

Upprepad utsatthet - bakgrund av övergrepp hos kvinnor och män och risken att uppleva kränkningar i vården

Barbro Wijma, Alma Persson,
Marlene Ockander, Jelmer Brüggemann

Barbro Wijma, med dr, gynekolog, legitimerad KBT-terapeut och senior professor Genus och Medicin, IKE, Linköpings universitet. E-post: barbro.wijma@liu.se
Alma Persson, fil dr, lektor Tema Genus, Linköpings universitet. E-post: alma.persson@liu.se
Marlene Ockander, med dr, lektor, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping University. E-post: Marlene.Ockander@ju.se
Jelmer Brüggemann, med dr, lektor, Tema Teknik och social förändring, Linköpings universitet. E-post: jelmer.bruggemann@liu.se

Forskning visar att var sjätte kvinnlig och var trettonde manlig patient har upplevt kränkningar i vården. En bakgrund av övergrepp ökar risken att som vuxen uppleva sig kränkt i vården.

Detta samband analyseras i artikeln liksom dess orsaker och konsekvenser för patienter och vårdgivare. På basen av mångårig interventionsforskning diskuteras även hur vården på både strukturell och individuell nivå kan förhindra att patienter kränks och speciellt patienter med en bakgrund av övergrepp.

Ett stort ansvar vilar på vårdens alla ledningsnivåer, från myndighet till klinik, för att skapa förutsättningar i form av tid, kunskap och verktyg så att vårdgivare kan agera mot att patienter kränks. Artikeln beskriver ett antal sådana verktyg.

Earlier studies show that every sixth female and every thirteenth male patient has experienced abuse in health care. A history of previous abuse increases the risk of experiencing abuse in health care as an adult.

We analyze this risk and discuss its causes and consequences for patients and staff. Based on intervention research, we show how health care on a structural and individual level can prevent patients from experiencing abuse, particularly those with a background of abuse.

Responsibility for counteracting abuse in health care lies primarily with health care management. Providing staff with necessary resources such as time, knowledge and tools enables them to prevent patients from being abused. This article describes a few such tools.

tema

Även om det är vanligt att patienter har en bakgrund av tidigare övergrepp (BÖ) identifierar vårdpersonal dem sällan i strömmen av vårdsökande. Likaledes är det vanligt att patienter har upplevt sig kränkta i vården, vilket personalen sällan får veta. Patienter med BÖ har visat sig löpa större risk än de utan BÖ att uppleva kränkningar i vården (KV).

Dessa fakta är bakgrunden till vår artikel som fokuserar på sambandet mellan BÖ och senare upplevelser av KV. Basen är två decenniers forskning om KV vid Linköpings universitet. Forskargruppens sammansättning redovisas i Tabell 1.

Tabell 1. Forskargrupp genom tiderna

Aktuell grupp	I tidigare grupp dessutom
<ul style="list-style-type: none">• Barbro Wijma, med dr, gynekolog, legitimerad KBT-terapeut, senior professor Genus och Medicin*• Jelmer Brüggemann, med dr, lektor Tema Teknik och social förändring*• Alma Persson, fil dr, lektor Tema Genus*• Marlene Ockander, med dr, lektor Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping University• Agneta Josephson, fil mag i den praktiska kunskapens teori, dramapedagog med inriktning mot forumspel, Dramapedagogbyrån	<ul style="list-style-type: none">• Katarina Swahnberg, med dr, professor i Hälsovetenskap och global hälsa, Linnéuniversitetet Kalmar/Växjö• Anke Zbikowski, med dr, gynekolog, Kvinnokliniken Ryhov, Jönköping• Anette Nilsson, utvecklingsstrateg i Region Jönköpings län• Susan Stocker, PhD, filosof och dramapedagog, chef för Moral Agency Workshops, Eugene University, Oregon, USA

*samtliga från Linköpings universitet

Empiri

Definitioner

Patient

Begreppet patient täcker en heterogen grupp med en gemensam egenskap: beroendet av vårdgivaren. Men maktrelationerna mellan vårdgivare och patient ser olika ut beroende på kategorier som kön, klass, etnicitet etcetera hos patient och vårdgivare. Denna artikel använder ibland kön hos patienten som särskiljande egen-

skap men också patientetiketten med dess brister. Att analysera maktrelationer i vårdmötet utifrån olika kategorier är relevant men utanför fokus av denna artikel.

Bakgrund av övergrepp

Det finns ett brett spektrum av definitioner av övergrepp; från vida som: ”våld innebär att förhindra en annan människa att uppnå sin fulla utvecklingspotential” (Galtung, författarnas förenklade översättning) (1) till tydligt och snävt avgränsande som exempelvis: ”min partner försökte kväva mig” (2).

Förekomst av övergrepp kan således mätas på olika sätt och prevalenstal för övergrepp blir bara meningsfulla tillsammans med en tydlig redovisning av hur man definierat det man mätt. I denna artikel beskriver vi förekomst av olika övergrepp enligt hur de definieras i NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ), eftersom denna kategorisering är vad våra riskanalyser bygger på (3-5). Tabell 2 presenterar de konkreta formuleringarna i NorAQ:s fyra övergreppsdelar, validerade för såväl kvinnor som män: emotionella, fysiska, och sexuella övergrepp samt kränkningar i vården. Uppdelningen i olika former av övergrepp är emellertid en grov förenkling som underlättar för forskaren men som inte motsvarar verkligheten, där ofta två eller tre kategorier av upplevelser finns med. Livtidsupplevelser av flera former av övergrepp tycks, liksom att ha blivit utsatt av flera förövare, också vara förenade med den största risken för psykisk ohälsa (6).

