



Region Skånes vårdprogram mot våld i nära relationer: en uppföljning

Maria Wemrell, Emma Tegel, Anna-Karin Ivert



LUNDS
UNIVERSITET



MALMÖ
UNIVERSITET



Om författarna:

Maria Wemrell är fil dr och docent i Folkhälsovetenskap, vid Genusvetenskapliga institutionen samt affilierad till Enheten för socialepidemiologi, Lunds universitet. Emma Tegel är master i Kriminologi vid Malmö universitet. Anna-Karin Ivert är fil dr och biträdande professor i Kriminologi vid Malmö universitet.

Studien finansierades av Brottsförbyggande rådet (BRÅ).

Rapport 2022:1
Enheten för Socialepidemiologi, Lunds Universitet

Region Skånes vårdprogram mot våld i nära relationer: en uppföljning

Maria Wemrell, Emma Tegel, Anna-Karin Ivert



Innehåll

FÖRORD s. 5

SAMMANFATTNING s. 6

ARBETE MOT VÅLD I NÄRA RELATIONER INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRD s. 8

Vad är VNR? s. 9

Vem drabbas? s. 9

VNR inom hälso- och sjukvården s. 10

Region Skånes vårdprogram s. 11

ENKÄTSTUDIE: FRÅGOR TILL FÖRSTA LINJENS CHEFER s. 12

Respondenterna s. 13

Identifikation av VNR i klinik s. 14

Kännedom om vårdprogrammet s. 14

Vårdprogrammets relevans och användning s. 15

Beredskap för följande av vårdprogrammet s. 16

Hinder eller stöd för att följa vårdprogrammet s. 18

Unga patienter s. 19

FOKUSGRUPPER: SAMTAL MED PERSONAL SOM ARBETAR MED UNGA PATIENTER s. 20

VNR i kliniken s. 21

Klinisk praktik s. 22

Organisatoriskt stöd s. 30

DISKUSSION: SAMMANFATTNING OCH REKOMMENDATIONER s. 32

Kännedom om vårdprogrammet s. 32

Vikten av ledningsstöd och kollegial diskussion s. 33

Rutiner kring frågor om våld s. 34

Dokumentation s. 35

Hänvisning och samverkan s. 36

Kunskap om och syn på VNR s. 36

Unga patienter s. 37

REFERENSER s. 39

APPENDIX: ENKÄTFORMULÄR s. 44

Förord

Våld i nära relationer är ett omfattande och allvarligt problem som samhället gemensamt behöver motverka. Hälso- och sjukvården och tandvården har ett viktigt ansvar och har till följd av vårdens breda kontaktyta särskilda möjligheter i arbetet mot våld i nära relationer.

Region Skåne har politiskt beslutat om riktlinjer som tydliggör regionens ambitioner i arbetet mot våldet. Utöver riktlinjerna finns ett regionalt vårdprogram i Region Skåne sedan 2018 som utgör grunden för hur det kliniska arbetet ska ske [1]. Vårdprogrammet är framtaget genom en gedigen process via en multiprofessionell grupp med bred representation, även från sektorer utanför hälso- och sjukvården.

Sedan 2018 har många utbildningar, informationsutskick och andra initiativ genomförts för att nå ut med vårdprogrammet till Region Skånes verksamheter. Trots vårdens allt starkare arbete för en kunskapsstyrd vård och områdets gedigna riktlinjer är det enligt regionens data relativt få patienter som får vård för våld i nära relationer. Frågan tycks inte komma upp i patientmötet i en utsträckning som står i relation till våldets omfattning [jfr 2]. Frågan om varför inte fler patienter får vård och stöd för våldsutsatthet, trots etablerade riktlinjer, har gett upphov till denna studie.

Att se denna fråga som ett implementeringsproblem, där vårdprogram och riktlinjer inte styr och når ut i vården som de är tänkta, är en förklaringsmodell som skulle kunna ge svar på varför vård och samtal om våldsutsatthet inte tycks vara särskilt vanligt i vårdens miljöer. Via detta samverkansprojekt, finansierat av Brottsförebyggande rådet (Brå), undersöker forskare från Lunds universitet och Malmö universitet detta närmare.

Orsakerna till att patienter inte i högre utsträckning får vård för våld i nära relationer kan vara många. För att vägleda fortsatt utveckling av området behövs ökad förståelse och kunskap om vad som fungerar och vad som inte fungerar i förhållande till nuvarande riktlinjer och kunskapsstyrning, och i detta sammanhang utgör denna rapport en viktig pusselbit.

Johan Öberg, hälso- och sjukvårdsstrateg
Region Skåne, Avdelningen för hälso- och sjukvårdsstyrning

Sammanfattning

Våld i nära relationer (VNR) är ett samhälls- och folkhälsoproblem som under senare år fått växande uppmärksamhet inom hälso- och sjukvården, då vårdens ansvar för att identifiera och hantera VNR har betonats. Region Skåne har sedan år 2018 ett regionalt vårdprogram mot VNR, som formulerar hur detta arbete ska bedrivas [1]. Föreliggande studie syftar till att undersöka i vilken detta vårdprogram har implementerats, samt vilka eventuella hinder som vårdpersonal kan se i relation till följande av det. Studien bestod av en enkät riktad till första linjens chefer inom vårdverksamheter med patientkontakt i Region Skåne, samt av fokusgrupper med personal som arbetar primärt med unga patienter.

Av de chefer som deltog i enkätundersökningen (n=154, svarsfrekvens 19%) hade nästan tre fjärdedelar hört talas om vårdprogrammet. Endast en dryg fjärdedel uppgav sig emellertid känna till dess innehåll. Den grupp av respondenter som arbetade inom primärvård, mödravård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri eller akutsjukvård bedömde sin kännedom som högre än de som arbetade inom andra verksamheter. Den mån i vilken vårdpersonalen kände till, diskuterade och följde vårdprogrammet uppgavs vara relativt låg. Det antal patienter som bedömdes ha identifierats som våldsutsatta under det senaste året varierade starkt mellan verksamheter, och på frågan om rutiner eller arbetssätt för att identifiera eller vårda personer utsatta för VNR hade utvecklats eller förändrats vid vårdenheten under de senaste åren svarade runt 30% att detta inte alls hade skett. Beredskapen för att följa vissa delar av vårdprogrammet, som att göra orosanmälan vid misstanke om att barn far illa samt ta våldsutsatthet på allvar och lyssna på den utsatta, bedömdes vara hög. Gällande andra delar, som att ställa rutinmässiga frågor om våldsutsatthet oavsett sökorsak, var beredskapen lägre. Många uppgav att personalens kunskaper om VNR, samt olika former av informations- och utbildningsinsatser, var viktiga för att stödja följandet av vårdprogrammet.

Bland deltagarna i de fem fokusgrupperna (n=15) var kännedomen om det regionala vårdprogrammet relativt låg. Deltagarna beskrev varierande arbetssätt kring ställande av frågor om våldsutsatthet, och de flesta menade att de främst frågade då misstanke uppstått snarare än som rutin. Deltagare betonade att riktlinjer kan behöva anpassas till den specifika kliniska kontexten, och påtalade särskilda utmaningar i samband med patientmottagning online. Många beskrev en osäkerhet kring hur VNR ska dokumenteras. Hänvisning till och samverkan med andra supportinstitutioner, främst socialtjänsten, beskrevs som generellt välfungerande samtidigt som tätare samverkan efterfrågades. Vårdprogrammet uppfattades som tillräckligt för hantering av VNR bland ungdomar. Dock påtalade några att det är viktigt att vara medveten om former av våld som ungdomar kan utsättas för, inte minst online. Deltagarna betonade vikten av organisatorisk support, i form av ledningsstöd och diskussion mellan kollegor, för följande av vårdprogrammet.

Studien utmynnar i en rad rekommendationer (se [Ruta 1](#)).

RUTA 1. REKOMMENDATIONER

Dessa rekommendationer riktar sig primärt till personer i ledande positioner inom Region Skåne.

- Insatser för att öka kännedomen om Region Skånes vårdprogram mot VNR bör utvecklas.
- Chefer på olika nivåer bör se över hur de kan stödja utbildning om, utformning av rutiner för samt kollegial diskussion och reflektion kring arbete med VNR. Sådant stöd inkluderar inte minst frigörande av tid för kompetensutveckling inom området.
- Arbetsätt för att rutinmässigt fråga om våldsutsatthet bör utvecklas i enlighet med de förutsättningar som finns i den specifika vårdverksamheten.
- Rutiner för dokumentation av VNR bör diskuteras, utvecklas och samordnas.
- Rutiner bör innefatta klargörande av vart och hur patienter ska hänvisas vidare. Samverkan med socialtjänst samt mellan olika delar av hälso- och sjukvården bör utvecklas där behov och möjlighet finns.
- Utbildningsinsatser bör inte endast omfatta vårdprogrammet utan även VNR i bredare bemärkelse, för att förutsättningarna för adekvat bemötande och vård ska stärkas.
- Vårdpersonal bör ställa frågor om, samt vara uppmärksamma inför, VNR bland ungdomar.

Arbete mot våld i nära relationer inom hälso- och sjukvård

Våld i nära relationer (VNR) är en form av brott i nära relation (BINR) och ett samhälls- och folkhälsoproblem [3-5] som inte minst aktualiserats under covid-19 epidemin. VNR kan ha betydande kort- och långsiktiga hälsokonsekvenser, och identifikation och hantering av våldsutsatthet är därför en viktig del av hälso- och sjukvårdens uppdrag. Identifikation av VNR är avgörande för att utsatta ska få adekvat vård i enlighet med hälso- och sjukvårdssamt tandvårdslagen [6, 7]. Eftersom de allra flesta samhällsmedborgare uppsöker någon form av vård har hälso- och sjukvården samtidigt en central och unik möjlighet att upptäcka VNR, och att därmed bidra till att förebygga fortsatt våld [8-10]. Detta kan vara livsavgörande då den grävsta formen av VNR är dödligt. Arbete mot VNR innebär samtidigt hantering och förebyggande av brott, då våldsutsatta patienter även är brottsoffer [11, 12].

Identifikation och hantering av VNR inom vården har under senare år fått ökad uppmärksamhet. Stödmaterial har tagits fram [13, 14] och nationella riktlinjer formulerats [15]. De senare säger bland annat att varje vårdgivare ska fastställa nödvändiga rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta, att varje vårdgivare bör avgöra när och hur personalen ska ställa frågor om våld, samt att vårdpersonal ska ställa frågor om våldsutsatthet ifall misstanke uppkommer [15]. Samtliga regioner i Sverige har också utformat handlingsplaner, riktlinjer eller vårdprogram för arbete med frågan [10]. I Skåne lades ett regionalt vårdprogram mot VNR fram år 2018, och uppdaterades år 2020 [1].

Föreliggande studie syftar till att undersöka i vilken mån Region Skånes vårdprogram mot VNR har implementerats, samt hur det upplevs svara mot och fungera i klinisk praktik. Studien bestod av två delar. Den första delen var en enkätundersökning som vände sig till första linjens chefer inom vårdverksamheter med patientkontakt i Region Skåne. I enkäten undersöktes kännedom om samt beredskap för följande av de regionala riktlinjerna vid respektive vårdenhet, samt vilka hinder som eventuellt upplevts i samband med detta. Studiens andra del bestod av en fokusgruppstudie. Genom denna delgav vårdpersonal som arbetar primärt med unga patienter sina tankar kring vårdprogrammets innehåll och tillämpning, med fokus på hinder, utmaningar och möjligheter. Särskilt fokus riktades här mot vård av unga patienter, då utsattheten för VNR är hög bland unga personer [16, 17] och befintlig forskning om våldsutsatthet i denna grupp är begränsad [18]. Ökad kunskap om VNR bland unga är viktig inte minst på grund av betydelsen av att tidigt identifiera VNR och därmed förebygga fortsatt våld [18].

VAD ÄR VNR?

Region Skånes vårdprogram utgår ifrån Socialstyrelsens definition av VNR, och betonar därmed att VNR ofta utgör ett mönster av våldshandlingar samt kombinationer av olika former av våld [1]. Partnervåld har definierats som fysiskt, sexuellt, psykiskt eller ekonomiskt tvingande handlingar utförda av en nuvarande eller tidigare partner mot personens vilja [19], inklusive interaktion online eller via informations- och kommunikationsteknologi [20]. Utöver partnervåld innefattar VNR våld från förälder eller annan omsorgsperson. Här ingår omsorgssvikt, dvs försummelse av barn eller annan person som befinner sig i beroendeställning. Våld mellan syskon, barns våld mot föräldrar, samt hedersrelaterat våld som kan involvera flera närstående är också former av VNR. En viktig skillnad mellan VNR och andra typer av våld är att den intima relationen mellan våldsutövaren och den utsatta på olika sätt kan göra motstånd och uppbrott komplicerat, samt att våldet ofta eskalerar över tid.

VEM DRABBAS?

VNR är ett globalt problem som även drabbar ett stort antal människor i Sverige. Det förekommer i alla delar av samhället. Samtidigt framstår vissa grupper som särskilt sårbara, pga bristande resurser eller samhälleligt skydd [21]. VNR drabbar personer med olika könsidentitet, i hetero- och icke-heterosexuella relationer och familjekonstellationer. Kvinnor utsätts emellertid oftare för grövre, upprepat och dödligt våld [22], och Region Skånes vårdprogram omtalar VNR som en viktig jämställdhetsfråga. Bland barn är könsskillnaderna i våldsutsatthet mindre [2].

Det är svårt att uttala sig säkert om hur vanligt förekommande VNR är, eftersom mätningar kan påverkas bland annat av rapporteringsbenägenhet, våldsdefinition och studiemetod, men en rad studier indikerar att prevalensen i Sverige är hög. I en studie från EUs Agency of Fundamental Human Rights [23] rapporterade 28% av kvinnor i Sverige att de någon gång utsatts för sexuellt eller fysiskt partnervåld. Enligt en svensk undersökning från samma år [2] hade 14% av kvinnorna och 5% av männen utsatts för fysiskt våld eller hot om sådant, och 20% av kvinnorna samt 8% av männen för upprepat psykiskt våld, från en partner. Brottsförebyggande rådet (Brå) [22] rapporterade samtidigt att 1 av 4 kvinnor och 1 av 6 män utsatts för VNR. Under 2014–2020 dödades 124 personer, varav 106 kvinnor, av en tidigare eller dåvarande partner i Sverige [24, 25].

