

Vården vid sexuellt våld

NULÄGE OCH VÄGAR FRAMÅT



Sveriges
Kommuner
och Regioner

Vården vid sexuellt våld

NULÄGE OCH VÄGAR FRAMÅT



Upplysningar om innehållet:
Eva Estling, eva.estling@skr.se

© Sveriges Kommuner och Regioner, 2020
ISBN: 978-91-7585-876-0
Illustration: Stina Löfgren
Produktion: Advant
Tryck: LTAB, 2020

Förord

Sexuellt våld leder till stora konsekvenser för såväl individer som samhället i stort. Sexuellt våld är ett jämställdhetsproblem, där kvinnor utsätts i betydligt högre utsträckning än män och förövaren oftast är en man. Istanbulkonventionen slår fast att våld mot kvinnor är könsrelaterat på strukturell nivå, och att det är avgörande att få slut på våldet för att kunna uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män.

Frågan om sexuellt våld har diskuterats i samhällsdebatten under många år och det har tagits flera nationella initiativ för att minska mäns våld mot kvinnor och förekomsten av sexuellt våld. Trots detta är det fortsatt utbrett i Sverige, och det är angeläget att samhället erbjuder personer som utsätts ett gott stöd i att läka och få upprättelse. I detta har hälso- och sjukvården en viktig roll. Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har därför genomfört en nationell kartläggning av den vård som erbjuds personer som utsatts för sexuellt våld.

Syftet med rapporten är att visa på möjligheter att utveckla vården så att den bättre möter behoven hos personer som utsatts för sexuellt våld. Rapporten är framtagen för att fungera som ett underlag för prioriteringar på området och riktar sig därför primärt till beslutsfattare på olika nivåer. Förhoppningen är att innehållet även ska vara relevant för berörda vårdverksamheter.

Rapporten har tagits fram inom ramen för den nationella överenskommelsen mellan regeringen och SKR om en förbättrad förlossningsvård och insatser för kvinnors hälsa. Arbetet har genomförts under september–december 2019, under ledning av Carina Gyllner Bergmark, Frida Olgun och Eva Estling vid SKR.

Stockholm i mars 2020

Fredrik Lennartsson

Direktör

Avdelningen för vård och omsorg

Sveriges Kommuner och Regioner

Tack!

SKR vill rikta ett stort tack till alla er som ställt upp på intervjuer eller på annat sätt bidragit till arbetet som ligger bakom denna rapport – utan er hade den här kartläggningen inte varit möjlig! Ett särskilt tack vill SKR rikta till Nationellt centrum för kvinnofrid och Socialstyrelsen som vi genomfört det här arbetet i samråd med. Vi vill även rikta ett särskilt tack till några personer som på olika sätt bidragit med kloka synpunkter och viktig kvalitetssäkring under arbetets gång:

Anna Isaksson, Göteborgs stad
Anna Möller, Region Stockholm
Anneli Okerman, Kommunförbundet Västernorrland
Annika Emricsson, Göteborgs stad
Camilla Kristensson, Nationellt primärvårdsråd
Cecilia Fredlund, Region Östergötland
Gun Heimer, Nationellt centrum för kvinnofrid
Jelena Corovic, Socialstyrelsen
Julia Östfeldt, Föreningen Tillsammans
Karin Rasper, Västra Götalandsregionen
Lise-Lotte Risö Bergerlind, NPO Psykisk hälsa
Marie-Louise Wållberg, Region Västerbotten
Masoumeh Rezapour Isfahani, NPO Kvinnosjukdomar och förlossning
Moa Mannheimer, Socialstyrelsen
Monika Hartig, Region Stockholm
Tove Corneliussen, Västra Götalandsregionen
Åsa Kastbom, Region Östergötland
Åsa Witkowski, Nationellt centrum för kvinnofrid

Innehåll

- 8 Sammanfattning**
- 8 Hälsa- och sjukvården spelar en viktig roll i omhändertagandet av personer som utsatts för sexuellt våld
- 9 Kartläggningen har identifierat sex förbättringsområden
- 11 Tre vägar framåt för att stärka vården för personer som utsatts för sexuellt våld

- 13 Kapitel 1. Om kartläggningen**
- 13 Ett utbrett problem med stora konsekvenser
- 13 Sjukvården har en viktig roll
- 14 Det behövs en helhetsbild av vården för personer som utsätts
- 15 Rapportens avgränsningar
- 15 Rapportens begränsningar

- 17 Kapitel 2. Om sexuellt våld**
- 17 Samhällets syn på det sexuella våldet har förändrats över tid
- 19 Sexuellt våld förekommer i många former
- 23 Endast en del av de som utsatts söker stöd
- 24 Vissa grupper är särskilt utsatta
- 26 Utsatthet för sexuellt våld ger en ökad risk för ohälsa
- 28 Vårdbehoven varierar med individ och situation

- 33 Kapitel 3. Om vården vid sexuellt våld**
- 33 Vården har ett särskilt ansvar för våldsutsatta
- 35 Innehållet i vården avgörs av om patienten söker akut eller senare
- 36 Vård som erbjuds patienter i ett akutskede
- 41 Vård som erbjuds patienter i ett senare skede

- 45 Kapitel 4. Förbättringsområden**
- 46 Bemötandet av personer som utsatts för sexuellt våld behöver stärkas
- 47 Tillgängligheten till vård i ett icke-akut skede behöver stärkas
- 53 Kunskapen om adekvat behandling vid komplex problematik och traumatisering behöver öka
- 55 Omhändertagandet i akuta skeden behöver bli mer jämlikt
- 56 Vården behöver i högre utsträckning anpassas för att möta behoven hos särskilt utsatta grupper
- 59 Vårdens resurser behöver användas mer effektivt för att möta patientbehoven

61	Kapitel 5. Vägar framåt
61	Tydliggör roller, ansvar och processer för patientgruppen
66	Stärk medarbetarnas kompetens om sexuellt våld och dess konsekvenser
68	Sammanställ kunskapsläget för vården av patienter med komplex problematik
69	Referenser
73	Bilaga 1. Intervjuer
75	Bilaga 2. Referensgrupp

Sammanfattning

Hälso- och sjukvården spelar en viktig roll i omhändertagandet av personer som utsatts för sexuellt våld

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har genomfört en nationell kartläggning av vården för personer som utsatts för sexuellt våld. Syftet är att identifiera övergripande förbättringsområden och peka på vägar framåt för att bättre kunna möta patientgruppens behov. Kartläggningen bygger i huvudsak på en översiktlig litteraturgenomgång samt intervjuer med ett 40-tal patientföreträdare, ideella aktörer, regionrepresentanter, kliniskt verksamma samt experter och forskare på området. Kartläggningen fokuserar på vården som riktar sig till vuxna personer men inkluderar alla typer av sexuellt våld, inklusive det som den vuxne kan ha utsatts för i barndomen.

Sexuellt våld har en djupgående påverkan på såväl fysisk som psykisk hälsa. Flera studier pekar på att det sexuella våldet är utbrett i samhället. Sexuellt våld förekommer i många olika former och sammanhang, exempelvis inom nära relationer, genom överfallsvåldtäkter eller genom sex mot ersättning. I de flesta fall handlar det om mäns våld mot kvinnor, men även män och transpersoner drabbas. Sexuellt våld kan ge upphov till hälsomässiga konsekvenser på både kort och lång sikt. Exempelvis förekommer posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) i hög utsträckning bland personer som sökt vård efter sexuellt våld. Studier pekar även på att sexuellt våld medför en ökad risk för psykiatriska tillstånd som ätstörningar och självskadebeteenden, liksom somatiska tillstånd som fibromyalgi och kronisk buksmärta. Vårdbehoven varierar med individens situation och förutsättningar men sammantaget pekar studier på att vårdens insatser kan minska risken för att ohälsa utvecklas senare i livet.

Hälso- och sjukvården har en viktig roll för patienter som utsatts för sexuell våld. Utöver att erbjuda en god vård och behandling utifrån patientens individuella behov tillkommer ytterligare roller och ansvar för vården, bland annat att utgöra en länk i rättsprocessen.

När patienten söker vård omedelbart efter ett sexuellt övergrepp sker omhändertagandet ofta i akutsjukvården. Det akuta besöket innefattar undersökningar och spårsäkring samt i regel samtal med kurator. Under den närmaste tiden efteråt sker i normalfallet såväl medicinsk som psykosocial uppföljning. På några platser i landet utförs den akuta vården av mottagningar eller team som är specialiserade på omhändertagandet efter sexuell våld, medan det i större delen av landet sker inom ramen för ordinarie verksamhet, ofta inom gynekologi för kvinnor respektive kirurgi för män.

För patienter som söker vård och varit utsatta för sexuell våld tidigare i livet finns det i normalfallet ingen uttalad verksamhet som har ansvaret, utan var patienten får vård beror på situation och vårdbehov. Dessa individer söker ofta vård för andra tillstånd än just erfarenheter av sexuell våld och finns därför i många av vårdens verksamheter, som exempelvis primärvård, psykiatri, mödrhälsovård och på ungdomsmottagningar. Få patienter berättar självmant om erfarenheter av sexuell våld. Därför har vården en viktig roll att fråga om och identifiera utsatthet.

Kartläggningen har identifierat sex förbättringsområden

Utifrån en analys av patienternas behov av vård i relation till den vård som erbjuds idag har kartläggningen identifierat ett antal övergripande förbättringsområden.

Bemötandet av personer som utsatts för sexuell våld behöver stärkas. Vårdens bemötande av patienter som berättar om erfarenheter av sexuell våld uppfattas ofta som osäkert och ostrukturerat och ibland även ifrågasättande. Det kan leda till negativa upplevelser för patienten och göra patienten mindre mottaglig för stöd och vård.

Tillgängligheten till vård i ett icke-akut skede behöver stärkas. Vården fångar i många fall inte upp att patienten är eller har varit utsatt för sexuell våld, trots långvariga vårdkontakter. Detta leder till att många patienter inte får tillgång till stöd och behandling för dessa erfarenheter. Det är i regel även otydligt vilken vård som finns att tillgå i ett icke-akut skede, för såväl patienter som medarbetare i vården och andra aktörer, exempelvis socialtjänsten. Detta kan leda till att patienter skickas runt mellan verksamheter utan att få en ändamålsenlig vård och behandling. I synnerhet för de patienter som är i behov av traumabehandling beskrivs tillgängligheten vara låg som en följd av otydlig roll- och ansvarsfördelning och långa väntetider.