Tabell 2A. NorAQ - NorVold Abuse Questionnaire

Emotionellt övergrepp	Fysiskt övergrepp
<ul style="list-style-type: none"> • Har du upplevt att någon systematiskt och under en längre tid försökt kuva, förnedra eller förödmjuka dig? • Har du upplevt att någon systematiskt och under hot eller tvång försökt begränsa din kontakt med andra eller helt reglera vad du får och inte får göra? • Har du varit med om att leva i skräck pga. att någon systematiskt och under en längre tid hotat att skada dig eller någon som står dig nära? 	<ul style="list-style-type: none"> • Har du varit med om att någon slagit dig, gett dig en örfil eller hållit fast dig hårt mot din vilja? • Har du varit med om att någon slagit dig med knytnäven eller med något hårt föremål, sparkat dig, knuffat till dig våldsamt, gett dig ”ett rejält kok stryk”, ”klått upp dig” eller gjort något annat liknande med dig? • Har du varit med om att någon hotat dig till livet genom att t.ex. försöka kväva dig, visa vapen, ha en kniv till hands eller någon liknande?

Tabell 2B. NorAQ - NorVold Abuse Questionnaire

Sexuellt övergrepp	Kränkningar i vården
<ul style="list-style-type: none"> • Har någon <u>mot din vilja</u> rört vid din kropp på andra delar än könsorganen på ett ”sexuellt sätt” eller tvingat dig att beröra andra delar av hans eller hennes kropp på ett ”sexuellt sätt”? • Har någon <u>mot din vilja</u> tagit på dina könsorgan, använt din kropp för att tillfredsställa sig själv sexuellt eller tvingat dig att ta på någon annans könsorgan? • Har du på något annat sätt blivit sexuellt förnedrad; t.ex. genom att du <u>mot din vilja</u> tvingats se på porrfilm eller liknande, tvingats medverka i porrfilm eller liknande, tvingats visa upp din kropp naken eller tvingats se på när någon annan visade upp sin kropp naken? • Har någon <u>mot din vilja</u> fört in penis i din slida*, mun eller ändtarm eller försökt något av detta; fört in eller försökt föra in föremål eller annan kroppsdel i din slida*, mun eller ändtarm? 	<ul style="list-style-type: none"> • Har du någon gång i sjukvården känt dig kränkt eller grovt förnedrad, känt att någon utövat utpressning mot dig eller inte visat respekt för dina åsikter – på ett sådant sätt att du efteråt plågats eller störts av upplevelsen? • Har du varit med om att en ”normal” händelse i sjukvården plötsligt blivit en oerhört hemsk och kränkande upplevelse, utan att du riktigt kunde förstå hur det gick till? • Har du varit med om att någon i sjukvården medvetet – som du uppfattade det – gjort dig illa kroppsligt eller psykiskt, grovt skändat dig eller utnyttjat din kropp och ditt underläge för eget syfte?

Svarsalternativen på samtliga frågor i Tabell 2A och Tabell 2B är: Nej; Ja som barn (<18 år); Ja som vuxen (≥ 18 år); Ja både som barn och vuxen.

Kommentar: Ovan presenteras den version som använts bland kvinnliga respondenter.

* I den manliga versionen har för den sista versionen av sexuellt övergrepp uttrycken ”slida,” tagits bort på de två markerade platserna.

Upplevelse av KV

I vår forskning har upplevelse av KV definierats på olika sätt.

- När vi har mätt prevalens av fenomenet har vi använt formuleringar från NorAQ.
- Vi har också beskrivit vad en upplevelse av kränkning är på basen av flera intervjustudier och en begreppsanalys (7). I intervjuerna beskrev kvinnor sina upplevelser av KV som att ha blivit tillintetgjorda eller ha förlorat en maktkamp (8, 9). Män hade upplevt sig mentalt vingklippta och känt stark frustration (10). En sammanfattning av hur KV upplevs blev: ”En subjektiv upplevelse hos en patient av ett möte där omsorg saknats, där patienten har *lidit* och förlorat sitt värde som en mänsklig varelse. Kränkningen är oftast oavsiktlig. Den underhålls av strukturer och arbetsklimat på arbetsplatsen. Konsekvenserna är negativa för såväl patient som personal – och sannolikt även för vården.”

En kränkning fångas *inte* av begrepp som ”medicinska misstag” (11), där misstaget definieras av professionen - dock kan medicinska misstag också innehålla kränkningar. ”Patienttillfredsställelsemått” fångar *inte heller* KV - att ha blivit kränkt är något annat än att inte vara tillfreds med ett vårdtillfälle (12). Kränkningar är däremot närliggande det som i Patientsäkerhetslagen benämns som psykisk skada eller lidande till följd av en skada, vilka begrepp bara kan definieras av patienten (13). Patientens upplevelse av en kränkning kan inte värderas eller ifrågasättas av någon utomstående.

Prevalens av övergrepp och KV

Tabell 3 visar livstidsprevalens bland kvinnliga respektive manliga patienter och bland kvinnor och män i urval av populationen av tre former av övergrepp och av KV (14-15, 3, 16). Från tabell 3 kan man få en uppfattning om hur bred/smal definitionen av övergrepp/kränkning i NorAQ är: 14-20% av kvinnorna och 7-8% av männen i studierna har någon gång under livet upplevt KV. Tabell 4 visar för samma grupper livstidsprevalens hos kvinnor och män av olika allvarlighetsgrader av KV (14-15, 3, 16). Det framgår ur tabell 3 och 4 att skillnader tycks finnas mellan kvinnor och män men inte mellan de olika formerna av urval.

Tabell 3. Prevalens enligt NorAQ av övergrepp och kränkningar i vården för kvinnliga och manliga patienter och för kvinnor och män i befolkningen.

För varje form redovisas dels alla som uppgett sig ha varit utsatta för någon av alla allvarlighetsgrader och dels alla som uppgett sig ha varit utsatta för den allvarligaste formen.

Form av övergrepp	Prevalens ¹ kvinnliga gyn- patienter 3 kliniker % (n=2 439)	Prevalens ² manliga patienter 6 kliniker % (n=1 767)	Prevalens ³ kvinnor i befolkningen % (n=1 168)	Prevalens ⁴ män i befolkningen % (n=2 924)
Emotionella: alla former	17-21	13	21	17
Emotionella: allvarligaste formen	8-10	4	10	7
Fysiska: alla former	32-38	46	36	49
Fysiska: allvarligaste formen	8	7	7	10
Sexuella: alla former	16-17	4	17	5
Sexuella: allvarligaste formen	8	0,4	8	1
Kränkningar i vården: alla former	14-20	8	16	7
Kränkningar i vården: allvarligaste formen	4-5	2	4	2

Anmärkningar:

A. Uppgifterna är hämtade ur följande referenser:

1 Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren G. *Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? Acta Obstet Gynecol Scand. 2004;83(3):276–88. (Referens 14 i referenslistan.)