Studier påtalar höga nivåer av VNR även bland ungdomar [23]. I en studie av VNR bland unga personer (15-19 år) i Sverige [26] rapporterade över hälften av de tillfrågade erfarenheter av partnervåld. Utsatthet, särskilt för upprepat våld, var vanligare bland tjejer. Enligt en tidigare undersökning [18] hade 1 av 5 enkätresponder i åldern 16–14 år - 24% av tjejerna och 14% av killarna - utsatts för VNR. Socialstyrelsens föreskrifter gällande VNR [15] omfattar också personer under 18 år, och i regeringens nationella strategi för

att motverka mäns våld mot kvinnor [27] betonas vikten av att ge våldsutsatthet bland ungdomar större uppmärksamhet.

Vad gäller våldets effekter på samhällsnivå, är dessa svåra att definiera och mäta. Enligt en uppskattning från 2015 [28] var de samlade kostnaderna för könsrelaterat våld i Sverige över 45 miljarder kronor per år, varav ca 40 miljarder härrörde till kvinnors utsatthet.

VNR INOM HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN

Kort- och långsiktiga hälsokonsekvenser av VNR kan vara fysiska och psykiska [2, 22, 29-31]. Somatiska hälsoeffekter inkluderar både akuta skador som hjärnskakningar, frakturer och blödningar, och högre risk för mer kroniska tillstånd som hjärt-kärlsjukdom inklusive hjärtinfarkt samt olika smärttillstånd [10, 32, 33]. Psykiska hälsoeffekter inkluderar depression, ångest och PTSD-symtom [2, 34-37] samt ökad risk för suicid [38, 39]. VNR kan också leda till hälsorisker i form av riskbruk av alkohol eller andra droger samt självskadebeteenden [2, 35]. Hälsokonsekvenser har också påtalats för unga personer som utsatts för VNR [40-44], i högre grad bland unga kvinnor än bland unga män [40, 45].

Våldsutsatthet är inte en fråga som kan avgränsas till specifika delar av hälso- och sjukvården, utan våldsutsatta patienter finns i alla vårdens verksamheter, som exempelvis primärvård [37], psykiatri [42, 46], mödravård, rehabilitering och tandvård [10]. Många våldsutsatta söker vård för mer icke-akuta besvär som nedstämdhet, sömnrubbingar och smärttillstånd [10].

Socialstyrelsens dödsfallsutredningar [47] påtar att 20 av 21 personer (varav 19 kvinnor) som dödsats av en partner under 2016–2017 hade varit i kontakt med hälso- och sjukvården under det senaste året innan dödsfallen. Kontakten var ofta omfattande och involverade ofta flera verksamheter. Enligt Socialstyrelsen [47] hade inget av dessa brottsoffer tillfrågats om våldsutsatthet, trots att de flesta av de berörda vårdverksamheterna hade skriftliga rutiner kring frågor om våld. Detta gällde även i de fall då de vårdsökande hade skador, beskrev relationen med gärningspersonen som konfliktfylld, suicidbedömdes, eller uppsökte vård för kvarstående eller eskalerande psykiska eller somatiska hälsoproblem. Socialstyrelsen [47] drar slutsatsen att frågor om våld inte alltid ställts inom svensk hälso- och sjukvård, trots befintliga föreskrifter. Senare undersökningar av hur VNR hanteras inom vården [10, 48] har påtalat variationer mellan regioner och verksamheter. Samtidigt som samtliga regioner har utvecklat någon form av riktlinjer kring frågan, ser formuleringen av konkreta rutiner samt implementering av dessa olika ut.

Inadekvat implementering av riktlinjer gällande VNR inom vården, samt bristande kunskap om denna, har påtalats på internationell nivå [8, 49]. Vid sidan av den generella tröghet som kan karaktärisera implementering av riktlinjer inom hälso- och sjukvården [50, 51],

kan det finnas specifika hinder för utveckling av arbete mot VNR. En övergripande uppföljning av arbete mot VNR i Sverige pekade på glapp mellan riktlinjer och praktik [52] och inom socialtjänsten har införandet av rutinmässiga frågor om våldsutsatthet visat sig vara svårare än andra jämförbara förändringar av arbetssätt [53, 54]. Gällande hälso- och sjukvård har studier påtalat hinder för tillfrågande om våldsutsatthet bland vårdgivare [12, 55-60] samt brister i klinisk hantering av VNR [61-65]. Forskning tyder vidare på att våldsutsatta kan undvika att uppsöka vård [66-68] samt att berätta om våldet för vårdgivare [23, 69]. Det senare gäller även för unga personer [17, 42, 70]. Dock ökar sannolikheten att patienter berättar om våldsutsatthet om hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om saken [60, 71].

Av dessa anledningar finns det god anledning att undersöka i vilken mån Region Skånes vårdprogram mot VNR används i klinisk praktik, samt vilka hinder som eventuellt upplevs i detta.

REGION SKÅNES VÅRDPROGRAM

Region Skånes vårdprogram mot VNR [1] består av fem delar. Dessa beskriver hur personal inom hälso- och sjukvården samt tandvården ska arbeta för att 1) aktivt identifiera våldsutsatthet och därmed ha förutsättningar för att ge lämplig och patientsäker vård; 2) bemöta, stödja och vårda våldsutsatta personer utifrån behov; 3) korrekt dokumentera våldsutsatthet; 4) hänvisa vuxna till stödinsatser; samt 5) anmäla till socialtjänst vid oro om att barn far illa. Vårdprogrammet finns även i en kortversion [72].

Enkätstudie: frågor till första linjens chefer

En enkätstudie skickades ut till första linjens chefer inom vårdverksamheter med patientkontakt i Region Skåne (n=876). Syftet med detta var att undersöka hur cheferna bedömde den egna och den övriga personalens kännedom om vårdprogrammet samt den utsträckning i vilken det följdes i den kliniska verksamheten. Frågor ställdes även om eventuella hindrande eller underlättande faktorer i detta arbete.

Enkäten (se Appendix) baserades på tidigare forskning [73-75] och validerades genom granskning av fyra personer utanför forskargruppen, varav tre med relevant forskningskompetens och en med erfarenhet av organisatoriskt arbete med VNR. Efter revidering av formuläret gjordes ett pilotutskick i juni 2021 till 40 chefer inom Region Skånes vårdverksamheter. Då dessa respondenter besvarade enkäten ombads de även ge eventuella kommentarer på enkätfrågornas tydlighet och relevans. Inga förändringar av enkätformuläret bedömdes behöva göras efter pilotutskicket, och ett identiskt frågeformulär skickades i september 2021 till övriga första linjens chefer.

Enkätfrågorna handlade om kännedom om det regionala vårdprogrammet samt beredskap för följande av olika delar av det vid berörd vårdenhet. Frågor ställdes även om antalet patienter respondenten bedömde hade identifierats vid vårdenheten som utsatta för, respektive utövare av, VNR. Frågor ställdes om faktorer som bedömdes hindra eller underlätta följande av vårdprogrammet. Slutligen ställdes några öppna frågor om vad som skulle kunna göra det lättare för personalen att följa vårdprogrammet samt om respondenten ville tillägga något. I enlighet med projektets delfokus på unga patienter ställdes även en öppen fråga om huruvida vårdprogrammet gav tillräcklig vägledning för korrekt hantering av VNR bland ungdomar. Information om respondenternas typ av arbetsplats, profession, ålder och kön inhämtades också.

Mottagarna, första linjens chefer inom Region Skånes vårdverksamheter med patientkontakt, kontaktades via e-post utifrån en lista över kontaktuppgifter som hämtades från Region Skåne. Listan genomgick en initial revidering varigenom personer som inte bedömdes vara chefer över medarbetare med patientkontakt plockades bort, och den innehöll därefter 876 e-postadresser.

De personer på listan som inte fått enkäten genom pilotstudien fick den genom det utskicket i september (n=836). Av dessa svarade 66 via e-post (n=37) eller genom enkätens första fråga (n=29), att de för närvarande inte var chefer över medarbetare med patientkontakt och därmed inte ingick i målgruppen. Därutöver skickade 3 personer automatiska frånvaromeddelanden pga semester/tjänstledighet som sträckte sig över datainsamlingsperioden. 806 personer som antas ha ingått i målgruppen mottog därmed enkäten, pilotutskicket medräknat. Totalt svarade 154 personer (8 på pilot- och 146 på huvudutskicket) på enkäten, vilket innebär en svarsfrekvens på 19.1%.

Enkäten spreds via det webbaserade verktyget Sunet Survey. E-postmeddelandena innehöll en länk till enkäten samt information om studiens syfte. Samtycke till deltagande gavs genom ifyllande av enkäten och inskickade av svaren. Ingen etisk tillståndsbedömning bedömdes behövas, eftersom deltagarna medverkade utifrån sin profession och inte uppfattades som en sårbar population, samt eftersom enkätfrågorna inte berörde känsliga personuppgifter. Inkomna svar går inte heller att koppla till enskilda individer.

Enkätsvaren analyserades genom enkla deskriptiva statistiska beräkningar, såsom jämförelser av medelvärden (m) och standardavvikelser (sd) med hjälp av statistikprogrammet SPSS. Svaren på de öppna frågorna analyserades tematiskt [76].

RESPONDENTERNA

Av de chefer som besvarade enkäten arbetade 17% inom vuxenpsykiatri, 13% inom barn- och ungdomshälsovård, 9% inom akutsjukvård, 4% på vårdcentral och 3% inom mödra- eller förlossningsvård. Region Skåne pekar i sitt vårdprogram på att mödrahälsovården, primärvården samt vuxen- och barn- och ungdomspsykiatri har visat sig ha en överrepresentation av våldsutsatta patienter, och rekommenderar därför att alla patienter här tillfrågas om våld, oavsett sökorsak. Även akutsjukvården har påtalats som en verksamhet dit många kan tänkas söka sig i akuta skeden av våldsutsatthet [12]. Vi har i föreliggande studie därför betraktat dessa verksamheter som prioriterade i vårdens arbete mot VNR. Chefer från dessa utgör sammanlagt ca 45% av respondenterna.

Av de övriga respondenterna arbetade 19% inom annan slutenvård och 14% inom annan öppenvård. Därutöver angav 11% att de arbetade inom andra verksamheter och ungefär lika många besvarade inte frågan. De flesta av cheferna var sjuksköterskor men i gruppen ingick även läkare, socionomer, fysioterapeuter och arbetsterapeuter. Knappt 25% uppgav att de varit chef inom Region Skåne under mindre än tre år, omkring 40% hade varit chef tre till nio år och övriga hade innehaft chefspositioner i Region Skåne under mer än tio år. En majoritet (84%) av de som besvarade enkäten är kvinnor och medåldern bland respondenterna var drygt 50 år (den yngsta var under 30 år och den äldsta över 65 år).

IDENTIFIKATION AV VNR I KLINIK

Nästan 20% av respondenterna uppgav att personalen vid deras enhet inte identifierat någon patient som utsatt för VNR under de senaste 12 månaderna. Nästan hälften uppgav att personalen identifierat en till fem våldsutsatta patienter, och 18% att fler än fem våldsutsatta patienter identifierats. En femtedel av respondenterna besvarade inte frågan. Chefer från de prioriterade verksamheterna uppgav ett nästan dubbelt så stort genomsnittligt antal patienter som identifierats som våldsutsatta, jämfört med chefer från övriga verksamheter ($m=6.1$ jämfört med $m=2.5$, $p<0.001$). Spridningen var dock stor även mellan de prioriterade verksamheterna och personalen vid flera av dessa enheter sadades inte ha identifierat några våldsutsatta patienter.

De flesta (82%) menade att antalet identifierade fall var ungefär detsamma som föregående år. Av de som svarat att så inte var fallet angav de flesta (68%) att detta helt eller delvis antogs bero på ett förändrat arbetssätt, medan knappt 30% bedömde det som helt eller delvis beroende på förhållanden relaterade till covid-19 pandemin.

Drygt 40% av respondenterna svarade att personalen vid deras enhet inte identifierat någon patient som utövare av VNR under de senaste 12 månaderna. Drygt 33% svarade att personalen identifierat en till fem utövare av VNR under samma period och knappt 10% att fler än fem våldsutövare identifierats. Drygt 15% valde att inte besvara frågan.

Även här finns en skillnad mellan de prioriterade vårdenheterna och övriga ($p=0.004$). Cheferna från prioriterade verksamheter uppgav att de vid deras enhet i genomsnitt identifierat knappt fem personer som våldsutövare, jämfört med övriga verksamheter där motsvarande siffra var drygt en. Variationen var stor även bland de prioriterade verksamheterna och flera sadades inte ha identifierat någon utövare av VNR.

De flesta bedömde att antalet låg på ungefär samma nivå som tidigare år. Av de som upplevde att det skett en förändring svarade hälften att det helt eller delvis bedömdes bero på ett förändrat arbetssätt och ungefär lika många att det antogs bero på förhållanden relaterade till covid-19 pandemin.

KÄNNEDOM OM VÅRDPROGRAMMET

De flesta av cheferna (73%) uppgav att de kände till Region Skånes vårdprogram mot VNR innan de kontaktades för den aktuella undersökningen. Däremot svarade endast en dryg fjärdedel (27%) att de kände till vårdprogrammets innehåll. 40% uppgav att de delvis kände till innehållet och nästan lika många att de inte kände till innehållet alls (36%). Detta resultat bör tolkas i relation till att endast 19.1% av de chefer som fick enkäten besvarade den.

Kännedomen om vårdprogrammets innehåll verkade inte vara beroende av hur länge respondenten varit chef inom Region Skåne. Däremot är det tydligt att de som arbetade inom de prioriterade verksamheterna i högre utsträckning kände till vårdprogrammets existens och dess innehåll (85% vs 66%, $p=0.006$ och 41% vs 15%, $p<0.001$).