Kunskapen om adekvat behandling vid komplex problematik och traumatisering behöver öka. Vissa personer som utsatts för sexuellt våld utvecklar en komplex problematik där PTSD förekommer med associerade symptom eller psykiatrisk samsjuklighet. Den diagnosstyrda strukturen inom psykiatrin uppges medföra att dessa patienter sällan erbjuds en samlad vård, där insatser anpassas utifrån en helhetsbild av patientens individuella behov. Därtill beskrivs att det ofta saknas kunskap och resurser för att i tillräcklig utsträckning anpassa behandlingsinsatserna avseende såväl innehåll som längd vid komplex problematik och traumatisering.

Omhändertagandet i akuta skeden behöver bli mer jämligt över landet. För den medicinska delen av det akuta omhändertagandet efter sexuellt våld finns utförliga stödmaterial som vägleder arbetet över landet. Den psykosociala delen av omhändertagandet, vilket kan ha stor betydelse för patienternas fortsatta mående, ser dock mycket olika ut på olika platser. Bland annat samordnas den psykosociala och medicinska uppföljningen på vissa håll, vilket skapar bättre förutsättningar för vården att ta en mer aktivt stödjande roll för patienter som annars skulle utebli från uppföljning. I verksamheter som specialiserar sig på omhändertagandet efter sexuellt våld finns ofta tvärprofessionella strukturer som underlättar detta.

Vården behöver anpassas för att möta behoven hos särskilt utsatta grupper. Medvetenheten kring behoven hos särskilt utsatta grupper är inte alltid tillräcklig, vilket kan leda till ett sämre bemötande för dessa patienter. Det gäller exempelvis hbtq¹-personer, personer som lever i social utsatthet, personer med missbruk samt personer med olika typer av funktionsnedsättning. Likaså uppfattas ofta ansvarsfördelningen mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten som otydlig för personer med behov av insatser från flera aktörer.

Vårdens resurser behöver användas mer effektivt för att möta patientbehoven. Det sexuella våldet medför betydande kostnader för bland annat vården, socialtjänsten och rättsväsendet. I kartläggningen framkommer att det inte är ovanligt att personer med erfarenhet av sexuellt våld söker mycket vård, och under lång tid, utan att få rätt behandling. Detta tyder på att vårdens resurser ofta inte används effektivt när det gäller denna patientgrupp.

Not. 1. Hbtq är ett samlingsnamn och en förkortning för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera uttryck och andra identiteter.

Tre vägar framåt för att stärka vården för personer som utsatts för sexuellt våld

Nedan presenteras tre möjligheter att stärka vården för personer som utsatts för sexuellt våld. Förslagen kan fungera som riktning för framtida beslut. De specifika lösningarna måste utvecklas och anpassas utifrån regionala och lokala förutsättningar.

Tydliggör roller, ansvar och processer för patientgruppen, såväl inom hälso- och sjukvårdens verksamheter, som mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer. En viktig del i ett sådant arbete är att tydligt definiera uppdragen till relevanta verksamheter för att möta vårdbehoven hos personer som utsatts för sexuellt våld. Regionala och lokala förutsättningar såsom patientunderlag och geografiska avstånd påverkar om det är ändamålsenligt att fördela ansvaret över flera verksamheter alternativt koncentrera ansvaret till ett fåtal verksamheter. Det är också angeläget att stärka de lokala rutinerna för samordning mellan hälso- och sjukvården och socialtjänsten på många håll. Genom att tydliggöra roller, ansvar och processer för patientgruppen kan bättre förutsättningar skapas för att erbjuda dessa patienter en allsidig vård, förbättra möjligheterna för samverkan liksom skapa en effektivare resursanvändning.

Stärk medarbetarnas kompetens om sexuellt våld och dess konsekvenser, exempelvis genom kompetenshöjande insatser på flera nivåer. Först och främst bör baskunskaperna stärkas brett inom vårdens verksamheter, med fokus på kompetens kring att identifiera tecken på sexuellt våld samt att ställa frågor och samtala med patienter om sexuellt våld. Medarbetare på enheter dit patienter hänvisas efter sexuellt våld behöver ha högre kompetens när det gäller att bedöma vårdbehov, göra undersökningar och erbjuda behandling och stöd. Regionerna behöver också säkerställa tillgång till spetskompetens för att ta emot patienter med omfattande behov.

Sammanställ kunskapsläget för vården av patienter med komplex problematik, exempelvis genom att samla evidens och lärdomar från verksamheter runtom i landet. Detta kan öka förståelsen både för var det behövs mer forskning och för vad som redan idag kan göras för att säkerställa att personer med komplex traumatisering eller psykiatrisk samsjuklighet får adekvat och individuellt anpassad behandling.



Om kartläggningen

Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) har genomfört en nationell kartläggning av vården för personer som utsatts för sexuellt våld. Målet är att ge en samlad bild av i vilken utsträckning vården möter behoven, identifiera förbättringsområden samt ringa in vägar framåt för att stärka vården för dessa patienter. I det här kapitlet beskrivs kartläggningens bakgrund och metod.

Ett utbredd problem med stora konsekvenser

Det sexuella våldet har under flera år lyfts i samhällsdebatten, vilket har lett till ökad medvetenhet om hur utbredd problemet är. I de flesta fall handlar det om mäns våld mot kvinnor. Män och transpersoner drabbas också i viss utsträckning, och då oftast av manliga förövare. Övergreppen medför stort lidande för individen och betydande samhällskostnader. Under åren har sexualbrottslagstiftningen skärpts och nationella initiativ tagits för att förbättra omhändertagandet av de som utsätts. Flera samhällsaktörer ansvarar för att hjälpa utsatta, och har därmed möjlighet att bidra till omhändertagandet förbättras. I denna rapport ligger fokus på hälso- och sjukvården.

Sjukvården har en viktig roll

Utöver att erbjuda god vård och behandling utifrån patientens behov, utgör vården en viktig länk i rättsprocessen vid sexuellt våld. Med tidiga insatser har vården även möjlighet att förebygga framtida ohälsa som annars kan uppstå efter sexuellt våld.

Vården för utsatta skiljer sig åt över landet. I några regioner finns särskilda mottagningar, medan vården i de flesta regioner bedrivs inom ramen för ordinarie strukturer. Olika aktörer beskriver att patientgruppen ofta saknar en plats att vända sig till i offentligt finansierad vård, liksom att tillgängligheten till behandling efter sexuella övergrepp är låg.

Det behövs en helhetsbild av vården för personer som utsätts

Mot ovanstående bakgrund är det angeläget att få en samlad bild över i vilken utsträckning vården möter behoven hos de som drabbas av sexuellt våld. Med denna nationella kartläggning vill SKR identifiera övergripande förbättringsområden och möjliga vägar framåt för att bättre möta patientgruppens behov. Rapporten riktar sig till beslutsfattare på olika nivåer i regionerna. Förhoppningen är att erbjuda vägledning inför framtida beslut och prioriteringar på området. Arbetet har genomförts september–november 2019 i samråd med Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) samt Socialstyrelsen.

Övergripande frågeställningar och metod

Kartläggningen har genomförts utifrån följande övergripande frågeställningar:

TABELL 1. Kartläggningens övergripande frågeställningar

Hur kan vården stärkas för att bättre möta behoven hos de som utsatts för sexuellt våld?				
A. Hur utbredd är det sexuella våldet och vilka konsekvenser har det?	B. Vilka vårdbehov har de som utsatts?	C. Vilken vård erbjuds i dag?	D. Hur svarar vården mot behoven?	E. Hur kan vården stärkas?
Kartläggning			Analys/slutsatser	Vägar framåt

För att besvara fråga A och B har tidigare kunskap på området sammanställts utifrån en översiktlig litteraturgenomgång. För att besvara fråga C har ett 40-tal patientföreträdare, ideella aktörer, regionrepresentanter, kliniskt verksamma samt experter och forskare på området, intervjuats. Därtill har en översiktlig genomgång av tillgängliga regionala styrdokument och föreskrifter genomförts. Slutligen har en referensgrupp (se tabell 5, s. 75), Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) och Socialstyrelsen gett återkoppling på slutsatser och vägar framåt (fråga D och E).

Som vägledning för datainsamling och analys har Socialstyrelsens ramverk för God vård använts [52]. Förbättringsområden och vägar framåt har

formulerats ur ett patientperspektiv, vilket huvudsakligen fångats genom intervjuer med patientföreträdare och medarbetare i verksamheter som möter patientgruppen.

Socialstyrelsens dimensioner för god vård:

- ‡ Personcentrerad
- ‡ Tillgänglig
- ‡ Kunskapsbaserad och ändamålsenlig
- ‡ Jämlig
- ‡ Effektiv
- ‡ Säker

Rapportens avgränsningar

Kartläggningen innefattar alla typer av sexuellt våld. Analysen utgår ifrån de vårdbehov som kan uppstå, och vårdens roll i att möta dessa. I kartläggningen har ingen analys eller gränsdragning gjorts kring hur olika typer av sexuellt våld påverkar vårdbehovet. Kartläggningen inkluderar alla som utsätts för sexuellt våld, oavsett könsidentitet. Det handlar i de flesta fall om mäns våld mot kvinnor men då även män och transpersoner drabbas används könsneutrala beskrivningar i större delen av rapporten.

Fokus ligger på vården för vuxna patienter. På många håll i landet behandlas dock ungdomar, från cirka 13 års ålder, på samma enheter som vuxna. Därför har delvis vården av ungdomar, inkluderats i kartläggningen. Vidare ingår vården av vuxna som utsatts under barndomen.

Rapporten fokuserar på hälso- och sjukvårdens ansvar och insatser. Andra aktörer som socialtjänst och rättsväsende, har endast belysts ur ett samverkansperspektiv. Vidare analyserar kartläggningen inte bakomliggande orsaker till sexuellt våld.

Rapportens begränsningar

Med kartläggningens snäva tidsram och breda ansats har det inte varit möjligt att göra en fullständig inventering av all vård som erbjuds patientgruppen idag. Företrädare för sex av 21 regioner har intervjuats. Urvalet täcker in regioner med olika förutsättningar och sätt att organisera vården, såväl glesbygds- som tätortsregioner liksom regioner med och utan specialiserade verksamheter.

Det har inte funnits förutsättningar att intervjua representanter för alla verksamheter som är i kontakt med dessa patienter. Fokus har legat på verksamheter inom kvinnohälsa/kvinnokliniker, primärvård och psykiatri. Ytterligare intervjuer med patienter och medarbetare i fler regioner och verksamheter hade kunnat bidra med kompletterande insikter.



Om sexuellt våld

Sexuellt våld är ett utbrett problem i samhället och innefattar ett brett spektrum av olika typer av övergrepp. I det här kapitlet beskrivs närmare vad sexuellt våld är, hur utbrett problemet är och vilka hälsomässiga konsekvenser och vårdbehov som det kan ge upphov till.

