KAN ARBETET UTVECKLAS

SKR har kartlagt samtliga regioners arbete med att ge vård och stöd till personer som utsatts för mäns våld mot kvinnor, våld i nära relation samt hedersrelaterat våld och förtryck. Kartläggningen identifierar sex utmaningar i regionernas arbete och ger konkreta förslag på vad du som förtroendevald, förvaltningsledning, utvecklingsfunktion, enhetschef eller verksamhetschef kan göra. Rapporten innehåller även exempel på goda arbetssätt. Syftet är stödja långsiktig utveckling i hälso- och sjukvården så att vården för våldsutsatta blir bättre.

ISBN 978-91-7585-912-5

Beställ eller ladda ner på webbutik.skr.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**