VÅRDPROGRAMMETS RELEVANS OCH ANVÄNDNING

Respondenterna tog ställning till ett antal påståenden om vårdprogrammets relevans och användning, på en skala från 1 (håller inte alls med) till 5 (håller helt och hållet med). De som angav det svarsalternativet "vet ej" inkluderas inte i respektive analys. Resultaten presenteras i [Tabell 1](#).

De flesta höll med om att hälso- och sjukvården i allmänhet har ett ansvar för att identifiera och hantera VNR (m=4.7) och att våldsutsatthet förekommer bland patienter som kommer till vårdenheterna i fråga (m=4.2). Något färre instämde i att bemötande av patienter som utsatts för VNR var något som hade diskuterats bland vårdenhetens personal (m=3.7).

TABELL 1. VÅRDPROGRAMMETS RELEVANS OCH ANVÄNDNING

Frågor ställdes om i vilken utsträckning respondenten höll med om respektive påstående. Tabellen visar medelvärden (m) på en skala från 1 (håller inte alls med) till 5 (håller helt och hållet med), samt standardavvikelser (sd), för samtliga respondenter och för prioriterade respektive övriga verksamheter. I tabellen jämförs även medelvärden mellan prioriterade och övriga verksamheter (t-test).

| | Samtliga m (sd) | Prioriterade m (sd) | Övriga m (sd) | p-värde |
|---|--------------------|------------------------|------------------|---------|
| Hälso- och sjukvården i allmänhet har ett ansvar för att identifiera och hantera våld i nära relationer | 4.65 (.63) | 4.81 (.46) | 4.51 (.72) | .003 |
| Utsatthet för våld i nära relationer förekommer bland de patienter som kommer till vårdenheten | 4.16 (1.09) | 4.43 (.98) | 3.93 (1.12) | .006 |
| Bemötande av patienter som utsatts för våld i nära relation har diskuterats bland personalen på enheten | 3.68 (1.31) | 4.35 (.89) | 3.10 (1.34) | <.001 |
| Ett vårdprogram mot våld i nära relationer är relevant för din vårdenhet | 4.14 (1.10) | 4.51 (.80) | 3.82 (1.21) | <.001 |
| Ett vårdprogram mot våld i nära relationer kan förbättra vården av patienter vid enheten | 4.08 (1.13) | 4.43 (.89) | 3.76 (1.24) | <.001 |
| Den vårdpersonal som arbetar vid din vårdenhet känner till att vårdprogrammet finns | 3.29 (1.21) | 3.67 (1.15) | 2.90 (1.14) | <.001 |
| Den vårdpersonal som arbetar vid din vårdenhet känner till vårdprogrammets innehåll | 2.83 (1.18) | 3.17 (1.12) | 2.45 (1.14) | <.001 |
| Det regionala vårdprogrammet mot våld i nära relation har diskuterats bland personalen vid enheten | 2.75 (1.42) | 3.32 (1.34) | 2.26 (1.29) | <.001 |
| Personalen vid din vårdenhet följer vårdprogrammet | 2.72 (1.27) | 3.16 (1.21) | 2.28 (1.19) | <.001 |
| Vårdprogrammet har påverkat hur personal arbetar med våld i nära relationer vid enheten | 2.53 (1.28) | 3.07 (1.28) | 2.02 (1.04) | <.001 |
| Vårdenheten har under senare år utvecklat eller förändrat rutiner eller andra arbetssätt för att bättre identifiera eller vårda personer som utsatts för våld i nära relation | 2.61 (1.49) | 3.42 (1.37) | 1.94 (1.23) | <.001 |
| Personal vid din vårdenhet har erbjudits fortbildning om våld i nära relationer | 2.67 (1.50) | 3.24 (1.47) | 2.21 (1.35) | <.001 |
| Personal vid din vårdenhet har genomgått fortbildning om våld i nära relationer | 2.45 (1.46) | 3.04 (1.45) | 1.90 (1.23) | <.001 |

De flesta menade att ett vårdprogram mot VNR var relevant för deras vårdenhet (m=4.1) och att ett sådant vårdprogram kan förbättra vården av patienter vid enheten (m=4.1). Respondenterna höll i lägre utsträckning med om att vårdpersonalen kände till att vårdprogrammet finns (m=3.3), att vårdpersonalen kände till vårdprogrammets innehåll (m=2.8), samt att vårdprogrammet diskuterats vid enheten (m=2.8). På den sista frågan svarade 20% att de inte alls höll med.

Vidare angav respondenterna i lägre utsträckning att vårdpersonalen följde vårdprogrammet (m=2.7) samt att vårdprogrammet påverkat hur personalen arbetade med VNR (m=2.5). På frågan om rutiner eller arbetssätt för att identifiera eller vårda personer utsatta för VNR hade utvecklats eller förändrats vid vårdenheten under de senaste åren (m=2.6) svarade runt 30% att de inte alls höll med om att detta hade skett.

Slutligen instämde respondenterna i lägre utsträckning i påståendet om att personal vid vårdenheten erbjudits (m=2.7) eller genomgått (m=2.4) fortbildning om VNR. Omkring 30% av respondenterna svarade att de inte alls höll med om dessa påståenden.

Genomgående visar resultaten att chefer från de prioriterade verksamheterna i högre utsträckning instämde i påståendena (se Tabell 1).

BEREDSKAP FÖR FÖLJANDE AV VÅRDPROGRAMMET

Respondenterna ombads vidare bedöma beredskapen för att följa olika delar av vårdprogrammet mot VNR vid deras enhet, genom att ta ställning till ett antal påståenden på en skala från 1 (mycket låg beredskap) till 5 (mycket hög beredskap). De som svarade "vet ej" inkluderas inte i respektive analys. Resultaten presenteras i Tabell 2.

Respondenterna bedömde, i genomsnitt, att det fanns en hög beredskap vid deras enheter för att göra orosanmälningar vid misstanke om att barn far illa genom att de eller deras närstående utsätts för våld (m=4.4). De rapporterade också en hög beredskap för att ta våldsutsatthet på allvar och lyssna på den utsatta (m=4.4), för att förstå varför den utsatta kanske inte berättar om våldet (m= 4.1) samt för att bemöta våldsutsatta på ett professionellt och förstående sätt (m=4.1)

Generellt sett bedömde respondenterna även att det fanns en relativt hög beredskap för att fråga patienter om utsatthet om de visar tecken som väcker misstanke om våld (m=3.7). Beredskapen rapporterades också vara relativt hög för att bemöta våldsutsatthet i alla grupper (m=3.7), ställa frågor om erfarenheter om våld enskilt, utan att eventuella medföljande är närvarande (m=3.5), informera om och hänvisa våldsutsatta vuxna till stödinsatser (m=3.4), journalföra våldsutsatthet på ett korrekt sätt (m=3.3) samt ställa frågor om olika typer av våld (m=3.1). Beredskapen bedömdes vara lägre för att rutinmässigt fråga patienter om våldsutsatthet oavsett sökorsak (m=2.6), där 31% svarade

att beredskapen var mycket låg. Vidare bedömdes beredskapen vara lägre för att ställa frågor till personer som de misstänker har utövat våld (m=2.5) samt för att dokumentera fysiska skador genom fotografering (m=2.4) (37%). På de två senare frågorna svarade 26% respektive 37% att beredskapen var mycket låg.

Beredskapen för att följa olika delar av vårdprogrammet angavs generellt vara högre vid de prioriterade enheterna. Ett undantag är dokumentation av fysiska skador genom fotografering, där någon sådan skillnad inte kunde ses.

TABELL 2. BEREDSKAP FÖR FÖLJANDE AV VÅRDPROGRAMMET

Frågor ställdes om vilken beredskap respondenterna bedömde att det fanns vid deras enhet för att följa olika delar av vårdprogrammet mot VNR. Tabellen visar medelvärden (m) på en skala från 1 (mycket låg beredskap) till 5 (mycket hög beredskap), samt standardavvikelser (sd), för samtliga respondenter och för prioriterade respektive övriga verksamheter. I tabellen jämförs även medelvärden mellan prioriterade och övriga verksamheter (t-test).

| | Samtliga m (sd) | Prioriterade m (sd) | Övriga m (sd) | p-värde |
|---|--------------------|------------------------|------------------|---------|
| Rutinmässigt fråga patienter om våldsutsatthet, oavsett sökorsak | 2.63 (1.42) | 3.33 (1.34) | 2.06 (1.22) | <.001 |
| Fråga patienter om våldsutsatthet om de visar tecken som väcker misstanke om våld | 3.72 (1.19) | 4.25 (.76) | 3.27 (1.31) | <.001 |
| Ställa frågor om våld i enskilt, utan att patientens eventuella medföljande är närvarande | 3.48 (1.29) | 4.00 (.92) | 3.00 (1.38) | <.001 |
| Ställa frågor om olika typer av våld (fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomisk, omsorgssvikt) | 3.12 (1.31) | 3.79 (1.05) | 2.49 (1.22) | <.001 |
| Ställa frågor till personer som de misstänker utövat våld | 2.50 (1.28) | 3.06 (1.17) | 1.99 (1.16) | <.001 |
| Bemöta våldsutsatta patienter på ett professionellt och förstående sätt | 4.13 (1.06) | 4.41 (.77) | 3.87 (1.22) | .001 |
| Ta våldsutsatthet på allvar och lyssna på den utsatta patienten | 4.36 (0.98) | 4.74 (.50) | 4.00 (1.16) | <.001 |
| Förstå varför den våldsutsatta kanske inte berättar om våldet | 4.12 (1.03) | 4.42 (.67) | 3.82 (1.21) | <.001 |
| Journalföra våldsutsatthet på ett korrekt sätt | 3.33 (1.24) | 3.75 (.97) | 2.94 (1.34) | <.001 |
| Dokumentera fysiska skador genom fotografering | 2.44 (1.52) | 2.59 (1.45) | 2.31 (1.58) | NS |
| Informera om och hänvisa våldsutsatta vuxna till stödinsatser | 3.37 (1.38) | 3.83 (1.05) | 2.96 (1.52) | <.001 |
| Göra orosanmälan vid misstanke om att barn far illa, genom att de eller deras närstående utsätts för våld | 4.45 (1.03) | 4.80 (.53) | 4.13 (1.26) | <.001 |
| Bemöta våldsutsatthet i alla patientgrupper | 3.74 (1.14) | 4.10 (.88) | 3.40 (1.25) | <.001 |

HINDER ELLER STÖD FÖR ATT FÖLJA VÅRDPROGRAMMET

Respondenterna fick ta ställning till i vilken mån ett antal faktorer hindrade eller bidrog till att vårdprogrammet kunde följas vid den aktuella enheten, på en skala från 1 (hindrar i hög grad) till 5 (bidrar i hög grad).

Det som främst ansågs bidra till följande av vårdprogrammet, då 56% angav 4 eller 5 på skalan, var personalens kunskaper om VNR. Omkring 40% menade på motsvarande vis att vårdprogrammets klarhet och tydlighet bidrar till att det följs, och ungefär lika många angav att tillgängligheten bidrog till följande av vårdprogrammet. Omkring 35% menade att programmets grund i forskning bidrar till att det följs. Drygt 30% av cheferna angav att tidsbrist hindrar följande av vårdprogrammet. Genomgående svarade en stor andel (20–40%) av respondenterna att de inte visste om de respektive faktorerna bidrog till eller hindrade att vårdprogrammet följdes.

Avslutningsvis ställdes en öppen enkätfråga om vad respondenterna trodde skulle göra det lättare för personalen vid deras enhet att följa vårdprogrammet, samt en ytterligare fråga om huruvida respondenterna ville tillägga något. En stor andel av svaren på dessa frågor (totalt n=84; n=24) hänvisade till information och utbildning.

Några uttryckte att information om vårdprogrammets existens räcker långt. Betydelsen av att vårdprogrammet finns lätt tillgängligt samt att det finns tydlig information om var det går att hitta, för att synliggöra det i en tidspressad klinisk vardag, betonades. Andra påtalade värdet av återkommande information om vårdprogrammet, för att påminna om dess existens samt säkerställa att all personal, inklusive nyanställda, får kännedom om det. Sådana svar pekade både uppåt och neråt i organisationen, på så vis att vissa chefer påtalade vikten av att de själva blev informerade medan andra framhöll att information behöver spridas neråt i organisationen, exempelvis vid arbetsplatsträffar, eller betonade att frågan bör diskuteras på ledningsnivå och sedan spridas till respektive enheter.

Ett par respondenter efterlyste utbildningsresurser online, i form av föreläsningar i realtid eller färdigt utbildningsmaterial som personal kan ta del av exempelvis vid nyanställning. Utbildning efterfrågades här inte bara om vårdprogrammet utan även om VNR generellt, bland annat med särskilt fokus på specifika grupper eller former av våld, som geriatriska patienter och patienter med funktionsvariation samt våld mellan syskon. Vidare lyftes vikten av kollegiala samtal om ämnet, exempelvis vid APT eller workshops, för att inte bara delge information utan även utbyta erfarenheter och reflektera i grupp. Handledning kring frågan efterfrågades, liksom tillfällen för att öva på att ställa svåra frågor. En person påtalade betydelsen av reflektion kring egna grundvärderingar och blinda punkter, samt diskussion om "allas ansvar och att vilja se det man inte ser" (respondent nr 68). Behovet av, och svårigheter med att, avsätta tid för utbildning och diskussion nämndes emellertid av flera respondenter. Vikten av engagemang påtalades, samt av ledningspersonal eller läkare som intresserar sig för frågan och lyfter den.

Etablering av tydliga rutiner på arbetsplatserna togs upp som en viktig fråga, liksom behovet av mer välfungerade metoder för dokumentation i journalanteckningar samt genom fotografering. Vikten av samarbete inom det egna verksamhetsområdet samt med jourverksamhet för våldsutsatta personer påtalades också.

Några av respondenterna menade att våldsutsatta patienter inte identifierades eller vårdades vid den egna enheten. Detta relaterades både till mörkertal och till den berörda verksamhetens och patientkontaktens villkor. En person menade att patienter ofta uppträder som om de blir kränkta av frågor om våldsutsatthet.