”Att prata om konsekvenser av våldtäkt blir lätt en eländesbeskrivning. Och vi kan inte blunda för att våldtäkt får stora konsekvenser, inte bara för personer som utsätts utan också för oss som samhälle. Men bakom studier av långsiktiga konsekvenser av våldtäkt finns också oändligt många berättelser om strategier för överlevnad. Om läkning, mod, egen upprättelse och om motstånd. Att se det är att ge överlevare det sociala erkännande som de förtjänar.”

Psykiater, föreläsare och författare

Samhällets syn på det sexuella våldet har förändrats över tid

Synen på det sexuella våldet har förändrats över tid, vilket speglas i bland annat förändringar i lagstiftningen, ökat politiskt fokus och utrymme i samhällsdebatten. Sexualbrottslagstiftningen har under flera år stegvis skärpts, så att fler handlingar definieras som sexualbrott än tidigare. Senast år 2018 skedde en stor förändring i och med att sexualbrottslagstiftning byggd på frivillighet (samtyckeslagen) trädde i kraft och det därigenom fastlades att sexuella handlingar utan aktivt samtycke från båda parter är brottsliga, oavsett uppsåt. [1]

Utöver förändrad sexualbrottslagstiftning har flera politiska initiativ tagits med målsättning att minska mäns våld mot kvinnor och förekomsten av sexuellt våld. Istanbulkonventionen, Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och våld i hemmet, är en juridiskt bindande överenskommelse som ratificerades av Sverige år 2014. Konventionen fördömer alla former av våld och beskriver våld mot kvinnor som ett uttryck för historiskt ojämlika maktförhållanden mellan kvinnor och män. Den slår fast att våld mot kvinnor är könsrelaterat på strukturell nivå, och att det är avgörande att få slut på våldet för att kunna uppnå jämställdhet mellan kvinnor och män. Anslutande stater har ansvar för att vidta nödvändiga åtgärder för att ”förebygga, utreda, straffa och gottgöra våldshandlingar”. [2] År 2015 antog Sverige 17 globala mål för hållbar utveckling (Agenda 2030) som innefattar bland annat mål på området sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter (SRHR) och frihet från våld. Sverige har som mål att vara ledande i genomförandet av agendan, och regeringen har presenterat en handlingsplan där flera punkter berör insatser för såväl SRHR som jämställdhet. [3] Regeringen har även tagit fram en tioårig strategi i arbetet med jämställdhetsmålen som syftar till att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor och barn, vilken började gälla år 2017. [4] Ytterligare ett exempel på politiska initiativ mot mäns våld mot kvinnor och sexuellt våld är att regeringen ändrat i högskoleförordningen för att göra kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer obligatorisk i grundutbildningarna till fysioterapeut, jurist, läkare, psykolog, sjuksköterska, socionom, tandläkare och tandhygienist. [5]

Även samhällsfenomen, så som *#metoo*, har bidragit till att belysa vidden och konsekvenserna av sexuellt våld. Sammantaget tycks dessa samhälleliga förändringar öka benägenheten hos personer som utsatts för sexuellt våld att i högre utsträckning berätta om, anmäla och söka hjälp och stöd för det som de blivit utsatta för. Bland annat har antalet anmälda våldtäkter ökat med 34 procent under den senaste tioårsperioden, vilket delvis kan tänkas bero på en ökad benägenhet att anmäla men även förändrad sexualbrottslagstiftning eller en ökad förekomst av sexuellt våld. [6]

Sexuellt våld förekommer i många former

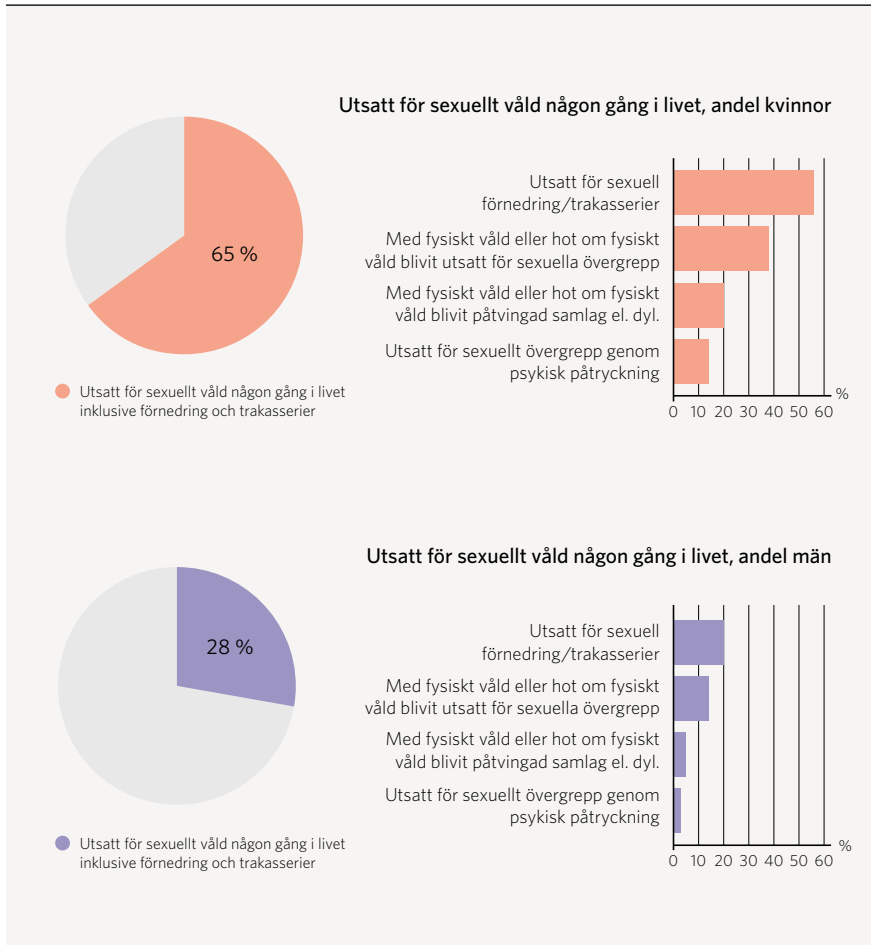
Sexuella övergrepp, våldtäkt, och sexuellt våld är alla begrepp som är närstående och delvis överlappar varandra. *Sexuellt övergrepp* är en juridisk term för en viss typ av sexualbrott. Det anses i juridisk mening inte vara av lika allvarlig art som våldtäkt, men har ändå relativt hög straffskala. Termen sexuella övergrepp används dock ofta som ett paraplybegrepp likt *sexuellt våld* eller *sexualbrott*. Världshälsoorganisationen definierar sexuellt våld som *varje genomförd sexuell handling, försök till sexuell handling, oönskad sexuell kommentar eller närmande, eller försök till handel eller styrning av en persons sexualitet, genom tvång av någon annan, oavsett relationen till offret och oavsett omständigheter, innefattande, men inte uteslutande till, hemmet eller arbetsplatsen.*

Enligt Världshälsoorganisationen innefattar alltså sexuellt våld allt från oönskade kommentarer och närmanden, som ofta ryms inom begreppet sexuella trakasserier, till våldtäkt, oavsett relation mellan offer och förövare. I denna rapport används begreppen sexuella övergrepp och sexuellt våld som paraplybegrepp och i enlighet med Världshälsoorganisationens definition. Fokus ligger på att beskriva och analysera vården utifrån de vårdbehov som ses hos personer som utsatts för sexuellt våld, oavsett våldets karaktär. Det är viktigt att tydliggöra att sexuellt våld, särskilt med denna breda definition, inte alltid ger upphov till vårdbehov. Många olika faktorer spelar in i vilka symptom som personer som utsatts för sexuellt våld utvecklar – kartläggningen utgår från att vårdens roll är att förstå och möta dessa symptom och gör inga gränsdragningar kring hur olika typer av sexuellt våld ska påverka vården som erbjuds.

Flera nationella undersökningar har gjorts för att kartlägga förekomsten av sexuellt våld i Sverige. Beroende på vad som vägts in i begreppet har siffrorna varierat något men samtliga utredningar visar på att sexuella övergrepp är vanligt förekommande i befolkningen och att kvinnor drabbas i betydligt högre utsträckning än män. År 2018 anmäldes totalt omkring 22 500 sexualbrott varav 33 procent rörde våldtäkt. Det är inte bara polisanmälningarna för sexualbrott som ökar, utan även andelen personer som i befolkningsstudier uppger sig ha blivit utsatta för sexualbrott. Sedan 2015 har det skett en tydlig ökning av självrapporterad utsatthet för sexuellt våld, från att ha legat relativt stabilt mellan 2006–2012. [6]

I befolkningsundersökningar framkommer att de vanligaste typerna av övergrepp är sexuella trakasserier² och sexuell förnedring³. Som framgår av Figur 1 uppskattas totalt 20 procent av Sveriges kvinnor och 5 procent av männen ha utsatts för allvarigare sexuella övergrepp⁴. [7]

FIGUR 1. Utsatthet för sexuellt våld bland kvinnor och män
 Baserad på rapporten "Våld och Hälsa" (2014), Nationellt Centrum för Kvinnofrid



- Not. 2. Sexuella trakasserier avser exempelvis oönskade brev med sexuellt innehåll, sexuellt förtal, oönskade sexuella inviter/förslag eller dylikt.
- Not. 3. Sexuell förnedring avser exempelvis kritik om kroppen eller nedsättande kommentarer rörande sexuell lust eller kapacitet.
- Not. 4. Allvarligare sexuellt övergrepp innefattar att med våld eller hot om våld blivit påtvingad samlag eller liknande, inklusive sexuellt utnyttjande då den utsatte befunnit sig i ett tillstånd utan möjlighet att försvara sig.