2 Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. *Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. Viol Victims. 2009;(24)2:265-79. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.24.2.265>. (Referens 15 i referenslistan.)

3 Swahnberg K, Wijma B. *The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. Eur J Public Health. 2003 Dec;13(4):361-6. (Referens 3 i referenslistan.)

4 Swahnberg K, Davidsson-Simmons J, Hearn J, Wijma B. *Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: A cross-sectional study of a Swedish random male population sample. Scand J Public Health. 2012;40:191–202. (Referens 16 i referenslistan.)

* Mildaste varianten av FÖ är medräknad

B. Samtliga material är insamlade i Sverige.

C. Prevalenstal för kvinnliga och manliga patienter kommer i denna tabell från samma material som riskanalysen i tabell 5 är baserad på.

Tabell 4. Prevalens enligt NorAQ av alla allvarlighetsgrader av kränkningar i vården (KV) för kvinnliga och manliga patienter och för kvinnor och män i befolkningen.

Definition av grad av KV	Prevalens ¹ kvinnliga gyn- patienter 3 kliniker % (n=2439)	Prevalens ² manliga patienter 6 kliniker % (n=1767)	Prevalens ³ kvinnor i befolkningen % (= 1 168)	Prevalens ⁴ män i befolkninge n % (n=2 924)
Har du någon gång i sjukvården känt dig kränkt eller grovt förnedrad, känt att någon har utövat utpressning mot dig eller inte visat respekt för dina åsikter – på ett sådant sätt att du efteråt plågats eller störts av upplevelsen?	4-7	3	4	3
Har du varit med om att en "normal" händelse i sjukvården plötsligt blivit en oerhört hemsk och kränkande upplevelse, utan att du riktigt kunde förstå hur det gick till?	6-8	3	7	3
Har du varit med om att någon i sjukvården medvetet – som du uppfattade det – gjort dig illa kroppsligt eller psykiskt, grovt skändat dig eller utnyttjat din kropp och ditt underläge för eget syfte?	4-5	2	4	2

Anmärkningar:

A. Uppgifterna är hämtade ur följande referenser:

- Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren G. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(3):276–88. (Referens 14 i referenslistan.)
- Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. *Viol Victims.* 2009;(24)2:265-79. <http://dx.doi.org/10.1891/0886-6708.24.2.265>. (Referens 15 i referenslistan.)
- Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health.* 2003;13(4):361-6. (Referens 3 i referenslistan.)
- Swahnberg K, Davidsson-Simmons J, Hearn J, Wijma B. Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: A cross-sectional study of a Swedish random male population sample. *Scand J Public Health.* 2012;40:191–202. (Referens 16 i referenslistan.)

B. Samtliga material är insamlade i Sverige.

C. Prevalenstal för kvinnliga och manliga patienter kommer i denna tabell från samma material som riskanalysen i tabell 5 är baserad på.

Riskökning hos patienter med BÖ att som vuxna uppleva KV

Tabell 5 visar den ökade risk kvinnliga respektive manliga patienter med BÖ löper att som vuxna uppleva KV jämfört med patienter utan BÖ (17-18). Riskökningen uttrycks som OR, och det tycks närmast finnas ett dos-responssamband mellan antalet upplevda former av BÖ och risken att som vuxen uppleva KV, hos både manliga och kvinnliga patienter. Detta skulle kunna förstås som: ju fler former av BÖ en person upplevt, desto större trauma har sannolikt funnits och desto större risk att senare uppleva KV. Bland kvinnliga respektive manliga vuxna patienter som upplevt KV hade 1/3 respektive 1/2 BÖ.

Tabell 5. Riskökning att som vuxen uppleva kränkningar i vården (KV) för kvinnliga och manliga patienter med en bakgrund av olika former av övergrepp.

Form av tidigare övergrepp	Riskökning som OR* för kvinnliga patienter ¹	Riskökning som OR* för manliga patienter ²
Emotionella övergrepp (EÖ)	3.9 (2.0-7.5)	3.8 (1.8-8.0)
Fysiska övergrepp (FÖ)	1.7 (1.0-3.0)	2.0 (1.2-3.2)
Sexuella övergrepp (SÖ)	3.5 (2.3-5.5)	1.4 (0.2-10.2)
EÖ + FÖ	3.0 (1.3-7.4)	7.7 (4.6-12.8)
EÖ + SÖ	5.2 (2.4-11.4)	5.8 (0.7-48.8)
FÖ + SÖ	6.6 (2.7-15.9)	5.6 (1.6-19.9)
EÖ + FÖ + SÖ	8.9 (3.3-24.0)	19.5 (5.8-65.8)

1 Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: Their relationship to childhood abuse. BJOG. 2004;111:1429-36. (Referens 17 i referenslistan.)

2 Swahnberg K, Edholm S, Fredman K, Wijma B. Men's perceived experiences of abuse in health care: Their relationship to childhood abuse. Int J Mens Health. 2012;11(2):137-49. (Referens 18 i referenslistan.)

*OR: Odds Ratio, adjusted för ålder och utbildningsnivå

Diskussion av sambandet mellan BÖ och KV

I ett vårdmöte handlar patienter och personal inte autonomt i ett vakuum, utan upplevelser av vårdmöten måste ses i en kontext, där patienter är i stark beroendeställning och personalen begränsade i sitt handlingsutrymme. Galtung (19) menar att direkta våldshandlingar (här KV) kan liknas vid ett hörn i en "våldstriangel", som för sin existens kräver att också de två andra hörnen finns – det kulturella och det strukturella våldet, vilka legitimerar det direkta våldet. Ansvaret att *motverka* KV är således fördelat: att skapa en arbetskultur som mot-

verkar KV är ett gemensamt ansvar för individuella vårdgivare och ledning, medan ledningen är den nivå som skapar de strukturella förutsättningarna. Diskussionen nedan skall förstås mot denna bakgrund.