UNGA PATIENTER

Ytterligare en öppen enkätfråga gällde huruvida respondenten bedömde vårdprogrammet som tillräckligt för hantering av VNR bland ungdomar. Av de respondenter (n=53) som svarade menade många att de inte visste eller att det befintliga vårdprogrammet är tillräckligt. Några menade att vårdprogrammet helt enkelt behöver följas bättre:

De är inte implementerade i tillräcklig utsträckning. (respondent nr 13)

Andra påtalade, i likhet med svaren på frågan ovan, vikten av utbildning och kollegiala samtal om frågan, samt tydligare instruktioner och rutiner för korrekt dokumentation. En person efterfrågade utbildningsinsatser gällande kulturella skillnader i bemötande av barn. En annan påtalade befintliga pågående samtal om vikten av att göra orosanmälan när barn och ungdomar är utsatta eller riskerar att utsättas.

Fokusgrupper: samtal med personal som arbetar med unga patienter

Genom en fokusgruppsstudie fick vårdpersonal, som primärt arbetar med unga patienter, diskutera vårdprogrammets innehåll och tillämpning med fokus på hinder, utmaningar och möjligheter. Ett särskilt delfokus låg här på vård av ungdomar.

Fokusgrupper är en kvalitativ metod för inhämtning av kunskap om hur en grupp personer resonerar kring ett ämne, samt om hur personerna samspelar i sina diskussioner om ämnet [77]. Deltagare rekryterades genom att chefer för Ungdomsmottagningar (UMO), Barn och Ungdomspsykiatriska enheter (BUP) samt Mariamottagningar kontaktades och bjöds in via ett informationsbrev om projektet. UMO är den form av vårdmottagning som ungdomar primärt rekommenderas uppsöka för vård relaterad till reproduktiv hälsa, och är ett forum där frågor om VNR lämpligen kan tas upp [42, 78]. BUP ingår bland de vårdverksamheter för vilka det regionala vårdprogrammet rekommenderar universell screening för VNR. Mariamottagningarna, vilka arbetar med beroendeproblematik bland unga, utgör ett samarbete mellan region och kommun. Alla 11 UMO och 4 Mariamottagningar inom Region Skåne kontaktades. Urvalet bland de totalt 37 BUP-enheterna avgränsades till de 16 verksamheter vars namn indikerade att de inte utgjorde akutmottagningar eller var fokuserade på en viss psykiatrisk diagnos.

Ett relativt litet antal deltagare samtyckte till deltagande, sannolikt åtminstone delvis på grund av den pågående covid-19 pandemin. 5 fokusgrupper hölls med sammanlagt 15 deltagare (2–4 per grupp). Av dessa arbetade 6 personer vid UMO (2 enheter), 6 vid BUP (3 enheter) och 3 vid Maria-mottagningar (2 enheter). En av deltagarna var familjeterapeut, 2 var barnmorskor, 2 sjuksköterskor och 10 kuratorer, alla anställda på sin nuvarande arbetsplats sedan mellan 8 månader och 35 år. Ytterligare en deltagare medverkade men lämnade inget skriftligt samtycke, och hennes utsagor ströks därför från materialet.

Fokusgrupperna hölls online via Zoom. De inleddes med en kort presentation av projektet samt av fokusgruppsdeltagarna (FGD) och följde sedan en semi-strukturerad intervjuguide utvecklad av de medverkade forskarna med utgångspunkt i det regionala vårdprogrammet. Efter inledande frågor om erfarenheter av kontakt med VNR vid vårdenheten, samt om kännedom om vårdprogrammet i sin helhet, ställdes frågor relaterade till var och en av vårdprogrammets fem delar. En avslutande fråga ställdes om huruvida deltagarna upplevde att något saknades i vårdprogrammet, eller om det fanns något de ville tillägga. 4 fokusgrupper hölls i april 2021, och en kompletterande grupp i oktober 2021. Grupperna modererades av två medverkade forskare (Wemrell och Tegel) och varade i 50–80 minuter. Fokusgrupperna spelades in och transkriberades.

Ingen etisk tillståndsbedömning bedömdes behövas, eftersom deltagarna medverkade utifrån sin profession och inte bedömdes vara en sårbar population, samt eftersom

fokusgrupperna inte berörde känsliga personuppgifter. Det går inte att utesluta att deltagare hade egna erfarenheter av våld, men detta var inte ämnet för fokusgrupperna. Som vårdpersonal förutsattes deltagarna veta vart de skulle vända sig ifall egna minnen eller erfarenheter skulle aktualiseras.

Materialet analyserades tematiskt [76], genom kategorisering utifrån återkommande teman och underkategorier, med hjälp av analysprogrammet NVivo. Tre teman framträdde: VNR i kliniken, klinisk praktik samt organisatoriskt stöd (se Tabell 3).

Delar av fokusgruppsstudien har tidigare publicerats i en masteruppsats [79].

TABELL 3. TEMAN OCH KATEGORIER

| TEMAN | KATEGORIER |
|----------------------|--|
| VNR i kliniken | VNR bland patienter Kännedom om vårdprogrammet |
| Klinisk praktik | Rutiner för screening Anpassning utifrån klinik och patientgrupp Vård online Dokumentation Hänvisning och samverkan Orosanmälningar Unga patienter |
| Organisatoriskt stöd | Kollegial support Ledningssupport |

VNR I KLINIKEN

Under detta tema diskuterade deltagarna sina erfarenheter av att ha mött patienter utsatta för VNR i klinik, samt sin kännedom om det regionala vårdprogrammet.

VNR bland patienter

Deltagarnas erfarenhet av VNR bland patienter var varierande, från att någon sade sig ha stött på utsatthet "någon enstaka" gång (FGD 7) till att det beskrevs som "inte helt ovanligt" (FGD 2). Våld från föräldrar eller mellan syskon uppfattades av flera som den vanligaste formen av VNR bland deras patienter. Många hade också erfarenhet av ungdomars partnervåld respektive bevittnande av föräldrars partnervåld. Gällande ungdomars partnervåld togs primärt tjejs utsatthet i heterosexuella relationer upp, men även fall av utsatthet bland killar samt i icke-heterosexuella relationer.

[D]et är ju... i tanken oftast att man tänker att det är en tjej som blir utsatt av en kille, men så är det ju inte alltid. (FGD 2)

Kännedom om vårdprogrammet

Deltagarnas kännedom om Region Skånes vårdprogram mot VNR var varierade men generellt låg. Flera av deltagarna visste inte att vårdprogrammet fanns. Andra kände till det, men visste inte mycket om dess innehåll. Ingen sade sig ha använt vårdprogrammet som strukturerande vägledning för sitt kliniska arbete med VRN.

KLINISK PRAKTIK

Under temat klinisk praktik diskuterade deltagarna, utifrån vårdprogrammets olika delar, en rad aspekter av kliniskt arbete med VNR.

Rutiner för screening

Deltagarna beskrev varierande rutiner kring ställande av frågor om VNR. Några hade rutiner för att systematiskt fråga alla patienter om utsatthet, men inte utifrån det regionala vårdprogrammet vilket de hade begränsad kännedom om. Andra beskrev olika arbetssätt kring ställandet av frågor, samt ett behov av att standardisera eller utveckla dessa vidare. Några menade att det relativt låga antal fall av VRN som de mött bland patienterna sannolikt berott på otillräckliga rutiner för screening hos dem själva och övrig personal.

[V]i möter nog mer som vi inte vet om, om man säger så. Att där finns mer att fråga om (...) [M]ånga av våra ungdomar har säkert mer med sig som vi inte snappar upp eller som inte kommer upp till ytan (...) Vi kanske då i för stor utsträckning är för dåliga på att fråga om det. (FGD 8)

Enligt vårdprogrammet ska patienter tillfrågas om våldsutsatthet ifall misstanke om sådan uppstår. Därutöver är rekommendationen att alla patienter tillfrågas rutinmässigt, oavsett sökorsak och gärna vid upprepade tillfällen. De flesta deltagarna var allmänt överens om att de avvek från den senare rekommendationen. Många menade att de och deras kollegor

främst ställde denna typ av frågor när det fanns en misstanke om att något inte stod rätt till, snarare än som en universell rutin.

Jag tänker nog att vi är lite dåliga på att göra detta systematiskt när det inte finns en misstanke om, när vi inte får några konstiga vibbar, eller kanske att historian inte stämmer. (FGD 9)

Någon menade att frågor om våld hade tenderat att komma upp efter en längre tids patientkontakt, snarare än vid ett första möte.

[J]ag känner att jag liksom inte alltid ställer de här frågorna, utan att det kommer fram när man har en relation och de vågar öppna upp när man pratar om 'vad är det som händer'. (FGD 15)

Å andra sidan uttrycktes en farhåga om att ett nekande svar på en initial fråga om våld kunde leda till frågan inte togs upp fler gånger. Samtidigt betonades det att patienter sällan berättat om våld vid det första tillfället då de tillfrågats. Någon betonade att detta framför allt gällde pågående våld, vilket patienter kunde ha svårare att prata om än tidigare utsatthet.

Alltså ofta när det är pågående våld (...) så tar det lite längre tid att få fram, eller att man får gissa lite. (FGD 13)

Under dessa diskussioner efterfrågade flera deltagare mer systematiska arbetsätt, vissa med hänvisning till någon form av formulär eller blankett, som alla kollegor kunde följa.

[D]å skulle vi ha någon typ av blankett (...) så sitter det också i ryggraden på en själv så att det inte blir någon typ av såhär 'men jag är mer van än vad du är så då frågar jag och inte du'. Utan att försöka få in det så att alla gör det. (FGD 8)

Ett fåtal deltagare tog upp tidsaspekten som en faktor som påverkade ställandet av frågor.

[J]ag tycker tidsaspekten också är svår. Om man har kort om tid och mycket att avhandla. (FGD 3)

Många deltagare framhöll att de kände sig bekväma med att fråga om VNR vid de tillfällen då misstanken eller ämnet kom upp. Samtidigt påtalade någon att det kan finnas ett

personligt motstånd mot att se [våldet] (...) som man får kämpa med (...) att man vågar se det. (FGD 12)

Detta motstånd bedömdes emellertid ha minskat över tid, i takt med att frågan blivit mer synlig i samhället i stort.

Deltagare diskuterade vidare olika aspekter av hur våld bör föras på tal. Någon påtalade att vårdgivare behöver hitta sätt att ställa frågor som känns naturliga eller bekväma för dem själva. Flera påtalade, i enlighet med vårdprogrammet, att det inte räcker att endast ställa generella frågor om våld utan att frågan behöver utvecklas till att rymma olika former av våld, eller konkreta exempel på vad som menas med våld.

Så det är inte bara att fråga liksom om våld, att någon har blivit slagen, utan det handlar ju också om psykiskt våld. (FGD 4)

[M]an behöver ju utveckla det. Så att man inte bara 'har du varit utsatt för våld?' och sedan så kryssar man ja eller nej, utan att man förklarar vad man menar. (FGD 13)

Någon menade att ordet våld kan vara svårt att greppa eller applicera på egna upplevelser, och föredrog istället tala om utsatthet för kontroll. Här betonades det att en orsak till ett nekande svar på frågan om våldsutsatthet kan vara att patienten inte tolkar sina erfarenheter i termer av våld.

[J]ag kan ha frågat då kring fysiskt, psykiskt, sexuellt och ekonomiskt våld på olika sätt. 'Neej' [är svaret]. Och sen senare i samtalet kan dom ändå beskriva en relation som i mina öron liksom låter väldigt... ja men kontrollerande och icke-hälsosam och våldsamt. (FGD 1)

Deltagarna var allmänt överens om att våldsutsatthet snarare än våldsutövande låg i fokus för befintlig screening, vilket är i linje med vårdprogrammet. Någon kommenterade att det alltid är lättare att ha fokus på de som är utsatta, än på de som utsätter. En annan nämnde emellertid erfarenheter av patientmöten med utövare av våld, vilket lett till att hen nu oftare ställde frågor om våldsutövande. Andra påtalade att de ställde rutinmässiga frågor om kriminalitet där våldsamt inkluderades, eller att ungdomars tendenser till aggression eller våld kunde fångades upp när sådana beteenden visade sig under behandlingsperioden. Under en fokusgrupp påtalades existensen av rutiner för orosanmälan gällande unga personer som utsatts för sexuella övergrepp men inte gällande personer som utsatt andra, vilket uppfattades som problematiskt.

Anpassning utifrån klinik och patientgrupp

Samtidigt som flera deltagare efterlyste standardisering av arbetssätt kring ställandet av frågor om VNR, betonades vikten av att riktlinjer anpassas utifrån patientgrupp och klinisk kontext. Det framhölls här att det kan vara olämpligt att ställa frågor om våldsutsatthet vid ett första möte, exempelvis om patienten har stark psykisk ohälsa eller andra akuta problem, eller är deltagare i gruppterapi.

[D]e vårdprogrammen, vi kan inte applicera dem för vi har inte de här pratglada mottagliga ungdomarna (...) Utan vi får börja med att gå ut och gå med dem. Bygga allians. Hitta på saker och vara i simhallen för att få dem att börja tro på samhället igen och komma tillbaka till skolan. (FGD 10)

Alltså när man kommer till en kurator kan det vara så mycket ångest man vill prata om eller att det har hänt någonting, att det tar så mycket fokus att man liksom missar den här checklistefrågan. (FG 14)

Ett par deltagare diskuterade huruvida rutiner behövde följas eller anpassas i relation till hedersrelaterat våld. En ytterligare aspekt var en upplevd begränsning grundad i vårdprogrammets, eller andra samhällsaktörers, fokus på VNR snarare än (sexualiserat) våld i allmänhet.

Som ett exempel på ett förfaringssätt utformat i den specifika kliniska kontexten påtalade några deltagare att när fall av VNR, eller annan form av våld, påträffades täckte kollegorna upp så att en av vårdgivarna fick tid att ge adekvat uppmärksamhet till den utsatta.

Vård online

Gällande anpassning av arbetssätt, diskuterade flera deltagare effekter av genomförande av patientbesök online, primärt i samband med covid-19 pandemin.

Region Skånes regionala vårdprogram rekommenderar att patienter tillfrågas enskilt om våldsutsatthet, dvs utan medföljande person i rummet. Ett flertal deltagare påtalade att detta är svårt eller omöjligt att kontrollera vid online-besök, och att detta i sin tur påverkar förutsättningarna att ställa frågor.