Sexuellt våld förekommer i många former och inom olika typer av relationer. Nedan beskrivs kortfattat exempel på olika situationer sexuellt våld kan ske inom. Det ska dock förtydligas att situationerna ofta är överlappande, och studier har visat att tidigare erfarenhet av sexuellt våld leder till en ökad risk för att utsättas för nya övergrepp. [7]

Sexuellt våld i nära relationer

Våld i nära relationer innefattar enligt NCK:s definition alla typer av våld (fysiskt, psykiskt, ekonomiskt, materiellt och sexuellt våld) mellan närstående. [8] Det handlar om både heterosexuella och samkönade parrelationer samt mellan syskon och inom andra familje- och släktrelationer. Sexuellt våld i nära relationer drabbar främst kvinnor, men även män och transpersoner drabbas. [9] Våld i nära relationer förekommer i alla åldrar; hos såväl unga, vuxna och äldre, och det förekommer i alla samhällsgrupper; från familjer med hög socioekonomisk status till socialt utsatta personer. Enligt en tidigare svensk prevalensstudie, där 10 000 män respektive kvinnor tillfrågades om våldsutsatthet uppgav 7 procent av kvinnorna och 1 procent av männen att de blivit utsatta för sexuellt våld av en aktuell eller tidigare partner. [7]

Sexuellt våld mot barn och unga

Då barn utsätts för sexuella övergrepp är det vanligast att förövaren är någon i barnets omedelbara krets, till exempel en förälder eller styvförälder. Bland ungdomar är det däremot vanligare att förövaren är en utomstående person. Även bland unga sker dessutom våld inom ramen för nära parrelationer. En norsk studie visade att nära 20 procent av unga studenter (medelålder 15 år) hade utsatts för sexuellt våld inom ramen för en partnerrelation. [10] Utsatthet för sexuellt våld före 18 års ålder är därmed vanligt, och enligt den svenska prevalensstudien som nämns ovan uppgav 13 procent av alla kvinnor att de före sin 18-årsdag blivit utsatta för att någon tilltvingat sig, eller försökt tilltvinga sig, oralt, vaginalt eller analt samlag. Då även andra sexuella övergrepp räknades in (exempelvis blivit smekt på ett sexuellt sätt mot sin vilja, tvingats ta på någon annans kropp på ett sexuellt sätt eller fått posera naken) uppgav nästan var tredje kvinna att hon utsatts före sin 18-årsdag. För pojkar var motsvarande siffror 4 respektive 11 procent. Enligt studien löpte personer som hade utsatts för övergrepp före sin 18-årsdag större risk för att utsättas igen, såväl senare under barndomen som i vuxen ålder. [7] I och med en ökande användning av internet och sociala medier bland barn och unga finns även risk för nätrelaterade övergrepp, vilket kan leda till allvarliga konsekvenser för den som utsätts. [11]

Sexuellt våld mot vuxna

Även i vuxen ålder förekommer sexuellt våld i stor utsträckning. I den ovan nämnda prevalensstudien uppgav knappt hälften av kvinnorna att de utsatts för någon form av sexuellt våld efter att de fyllt 18 år, där drygt var tionde kvinna utsatts för påtvingat samlag eller försök till påtvingat samlag. För män var motsvarande siffra mycket lägre, där 1 procent av männen uppgav att de utsatts för påtvingat samlag eller försök till påtvingat samlag. En tredjedel av kvinnorna som utsatts för penetrerande övergrepp i barndomen uppgav att de även blivit utsatta i vuxen ålder, vilket kan jämföras med 7 procent bland kvinnorna som inte utsatts i barndomen. Den aktuella partnern uppgavs vanligtvis som förövare vid allvarigare sexuella övergrepp bland vuxna medan bekanta och okända förövare var vanligast vid mindre allvarliga övergrepp. [7]

Sexuellt självskadebeteende

Att sex kan användas som en typ av självskada har under senare år uppmärksamats i Sverige. En tidigare studie visade att sex som självskada var starkt kopplat till bland annat tidigare sexuella övergrepp och att en stor andel av personerna som använt sex som självskada hade varit i kontakt med vården för psykiska besvär såsom depression, ångest, ätstörningsproblematik och suicidförsök. [12] Självskadan kan fylla olika funktioner, så som att reglera känslor (exempelvis ångest eller påträngande minnen av tidigare sexuella övergrepp) eller för att få positiv eller negativ bekräftelse. Erfarenheter av sex som självskada kan vara traumatiska och leda till olika typer av vårdbehov. Likaså innebär sex som självskada en särskild riskutsatthet när det gäller våld utöver självskadan i sig. Enligt en svensk studie uppgav 3 procent av kvinnliga och knappt 1 procent av manliga elever under tredje året på gymnasiet att de använt sex för att avsiktligt skada sig själva. [12]

Sex mot ersättning

Sex mot ersättning innebär att någon får eller utlovas någon form av ersättning, exempelvis pengar, alkohol, sovplats eller presenter, mot sexuella handlingar. Skälen till att ha sex mot ersättning är många och kan röra sig om allt ifrån sökande efter bekräftelse, utsatt ekonomisk situation och/eller självskadebeteende, till tvång genom exempelvis människohandel för sexuella ändamål. [13] I kombination med missbruk och/eller hemlöshet är det inte ovanligt att personer av nöd eller tvång har sex mot ersättning för att få tillgång till droger

eller basala behov så som mat och sovplats. [14] Ett fenomen som är relativt nytt i Sverige är så kallad 'sugardejting', som i de flesta fall innebär att unga kvinnor pressas att ha sex mot ersättning. [15] [16] Sex mot ersättning innebär ofta traumatiska upplevelser och kan ge upphov till behov av vård och stöd. Personer som har sex mot ersättning är också särskilt riskutsatta när det gäller annat våld. I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning SRHR⁵ 2017 uppgav 1,5 procent av kvinnorna och 1 procent av männen att de tagit emot ersättning för sex. Det var betydligt vanligare bland hbtq-personer, oavsett kön, där motsvarande andel var sju procent. [13] Dessa siffror underskattar dock sannolikt förekomsten då utsatta grupper inte nås i generella befolkningsundersökningar.

Endast en del av de som utsatts söker stöd

En stor andel av dem som blivit utsatta för sexuellt våld varken polisanmäler eller söker någon form av stöd. Enligt Brottsförebyggande rådet (BRÅ) polisanmäls cirka 10 procent av alla sexualbrott. [17] Benägenheten att söka hälso- och sjukvård är också låg och varierar även mellan olika grupper. I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning SRHR 2017 uppgav 7 procent av alla kvinnor som utsatts för sexuellt våld att de sökt hälso- och sjukvård. Bland männen hade endast 2 procent sökt hälso- och sjukvård. Generellt sett var andelen som sökt vård högre bland hbtq-personer, samtidigt som äldre personer hade en lägre benägenhet att söka hälso- och sjukvård efter att ha blivit utsatta. [13] Föreningen Storasyster har gjort en enkätundersökning bland personer som utsatts för någon typ av sexuellt våld. Av de som svarat att de var i behov av, eller kanske var i behov av stöd efter övergrepp, uppgav knappt hälften att de tagit kontakt med exempelvis hälso- och sjukvård, socialtjänst, ideella föreningar, brottsofferjourer eller elevhälsan. Vidare uppgav 12 procent att de sökt men inte fått stöd. [18] Det finns alltså indikationer på att det professionella stödet inte når en stor andel av dem som utsatts för sexuellt våld, trots att många upplever sig behöva det.

Not. 5. SRHR: Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter.

Vissa grupper är särskilt utsatta

I litteraturen identifieras några grupper som är särskilt utsatta när det gäller sexuellt våld. Utsattheten kan innebära olika saker: att individer drabbas i högre utsträckning, att konsekvenserna av övergrepp blir särskilt allvarliga eller att individer saknar resurser för att kunna hantera de konsekvenser som kan uppstå till följd av sexuellt våld. Personer som tillhör en särskilt utsatt grupp kan därför ha särskilda behov när de gäller bemötande, stöd eller behandling efter att ha blivit utsatta för sexuella övergrepp.

Hbtq

Hbtq⁶-personer har i flera tidigare studier visats bli utsatta för sexuella övergrepp i högre utsträckning än heterosexuella och cispersoner⁷. Siffror från Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning SRHR 2017 pekade exempelvis på att det var dubbelt så vanligt att transpersoner utsatts för ett påtvingat samlag genom fysiskt våld jämfört med cispersoner. På gruppnivå utsätts hbtq-personer generellt för mer och grövre våld, och sexuellt våld kan för hbtq-personer ske inom ramen för hatbrott. Likaså är det vanligare bland hbtq-personer att ha sex mot ersättning och sex som självskadebeteende. [13] Vidare kan det i vården vara svårt att följa upp statistik om transpersoners utsatthet då journalsystem idag endast stöder valet man eller kvinna.

Personer som lever i en hederskultur

En central aspekt av hederskultur är att familjens heder kopplas till kvinnors sexualitet. För personer som utsätts för sexuellt våld och lever i en hederskultur kan därmed konsekvenserna av sexuella övergrepp (som sker antingen inom eller utanför hederskulturen) bli mycket allvarliga. Det finns ofta en oro hos den utsatta att övergreppet ska komma till anhörigas kännedom, vilket kan utsätta personen för ytterligare risker. Benägenheten att polisanmäla eller söka stöd efter övergrepp kan därför vara särskilt låg i denna grupp. [19] För personer som av familjen tvingas in i äktenskap mot sin vilja finns vidare en stor utsatthet för påtvingade sexuella handlingar. [20]

Nyanlända

Bland nyanlända personer är det vanligare, jämfört med andra grupper, att ha ett begränsat socialt nätverk, befinna sig i ekonomisk utsatthet, ha bristfälliga kunskaper i det svenska språket och begränsad kännedom om samhällsliga strukturer som kan stötta våldsutsatta. Alla dessa faktorer kan vara försvårande när det gäller att söka stöd vid utsatthet för sexuellt våld. [21] Vidare

Not. 6. Hbtq är ett samlingsnamn och en förkortning för homosexuella, bisexuella, transpersoner och queera uttryck och andra identiteter.

Not. 7. En cis-person är en person vars könsidentitet stämmer överens med det kön personen fick vid födseln.

innebär en migrationsprocess en förhöjd risk att bli utsatt för sexuellt våld, särskilt för exempelvis kvinnor, ensamkommande barn, papperslösa och män som har sex med män. [22]

Yngre

I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning SRHR 2017 var sexuella övergrepp vanligast i åldersgruppen 16–29 år, och att yngre personer är mer utsatta än äldre är i linje med tidigare studier och brottsstatistiken. [13] [23] Yngre personer kan även ha mer begränsade resurser för att hantera utsatthet.

Äldre

Även äldre personer utsätts för våld, ett faktum som länge varit osynligt i samhället. Våld mot äldre innefattar bland annat i våld nära relationer, våld av anställda inom vård och omsorg eller av grannar på särskilda boenden. Äldre kvinnor utsätts i högre grad för upprepat våld och sexuellt våld jämfört med äldre män. [24] I Folkhälsomyndighetens befolkningsundersökning SRHR 2017 minskade benägenheten att söka stöd för sexuella övergrepp med stigande ålder. [13] Utöver att äldre personer i lägre utsträckning söker stöd och hjälp efter att ha blivit utsatta, kan de även ha sämre förutsättningar att själva hantera konsekvenserna av övergrepp på grund av sjukdom, svag ekonomi eller ett litet socialt nätverk. [21]

Personer som lever i social utsatthet

Bland personer som har ett missbruk eller i andra avseenden befinner sig i en utsatt social situation är förekomsten av sexuella övergrepp och våld i övrigt högre än i resten av samhället. I en tidigare svensk studie undersöktes missbrukande kvinnors utsatthet för våld, där 92 procent uppgav att de utsatts för någon typ av våld i vuxen ålder. [25] Likaså kan social utsatthet leda till att personer på grund av tvång eller ett behov av pengar, sovplats eller droger har sex mot ersättning [21].