Varför löper patienter med BÖ ökad risk att uppleva KV?

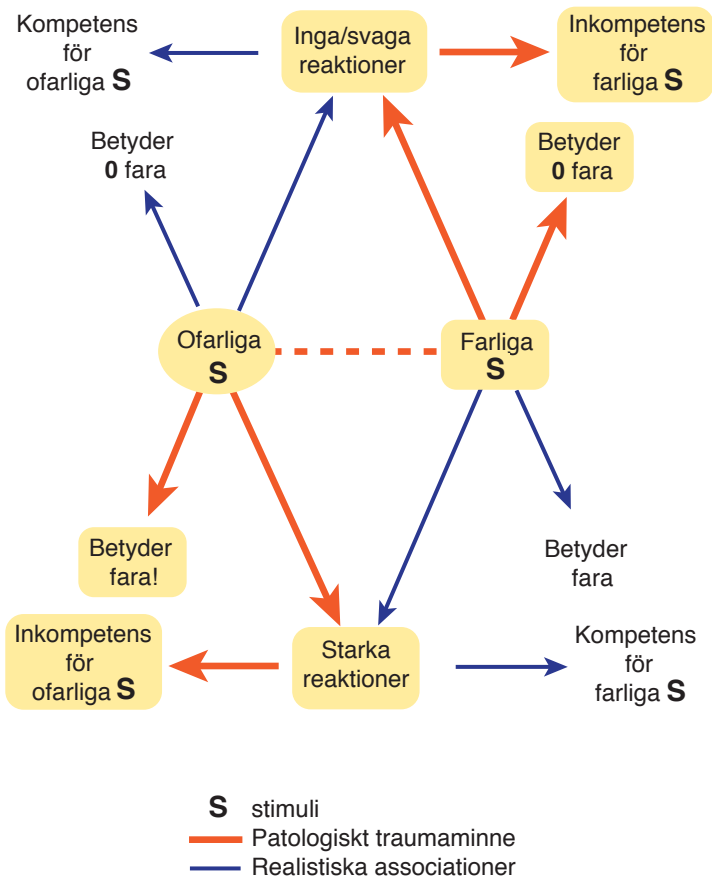
Dessa patienter tar med sig sin utsatthet till vårdmötet vilket kan manifesteras sig på två sätt:

- Tidigare forskning har visat hur kvinnor med BÖ kan ha svårt att våga lita på vårdpersonal, ofta skannar sin omgivning efter tecken på fara (20-21), och är benägna att tolka vad andra skulle bedömt som ofarligt som tecken på fara.
- Att vara utlämnad till någon som har makt över situationen kan redan i sig trigga minnen av övergrepp och försätta patienten tillbaka i den traumatiska situationen med också de känslor som då fanns (en flash-back), vilket kan prägla upplevelsen av vårdmötet.

Denna ”tvåfaldiga utsatthet” gör patienten benägen att tolka vårdssituationen anorlunda än vad vårdgivare förväntat sig och i stunden uppfattar. Traumatiserade patienter med BÖ kan ha ett ”patologiskt traumaminne” (figur 1) och sakna kompetens för att skilja farliga från ofarliga situationer (22). Också ofarliga stimuli, ur vårdgivarens perspektiv, kan därför tolkas som farliga och utlösa kraftiga och ibland för vårdgivare obegripliga reaktioner.

Sambandet mellan BÖ och ohälsa är välkänt: BÖ är bland annat associerat till ökad risk för mental och/eller psykisk ohälsa (23-29), för komplikationer i samband med graviditet och förlossning (30-33) samt för somatisering (34-35). Det är därför rimligt att förmoda att patienter med BÖ ofta söker vård. Detta innebär att vårdpersonal ofta möter denna patientgrupp om vilken man vet att *kvinnor med BÖ inte berättar* till exempel vid gynekologbesök om sin BÖ (36). Man kan förmoda att detta även gäller för kvinnor vid andra vårdmöten samt för män. Slutsatsen blir då att vårdgivare inte bara ofta möter denna patientgrupp, utan också att patienternas BÖ sällan identifieras.

Varför löper manliga patienter med BÖ större risk än kvinnliga att uppleva KV? Mörkertalet är stort när det gäller våldsutsatta män (37). Män anmäler sällan våld de utsatts för av flera möjliga skäl: de förväntar sig inte att bli tagna på allvar som våldsoffer, skammen över att vara utsatt kan få dem att tiga, eller kanske rubricerar de inte händelsen som våld. Om den egna insikten om BÖ saknas - hur skall då vårdgivare känna igen den? Har en mer kompakt tystnad runt män med BÖ samband med deras högre risk att uppleva KV? Här finns en stor kunskapsbrist.



Figur 1. Patologiskt traumaminne
 Efter: Paunović N. Posttraumatisk stresstörning
 I: Öst L-G. Kognitiv beteendeterapi inom psykiatri (2:a upplagan).
 Stockholm, Natur och Kultur; 2013. Publicerad med tillstånd av Natur och Kultur.

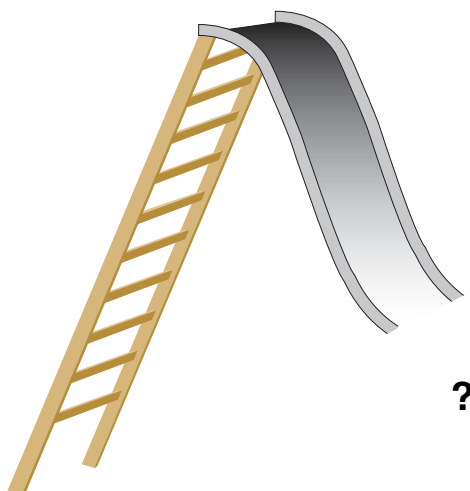
Varför är det svårt att hantera situationer när patienter med BÖ kränks/hotas att kränkas?