[D]et är svårt att ställa frågor när man inte ser vilka som är i rummet. (FGD 15)

Det framhölls även att online-formatet kan försvåra helhetsbedömningar av patienten, inklusive eventuella skador.

[A]lltså det går ju att stänga av sin kamera. Och det har hänt när jag har haft samtal, att den jag pratar med har varit blåslagen men inte velat visa det, och kanske liksom filmat åt ett annat håll. Och sen någon gång inte velat sätta på kameran och så. Det har varit svårt att... man får ju inte hela bilden av personen när man ses så här online (...) och det kan försvåra bedömningen kring pågående våld. (FGD 2)

Några påtalade att patienter som söker vård online, speciellt via drop-in mottagningar, kan tendera att förvänta sig snabb, konkret problemlösning snarare än samtal om deras situation. Online-besök kan också göras medan patienten befinner sig i en offentlig miljö, vilket kan försvåra samtal om våld.

[D]e som kontaktar oss via online förväntar sig liksom att det ska vara ganska quick fix liksom på ett annat sätt än om vi bokat en tid och sitter här. (...) Våra besökare kan ju sitta på bussen, eller på toa, eller på skolan, eller i matsalen, eller gå på stan och ska bara ha hjälp med ett recept. Jag menar inte konstigt när man ställer frågan 'har du varit utsatt för våld någon gång?' eller 'hur har du det hemma?' eller 'hur trivs du i skolan?', [att] då tycker de verkligen att den frågan är lite konstig och helt fel. Aldrig tycker de det när de sitter här i rummet. Så det är en jättestor skillnad. (FGD 1)

Dokumentation

Det regionala vårdprogrammet innehåller riktlinjer för dokumentation, inklusive för journalanteckningar som med tanke på patientsäkerhet ska vara skyddade i e-journalerna. När denna del av vårdprogrammet diskuterades framkom en varierande grad av osäkerhet i samtliga fokusgrupper.

En relativt stor andel av vissa fokusgruppsintervjuer ägnades åt samtal om journalanteckningar, samt om hur dessa ska hållas skyddade. Många deltagare uttryckte osäkerhet om var anteckningar ska göras, hur sökord ska användas för att skyddseffekten inte ska försvinna samt hur länge anteckningar förblir gömda.

Jag har aldrig ens vetat att man kunde dokumentera det på något sätt som gör att patienten inte kan läsa det. (FGD 5)

Jag kan inte exakt gränserna för det, men vissa av de här dolda mallarna upphör ju efter ett tag och blir då läsbara (...) Alltså där tror jag inte att vi har heltäckande rutiner. (FGD 13)

Exempel på felanvändning av sökord som resulterade i att anteckningen trots allt blev oskyddad nämndes, samtidigt som vikten av att göra rätt och att känna till rätt tillvägagångssätt betonades.

Deltagare uttryckte oro för att journalanteckningar kan utgöra en risk även om de inte nämner våld, om de läses av våldsutövare i e-journal, då de visar att den utsatta personen har uppsökt vård. Vidare påtalades en allmän osäkerhet inför hur journalanteckningar om våld ska formuleras, inte minst då skador eller patientutsagor är mer diffusa, samt en känsla av att anteckningar känns mer formella och begränsade nu än före e-journalens införande.

[D]et är alltid... alltså... det är alltid svårt att veta liksom vad ska man skriva, hur ska man skriva, hur ska man uttrycka sig (...) Innan hade vi ju kanske kunnat skriva någonting litet som vi tänkte att, nästa gång någon patient träffar en personal så kan den följa upp det som en tråd. Det känns inte som att man kan lämna sådana trådar längre på samma sätt. (FGD 3)

Deltagare pratade här om att kringgå dokumentation av våld eller att se dokumentationen som annan parts ansvar. Det påtalades att identifikation av våldsutsatthet generellt ledde till att den utsatta hänvisades vidare till en annan vårdenhet, till socialtjänsten eller till polisen, som då förväntades ta hand om dokumentationen.

Jag tänker inte att det är vår uppgift nej. (FGD 12)

Andra diskuterade huruvida våld skulle nämnas eller kodas som sådant i patientjournalen om detta inte var huvudanledningen till vårduppsökandet, vilket det sällan uppfattades vara.

[M]en vågar du skriva då som diagnos 'våld' på något vis då?

[A]lltså oftast kommer de ju inte till oss på grund av det, så att därför behöver jag oftast inte sätta det som diagnos. (...) Och diagnoskoden är, det ska ju vara huvudsyftet till varför de kommer och det är ju sällan därför, så att det kan man kringgå. (FGD 2,1)

En ytterligare källa till osäkerhet relaterade till eventuell polishantering eller framtida rättsprövning. Värdet av tydlig och detaljrik dokumentation som stödbevis uppfattades här stå i viss motsättning till kort och koncis journalföring för vårdgivares bruk samt även till eventuell risk för att vårdmötet skulle kunna påverka framtida vittnesmål.

Vad får vi göra och vad ska vi göra? När blir... våra frågor liknande förhör istället för att vara stödjande kontakt? De bitarna har vi också diskuterat ganska mycket.

Så man inte förstör något bevis eller förstör någonting i förundersökning och annat. (FGD 8,9)

Vårdprogrammet innehåller vidare instruktioner för dokumentation genom fotografering av fysiska skador. Även i relation till detta uttryckte deltagare osäkra och ibland motstridiga hållningar. Några deltagare betonade att de inte tog, eller inte fick ta, fotografier. Andra var osäkra på hur detta ska gå till, och påtalade tekniska svårigheter.

[V]i [har] ju ingen riktig rutin för var fotar jag, på vilket sätt fotar jag, vad fotar jag med och på vilket vis lägger jag in de bilderna? Var lägger jag in det? Det är inte självklart för mig i alla fall. (FGD 9)

[I]nitialt så sa man nog att inga... man skulle inte dokumentera bilder i PMO, så skulle jag vilja minnas att man sa när PMO lanserades. Och PMO har ju haft jättemycket problem med att det har ju varit liksom fullt i minnet och (...) det fungerar ganska trögt emellanåt. (FGD 3)

Liksom gällande skriftlig dokumentation uttrycktes här en osäkerhet inför vad som är vårdgivarens ansvar och vad som är polisens. I samband med dessa diskussioner efterlystes kollegiala samtal om hur VNR ska dokumenteras.

[V]i skulle behöva prata mer om det här, hur vi skriver journaler. (FGD 4)

Hänvisning och samverkan

Deltagarna menade över lag att hänvisning till och samverkan med socialtjänsten generellt fungerade väl, och vissa tyckte att det hade förbättrats över tid. Här framhölls värdet av att kunna konsultera Kriscentrum eller andra delar av socialtjänsten vid behov, samt att detta ökade känslan av trygghet inför bemötande av exempelvis hedersrelaterat våld.

[B]ra att det står [i vårdprogrammet] att man kan konsultera socialtjänsten och även Kvinnofridslinjen i de specifika fallen. För det kan man göra, det har jag gjort i omgångar. (FGD 10)

Samtidigt beskrevs vissa utmaningar. En deltagare påtalade att det inte alltid var enkelt att urskilja gränsen mellan ansvarsområden, gällande vad som skulle hanteras vid den egna mottagningen och vad som skulle hänvisas vidare, eller när. Deltagare menade också att deras egna bedömningar och verksamheter inte alltid låg i linje med socialtjänstens.

[A]lltså den som skulle kunna knäcka det... (...) [hur] samarbeta, barnpsykiatri och socialtjänsten, skulle fan få nobelpris. För att det är ju, det blir ofta att man drar åt olika håll... Vi jobbar i så olika verksamheter, socialtjänsten har ett jättestort brett ansvar och vi är specialister, och någonstans i det så går det ibland vilse. (FGD 13)

[N]ågonstans så hamnar vi professionella i någon form av maktkamp eller någon form av dragkamp som inte är gynnsam för patienten. (FDG 8)

Några deltagare gav uttryck för att ha känt sig frustrerade, ifrågasatta, misstrodda eller lämnade, i relation till bedömning av risker eller åtgärdsbehov.

Det kan ju finnas tillfällen när man blir väldigt frustrerad. När vi sitter med väldigt mycket oro men socialsekreteraren inte sitter med samma oro. (FGD 5)

Det påtalades här att samverkan ofta uppfattades fungera i fall av fysiskt våld, men att hanteringen av andra former av våld, såsom psykiskt våld och omsorgssvikt, var svårare. Flera deltagare jämförde graden av samverkan på olika platser eller över tid, och förordade närmare kontakt med socialtjänst samt i något fall även med skola och polis. Närhet och utökad kommunikation mellan verksamheter framhölls som betydelsefull för att skapa samsyn och möjliggöra diskussion av förfaringsätt kring enskilda fall. Samtidigt påtalade några, som arbetade vid en enhet med ett stort patientupptagningsområde, att olika ärenden kan beröra olika kommuner och att det därför kan vara omöjligt att upprätthålla nära samverkan med socialtjänst på alla potentiellt berörda platser.

Vad gäller samverkan med polis, sade sig ingen av deltagarna ha gjort någon polisanmälan. Detta uppfattades som socialtjänstens ansvar. I en fokusgrupp uttrycktes och diskuterades emellertid en osäkerhet kring vad vårdpersonal får polisanmäla eller inte. En av deltagarna nämnde vidare att hon hänvisat patienter, eller patienters föräldrar, vidare till andra delar av hälso- och sjukvården, specifikt UMO eller vuxenpsykiatri.

Orosanmälningar

Orosanmälan av barn som misstänks vara utsatta för VNR, eller tvingas bevittna VNR, uppfattades generellt fungera väl. Deltagare framhöll att orosanmälan ofta diskuterades bland kollegor, och att detta dessutom var en fråga som prioriterades från ledningshåll. Några menade att de hade en ganska låg tröskel inför att göra en orosanmälan, och andra framhöll att jämfört med andra typer av kontakter med socialtjänst fungerade uppföljningarna av denna typ av ärenden för det mesta väl. Samtidigt påtalades det att medarbetare kunde ha varierande förhållningssätt till och olika höga trösklar inför

orosanmälan, samt att antalet eller rutinerna kring orosanmälan kunde variera över tid eller mellan platser. Vissa påtalade också, vilket nämnts ovan, skillnader mellan egna bedömningar och socialtjänstens. En deltagare uttryckte det som att ribban för orosanmälan till socialtjänsten uppfattades vara låg vid vårdenheten, medan socialtjänstens ribba för uppföljning var högre.

Alltså det blir inte riktigt balans där (...) Vad vi tycker och vad de tycker. (FGD 11)

Vikten av kontinuerlig diskussion och information om frågan, inklusive kollegiala samtal kring osäkra fall, betonades.

Några framhöll en ytterligare osäkerhet eller problematik kring orosanmälningar vid fall av hedersrelaterat våld. Deltagare menade att orosanmälan här kunde innebära större eller andra risker och konsekvenser än vid andra typer av våld, samt att orosanmälan kanske inte var den form av hjälp som den utsatta personen efterfrågade eller behövde.

Unga patienter

Många av deltagarna menade att vårdprogrammet är tillämpligt även i arbete med unga patienter, samt att det som gäller för vuxna i hög grad även gäller för barn och unga. Bemötande framhölls här som centralt.

[D]et är ju mycket det här med bemötandet och att bli tagen på allvar och bli lyssnad på, det känns liksom som en sån här grund. Alltså... att inte bli dömd och... alltså det är så väldigt grundläggande. (FGD 5)

Dock diskuterades vikten av uppmärksamhet inför risker och former av våld som barn och ungdomar kan vara utsatta för, inte minst online. Former av känslomässig utpressning samt utbyten som kan glida mot eller in i prostitution togs upp. Vikten av att inte underskatta effekten av barns och ungas bevitnande av våld i familjen togs också upp, och deltagare påtalade risker relaterade till e-journaler som är tillgängliga för och kan läsas av våldsutövande föräldrar.

Gällande screening för och samtal om våld, påtalade ett par deltagare att ungdomar hade sagt sig ha väntat med att berätta om pågående VNR tills de var 18 år gamla och det därför inte längre var aktuellt med orosanmälan. Orosanmälan framträdde alltså i dessa fall som ett hinder för avslöjande av våldsutsatthet. Det påtalades vidare att identifikation av våld från eller mellan föräldrar eller annan omsorgsperson kan försvåras av att barn och ungdomar ofta är väldigt lojala med dessa. Betydelsen av att vara lyhörd och fånga upp uttryck för våldsutsatthet när de kommer betonades här.

Vidare nämndes att barn och unga kan hänvisas till kontakt med UMO, eller med BRIS eller Rädda barnen via chatt om detta uppfattas som enklare än ett telefonsamtal eller ett fysiskt möte.

ORGANISATORISKT STÖD

Temat organisatoriskt stöd rymmer deltagarnas diskussioner gällande vikten av support från kollegor och ledning i arbetet mot VNR.

Kollegial support

Många deltagare betonade vikten av kollegial diskussion kring arbete med VNR. Det framhölls att frågan skulle behöva finnas på agendan återkommande och kontinuerligt.

[D]en här frågan behöver hållas levande på arbetsplatsen. (FDG 2)

Deltagare påtalade att personalgrupper behöver jobba fram gemensamma förhållnings- och arbetssätt, diskutera samt stödja varandra i hur fall ska tas vidare, samt kunna få handledning om frågan.

*[D]et här är typiskt en sådan grej som man ska prata med kollegor om.
(FGD 13)*

Vikten av återkommande diskussioner jämfördes vid ett tillfälle med regelbundna brandövningar:

Vi måste liksom jobba samman oss på arbetsplatsen kring detta så vi har gemensam syn kring detta och hur vi ska förhålla oss till detta. Att det blir en mer levande grej. Det tror jag (...) behöver göras.

Ja, precis som vi har med brand eller annat, att det är återkommande och att det är en del av verksamheten att det är återkommande. (FGD 2, 3)

Samtidigt beskrevs det befintliga kollegiala samtalet i flera fall som delvis bristande.