Personer med funktionsnedsättningar

Personer som har olika typer av funktionsnedsättningar anses vara särskilt utsatta för sexuellt våld av flera anledningar. Kvinnor med funktionsnedsättning är i lika eller högre grad utsatta för våld som kvinnor generellt, och mer utsatta än män. [26] Dels kan funktionsnedsättningen medföra en begränsad förmåga att skydda sig mot övergrepp, liksom svårigheter att i efterhand bekräfta om övergrepp som skett. Personer med funktionsnedsättning kan också vara beroende av andra i sitt dagliga liv, exempelvis för att få vård, stöd och service. Personerna som erbjuder detta kan såväl vara viktiga för att upptäcka våldsutsatthet, men kan också vara förövre. [21]

Utsatthet för sexuellt våld ger en ökad risk för ohälsa

Sexuella övergrepp har ofta en djupgående påverkan på den drabbades fysiska och psykiska hälsa. [27] Forskning visar dessutom att det inte bara är de omedelbara effekterna av sexuella övergrepp som påverkar individen utan sjukdomar och besvär långt senare i livet kan vara kopplade till övergreppet. [28]

Hälsomässiga konsekvenser i akutskedet

Sexuellt våld kan orsaka allvarliga fysiska skador. I normalfallet är det dock inte så, mycket tack vare kroppens fysiologi, med de yttre könsorganens och ändtarmens mjuka vävnader. [28] Det är också mycket vanligt att personer reagerar med en frysreaktion⁸ under ett sexuellt övergrepp, vilket även det kan skydda mot kroppsliga skador. [29] I de fall skador uppstår kan de inte alltid observeras på grund av den goda läkningsförmågan hos kroppens slemhinnor. Vid undersökning av patienter som utsatts för sexuellt våld hittas därför oftast mindre skador, alternativt inga kroppsliga skador alls. I Sverige är det ovanligt att bli smittad av sexuellt överförbara infektioner i samband med sexuella övergrepp. De direkta konsekvenserna på det psykiska måendet är mer uttalade. Bland våldtäktsoffer som sökt vård kort efter övergreppet uppvisar så många som 90 procent akut stressreaktion inom två veckor efter övergreppet. Den akuta stressreaktionen innefattar ofta ångest och rädsla, känslor av skuld och skam, känslor av otrygghet och maktlöshet, sömnproblem och hjärtklappning. [28]

Hälsomässiga konsekvenser på sikt

Det finns vetenskapligt stöd för att sexuella övergrepp kan ge upphov till hälsomässiga konsekvenser många år efter att de skett. De hälsomässiga konsekvenserna är många och vitt skilda. Uppskattningar visar att det årligen sker tusentals besök i olika delar av hälso- och sjukvården på grund av tillstånd som har sin grund i tidigare upplevelser av övergrepp. [28]

PTSD och komplex PTSD

Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) är den vanligaste orsaken till att personer söker hjälp efter att ha blivit utsatta för våldtäkt. [30] Nästan 50 procent av dem som söker vård efter våldtäkt har efter tre månader symptom som tyder på en övergång från akut stressreaktion till PTSD. [31] Jämfört med andra typer av svåra trauman, som till exempel allvarlig misshandel eller rån, uppvisar kvinnor utsatta för våldtäkt i större utsträckning symptom på PTSD. [32]

Not. 8. Frysreaktion, eller så kallad tonisk immobilitet, är en evolutionär överlevnadsmekanism i form av ofrivilligt, tillfälligt tillstånd av orörlighet som respons på situationer som skapar intensiv rädsla.

PTSD är i sin tur kopplat till en ökad risk för många andra psykiatriska diagnoser så som sömnbesvär, svåra depressioner med ökad suicidbenägenhet, ångestsyndrom som social fobi eller paniksyndrom samt missbruk av alkohol och andra droger. [33] Komplex PTSD⁹ uppstår vanligen efter upprepade och svåra trauman, och ger en svårare funktionsnedsättning än PTSD. Utöver kärnsymptomen för PTSD (återupplevande, undvikande och överspändhet) ingår vid komplex PTSD även allvarliga och bestående svårigheter med grundläggande funktioner så som att reglera känslor, en ihållande negativ självbild samt problem med att upprätthålla välfungerande nära relationer.

Andra psykiatriska tillstånd

Tidigare studier har även sett en ökad risk för att drabbas av ätstörningar och andra typer av självskadebeteenden efter utsatthet för sexuella övergrepp. [34] Jämfört med den allmänna befolkningen drabbas personer som varit utsatta för sexuella övergrepp i barndomen även i högre grad av depression och har oftare försökt genomföra suicid. [35] Även andra tillstånd så som allvarliga personlighetsstörningar, depression, olika grader av dissociativa tillstånd, psykosjukdomar och ångeststörningar är ofta kopplade till barndomsupplevelser av sexuella övergrepp, och bland patienter inom psykiatrin ses en tydlig överrepresentation av utsatthet för sexuella övergrepp under barndomen jämfört med den övriga befolkningen. [36] [37] [38]

Somatiska tillstånd

Studier visar att personer som utsatts för sexuella övergrepp även har en ökad risk för att drabbas av flera olika typer av somatiska sjukdomar. Mekanismerna bakom denna riskökning är inte klarlagda, men långtidseffekterna av PTSD tros vara en viktig bakomliggande faktor. I studier har samband setts mellan tidigare övergrepp och bland annat autoimmuna sjukdomar (reumatisk artrit, psoriasis, diabetes och sköldkörtelinflammation), inflammatoriska sjukdomar (hjärt-kärlsjukdom och kronisk obstruktiv lungsjukdom) och cancer. Vidare är olika typer av smärttillstånd något som i högre utsträckning drabbar personer som varit utsatta för sexuella övergrepp. Risken att utveckla fibromyalgi är exempelvis tre gånger så hög bland kvinnor som har utsatts för våldtäkt än bland kvinnor i den allmänna befolkningen. Kronisk buk- eller underlivssmärta är andra tillstånd som är vanligare efter att ha blivit utsatt för sexuella övergrepp, och där utredningar sällan finner någon medicinsk eller fysisk förklaring. [28]

Not. 9. Komplex PTSD saknar diagnoskod enligt ICD-10, men har adderats som en separat diagnos i ICD-11 då sjukdomsbilden, prognosen och behandlingsinsatser i viss mån skiljer sig mellan PTSD och komplex PTSD.

Konsekvenser som påverkar risken för ohälsa

Utöver hälsomässiga konsekvenser påvisar tidigare studier att sexuellt våld leder till sociala konsekvenser för individen. På gruppnivå har personer som utsatts för sexuellt våld i barndomen, det vill säga före 18 års ålder, i högre utsträckning ett sexuellt riskbeteende som kan ses genom fler sexuella kontakter och mer frekvent oskyddat sex. Gruppen har även i högre utsträckning varit i en relation med en partner som missbrukat alkohol och har själva en högre risk att missbruka alkohol eller droger, eller leva i konfliktfyllda relationer. [28] Att ha varit utsatt för sexuella övergrepp tidigare, ökar även risken för att utsättas för sexuella övergrepp igen. [7]

Efter att ha utsatts för upprepat och långvarigt våld kan självbild och autonomi skadas, och den utsatta uppleva en ”jagsvagheter”. [39] Det kan leda till svårigheter att söka och ta emot stöd, liksom en nedsatt förmåga till att knyta an till andra personer. [40] Det trauma som våldet ger upphov till kan därmed också påverka relationer, exempelvis relationen till framtida barn, vilket brukar beskrivas som ”generationstrauman”. [41]

”Det har hänt att personer börjat gråta av lättnad när jag sagt ”vad bra att du har kommit hit, du har kommit rätt, vi har tid på oss och jag ska göra allt jag kan för att hjälpa dig”

Samtalsbehandlare på Mikamottagning

Vårdbehoven varierar med individ och situation

Sexuellt våld kan som nämnts tidigare ge ett flertal negativa hälsomässiga konsekvenser, både i anslutning till övergreppet och långt senare i livet. Vårdbehoven skiljer sig dessutom mycket åt mellan olika individer. Det finns faktorer som kan tala för ett större vårdbehov, alternativt särskilda vårdbehov. Det kan exempelvis handla om ålder, könsidentitet eller funktionsnedsättning hos den utsatta, eller om individen utsatts för upprepat våld, grova övergrepp eller övergrepp av flera förövare. Även exempelvis individens tillgång till socialt nätverk, samtidigt missbruk eller annan social utsatthet kan påverka vilket behov av vård och stöd patienten har. Vilken reaktion patienten drabbades av under övergreppet kan också påverka framtida hälsomässiga konsekvenser. Om patienten drabbats av en så kallad frysreaktion, istället för ”fight-or-flight”, har studier visat på en högre risk att utveckla PTSD. [29]

”När jag hjälper patienter att förstå att många av reaktionerna under övergreppet är automatiska kan jag nästan se i deras ansikte hur skamkänslan lättar över att de inte kunde göra motstånd”

Psykolog och psykoterapeut på akutmottagning för våldtagna

Akut respektive senare skede efter sexuellt våld

Med akutskedet menas i denna rapport i nära anslutning till ett sexuellt övergrepp, vilket inom vården ofta definieras som inom en månad. Inom den tidsramen kan det fortfarande finnas ett behov av kroppsundersökning kopplad till övergreppet. Även den uppföljande vården efter det initiala besöket inkluderas i den här rapporten i akutskedet, även om tidsrymden i realiteten ofta kan vara flera månader.

Med icke-akut eller senare skede menas istället då patienten inte sökt vård i akutskedet enligt definitionen ovan. Övergreppet ligger då längre tillbaka i tiden, allt mellan några månader och flera decennier.