En kärna i vårdgivarens uppdrag är att hjälpa människor som lider. Att då få höra att man tvärtemot sin idealbild kränker en patient kan vara svårt att ta till sig. Men att möta patienter med en oidentifierad BÖ, är att hamna i en situation som *är svår att hantera!!!* Den skulle kunna liknas vid situationen när man utan insikt om glanskisen under fötterna försöker tassa fram iklädd tofflor och utan stöd (figur 2). Som personal måste man då ödmjukt erkänna att riskerna är stora att ”halka” - göra fel ur patientens perspektiv - och inse att man bara kan göra så gott man kan och i efterhand försöka upptäcka när något gått snett och ställa till rätta.



Figur 2. Gå med tofflor på glanskis

Vårdpersonal kan exempelvis mötas av anklagelser, provokationer eller uttryck för aggressivitet, vilka upplevs som orättfärdiga men som kan handla om att patientens BÖ har triggats i mötet och lett till reaktioner som ter sig obegrip- ligo eller överdrivna för vårdgivare (38). Utan vetskap om patientens BÖ och i avsaknad av kunskap och träning att hantera sådana situationer kan perso- nalen svara med emotionella motreaktioner, som ur patientens perspektiv kan bli kränkande. Sådana motreaktioner kan illustreras med att få väldig fart i en rutschkana där man kan landa på ett sätt som man från början inte kunde för- utse eftersom farten till sist blev så hög (figur 3).



Figur 3. Se upp för rutschkana!

Den ömsesidiga tystnadens roll

Eftersom patienter med BÖ sällan berättar för vårdgivare om sin BÖ och inte heller om eventuellt upplevda KV (36, 39-41), förblir vårdgivare ofta ovetande både om att de kränkt en patient och om vad som kan ha bidragit till patientens upplevelse.

Vårdpersonal kan också ha svårt att gripa in när de uppfattar att en kränkning sker, skämmas över sin oförmåga och tuga om händelsen: en sjuksköterska berättade i en av forskargruppens workshops (42) att hon för 10 år sedan var i en situation där hon borde gripit in som patientens ”advokat” i en tillspetsad vårdsituation. Patienten ville att läkaren skulle avbryta åtgärden, medan läkaren fullföljde den trots patientens protester. I situationen såg sjuksköterskan inget sätt att kunna agera och gjorde därför heller ingenting. Men alltsedan dess hade hon skämts över det som hände och inte talat med någon om det (42).

Eftersom tystnaden runt KV således kan finnas hos båda parter förblir ofta BÖ och den associerade KV ett dolt problem, och personalens lärtillfällen uteblir (42).

Patienten kan också vara hotad till tystnad och en patient vi kallar Anna ger ett exempel:

Anna hade sedan barndomen utsatts för sexuella övergrepp av sin pappa, kombinerade med dödshot: vid ett tillfälle höll han en stor kniv mot hennes strupe och förklarade att han skulle döda henne om hon inte gick med på hans våldtäkter, eller berättade om dem för någon. Nästa gång hon mötte honom, nöp han henne, omärkligt för de andra i rummet, i axeln, och sa så att ingen annan hörde: ”Du vet vad som gäller”. I fortsättningen räckte ett litet nyp i axeln för att Anna skulle foga sig i vad han krävde och ingen i omgivningen förstod vad som utspelade sig mellan dem. Under två decennier berättade heller inte Anna något för någon.

Så bland de som *inte* berättar om BÖ finns ibland ”Annor”, och där tassar vårdgivare runt utan att veta om glanskisen under fötterna.

Hur kan vården motverka KV?

Vården behöver acceptera att kränkningar är en subjektiv upplevelse som inte bör ifrågasättas, även om det medicinska handhavandet varit korrekt. Här kan vården dra lärdom av den kunskapsresa som gjorts kring patientens upplevelse av smärta. Numera finns en spridd kunskap både bland vårdgivare och patienter om att smärta är en subjektiv upplevelse som mäts med subjektiva skattningar och som inte kan ifrågasättas (43). Som för smärta behöver vården

starta en process för att ta fram och sprida kunskap om hur KV kan förebyggas och hanteras.

Finns det beprövad erfarenhet att tillgå?

I de interventionsprojekt mot KV som forskargruppen genomfört har 27 workshops hållits på vardera ½ - 1 dag i 4 olika miljöer och med totalt ca 160 deltagare (40). Under ledning av en dramapedagog arbetade deltagarna med hur kränkande situationer kan hanteras med hjälp av Forumspel (44-50). Fokus låg på den som bevittnar en situation som uppfattas som ”hotande kränkande” för en patient. Workshopen inleddes med att deltagarna berättade om situationer de minns där patienter kränkts. På basen av dessa berättelser spelades några scener upp i rollspel så att kränkningen och dilemmat för den som bevittnade situationen blev tydliga. Därefter testade gruppen i handling olika sätt att agera och diskuterade utfallet.

Genom deltagande observationer på workshops kunde vi följa hur Forumspel möjliggjorde för deltagarna att dela med sig av sina sätt att hantera kränkande situationer (51). I intervjustudier efter interventionerna ansåg deltagarna att de hade fått en större förmåga att kunna ingripa när de blev vittne till hotande kränkande situationer, och att de hade insett att det alltid fanns en rad lösningar också på till synes omöjliga situationer (40, 52-53). Man menade också att ämnet hade förlorat sitt tabustatus, och eftersom många delade erfarenheten av att inte ha kunnat hantera för patienten kränkande situationer hade skammen över att prata om detta minskat. Deltagarna hade också insett personalgruppens värde, om de där vågade diskutera kränkande situationer.

Det finns också beprövad erfarenhet inom andra forsknings- och utvecklingsområden, vilka kan stödja arbetet mot KV:

- Området vård i samproduktion mellan vårdgivare och patient (co-production)(54), med patienten i centrum (personcentrerad vård)(55), och med patientens behov som ledstjärna (delat beslutsfattande)(56), och
- Patientsäkerhetsarbetet (57).

Erfarenheter från projekten: vem kan göra vad före – under – efter?