Men jag vet inte riktigt, visst har vi inte tagit upp detta på någon teamträff? (FGD 9)

Utöver vikten av diskussion med omedelbara kollegor framhölls även betydelsen av kontakt med andra aktörer och nätverk som exempelvis socialtjänsten för att känna sig trygga i hantering av VNR.

Ledningssupport

Stöd från verksamhetsledning beskrevs som viktigt för bedrivande och utveckling av arbete mot VNR. Medan några deltagare framhöll att arbete mot VNR stöttades från ledningshåll, samt att detta stöd blivit mer påtagligt över tid, menade andra att det fanns utrymme för förbättring. Några påtalade att diskussion om vårdprogrammet samt fastställande eller följande av rutiner eller åtgärdsplaner gällande VNR dittills inte hade drivits särskilt starkt från chefshåll.

[D]et är inget som har arbetats systematiskt med, det är ingen som har gått ut tydligt med någon information eller att vi har fått tid till att sätta oss in i det. (FGD 14)

Några framhöll att det i mångt och mycket varit upp till enskilda medarbetare att och hur arbetet mot VNR bedrivits vid respektive vårdenhet.

Jag skulle säga att det ofta har blivit från oss på golvet om man säger så. Att ha det som en levande fråga. (FGD 8)

Deltagare påtalade att vissa aspekter av arbetet mot VNR, såsom antal utförda orosanmälningar eller våld i hederskontext, uppmärksammades mer från ledningshåll än övriga åtgärdsplaner eller arbetsätt. I något fall beskrevs tidigare arbete för utveckling av rutiner kring frågan som att ha skett i någon mån av konflikt med den dåvarande chefen, som känt sig obekvämt med frågan. En annan betonade vikten av styrning uppifrån:

Det känns hela tiden som att det liksom läggs på oss, att vi ska bara lösa det vi individer. Och det känner jag det... det funkar inte (---) Det behöver komma uppifrån: 'Vi bör göra detta! Hur ska vi sätta rutiner?' Det landar hela tiden på att vi som enskilda medarbetare ska vara så extremt kompetenta och kunna allting (...) Det behöver ju vara uppifrån och ner! (FGD 15)

Diskussion: sammanfattning och rekommendationer

Syftet med föreliggande enkät- och fokusgruppsstudie var att undersöka i vilken mån Region Skånes vårdprogram mot VNR har implementerats i det praktiska arbetet, samt hur det upplevs svara mot eller fungera i klinisk praktik. I det följande och avslutande stycket diskuterar vi resultaten, samt några rekommendationer (se [Ruta 1](#)) som följer av dessa.

KÄNNEDOM OM VÅRDPROGRAMMET

Bland de chefer som svarade på enkätundersökningen kände ungefär tre fjärdedelar till att Region Skånes vårdprogram mot VNR finns till, medan en fjärdedel var bekanta med dess innehåll. De flesta höll med om att hälso- och sjukvården har ett ansvar för att identifiera och hantera VNR, samt att ett vårdprogram mot VNR var relevant för deras vårdenhet. De höll i lägre utsträckning med om att vårdpersonalen vid respektive enheter kände till vårdprogrammet och dess innehåll, eller att det diskuterats och används.

Det bör påtalas här att deltagandet i enkätstudien var relativt lågt, med en svarsfrekvens på ca 19%. Detta innebär att resultatet bör tolkas med försiktighet, då det inte kan sägas vara representativt för regionens verksamheter i stort. Dock bedömer vi det inte som orimligt att anta att chefer med ett större intresse för frågan, eller som arbetar vid verksamheter där frågan har en tydligare plats på agendan, kan ha varit mer snarare än mindre benägna att svara på enkäten. Den rapporterade graden av kännedom om vårdprogrammet, samt av beredskap att följa det, utgör därför sannolikt en överskattning snarare än en underskattning.

Nästan hälften (45%) av respondenterna var chefer vid de typer av vårdverksamheter som vi här betraktar som prioriterade (mödrahälsovården, primärvården, vuxen- samt barn- och ungdomspsykiatri och akutmottagningar). Dessa bedömde vårdprogrammets relevans och användning, samt beredskapen för följande av den, som högre än chefer för övriga verksamheter.

Bland deltagarna i fokusgrupperna var kännedomen om vårdprogrammet varierande men generellt sett relativt låg. Några kände till vårdprogrammets existens men inte dess innehåll, medan andra inte kände till det alls. Ingen av deltagarna sade sig ha använt vårdprogrammet som strukturerande vägledning för det kliniska arbetet med VNR. Värt att påtala här är att de personer som valde att delta i fokusgruppen sannolikt hade ett större intresse eller engagemang i frågan än andra kollegor.

Sammantaget indikerar detta att kännedomen om det regionala vårdprogrammet och dess innehåll är begränsad bland Region Skånes vårdpersonal. Följaktligen rekommenderas att insatser för att öka kännedomen om Region Skånes vårdprogram mot VNR fortsätter och utvecklas.

VIKTEN AV LEDNINGSTÖD OCH KOLLEGIAL DISKUSSION

Ett ämne för återkommande diskussion i fokusgrupperna var betydelsen av organisatoriskt stöd, i form av support från ledning och kollegor. Deltagare framhöll vikten av återkommande diskussioner om frågan, generellt och i relation till specifika fall, samt av utarbetande av gemensamma förhållnings- och arbetssätt på arbetsplatserna. En av deltagarna betonade att ansvaret för denna fråga inte ska ligga på enskilda medarbetare.

I enkätstudien ingick inga frågor om organisatoriskt stöd, men många av de öppna svaren på frågan om vad som skulle kunna underlätta implementering av vårdprogrammet efterlyste informations- och utbildningsinsatser om vårdprogrammet samt tillfällen och tid för samtal om och reflektion om ämnet. Dessa svar vände sig både uppåt och neråt i organisationen, på så vis att vissa chefer påtalade vikten av att de själva blev informerade samt av diskussion av frågan på ledningsnivå, medan andra svar framhöll att information behöver spridas neråt i organisationen. Vikten av återkommande kollegiala samtal, utbildning, möjlighet till handledning samt etablering av rutiner på arbetsplatsen betonades också.

Denna betoning på betydelsen av organisatoriskt stöd ligger i linje med forskning om implementeringsarbete inom hälso- och sjukvården i allmänhet. Att ledningen på olika eller alla nivåer i organisationen är engagerad i etableringen av nya arbetssätt, samt att tid och resurser avsätts för förändringsarbete, har framhållits som framgångsfaktorer för effektiv implementering av nya riktlinjer [50, 80, 81]. På motsvarande vis har svensk och internationell forskning om arbete med VNR inom hälso- och sjukvården, inklusive implementering av riktlinjer, ofta betonat vikten av organisatoriskt stöd [t ex 55, 59]. I en systematisk granskning av studier av vilka faktorer som stödjer arbete med VNR inom vården [82] framstod organisatorisk support som det vanligast förekommande temat. Här ingick tillgång till utbildning, utformade av rutiner samt erhållande av tillräcklig tid för att följa dessa, möjlighet till reflektion och diskussion, samt ett stödjande organisatoriskt klimat [82]. Ett ytterligare tema var kollegialt samarbete, med personer på den egna arbetsplatsen såväl som med personer med annan specialkompetens [82]. En annan review-studie gällande implementering av tillfrågande om våld inom sjukvården [83] betonar också vikten av institutionell support samt utbildning.

Även studier från en svensk kontext har framhållit betydelse av ledningssupport och utbildning samt dialog med kollegor [10, 12, 84]. Svenska studier har med andra ord påtalat att verksamhetsledningens stöd är avgörande för att medarbetare ska kunna utbildas på bred front och omsätta sin kunskap i patientmöten, bland annat genom rutinmässigt ställande av frågor om VNR [10, 84]. Medan studier även har påtalat den centrala roll som enskilda engagerade personer och grupper har spelat för arbete med VNR inom sjukvården [12, 82, 85], rekommenderar därmed bland annat SKR [10] att chefer på olika nivåer inom hälso- och sjukvården tar ansvar för frågan och själva utvecklar sin kompetens och sitt kollegiala stöd så att de i sin tur kan stötta sina medarbetare. Chefer

uppmannas att etablera rutiner och arbetssätt, inklusive ansvarsfördelning och samordning, samt skapa former för dialog mellan medarbetare. Denna rekommendation svarar i sin tur mot Socialstyrelsens [47] påpekande att en tänkbar orsak till vårdens begränsade implementering av riktlinjer gällande VNR är otillräckligt stöd i införandet av nya arbetssätt.

Nämnvärt här är att medan Region Skåne har genomfört och erbjudit informations- och utbildningsinsatser gällande vårdprogrammet verkar dessa uppenbarligen inte ha fått önskad genomslagskraft.

Följaktligen rekommenderas att chefer på olika nivåer inom Region Skåne ser över vad de kan göra för att stödja utbildning, formulering av rutiner samt tillgängliggörande av forum för kollegial diskussion och reflektion kring kliniskt arbete med VNR. Sådant stöd inkluderar inte minst frigörande av tid för kompetensutveckling inom området.

RUTINER KRING FRÅGOR OM VÅLD

De chefer som besvarade enkäten bedömde beredskapen för att ställa frågor om våld vid misstanke om dess förekomst som hög. Beredskapen för att rutinmässigt fråga patienter om våldsutsatthet oavsett sökorsak rapporterades dock vara lägre. I fokusgrupperna beskrevs varierande rutiner gällande huruvida frågor om VNR ställdes rutinmässigt och de flesta deltagarna menade att de främst ställde frågor när misstanke uppstod. Flera uttryckte här att förfaringsätt kring ställandet av frågor bör utvecklas eller standardiseras, samt att frågandet bör ske rutinmässigt. Denna syn på att frågor om våld bör ställas rutinmässigt korresponderar inte bara med Region Skånes regionala vårdprogram utan med förhållningssätt som påvisats bland andra vårdgivare [12] samt bland personer som utsatts för VNR [60, 83, 86].

Ett hinder för rutinmässigt ställande av frågor, vilket uttrycktes både i öppna enkätsvar och fokusgrupper, var att detta inte uppfattades vara möjligt i den specifika kliniska kontexten. I fokusgrupperna omtalades detta primärt i relation till patientmöten online. Utmaningar relaterade till vårdmöten online har påtalats tidigare [10], även om digitala medier även erbjuder möjligheter för stöd till personer utsatta för VNR [87]. Svårigheter gällande ställande av frågor om VNR vid en första patientkontakt påtalades även i relation till personer med starkt nedsatt psykisk hälsa eller till situationer då andra frågor kräver allt fokus. Öppna enkätsvar lyfte att ställande av frågor om VNR inte är möjligt eller lämpligt vid verksamheter med kort patientkontakt. Här kan det vara viktigt att vara vaksam inför tendenser till att förlägga ansvaret för hantering av VNR hos någon annan person eller plats än den egna [57, 88]. Samtidigt påtalar tidigare forskning [10] – liksom fokusgruppsdeltagare – vikten av att utifrån riktlinjer utveckla rutiner i samklang med den specifika verksamhetens förutsättningar.

Brist på tid, för att ställa frågan och hantera det eventuella svaret, har tagits upp som

ett hinder för ställande av frågor om våld, inom forskning [12, 56, 59] såväl som bland någon enstaka fokusgruppsdeltagare. I enkäten angavs tidsbrist hindra följet av vårdprogrammet av nästan en tredjedel av respondenterna. Denna aspekt behöver uppenbarligen beaktas i diskussion och utformning av rutiner i den specifika kontexten. Ett exempel på hur detta gjorts, är nämna verksamhet där kollegor täcker upp vid identifikation av våldsutsatthet så att en vårdgivare kan ta sig tid att ge adekvat stöd till den utsatta. Ett förslag som gavs i ett öppet enkätsvar var inrättande av stödpersonal som kan tillkallas vid (akut)mottagning i fall då våldsutsatthet påträffas.

Oro för att frågor om våld ska orsaka negativa reaktioner bland patienter eller skada relationen mellan vårdgivare och vårdtagare framfördes vid tillfälle i fokusgrupper och öppna enkätsvar. Detta har även noterats inom forskning som ett hinder för arbete med VNR inom vården [56, 85]. Som motvikt till denna oro indikerar forskning att personer som utsatts för VNR generellt varit positiva till att bli tillfrågade om våld av vårdgivare [60, 83, 86] samt att rutinmässiga frågor ökat den andel av VNR som upptäcks [60, 71].

Arbetsätt för rutinmässigt tillfrågande om våldsutsatthet bör följaktligen utvecklas i enlighet med de förutsättningar som finns i den specifika vårdverksamheten.

DOKUMENTATION

I enkätstudien bedömde cheferna personalens beredskap för korrekt journalföring som relativt hög, men beredskapen för fotografering av fysiska skador som lägre. Fokusgruppsdeltagare uttryckte samtidigt en avsevärd osäkerhet gällande korrekt dokumentation av våldsutsatthet, både gällande journalföring och fotografering. Ett behov av förbättrade rutiner för dokumentation togs även upp i ett par öppna enkätsvar.

En motsvarande osäkerhet kring dokumentation av VNR har tidigare påtalats i svensk kontext [10, 12]. Forskning har omtalat en brist på tydliga rutiner för dokumentation, samt en osäkerhet om huruvida det är vårdpersonalens ansvar att dokumentera våldsutsatthet [12], samt om vad som ska skrivas och hur [84]. Felaktig dokumentation kan, vilket också påtalades av deltagare i föreliggande studie, medföra att våldsutsatta personers säkerhetsrisker ökar på grund av journalsystemets tillgänglighet via e-journal [10]. Därutöver försvårar bristfällig dokumentation insamling och uppföljning av data om VNR, vilket i sin tur kan sänka motivationsgraden bland vårdpersonal för att arbeta med och prioritera frågan [10].

Mot bakgrund av detta rekommenderas att rutiner för dokumentation av VNR diskuteras, utvecklas och samordnas.

HÄNVISNING OCH SAMVERKAN

Cheferna som besvarade enkäten bedömde att det fanns en relativt hög beredskap för att hänvisa våldsutsatta personer till socialtjänsten. Bland fokusgruppsdeltagarna bedömdes hänvisning till socialtjänsten över lag fungera bra, samtidigt som upplevelser av att ibland dra åt olika håll också påtalades. Tätare samverkan med socialtjänsten förordades.