Vårdbehov i det akuta skedet

Personer som söker sjukvård i ett akutskede efter att ha utsatts för sexuellt våld har sällan svåra kroppsliga skador, men för vissa patienter kan akuta somatiska vårdinsatser krävas utifrån den aktuella skadebilden. Vanligare är dock behov av omhändertagande för det psykiska måendet. Människor i akut krisreaktion upplevs ofta som chockade. De kan ha svårt att lämna en sammanhängande redogörelse då tidsuppfattning och minne kan vara påverkat. Patienten behöver därför bemötas på ett lugnt och professionellt sätt, där trygghet, tydlighet och förtroende förmedlas. Likaså är ett allsidigt omhändertagande, av såväl kroppsliga, psykiska och sociala reaktioner efter övergreppet, viktigt för att skapa förutsättningar för patienten att bearbeta traumat. [28]

Omhändertagandet i det akuta skedet har betydelse för risken att utveckla ohälsa på sikt. Den som blivit utsatt för ett sexuellt övergrepp men inte kan, vågar eller vill berätta om det riskerar att bli isolerad, vilket kan öka övergreppets skadeverkningar. [28] Ett gott bemötande i akutskedet kan däremot ha stor betydelse för den utsattas bearbetning av traumat. [42] Även benägenheten att göra polisanmälan, att komma på återbesök till hälso- och sjukvården och att framgångsrikt bearbeta krisen är större vid ett gott bemötande i akutskedet. [43]

Vårdbehov i senare skede

Vårdbehovet i senare skeden efter sexuella övergrepp kan variera stort. För vissa individer kan det räcka med en kortvarig samtalskontakt för att få möjlighet att prata om och bearbeta det tidigare traumat. För andra leder erfarenheter av sexuellt våld till stor påverkan på livskvalitet och funktion, och ibland flera samtidiga diagnoser. För gruppen med större vårdbehov krävs ofta insatser från specialistpsykiatrin.

PTSD är ett vanligt och behandlingsbart psykiatriskt tillstånd, som ofta uppträder samtidigt med andra diagnoser, men det kan vara svårt att avgöra om samtidiga problem är konsekvenser av, eller samsjuklighet med, det tidigare traumat. Diagnosen ställs utifrån ett 20-tal symptomkriterier, vilket innebär att sjukdomen kan yttra sig på många olika sätt och därmed likna flera andra psykiatriska tillstånd. Feldiagnostik är därför en risk, och en god klinisk bedömning viktig. [44]

I ICD-11 finns även komplex PTSD som en separat diagnos. Då det saknas en entydig modell för utredning och behandling av komplex PTSD ställer diagnosen ytterligare krav på behandlarens förmåga att göra en noggrann klinisk bedömning och behandlingsplan. Det saknas även en entydig och allmänt accepterad standard avseende hur och när PTSD med annan samsjuklighet ska behandlas. Enligt svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri riktlinjer för trauma och stress ska dock PTSD behandlas så tidigt som möjligt. Efter att behandling är genomförd kan kvarvarande symptom bedömas och det finns erfarenhet av att symptom av annan samsjuklighet, exempelvis depression och emotionell instabilitet, kraftigt kan minska efter PTSD-behandling. [44] Vid ätstörningar visar studier att behandlingsresultaten genast blir bättre om tidigare sexuell våldsutsatthet uppmärksammas, [45] och studier visar även att behandlingsresultaten vid depression är sämre om patienten lider av obehandlade tidigare trauman. [46] Detta pekar på att upptäckt och behandling av tidigare trauma och PTSD kan vara viktigt även för samtidiga diagnosers behandling och utfall.

Vårdens bemötande

Bemötandet lyfts i studier fram som den enskilt viktigaste faktorn för att individer ska våga berätta om utsatthet för sexuellt våld. Rädslan för att söka stöd kan grunda sig i känslor av skuld, skam och vanmakt som gör det svårt att berätta om det som har hänt, eller en rädsla för att inte bli trodd. [28] Mötet med polis eller sjukvårdspersonal efter att ha blivit utsatt för sexuellt våld kan för många upplevas som obehagligt, och undersökningarna som sker inom ramen för rättsprocessen kan upplevas som ett andra övergrepp, så kallad sekundär viktigmisering. [47] Ett gott bemötande är därmed centralt.

Positiva sociala responser

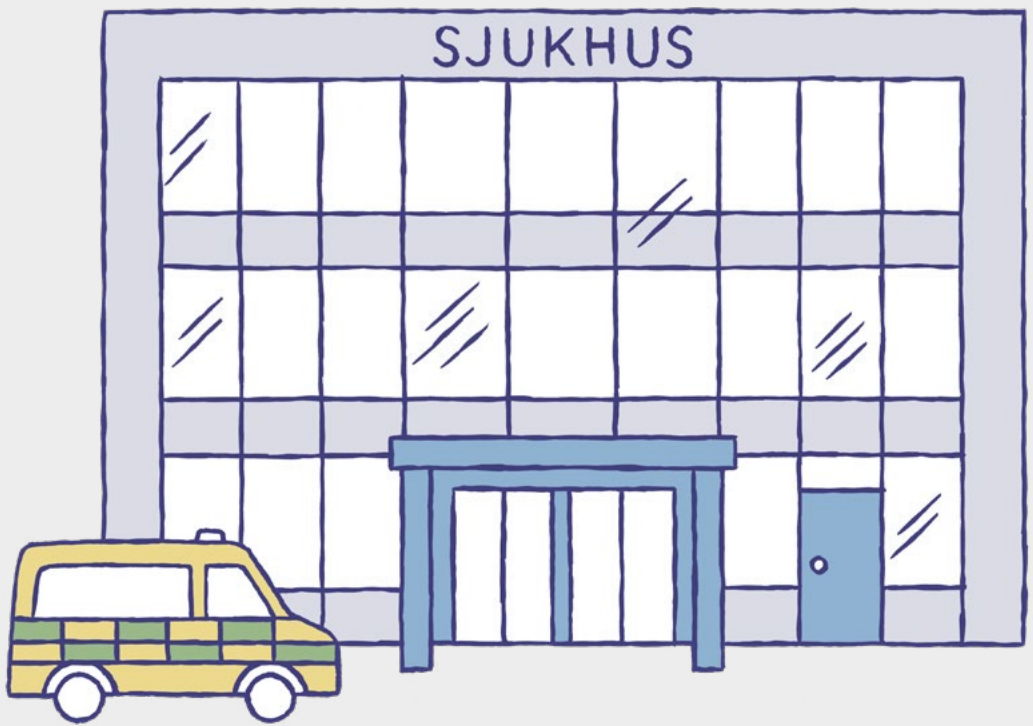
- Att möjliggöra berättelsen
- Att bli trodd och tagen på allvar
- Att omgivningen och myndigheter visar stöd och agerar
- Fällande dom, andra beslut till stöd och upprättelse
- Att bli respekterad i sina strategier för att skydda sig från och göra motstånd mot våld

Negativa sociala responser

- Att inte få frågor trots att patienten upplever sig signalera om utsattheten
- Att bli ifrågasatt i sitt agerande eller få kränkande frågor
- Att omgivningen inte fångar upp eller agerar på information om sexuell våldsutsatthet
- Friande dom eller andra beslut som inte ger stöd och upprättelse
- Att våld undervärderas eller talas om i ömsesidiga termer

Det som utgör ett gott bemötande för personer som utsatts för sexuellt våld har i tidigare studier beskrivits som ”goda sociala responser”. Dessa innefattar bland annat att patienten känner sig trodd, får stöd och blir respekterad i sina strategier för att hantera utsattheten. Studierna visar att ett sådant bemötande är kopplat till en minskad risk för att utveckla sena konsekvenser av sexuellt våld, så som PTSD. Negativa sociala responser, exempelvis att inte frågor ställs trots att patienten upplever sig signalera om detta, kan istället försämra måendet. [48] [49]

Att inte fånga upp eller agera på information om sexuell våldsutsatthet kan således försämra patientens mående, och det finns flera faktorer som kan bidra till att yrkesverksamma kring patienten kan agera på detta sätt. Att ta emot berättelser om sexuellt våld kan vara svårt för medarbetare då det ofta väcker starka känslor. Detta kan leda till undvikande beteenden hos medarbetare, och bedömningar kan bli känslomässigt färgade på ett sätt som inte sker i andra patientkontakter. Även okunskap kring sexuellt våld och dess konsekvenser kan bidra, liksom om medarbetare inte vet hur informationen bäst hanteras. [19]



Om vården vid sexuellt våld

I det här kapitlet ges en översikt över hur vården för personer som utsatts för sexuellt våld ser ut i Sverige idag. Innehållet är baserat på intervjuer samt en översiktlig genomgång av tillgängliga regionala styrdokument och föreskrifter.

Vården har ett särskilt ansvar för våldsutsatta

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen, och hälso- och sjukvården ska bedrivas så att den uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763). Utöver detta tillkommer ytterligare roller och ansvar för vården då patienten är eller har varit våldsutsatt.

I hälso- och sjukvårdens ansvar ingår att se till att den som söker hälso- och sjukvårdens tjänster efter att ha blivit våldsutsatt, men som också behöver annat stöd, blir hänvisad till den eller de organ som har kompetens och resurser för uppgiften. [21] Enligt Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2014:4) ska varje vårdgivare även fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld samt hur anmälningsskyldigheten ska fullgöras. Hälso- och sjukvården har enligt patientsäkerhetslagen (2010:659) dessutom en skyldighet att utföra spårsäkring vid sexualbrott då det sker på begäran av polismyndigheten. Enligt NCK:s rekommendationer ska spårsäkring erbjudas även om ingen polisanmälan är gjord, men det saknas idag en skyldighet för hälso- och sjukvården att utföra spårsäkring utan en sådan begäran. [50] Vidare

finns även rekommendationer från Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4) kring att vårdgivaren bör se till att personalen i hälso- och sjukvårdens verksamheter har kunskap om våld och övergrepp av eller mot närstående för att kunna ge god vård samt ha förmågan att omsätta kunskapen i det praktiska arbetet. Vårdgivaren bör även avgöra när och hur personalen i hälso- och sjukvårdens verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna identifiera våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård och omvårdnad.

För att svara mot ovanstående ansvar har regionerna utformat vissa regionala vårdprogram, riktlinjer, och handlingsplaner för personer som utsatts för sexuellt våld, liksom lokala rutiner för omhändertagandet. Kartläggningens översiktliga genomgång av dessa visar att det i samtliga regioner finns vårdprogram när det gäller våld i nära relationer, vilka generellt innefattar sexuellt våld som sker i nära relation. Likaså har regionerna utformat lokala handlingsplaner för det akuta omhändertagandet efter sexuellt våld. Däremot saknas i regel riktlinjer för omhändertagandet av patienter som söker i ett senare skede efter sexuella övergrepp eller som är utsatta för upprepat våld som inte sker inom ramen för en nära relation, så som är vanligt för personer som har sex mot ersättning eller sex som självskadebeteende.

Specialiserade verksamheter

I ett fåtal regioner har olika typer av mottagningar eller verksamheter utvecklats för att omhänderta personer som utsatts för sexuellt våld. Verksamheterna täcker olika delar av vårdförloppet, vänder sig till delvis olika delar av patientgruppen och är organiserade på olika sätt. Det saknas en entydig definition av vad en specialiserad mottagning för patientgruppen är liksom en komplett kartläggning av vilka verksamheter som finns i landet.