Minska riskerna att kränka – förebygga

Generellt

Organisationer och myndigheter (bland andra Folkhälsomyndigheten, Socialstyrelsen, SKL, IVO) har liksom personer på ledningsnivå på arbetsplatser ett stort ansvar för att göra kränkningar talbara samt erkänna att de existerar och behöver förebyggas.

I våra interventionsstudier framförde personal ofta hur hierarkiska strukturer och stress bidragit till att situationer uppstått där patienter kränkts – strukturellt och kulturellt våld i Galtungs våldstriangel (19, 40). Man hade ofta anat att patienten upplevt sig kränkt men inte haft tid, verktyg eller position att kunna gripa in. För ledningsstrukturer finns därför en stor förbättringspotential genom att skapa förutsättningar för personal att kunna handla mer som deras moral bjuder och agera mot KV (40, 42).

Personalgruppen som enhet kan fungera utmärkt som stöd när tystnaden runt KV bryts och skammen över att ha kränkt lättar. Policydokument på kliniken kan vara verktyg i en sådan process, liksom ”kontrakt” om hur man i en mindre grupp vill välja att hjälpa varandra (40).

Specifikt för patienter med BÖ

På ledningsnivå behöver man klargöra hur denna riskgrupp skall hanteras, genom att till exempel bestämma att frågor om BÖ ingår i en noggrann anamnes (21, 28). Om man i en akutsituation tror sig hantera en person med en för vårdgivaren okänd BÖ bör man ”handla som om” så var fallet, dvs tänka på att vara ytterst pålitlig och visa respekt in i minsta detalj. Glanskismetaforen kan lära oss: det går att förbättra förutsättningarna på isen – byta tofflor mot dubb-skor och använda stavar för att stå stadigare! Översatt till vårdpraktiken: ha tillgång till kunskap och strategier om KV samt motivation att använda dessa.

Patienter med BÖ är experter på sin situation och en verksam strategi är att involvera patienten i att utforma individuellt anpassade strategier för hur vederbörandes vårdssituation bäst skall hanteras (38, 54). Och: om patienten trots alla försök ändå upplever sig kränkt, är det då ofta lättare att ta hand om kränkningen efteråt (se nedan).

Om vårdgivare misstänker BÖ hos patienten finns det skäl att vara observant mot lämnat samtycke till åtgärder (38)! Många sådana patienter kan bli paralyserade redan när de hamnar i något som påminner om den ursprungliga traumatiska situationen. En inlärdd strategi kan göra att patienten tänker: ”bäst att inte provocera den som har makten utan få det överstökta så fort som möjligt”, vilket då kan uppfattas som ett ”samtycke”. När sedan åtgärden upplevs som ett nytt övergrepp kan patienten konkludera: ”se där, jag visste det ju, den här personen går inte heller att lita på, alla är bara ute efter att skada och lura mig.”

Att ingripa för att stoppa en botande kränkning – under

Det krävs mod för att ingripa som vittne och avbryta en situation man som personal uppfattar som hotande kränkande för en patient. Men enbart mod räcker inte alltid. Det krävs också en kultur på arbetsplatsen inom ramen för vilken

man kommit överens om både att man på alla plan skall jobba mot KV och hur man ska nå dit (40). Till exempel att man tillsammans skriver lokala handlingsprogram, att man berättar för varandra om både inträffade och avvärjda kränkningar, och att man kommer överens om hur man skall hjälpa varandra att backa ur en situation där bevittnande personal uppfattar att en patient riskerar att kränkas av annan personal (40).

När det väl hänt – efter

När kränkningen väl hänt gäller det att gå tillbaka och försöka ställa tillrätta med alla till buds stående medel. Målet bör vara att återupprätta patientens värdighet och initiera läkning. Tabell 6 innehåller några konkreta råd om hur sådana samtal kan föras (11, 40).

Här behöver vårdgivaren vara ärlig och känna igen eventuella skamkänslor så att hen kan gå emot sin undvikandeimpuls och istället söka upp patienten för samtal om vad som hänt.

Tabell 6. Riktlinjer för samtalet med en patient som kränkts

- Uppmuntra patienten att berätta i detalj medan du lyssnar intensivt och försöker föreställa dig hur patienten upplevde situationen.
- Ta emot patientens berättelse utan att kommentera eller argumentera om vad som eventuellt var medicinskt korrekt eller inte.
- Leta efter din medkänsla med vad patienten upplevt så att du genuint kan säga ungefär:

”Jag är så ledsen att det blev så här för dig. Det var inte alls vad jag ville. Jag ville ju inte skada dig. Men jag förstod inte bättre. Jag är så ledsen över det som hänt.”

- Undvik att hamna i en diskussion om handlandet var medicinskt korrekt eller inte. Tänk istället att patienten behöver få upprättelse för kränkningen hen drabbats av. Annars kan ni hamna på var sitt spår som inte möts och i en strid om tolkningsföreträdet.
- Akta dig för att gå i försvar och börja rättfärdiga dina handlingar! Patienten som kränkts kan då dra slutsatsen att du tycker att du hade rätt att kränka hen, vilket kan få hen att känna sig än mer kränkt och maktlös.
- Många patienter kan acceptera att fel har begåtts, om bara personalen är ärlig och tar på sig sin skuld i det som hände. Att bli kränkt är något helt annat, och det skall patienter inte behöva acceptera.

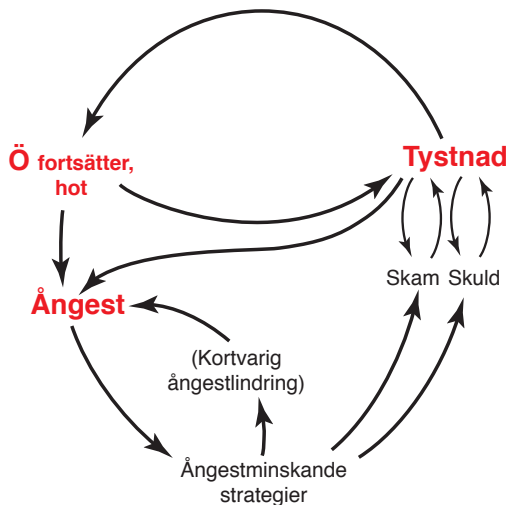
- Be patienten att hjälpa dig att förstå vad du borde ha gjort annorlunda, när, var och hur. Många patienter som kränkts är angelägna om att om möjligt bespara andra patienter att utsättas för vad de varit med om.
- Behåll kontakt med patienten tills hen känner att kränkningen är avslutad mellan er.