Forskning bekräftar betydelsen av att vårdpersonal har och känner till stödverksamheter att hänvisa våldsutsatta personer till [68, 83, 85]. Kollegialt stöd bör här innefatta kontakt med personer från socialtjänsten och eventuellt andra stödverksamheter [82]. Kvinnojoursorganisationer kan här bidra med viktiga resurser. SKR [10] påtalar även att våldsutsatta personer kan ha komplexa och varierande behov av vård och stöd, och att de därför kan behöva hänvisas vidare till olika verksamheter inom hälso- och sjukvården.

Diskussion och etablering av rutiner för hantering av VNR bör följaktligen innefatta klagörande av vart och hur patienter ska hänvisas vidare. Möjligheter till utveckling av samverkan med socialtjänsten och mellan delar av hälso- och sjukvården bör ses över.

KUNSKAP OM OCH SYN PÅ VNR

De chefer som besvarade enkäten bedömde beredskapen för att förstå varför den utsatta inte berättar om våldet, samt för att bemöta våldsutsatta på ett professionellt sätt, som hög. Ett liknande förhållningssätt uttrycktes i fokusgrupperna. Dock framkom det, både i fokusgrupper och öppna enkätsvar, att ett adekvat bemötande av våldsutsatthet inte endast förutsätter att vårdgivaren följer de riktlinjer som finns gällande att ställa frågor och hänvisa utsatta personer vidare. Även personalens kunskap om och förhållningssätt till VNR kan ha stor påverkan på vad som framkommer ur det kliniska mötet.

Fokusgruppsdeltagare påtalade att en anledning till att personer inte berättar om VNR kan vara att de inte uppfattar vad de utsatts för i termer av våld. Detta fenomen är väl belagt inom forskning [89, 90] och har bland annat förklarats utifrån normaliserings- och komplexa uppbrottsprocesser [91, 92]. Förståelsen för detta, och hur denna förståelse omsätts i det kliniska mötet, kan ha uppenbar effekt på vad som fångas upp vid ställande av frågor om våld.

Ett öppet enkätsvar pekade på vikten av att vårdpersonal reflekterar kring egna grundvärderingar och "glasögon". Detta ligger i linje med forskning som påtalar att vårdgivares mer eller mindre medvetna syn på VNR kan påverka deras arbetssätt [82], vilket i sin tur bland annat kan innebära att utsatta personer känner sig stigmatiserade, avfärdade, ignorerade eller skuldbelagda [63-65, 93]. Vårdgivarens attityd kan också uppfattas spegla förövarens förminskning av våld [60]. Vårdpersonalens inställning kan vidare ha en direkt påverkan på den utsattas beslut att berätta om våldet eller inte [60].

Vikten av kollegial diskussion mellan vårdgivare har betonats utifrån betydelsen av att lära av varandra och därmed komma förbi förutfattade meningar och antaganden om utsatta personer, förövare och våld [12], samt att medvetandegöra och diskutera egna känslomässiga reaktioner inför VNR [12, 82]. Vid sidan av sådan kollegial diskussion framstår också utbildning som centralt.

Följaktligen rekommenderas inte endast utbildning om själva vårdprogrammet mot VNR, utan även om VNR i bredare bemärkelse, för att öka förutsättningarna för adekvat bemötande och vård av utsatta patienter.

UNGA PATIENTER

Många av deltagarna i fokusgrupperna menade att vårdprogrammet är tillämpligt även i arbete med unga patienter, då det som gäller för vuxna i hög grad även gäller för ungdomar. På motsvarande enkätfråga svarade också de flesta respondenter att vårdprogrammet var tillräckligt, eller att de inte visste.

Något som lyftes av några fokusgruppsdeltagare, och som även påtalats i forskning, är vikten av att vara medveten om och lyhörd inför former av våld som unga personer kan vara utsatta för, inte minst online [45, 94]. Våld online kan exempelvis inkludera skickande av hotfulla meddelanden, spridning av rykten eller negativa kommentarer, spridning av intima bilder, eller övervakning av personens aktiviteter [94, 95]. Vidare kan aspekter av våldsutsatthetens kontext vara specifik för ungdomar, exempelvis på så vis att föräldrars och skolans reaktioner kan vara centrala [96] samt att de möjligheter till stöd och hjälp som samhället erhåller kan se annorlunda ut än för vuxna [97].

Tendenser till att inte tolka VNR i termer av våld, samt att inte se sig själv som våldsutsatt [89, 90] påtalades av fokusgruppsdeltagare med referens till ungdomar. Det är följaktligen viktigt att vuxna personer, däribland hälso- och sjukvårdspersonal, är noggranna med att fånga upp och hjälpa våldsutsatta ungdomar att identifiera våld som sådant, och att därmed bidra till att våldscyklar bryts. Detta inte minst eftersom utsatta ungdomar kan befinna sig i en tidig fas av sitt utforskande av kärleksrelationer och av sig själva, och att de därför kanske inte har hunnit skaffa sig erfarenheter av icke-våldsamma relationer [96]. Samtal om hur hälsosamma intima relationer bör se ut har därför rekommenderats som en viktig aspekt av stöd till utsatta ungdomar [94, 97]. Detta är inte minst viktigt med tanke på forskning som påtalar att våldsutsatthet tidigare i livet utgör en riskfaktor för ytterligare våld längre fram [98].

Följaktligen rekommenderas att hälso- och sjukvårdspersonal ställer frågor om, och är uppmärksamma på att fånga upp, VNR bland ungdomar.

RUTA 1. REKOMMENDATIONER

Dessa rekommendationer riktar sig primärt till personer i ledande positioner inom Region Skåne.

- Insatser för att öka kännedomen om Region Skånes vårdprogram mot VNR bör utvecklas.
- Chefer på olika nivåer bör se över hur de kan stödja utbildning om, utformning av rutiner för samt kollegial diskussion och reflektion kring arbete med VNR. Sådant stöd inkluderar inte minst frigörande av tid för kompetensutveckling inom området.
- Arbetsätt för att rutinmässigt fråga om våldsutsatthet bör utvecklas i enlighet med de förutsättningar som finns i den specifika vårdverksamheten.
- Rutiner för dokumentation av VNR bör diskuteras, utvecklas och samordnas.
- Rutiner bör innefatta klargörande av vart och hur patienter ska hänvisas vidare. Samverkan med socialtjänst samt mellan olika delar av hälso- och sjukvården bör utvecklas där behov och möjlighet finns.
- Utbildningsinsatser bör inte endast omfatta vårdprogrammet utan även VNR i bredare bemärkelse, för att förutsättningarna för adekvat bemötande och vård ska stärkas.
- Vårdpersonal bör ställa frågor om, samt vara uppmärksamma inför, VNR bland ungdomar.

Referenser

1. Region Skåne. Regionalt vårdprogram mot våld i nära relationer, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varldprogram---fillistning/vald-nara-relationer-varldprogram.pdf>. Region Skåne; 2020.
2. NCK. Våld och hälsa: en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Nationellt Centrum för Kvinnofrid; 2014.
3. Öhman A, Burman M, Carbin M, Edin K. 'The public health turn on violence against women': analysing Swedish healthcare law, public health and gender-equality policies. BMC Public Health. 2020;20:1-12.
4. SOU 2014:49. Våld i nära relationer – en folkhälsofråga.
5. WHO. Intimate partner violence. World Health Organisation. https://www.who.int/gho/women_and_health/violence/intimatepartner_text/en/; 2019.
6. SFS 2017:30. Hälso- och sjukvårdslagen.
7. SFS 1985:125. Tandvårdslagen.
8. García-Moreno C, et al. The health-systems response to violence against women. The Lancet. 2015;385(9977):1567-79.
9. Council of Europe. Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence (Istanbul Convention) and explanatory report, Istanbul (Turkey). Strasbourg; 2011.
10. SKR. Hälso- och sjukvård för våldsutsatta. Sveriges Kommuner och Regioner; 2021.
11. Smirthwaite G, Schildmeijer K, K. S. När patienten är brottsoffer och våldet en hälsofråga. Ethiska perspektiv på examinationsmålet om mäns våld mot kvinnor. Socialmed tidskr. 2021;4:581-7.
12. Rahmqvist J, Benzein E, Erlingsson C. Challenges of caring for victims of violence and their family members in the emergency department. Int Emerg Nurs. 2019;42:2-6.
13. NCK, Uppsala universitet. Uppsalamodellen. Att möta våldsutsatta kvinnor inom hälso- och sjukvården. 2017.
14. NCK. Ämnesguider om hälso- och sjukvårdens ansvar, <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/>. Nationellt Centrum för Kvinnofrid; n/a.
15. SOSFS 2014:4. Våld i nära relationer. Socialstyrelsen.
16. Korkmaz S. Youth intimate partner violence in Sweden. Stockholms universitet; 2021.
17. Stiftelsen 1000 Möjligheter. Ett år med ungarelationer.se - erfarenheter och kunskap om killars våld mot tjejer och våld i ungas partnerrelationer, <https://ungarelationer.se/ettrsrapport>. Stockholm; 2020.
18. BRÅ. Brott i nära relationer bland unga. Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2018.
19. UN. In-depth study on all forms of violence against women — Report of the Secretary-General, 61st session of the General Assembly. New York: United Nations; 2006.
20. OHCHR. Report of the Special Rapporteur on violence against women its causes and consequences on online violence against women and girls from a human rights perspective. United Nations Human Rights Office of the High Commissioner; 2018.
21. Socialstyrelsen. Öppna jämförelser - Våld i nära relationer, <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2018/2018-6-8>. 2018.
22. BRÅ. Brott i nära relationer. En nationell kartläggning. Brottsförebyggande rådet; 2014.
23. FRA. Violence against Women: an EU-wide survey. European Union Agency for Fundamental Rights; 2014.

24. BRÅ. Dödligt våld i Sverige 1990–2017. Omfattning, utveckling och karaktär. Brottsförebyggande rådet; 2019.
25. BRÅ. Kostaterade fall av dödligt våld, 2020. Brottsförebyggande rådet; 2021.
26. Korkmaz S, Överlien C, Lagerlöf H. Youth intimate partner violence: prevalence, characteristics, associated factors and arenas of violence. *Nord Soc Work Res.* 2021;1-16.
27. Skr 2016/17:10. Makt, mål och myndighet - feministisk politik för en jämställd framtid.
28. SOU 2015:55. Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck.
29. Ellsberg M, Jansen H, Heise L, Watts C, Garcia-Moreno C. Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *The Lancet.* 2008;371:1165–72.
30. WHO. Global and regional estimates of violence against women. World Health Organization; 2013.
31. Kruse M, Sørensen J, Brønnum-Hansen H, Helweg-Larsen K. The health care costs of violence against women. *J Interpers Violence.* 2011;26(17):3494-508.
32. El-Serang R, Thurston RC. Matters of the heart and mind: Interpersonal violence and cardiovascular disease in women. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(4).
33. Wong JY-H, Lai V, Fong DY, Tiwari A. Bridging Intimate Partner Violence and the Human Brain: A Literature Review. *Trauma Violence Abuse.* 2014;15(1):22-33.
34. Langdon S, Armour C, Stringer M. Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: A systematic review. *Eur J Psychotraumatol.* 2014;5(1).
35. Rajan G, Ljunggren G, Wändell P, Wahlström L, Svedin C-G, Carlsson AC. Diagnoses of sexual abuse and their common registered comorbidities in the total population of Stockholm. *J Epidemiol Community Health.* 2017.
36. Lacey KK, Sears KP, Matusko N, Jackson JS. Severe physical violence and Black women's health and well-being. *Am J Public Health.* 2015;105(4):719-24.
37. Bonomi AE, Anderson MI, Rivara FP, et al. Health care utilization and costs associated with physical and nonphysical-only intimate partner violence. *Health Serv Res.* 2009;44:1052–67.
38. Carlberg M, Lindberg L, Lind S, Rasmussen F: Hälsan hos utsatta för våld i nära relationer i Stockholms län. Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholms läns landsting; 2017.
39. Ornstein P. The price of violence: Consequences of violent crime in Sweden. Working paper 2017:22. Uppsala: Institutionen för arbetsmarknads- och utrikespolitisk utvärdering; 2017.
40. Palm A, Danielsson I, Skalkidou A, Olofsson N, Högberg U. Violence victimisation—a watershed for young women's mental and physical health. *Eur J Public Health.* 2016;26(5):861–7.
41. Cater ÅK, Andershed A-K, Andershed H. Youth victimization in Sweden: Prevalence, characteristics and relation to mental health and behavioral problems in young adulthood. *Child Abuse & Neglect.* 2014;38(8):1290-302.
42. Petersson C, Swahnberg K, Peterson U, Oscarsson M. Experience of violence and self-rated health: Do youths disclose their experiences when visiting a Youth Centre in Sweden. *Scand J Public Health.* 2021;49(3):277-84.
43. Blom H, Hogberg U, Olofsson N, et al. Multiple violence victimisation associated with sexual ill health and sexual risk behaviours in Swedish youth. *Eur J Contracep Reproduc Health Care.* 2016;21(1):49–56.
44. Unlu G, Cakaloz B. Effects of perpetrator identity on suicidality and nonsuicidal self-injury in sexually