Inom ramen för den här kartläggningen har följande offentligt finansierade verksamheter identifierats som specialiserat sig på vård och behandling för personer som utsatts för sexuellt våld (några av dem beskrivs närmare senare i rapporten):

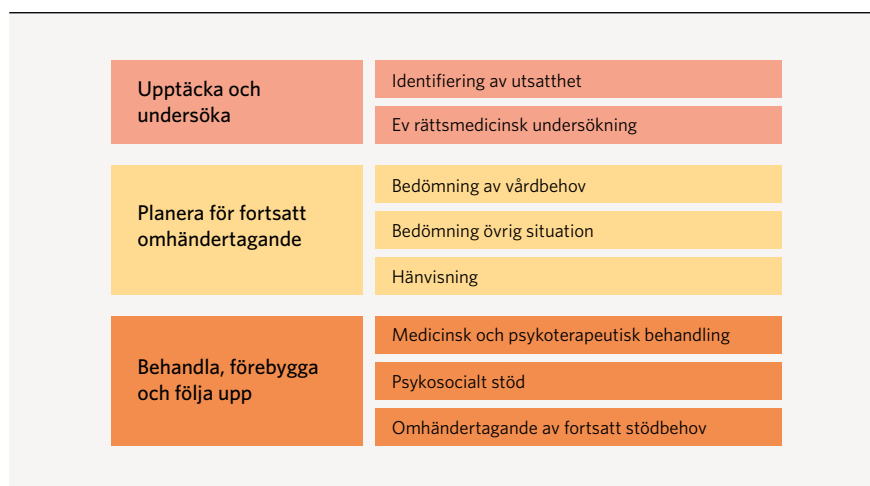
- › Akutmottagningen för våldtagna i Region Stockholm
- › Teamet för sexuellt våldsutsatta i Region Sörmland
- › ASTA-mottagningen i Region Västerbotten
- › Kvinnofridsmottagningen i Region Uppsala
- › Mika-mottagningar i Stockholm, Göteborg och Malmö (kommunal regi)

I ytterligare två regioner (Region Skåne samt Västra Götalandsregionen) har man utrett behov av och möjligheter för att i framtiden utveckla specialiserade verksamheter för patientgruppen.

Innehållet i vården avgörs av om patienten söker akut eller senare

Personer som utsatts för sexuellt våld kommer i kontakt med vården på olika sätt; ibland akut efter ett övergrepp och ibland med annan problematik som kan vara en konsekvens av övergrepp. Handläggandet ser olika ut för dessa olika situationer. För att kunna beskriva vården för personer som utsatts för sexuellt våld på ett lättöverskådligt sätt har en generisk vårdkedja utformats inom ramen för kartläggningen som stöd i beskrivningen. Vårdkedjan består av tre huvudsakliga områden: 1) att sexuellt våld upptäcks och undersöks, 2) att det fortsatta omhändertagandet bedöms och planeras, samt 3) att patienten erhåller behandling. Dessa områden är i många fall giltiga oavsett i vilket skede efter övergrepp patienten söker. I samtliga fall är det aktuellt med steg som innefattar att fånga upp våldsutsattheten och att göra en individuell bedömning av vilka vårdbehov individen har. Behandling som följer varierar stort då patientgruppens behov är så pass olika men handlar både om att behandla befintlig ohälsa och att förebygga ytterligare ohälsa. Vidare bör medarbetare i vården skapa sig en helhetsbild av patientens situation, vid behov göra en riskbedömning för fortsatt våldsutsatthet liksom kunna informera om möjligheter till stöd och hjälp från socialtjänsten och frivilligorganisationer. Det ingår också i vårdens ansvar att anmäla till socialtjänsten om oro finns att barn far illa liksom att ha rutiner för att samverka med socialtjänsten vid behov. Således är komponenterna i vården giltiga för hela patientgruppen, men innehållet i de olika delarna varierar stort beroende på om patienten söker i ett akut- eller senare skede.

FIGUR 2. Komponenter i vården för personer som utsatts för sexuellt våld (generisk vårdkedja)



Vård som erbjuds patienter i ett akutskede

Den första kontakten sker ofta på akutmottagningen inom gynekologi eller kirurgi

Då patienter söker vård i nära anslutning till ett sexuellt övergrepp är det ofta uttalat från patientens sida att besöket handlar om sexuellt våld. Vanligen kontaktar patienten själv vården alternativt att patienten blivit hänvisad eller medföljd av polis eller socialtjänst. Enligt Vårdguiden 1177 ska patienten vända sig till en vårdcentral eller akutmottagning som första instans. [51] Enligt intervjuer, och och de regionala vårdprogram kartläggningen tagit del av, beskrivs dock att lokala rutiner utformats där det akuta omhändertagandet av patienter sker på gynekologiska mottagningen (postpubertala kvinnliga patienter), kirurgmottagningen (manliga patienter över 13 år) samt barnkliniken för de yngre patienterna. Under jourtid hänvisas patienter till akutmottagningen dit jourhavande gynekolog/kirurg tillkallas för att genomföra akutbesöket. I några regioner finns särskilda mottagningar dit patienten kan vända sig i ett akut skede efter sexuella övergrepp.

Akutbesöket innehåller flera undersökningar. Anamnes kring övergreppet och det övriga hälsotillståndet inhämtas och journalförs, en helkroppsundersökning, inklusive en gynekologisk/proktologisk undersökning, genomförs där skador bedöms och dokumenteras. Prover tas avseende graviditet, könssjukdomar och eventuell förekomst av alkohol och andra droger. Om det är relevant erbjuds patienten dagen efter-piller för att undvika oönskad graviditet. Om begäran från åklagare eller polis finns kan även utfärdande av rättsintyg bli aktuellt.

Intervjuade regioner beskriver i regel att det finns skriftliga rutiner för att genomföra spårsäkring oavsett om patienten valt att polisanmäla övergreppet. Intervjupersoner har också gett exempel på olika sätt att uppfylla NCK:s rekommendation om att spara proverna i två år efter undersökningen, för att kunna användas om patienten väljer att anmäla i ett senare skede. Det har exempelvis handlat om att avsätta förvaringsyta inom ramen för gynnottagningen, även för prover som tagits på kirurgmottagningen.

Planering av fortsatt omhändertagande sker utifrån patientens behov

Liksom vid andra besök inom hälso- och sjukvården ska patientens tillstånd, såväl fysiskt som psykiskt, bedömas under akutbesöket. Behandling av eventuella skador och tillstånd sker utifrån behov. I normalfallet tas ställning till om vaccination mot sexuellt överförbara infektioner är aktuellt för patienten, liksom om skyddsbehov föreligger och om ärendet faller inom ramen för anmälningsplikten.

Enligt de intervjuade får patienter ofta ett första stödsamtal med mottagningens kurator i samband med akutbesöket. Detta beskrivs ske regelmässigt vid mottagningar som är specialiserade på det akuta omhändertagandet vid sexuella övergrepp. Kuratorn kan då bedöma eventuella vårdbehov kopplade till det psykiska måendet och planera den psykosociala uppföljningen. I andra fall hänvisas patienten till en senare kuratorskontakt och/eller andra aktörer som kan erbjuda stöd, exempelvis Kvinnofridslinjen¹⁰, kvinnojourer eller brottsofferjourer.

Kring den medicinska uppföljningen finns ofta rutiner som ser liknande ut över landet

Den medicinska uppföljningen efter att ha sökt sjukvård i nära anslutning till sexuella övergrepp är tämligen standardiserad. Efter cirka två till tre veckor bokas i regel patienten in på en uppföljande tid på kliniken som ansvarat för akutbesöket (kinnokliniken eller kirurgkliniken). I vissa regioner sker uppföljningen av män på hudklinik eller mottagning för könssjukdomar. Vid återbesöket får patienten provsvar samt lämnar förnyade prover. Likaså bedöms patientens psykiska mående, och erbjudande om kuratorskontakt upprepas vid behov. Efter ungefär tre månader bokas i regel ytterligare provtagning och återbesök in, och om ett vaccinationsprogram är initierat kommer patienten följas parallellt även avseende detta.

Not. 10. Kvinnofridslinjen är en nationell stödtelefon för personer som utsatts för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld, samt anhöriga eller yrkesverksamma som är i kontakt med personer som utsatts enligt ovan.

Det finns ofta rutiner för det psykosociala stödet, men förutsättningarna för att fånga upp patienter som tackar nej till stöd varierar

Enligt många regioners skriftliga rutiner ska erbjudande om psykosocialt kuratorsstöd alltid lämnas till patienten efter övergrepp. Då en stor andel patienter avböjer psykosocialt stöd när de får frågan under akutbesöket, beskriver många intervjuade verksamheter att det uppföljande besöket efter två veckor är ett viktigt tillfälle att fånga upp patienter som tidigare tackat nej. De lyfter också vikten av att det finns rutiner för att fånga upp dessa patienter, exempelvis genom att säkerställa att aktuellt telefonnummer finns i journalen, att patienten om det är möjligt får träffa kuratorn i samband med den medicinska uppföljningen samt att kontakt tas med patienten för att ånyo erbjuda stödsamtal. Flera verksamheter har beskrivit att sådana rutiner i regel saknas, och att det ofta blir få återbesök till kurator. Patienternas kontakt med kliniken avslutas därmed ofta i samband med att patienten är färdigbehandlad enligt rutinerna för den medicinska uppföljningen.

För vissa patienter kan fortsatt eller ytterligare psykosocialt stöd behövas utöver det som kan erbjudas på kliniken som möter patienten i akutskedet. För patienter som har en pågående kontakt med psykiatri är detta ofta den instans som blir aktuell, men i övrigt avgör vårdbehov om remiss ställs till primärvård eller psykiatri, alternativt om kontakt ska tas med socialtjänsten. Det saknas ofta lokala riktlinjer kring hur det fortsatta omhändertagandet ska ske, varför det är upp till medarbetare i vården att göra bedömningar i varje enskilt fall.

AKUTMOTTAGNINGEN FÖR VÅLDTAGNA: Ett sammanhållet akut omhändertagande efter våldtäkt

Till akutmottagningen för våldtagna kan patienter vända sig dygnet runt. Mottagningen vänder sig till alla personer över 13 år som har utsatts för sexuella övergrepp inom den senaste månaden. På mottagningen får patienten träffa medarbetare som har stor erfarenhet av att möta personer som utsatts för sexuell våld, och då arbetet sker tvärprofessionellt erbjuds en allsidig vård.

När patienten kommer till mottagningen får hen ett lugnt och avskilt rum där en sjuk- eller undersköterska informerar om vad som erbjuds. Allt är frivilligt och utan kostnad. Prover tas för könssjukdomar och för spårsäkring i rättsmedicinsk undersökning. Vaccination mot hepatit erbjuds. Patienten får berätta vad de varit med om för en läkare eller sköterska, varefter kroppsundersökning erbjuds; allt i lugn takt och med hänsyn till om patienten önskar pausa eller avbryta. Om patienten önskar göra polisanmälan går det att ordna så att polis kommer till mottagningen.