De första två punkterna gäller generellt, oberoende av vem som kränkte patienten. Den senare delen handlar om situationen när den som kränkte också är den som för samtalet.

Efter illustration i: Wijma B, Persson A, Ockander M, Brüggemann J. Kränkningar i vården är vanligt förekommande. Viktigt med aktivt arbete mot att patienter kränks. Läkartidningen. 2019;116(3):84-8. Publicerad med tillåtelse från Läkartidningen.

Om inget görs...

Exemplet Anna får återigen illustrera vilken effekt en utebliven berättelse om övergrepp kan ha på en patients livssituation (figur 4)(58): Annas tystnad om tidigare/pågående övergrepp ökade hennes ångest. För just Anna blev bulimi en strategi för att lindra ångesten, vilket gav henne kortvarig ångestlindring, men straxt därefter återigen ökad ångest - och skam - och tystnad. Om allt detta visste de vårdgivare som mötte Anna ingenting.



Figur 4. Övergrepssnurren.

Konklusion

I denna artikel har vi fokuserat en grupp patienter med upprepad utsatthet – patienter med BÖ som oftare än andra riskerar att uppleva KV – och diskuterat orsaker till och konsekvenser av detta samband. Avsikten har varit att initiera en diskussion om just sambandet BÖ/KV, påvisa de stora kunskapsluckor som finns och stimulera till fördjupad forskning i ämnet. Artikeln berör *inte* den majoritet av ”nykränkta” patienter i vården (utan BÖ), vilken grupp utgör ett relevant men annat forskningsfält.

Patienter som kränks och har en BÖ behöver uppmärksammas på ledningsnivå och rutiner utformas för att undvika att dessa sårbara patienter kränks när de söker hjälp. Att göra BÖ känd i mötet med vården öppnar för möjligheter att i allians med patienten, ”expert ” på sin situation, hitta strategier för att förhindra kränkningar. Förebyggande av KV knyter i dessa avseenden an till flera aktuella forsknings- och utvecklingsområden: co-production, personcentrerad vård, delat beslutsfattande och patientsäkerhetsarbete. Inom dessa inriktningar finns stor kunskap som kan tillämpas i arbetet att förhindra KV.

Jäv

Inga potentiella bindningar eller jävsförhållanden.

Acknowledgements

Projektet har stötts av bidrag från Vetenskapsrådet 2001–2017 och från FORSS 2006–2014.

Referenser

1. Galtung J. Violence, peace, and peace research. *J Peace Res.* 1969;6(3):167-91.
2. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues.* 1996;17(3):283-316.
3. Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health.* 2003;13(4):361-6.
4. Wijma B, Schei B, Swahnberg K. NorAQ. The NorVold Abuse Questionnaire. Linköping: Division of Gender and Medicine, Faculty of Health Sciences, Linköping University; 2004.
5. Swahnberg K. NorVold Abuse Questionnaire for Men (m-NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care in male patients. *Gend Med.* 2011;8:69-79.
6. Simmons J, Wijma B, Swahnberg K. Lifetime co-occurrence of violence victimisation and symptoms of psychological ill health: A cross-sectional study of Swedish male and female clinical and population samples. *BMC Public Health.* 2015;15:979. DOI:10.1186/s12889-015-2311-3.

tema

7. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: A concept analysis. *Scand J Caring Sci*. 2012;26:123-32.
8. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2007;28:161-7.
9. Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. *Int J Nurs Stud*. 2013;50(3):404-12.
10. Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, Thapar-Björkert S, Berterö C. Mentally pinioned: Men's perceptions of being abused in health care. *Int J Mens Health*. 2009;8(1):60-71.
11. Wijma B, Gustafsson LE, Thapar-Björkert S, Swahnberg K. What is an error? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2005;26(4):233-5.
12. Coyle J. Exploring the meaning of 'dissatisfaction' with health care: The importance of 'personal identity threat'. *Social Health Illn*. 1999;21(1):95-123.
13. Sveriges Riksdag. Patientsäkerhetslag (2010:659). Stockholm: Regeringskansliet; 2010, kapitel 1 §1, §5-6; kapitel 3 §1-3.
14. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, Hilden M, Irminger K, Wingren G. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2004;83(3):276-88.
15. Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. *Viol Victims*. 2009;(24)2:265-79.
16. Swahnberg K, Davidsson-Simmons J, Hearn J, Wijma B. Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: A cross-sectional study of a Swedish random male population sample. *Scand J Public Health*. 2012;40:191-202.
17. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, Hilden M, Schei B. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: Their relationship to childhood abuse. *BJOG*. 2004;111:1429-36.
18. Swahnberg K, Edholm S, Fredman K, Wijma B. Men's perceived experiences of abuse in health care: Their relationship to childhood abuse. *Int J Mens Health*. 2012;11:137-49.
19. Galtung J. Cultural violence. *J Peace Res*. 1990;27(3):291-305.
20. Jehu D. Beyond sexual abuse. Therapy with women who were childhood victims. Avon: John Wiley & Sons; 1988.
21. Wijma B, Wijma K. Sviter av övergrepp dold sjukdomsorsak. *Läkartidningen*. 1993;90:614-6.
22. Paunović N. Posttraumatisk stressstörning. I: Öst L-G. Kognitiv beteendeterapi inom psykiatri (2:a upplagan). Stockholm: Natur och Kultur; 2013.
23. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2012;9(11): e1001349. DOI:10.1371/journal.pmed.1001349.
24. Olofsson N, Lindqvist K, Shaw BA, Danielsson I. Long-term health consequences of violence exposure in adolescence: A 26-year prospective study. *BMC Public Health*. 2012;12:411. DOI:10.1186/1471-2458-12-411.