- victimized female adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2016;12:1489.
45. Barter C, Stanley N, Wood M, Lanau A, Aghtaie N, Larkins C, et al. Young people's online and face-to-face experiences of interpersonal violence and abuse and their subjective impact across five European countries. *Psychol Violence*. 2017;7(3):375.
 46. Flicker SM, Cerulli C, Zhao X, et al. Concomitant forms of abuse and help-seeking behavior among white, African American, and latina women who experience intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2011;17:1067–85.
 47. Socialstyrelsen. *Dödsfallsutredningar 2016–2017*. Stockholm; 2018.
 48. Socialstyrelsen. *Frågor om våld: En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder*. 2018.
 49. Temmerman M. Research priorities to address violence against women and girls. *The Lancet*. 2015;385(9978):e38-e40.
 50. *Vårdanalys. Implementering i vården. En kunskapsöversikt om beslutsnivåer och professionsperspektiv*. 2018:1.
 51. Morris ZS, et al. The answer is 17 years, what is the question: understanding time lags in translational research. *J Roy Soc Med*. 2011;104:510–20.
 52. GREVIO. *Baseline evaluation report, Sweden*. Council of Europe; 2019.
 53. Socialstyrelsen. *Manual för FREDA standardiserade bedömningsmetoder för socialtjänstens arbete mot våld i nära relationer*. 2014.
 54. Stranz H, Vogel M, Wiklund S. *Utvärdering av FREDA bedömningsmetoder i arbetet med våldsutsatta*. Stockholms Universitet; 2015.
 55. Finnbogadóttir H, Dykes A-K. Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*. 2012;28:181–9.
 56. Hultmann O, Möller J, Ormhaug S, Broberg A. Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: a qualitative study. *J Fam Violence*. 2014;29:67–78.
 57. Sundborg E, Törnkvist L, Saleh-Stattin N, Wändell P, Hylander I. To ask, or not to ask: the hesitation process described by district nurses encountering women exposed to intimate partner violence. *J Clin Nurs*. 2015;26:2256–65.
 58. Beynon CE, Gutmanis IA, Tutty LM, Wathen CN, MacMillan HL. Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis. *BMC Public Health*. 2012;12(1):1-12.
 59. Fredriksen MF, Nevland L, Dahl B, Sommerseth E. Norwegian midwives' experiences with screening for violence in antenatal care – A qualitative study. *Sex Reprod Healthcare*. 2021;28:100609.
 60. Heron RL, Eisma MC. Barriers and facilitators of disclosing domestic violence to the healthcare service: a systematic review of qualitative research. *Health Soc Care Community*. 2021;29(3):612-30.
 61. Husso M, Virkki T, Notko M, Holma J, Laitila A, Mäntysaari M. Making sense of domestic violence intervention in professional health care. *Health Soc Care Community*. 2012;20(4):347–55.
 62. Örmon K, Hörberg U. Abused women's vulnerability in daily life and in contact with psychiatric care: In the light of a caring science perspective. *J Clin Nurs*. 2016;26:2384–91.
 63. Pratt-Eriksson D, Bergbom I, Lyckhage ED. Don't ask don't tell: Battered Women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2014;9:23166.

64. Crowe A, Murray CE. Stigma from professional helpers toward survivors of intimate partner violence. *Partner Abuse*. 2015;6(2):157-79.
65. Leppakoski T, Paavilainen E, Astedt-Kurki P. Experiences of emergency care by the women exposed to acute physical intimate partner violence from the Finnish perspective. *Int Emerg Nurs*. 2011;19(1):27-36.
66. Rodríguez M, Valentine JM, Son JB, Muhammad M. Intimate partner violence and barriers to mental health care for ethnically diverse populations of women. *Trauma Violence Abuse*. 2009;10(4):358-74.
67. Ford-Gilboe M, Varcoe C, Noh M, Wuest J, Hammerton J, Alhalal E, et al. Patterns and predictors of service use among women who have separated from an abusive partner. *J Fam Violence*. 2015;30(4):419-31.
68. Lövestad S, Vaez M, Löve J, Hensing G, Krantz G. Intimate partner violence, associations with perceived need for help and health care utilization: a population-based sample of women in Sweden. *Scand J Public Health*. 2021;49(3):268-76.
69. Edin K, Dahlgren L, Lalos A, Högberg U. "Keeping Up a Front": Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care. *Violence Against Women*. 2010;16(2):189–206.
70. Lemaigre C, Taylor EP, Gittoes C. Barriers and facilitators to disclosing sexual abuse in childhood and adolescence: A systematic review. *Child Abuse Negl*. 2017;70:39-52.
71. O'Doherty L, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G, Taft A. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2015;7:CD007007.
72. Region Skåne. Våld i nära relationer. Kortversion av Regionalt vårdprogram, <https://vardgivare.skane.se/siteassets/1.-vardriktlinjer/regionala-varprogram---fillistning/vald-i-nara-relationer---vardprogram-kortversion.pdf>. 2018.
73. Weng Y, Kuo KN, Yang C, et al. Implementation of evidence-based practice across medical, nursing, pharmacological and allied healthcare professionals: a questionnaire survey in nationwide hospital settings. *Implementation Sci*. 2013;8(112).
74. Kortteisto T, Kaila M, Komulainen J, et al. Healthcare professionals' intentions to use clinical guidelines: a survey using the theory of planned behaviour. *Implementation Sci*. 2010;5(51).
75. Short LM, Alpert E, Harris Jr JM, Surprenant ZJ. A tool for measuring physician readiness to manage intimate partner violence. *Am J Prev Med*. 2006;30(2):173-80.
76. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qual Res Psychol*. 2006;3(2):77-101.
77. McLafferty I. Focus group interviews as a data collecting strategy *J Adv Nurs*. 2004;48(2):187–94.
78. Vejzovic V, Örmon K. Utvärdering av pilotprojektet "Att rutinmässigt ställa frågor till ungdomar/unga vuxna om erfarenhet av våld". Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld - VKV; 2020.
79. Tegel E. "I am not so sure of that we are very good at working actively, and are doing this, when we lack any form of suspiciousness." An implementation evaluation of region skåne's care program to prevent intimate partner violence in three care settings specialized in youth. Master's thesis. Malmö: Malmö universitet; 2021.
80. Richter A, Mosson R, Hansson H. Leda implementering – vilka beteenden ökar chanserna för att lyckas? Stockholms läns landsting: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin; 2017.
81. Folkhälsomyndigheten. Från nyhet till vardagsnytta – om implementeringens mödosamma konst. En rapport om implementeringen av metoder inom folkhälsoområdet. 2017.
82. Hegarty K, McKibbin G, Hameed M, Koziol-McLain J, Feder G, Tarzia L, et al. Health practitioners' readiness to address domestic violence and abuse: A qualitative meta-synthesis. *PlosOne*. 2020;15(6):e0234067.

83. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*. 2011;72(6):855-66.
84. Wendt E, Svensson J. 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, VKV; 2018.
85. Lawoko S, Sanz S, Helström L, Castren M. Screening for Intimate Partner Violence against Women in Healthcare Sweden: Prevalence and Determinants. *ISRN Nurs*. 2011;2011:10692.
86. Spangaro JM, Zwi AB, Poulos RG. "Persist, persist": A qualitative study of women's decisions to disclose and their perceptions of the impact of routine screening for intimate partner violence. *Psychol Violence*. 2011;1(2):150-62.
87. Emezue C. Digital or digitally delivered responses to domestic and intimate partner violence during COVID-19. *JMIR Publ Health Surveill*. 2020;6(3):e19831.
88. Jakobsson A, von Borgstede C, Krantz G, Hensing G. Possibilities and hindrances for prevention of intimate partner violence: Perceptions among professionals and decision makers in a Swedish medium-sized town. *Int J Behavior Med*. 2013;20(3):337-43.
89. Häggblom A, Möller A. Fighting for survival and escape from violence: Interviews with battered women. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2007;2:169.
90. Brännvall M. Frigörelse med förhinder: om polisanmälan när kvinnor tar sig ur mäns våld i nära relationer. Malmö universitet; 2016.
91. Enander V, Holmberg C. Why does she leave? The leaving process(es) of battered women. *Health Care Women Int*. 2008;29(3):200-26.
92. Lundgren E. Våldets normaliseringsprocess och andra våldsförståelser. Roks; 2012.
93. Örmon K, Torstensson Levander M, Sunnqvist C, Bahtsevani C. The duality of suffering and trust: abused women's experiences of general psychiatric care – an interview study. *J Clin Nurs*. 2014;23:2303-12.
94. Hellevik PM. Teenagers' personal accounts of experiences with digital intimate partner violence and abuse. *Comp Human Behav*. 2019;92:178-87.
95. Svedin CG, Priebe G, Wadsby M, Jonsson L, Fredlund C. Unga, sex och internet i en föränderlig värld. Stockholm: Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2015.
96. Korkmaz S, Överlien C. Responses to youth intimate partner violence: the meaning of youth-specific factors and interconnections with resilience. *J Youth Stud*. 2020;23(3):371-87.
97. Kistin CJ, Rothman EF, Bair-Merritt MH. Deadly adolescent intimate partner violence and the need for youth-specific strategies for effective intervention. *JAMA Pediatrics*. 2019;173(6):524-5.
98. Nybergh L, Taft C, Enander V, Krantz G. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. *BMC Public Health*. 2013;13(1):845-58.

Appendix

Vi börjar med några frågor om dig och din arbetsplats.

Är du chef över medarbetare som har patientkontakt?

- Ja
 Nej

Vilken typ av vårdenhet arbetar du vid?

- Vårdcentral
 Barn- eller ungdomshälsovård
 Mödrahälsovård
 Vuxenpsykiatri
 Akutmottagning
 Ambulans/prehospital vård
 Annat – öppet svarsalternativ

Profession

- Läkare
 Sjuksköterska
 Annan profession

Hur länge har du haft en chefposition inom Region Skåne?

- Mindre än 1 år
 1-3 år
 3-9 år
 10 år eller mer

Är du...

- Kvinna
 Man
 Annan könsidentitet

Hur gammal är du?

Följande frågor handlar om vårdprogrammet och om den vårdenhet där du arbetar.

Kände du till att Region Skåne har ett vårdprogram mot våld i nära relationer innan du blev kontaktad i samband med den här undersökningen?

- Ja
- Nej

Kände du till vårdprogrammets innehåll?

- Ja
- Nej
- Delvis

Markera i vilken mån du håller med om följande påståenden. (Den vårdverksamhet som du arbetar vid kommer i det följande att kallas för "din vårdenhet".)

| | 1 Håller inte alls med | 2 | 3 | 4 | 5 Håller helt och hållet med | Vet ej |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Hälsa- och sjukvården i allmänhet har ett ansvar för att identifiera och hantera våld i nära relationer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utsatthet för våld i nära relationer förekommer bland de patienter som kommer till din vårdenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemötande av patienter som utsatts för våld i nära relation har diskuterats bland personalen vid din vårdenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ett vårdprogram mot våld i nära relationer är relevant för din vårdenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ett vårdprogram mot våld i nära relationer kan förbättra vården av patienter vid din vårdenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Den vårdpersonal som arbetar vid din vårdenhet känner till att vårdprogrammet finns | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Den vårdpersonal som arbetar vid din vårdenhet känner till vårdprogrammets innehåll | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Det regionala vårdprogrammet mot våld i nära relation har diskuterats bland personalen vid din vårdenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personalen vid din vårdenhet följer vårdprogrammet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammet har påverkat hur personal arbetar med våld i nära relationer vid din vårdenhet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I vilken mån bedömer du att följande faktorer underlättar eller hindrar följande av Region Skånes regionala vårdprogram mot våld i nära relationer, vid din vårdenhet.

| | 1 Hindrar i hög grad | 2 | 3 Har ingen effekt | 4 | 5 Bidrar i hög grad | Vet ej |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tidsbrist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammets klarhet och förståelighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammets tillgänglighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammets grund i forskning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personalens kunskap om våld i nära relationer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Följande frågor handlar om implementering av vårdprogrammet

Finns det något du tror skulle göra det lättare för personalen vid din vårdenhet att följa vårdprogrammet?

Upplever du att riktlinjerna är tillräckliga för korrekt hantering av våld i nära relationer bland ungdomar? Saknas något, och i så fall vad?

Finns det något du vill tillägga?

Tack för din medverkan!

Bedömer du att denna skillnad beror på förhållanden relaterade till corona-pandemin?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

Under de senaste 12 månaderna, hur många patienter skulle du bedöma att personalen vid din vårdenhets identifierat som utövare av våld i nära relation?

Skulle du bedöma att detta antal ligger på samma nivå som tidigare år?

- Ja
- Nej

Bedömer du att denna skillnad beror på ett förändrat arbetsätt?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

Bedömer du att denna skillnad beror på förhållanden relaterade till corona-pandemin?

- Ja
- Nej
- Delvis
- Vet ej

Följande frågor handlar om innehållet i vårdprogrammet

I följande frågor syftar "våld" till våld i nära relation. I vilken mån bedömer du att det finns beredskap hos vårdpersonalen vid din vårdenhets till att:

| | 1 Mycket låg beredskap | 2 | 3 | 4 | 5 Mycket hög beredskap | Vet ej |
|---|------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------|--------------------------|
| Rutinmässigt fråga patienter om våldsutsatthet, oavsett sökorsak | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Fråga patienter om våldsutsatthet om de visar tecken som väcker misstanke om våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ställa frågor om erfarenheter av våld enskilt, utan att patientens eventuella medföljande är närvarande | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ställa frågor om olika typer av våld (fysiskt, psykiskt, sexuellt, ekonomisk, omsorgssvikt) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ställa frågor till personer som de misstänker utövat våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemöta våldsutsatta patienter på ett professionellt och förstående sätt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ta våldsutsatthet på allvar och lyssna på den utsatta patienten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Förstå varför den våldsutsatta kanske inte berättar om våldet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Journalföra våldsutsatthet på ett korrekt sätt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dokumentera fysiska skador genom fotografering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Informera om och hänvisa våldsutsatta vuxna till stödinsatser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Göra orosanmälan vid misstanke om att barn far illa, genom att de eller deras närstående utsätts för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bemöta våldsutsatthet i alla patientgrupper | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

I vilken mån bedömer du att följande faktorer underlättar eller hindrar följande av Region Skånes regionala vårdprogram mot våld i nära relationer, vid din vårdenhet.

| | 1 Hindrar i hög grad | 2 | 3 Har ingen effekt | 4 | 5 Bidrar i hög grad | Vet ej |
|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tidsbrist | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammets klarhet och förståelighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammets tillgänglighet | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Vårdprogrammets grund i forskning | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Personalens kunskap om våld i nära relationer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Följande frågor handlar om implementering av vårdprogrammet

Finns det något du tror skulle göra det lättare för personalen vid din vårdenhet att följa vårdprogrammet?

Upplever du att riktlinjerna är tillräckliga för korrekt hantering av våld i nära relationer bland ungdomar? Saknas något, och i så fall vad?

Finns det något du vill tillägga?

Tack för din medverkan!



LUNDS
UNIVERSITET



MALMÖ
UNIVERSITET