25. Sigurdardottir S, Halldorsdottir S, Bender SS. Consequences of childhood sexual abuse for health and well-being: Gender similarities and differences. *Scand J Public Health*. 2014;42:278-86.
26. Lee C, Tsenkova V, Carr D. Childhood trauma and metabolic syndrome in men and women. *Social Sci Med*. 2014;105:122-30.
27. Palm A, Danielsson I, Skalkidou A, Olofsson N, Högberg U. Violence victimization - A watershed for young women's mental and physical health. *Eur J Public Health*. 2016; 26(5):861-7.
28. Berglund A, Heimer G. Att ha varit utsatt för våld ökar risken för ohälsa senare i livet. *Läkartidningen*. 2016;113(24/25):1156.
29. Blom H, Högberg U, Olofsson N, Danielsson I. Multiple violence victimisation associated with sexual ill health and sexual risk behaviours in Swedish youth. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016;21(1):49-56.
30. Lev-Wiesel R, Daphna-Tekoah S, Hallak M. Childhood sexual abuse as a predictor of birth-related posttraumatic stress and postpartum posttraumatic stress. *Child Abuse Negl*. 2009;33:877-87.
31. Schei B, Lukasse M, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H. et al. A history of abuse and operative delivery – Results from a European multi-country cohort study. *PLoS ONE*. 2014;9(1): e87579. DOI:10.1371/journal.pone.0087579.
32. Sørbo MF, Grimstad H, Bjørngaard JH, Lukasse M, Schei B. Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:316. DOI: 10.1186/1471-2393-14-316.
33. Leeners B, Görres G, Block E, Hengartner MP. Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *J Psychosom Research*. 2016;83:27-32.
34. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. Somatization in abused women. *J Women's Health*. 2007;16(6):909-18.
35. Samelius L, Wijma B, Wingren G, Wijma K. Lifetime history of abuse, suffering and psychological health. *Nord J Psychiatry*. 2010;64:227-32.
36. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, Hilden M, Offerdal K, Pikarinen U et al. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: A Nordic cross-sectional study. *Lancet*. 2003;361:2107-13.
37. Brå. Våldtäkt mot personer 15 år och äldre. Brå Rapport 2008;13:41.
38. Wijma B. Gynundersökningen, ett rollspel för två. *Läkartidningen*. 1998;95(11):1125-9.
39. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nurs Ethics*. 2012;19:750-63.
40. Wijma B, Persson A, Ockander M, Brüggemann AJ. Kränkningar i vården är vanligt förekommande. Viktigt med aktivt arbete mot att patienter kränks. *Läkartidningen*. 2019;116:84-9.
41. Brüggemann AJ, Swahnberg K. Patients' silence towards the healthcare system after ethical transgressions by staff: Associations with patient characteristics in a cross-sectional study among Swedish female patients. *BMJ Open*. 2012;2:e001562. DOI:10.1136/bmjopen-2012-001562.
42. Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. Silence, shame and abuse in health care: Theoretical deve-

tema

- lopment on basis of an intervention project among staff. *BMC Med Educ.* 2016;16:75. DOI 10.1186/s12909-016-0595-3.
43. Läkemedelsverket informerar. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna – behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2017;28(3):25.
 44. Boal A. *Theatre of the Oppressed*. London: Pluto Press; 2000.
 45. Ekebergh M, Lepp M, Dahlberg K. Reflective learning with drama in nursing education - A Swedish attempt to overcome the theory praxis gap. *Nurse Educ Today.* 2004;24(8):622–8.
 46. Österlind E. Acting out of habits - Can Theatre of the Oppressed promote change? Boal's theatre methods in relation to Bourdieu's concept of habitus. *Res Drama Educ.* 2008;13(1):71–82.
 47. Byréus K. *Du har huvudrollen i ditt liv: Om forumspel som pedagogisk metod för frigörelse och förändring*. Stockholm: Liber; 2010.
 48. Zbikowski, A. *Counteracting abuse in health care from a staff perspective*. Linköping University Medical Dissertations 2014;1406. Linköping, Sweden: Linköping University; 2014.
 49. Zbikowski A, Zeiler K, Swahnberg K. Forum Play as a method for learning ethical practice: A qualitative study among Swedish health-care staff. *Clin Ethics.* 2016;11:9-18.
 50. Brüggemann AJ, Persson A. Using forum play to prevent abuse in health care organizations: A qualitative study exploring potentials and limitations for learning. *Educ Health.* 2016;29(3):217-22.
 51. Brüggemann J, Persson A, Wijma B. Understanding and preventing situations of abuse in health care – Navigation work in a Swedish palliative care setting. *Soc Sci Med.* 2019;222:52–8.
 52. Swahnberg K, Wijma B. Staff's perception of abuse in healthcare: A Swedish qualitative study. *BMJ Open.* 2012. 2:e001111.
 53. Nilsson A. Utvärdering av projektet ”kränkningar i vården” [Evaluation of the project ”abuse in health care”]. *Gender and Medicine report series*, ed. K. Swahnberg. Vol. 6. 2010. Linköping: Division of Gender and Medicine, Faculty of Health Sciences, Linköping University; 2010.
 54. Batalden M, Batalden P, Margolis P, Seid M, Armstrong G, Opoaro-Arrigan L et al. Coproduction of healthcare service. *BMJ Qual Saf.* 2016;25(7):509–17.
 55. Olsson L, Jakobsson Ung E, Swedberg K, Ekman I. Efficacy of person-centred care as an intervention in controlled trials - A systematic review. *J Clin Nurs.* 2013;22(3-4), 456-65.
 56. Elwyn G, Frosch DL, Kobrin S. Implementing shared decision-making: Consider all the consequences. *Implement Sci.* 2016;11:114. DOI:10.1186/s13012-016-0480-9.
 57. Vincent C, Carthey J, Macrae C, Amalberti R. Safety analysis over time: Seven major changes to adverse event investigation. *Implement Sci.* 2017;12:151. DOI: 10.1186/s13012-017-0695-4.
 58. Wijma B, Thapar-Björkert S, Hammarström NC, Swahnberg K. Cycles of abuse nurtured by concealment: A clinical report. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007;28(3):155-60.