Samtlig personal har kunskap om vad patienter kan ha för reaktioner, tankar och känslor under och efter våldtäkt. Innan patienten lämnar mottagningen bokas snar tid till samtalsterapeut, omtagning av prover, eventuell vaccination och läkaråterbesök (gäller personer över 18 år). Yngre patienter remitteras till ungdomsenhet. Vid behov skrivs patienter över till psykiatri men i regel kan all uppföljning kring aktuell händelse ske på mottagningen.

Om mottagningen

Plats: Södersjukhuset i Stockholm

Öppnande: 2005

Målgrupp: Personer, oavsett könsidentitet, från 13 års ålder som blivit utsatta för övergrepp inom den senaste månaden

Sökväg: Mottagningen har öppet dygnet runt, och patienter kan söka själv eller bli hänvisade av t. ex. polis eller andra vårdgivare

Kompetens: Gynekologer, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, psykoterapeuter, kuratorer, medicinska sekreterare

Upptagningsområde: Hela Region Stockholm

Antal besök: Omkring 800 nybesök årligen, varav 40 av manliga patienter

"På vår mottagning får våldtagna personer ett tryggt omhändertagande genom hela krisförloppet av ett tvärprofessionellt team. Patientens psykologiska, rättsmedicinska och medicinska behov hanteras av teamet i en sammanhängande vårdkedja."

- Vårdenhetschef på akutmottagningen för våldtagna

Verksamhetens bild av vinsterna med arbetssättet:

- Det tvärprofessionella teamet arbetar tillsammans med helhetssyn och ömsesidig kunskapsutveckling, vilket ger en högkvalitativ vård och trygghet för patienterna.
- Den breda erfarenheten av rättsmedicinska undersökningar ger stöd åt rättsväsendets arbete.
- Att i stora delar kunna följas åt under hela krisförloppet skapar trygghet för såväl patienter som medarbetare.

TEAMET FÖR SEXUELLT VÅLDSUTSATT I REGION SÖRMLAND: En sammanhållen medicinsk och psykosocial uppföljning efter sexuellt våld

Teamet för sexuellt våldsutsatta tar emot patienter som utsatts för sexuella övergrepp inom det senaste året. Initialt var tanken att teamet skulle arbeta mer med akut omhändertagande, men då många patienter sökte för övergrepp som skett längre tillbaka i tiden utvidgades kriteriet till ett år.

Patienter som tas omhand i sjukvården akut efter övergrepp får kontakt med teamet för sexuellt våldsutsatta så snart det är möjligt; ibland redan under akutbesöket men senast inom tre dagar. Den första kontakten är ett sätt att tidigt följa upp hur patienten mår och erbjuda kuratorstöd. Patienten kan sedan få psykosocialt stöd hos teamet så länge behovet finns.

Teamet har ett personcentrerat arbetssätt och utformar insatserna utifrån patientens behov. Medarbetare betonar att det är viktigt att rutiner individanpassas så att varje patient känner sig sedd och hörd. Då arbetet sker tvärprofessionellt slipper patienten hålla kontakt med flera olika delar av vården. Om en teammedlem uppmärksammar att en patient verkar må sämre eller uteblir, kan resurser snabbt mobiliseras och kontakt tas med patienten. Teamets arbetssätt inkluderar även omfattande samverkan utifrån patientens behov med exempelvis polis, socialtjänst, psykiatri och akutmottagningar.

Om teamet

Plats: Teamet finns på kvinnoklinikerna på regionens tre sjukhus och drivs av Kompetenscentrum mot våld i nära relationer

Öppnande: 2014

Målgrupp: Personer, oavsett könsidentitet, från 13 års ålder som blivit utsatta för övergrepp inom det senaste året

Sökväg: Teamet är tillgängligt vardagar under kontorstid. Patienter som inkommer akut remitteras från akutmottagningen. I senare skeden kan patienten själv kontakta teamet, eller hänvisas från annan vårdgivare

Kompetens: Gynekolog, barnmorskor, kuratorer

Upptagningsområde: Region Sörmland

Antal besök: 100–120 nybesök årligen

”Då vi arbetar i team har vi har ’nära till varandra’. Vi kan bolla tillsammans direkt när någon ringer och boka in gemensamma besök när det behövs. Genom att arbetet sker tvärprofessionellt ser vi till att patienten får hjälp både medicinskt och psykosocialt och att vi ’håller i det’. Patienten slipper därmed ringa runt till flera personer för att få hjälp.”

- Samordnare för teamet för sexuellt våldsutsatta

Verksamhetens bild av vinsterna med arbetssättet:

- Ett tvärprofessionellt teamarbete på en liten enhet skapar förutsättningar för korta kommunikationsvägar, möjlighet till anpassningar i verksamheten och enkelhet att samordna insatser runt patienter, exempelvis gemensamma besök vid behov.
 - Ett personcentrerat arbetssätt gör att vården kan anpassas för varje patients behov och önskemål.
 - Att teamet är länsövergripande skapar förutsättningar för en till likvärdig vård för invånarna i länet.
-

Vård som erbjuds patienter i ett senare skede

Den första kontakten kan ske inom en rad olika verksamheter och handlar sällan om utsatthet för sexuellt våld

Då tidigare sexuellt våld kan leda till många, och vitt skilda, hälsomässiga konsekvenser kan ärenden som gäller våldsutsatthet aktualiseras i olika verksamheter inom hälso- och sjukvården. Dessa patienter kan söka exempelvis akutmottagningar, primärvården, vuxenpsykiatri, missbruks- och beroendevården, kvinnohälsovården, barn- och ungdomspsykiatri, elevhälsan, ungdomsmottagningar, geriatrisk vård och den kommunala hälso- och sjukvården. Patienter som söker vård i ett senare skede gör det oftast med andra sökorsaker än utsatthet för sexuellt våld. Kunskapen om det sexuella våldets konsekvenser för hälsan varierar i vården. Därför identifieras vårdbehov kopplat till detta i olika grad, och uppmärksammas ibland inte alls. I mödrahälsovården har rutiner införts för att regelmässigt fråga alla patienter om tidigare eller pågående våldsutsatthet, medan rutiner för detta i andra verksamheter varierar.

Vissa patienter söker aktivt vård för att få hjälp att bearbeta tidigare övergrepp. I de allra flesta regioner finns det inte någon verksamhet som har ett särskilt ansvar för dessa patienter och primärvården är därmed första instans. Intervjupersoner från ideella aktörer beskriver att många som söker stöd och behandling för tidigare sexuella övergrepp vänder sig till aktörer utanför det offentliga hälso- och sjukvårdssystemet, så som privata terapeuter eller ideella aktörer. Det finns många olika ideella aktörer där vissa erbjuder medmänskligt stöd eller stödsamtal via kurator, och andra har möjlighet att erbjuda psykoterapeutisk behandling.

Om sexuellt våld identifieras kan hänvisning göras till flera olika verksamheter

Om erfarenheter av sexuellt våld uppmärksammas är det upp till medarbetare i vården att från fall till fall bedöma patientens vårdbehov och planera för det fortsatta omhändertagandet. Generellt saknas idag rutiner kring var dessa patienter ska omhändertas. Således kan patienten hänvisas för stöd till allt ifrån en somatisk kliniks kurator, till psykosocial uppföljning och behandling i primärvården eller behandling inom specialistpsykiatri. I en av landets regioner har specialistpsykiatri en mottagning som särskilt vänder sig till patienter i behov av behandling och stöd för tidigare sexuellt våld och erbjuder olika former av behandling kopplade till våldserfarenheten.

Behandling och uppföljning varierar

Beroende på arten och graden av de symptom som patienten uppvisar, kommer vårdbehovet att variera stort. Många personer, såväl kliniker som patientföreträdare, som intervjuats inom ramen för det här arbetet menar att behandling och uppföljning av dessa patienter i hög utsträckning fokuseras på andra tillstånd än själva traumat, exempelvis behandling för ätstörning, depression eller missbruk. Långt ifrån alla som varit med om sexuella övergrepp är i behov av en traumafokuserad behandling, men intervjupersoner berättar att många patienter som har behov av detta ändå inte får tillgång till det (inte alls eller i en för liten omfattning). Detta gäller alltså även patienter som tillhört specialistpsykiatri i många år och har en PTSD-diagnos.

Det saknas riktlinjer för behandling avseende just tidigare sexuella övergrepp. Aktuell symptombild och diagnos är därför vägledande vid planering av vårdinsatser. Enligt ovan fångas långt ifrån alltid erfarenheter av sexuellt våld upp, och kan i dessa fall därmed inte vägas in i bedömning och behandling av patientens ohälsa. Därför är det viktigt att kartlägga kopplingen mellan sexuellt våld och aktuell symptombild. Flera intervjupersoner menar att detta behövs för att kunna göra en korrekt bedömning och behandlingsplan för patienten.

ASTA-MOTTAGNINGEN: Ett specialiserat omhändertagande inom psykiatri för personer som utsatts för sexuellt våld

ASTA-mottagningen är en öppenvårdsmottagning inom Region Västerbottens specialistpsykiatri. Bakgrunden till att mottagningen startades för drygt 20 år sedan var en inventering på psykiatriska kliniken, där det undersöktes hur stor andel av patienterna som utsatts för sexuellt våld. Då 38 procent av alla patienter hade erfarenhet av sexuellt våld beslutades att en särskild enhet skulle inrättas.

På ASTA-mottagningen erbjuds patienter en beprövad behandling, utförd av medarbetare med stor erfarenhet av sena konsekvenser av sexuellt våld. Behandlingen utgår från en fasorienterad traumaterapi, där flera psykoterapeutiska behandlingsformer kan skraddarsys efter patientens behov. Basen är gruppterapi, vilken kompletteras med individuella samtal och fysioterapeutisk behandling i bland annat basal kroppskännedom.

För de flesta patienter tar behandlingen omkring ett år. Efter avslutad behandling på ASTA-mottagningen upplever 90 procent av patienterna en förbättring. Många, uppemot 80 procent, mår så pass mycket bättre att de kan lämna specialistpsykiatri.

Om mottagningen

Plats: Norrlands Universitetssjukhus i Umeå

Öppnande: 1996

Målgrupp: Personer, oavsett könsidentitet, över 18 år med symtom som relateras till erfarenheter av sexuellt våld, med problematik som faller inom ramen för specialistpsykiatriens uppdrag

Sökväg: Remisskrav

Kompetens: Psykolog, kurator (med psykoterapiutbildning), läkarresurs, fysioterapeut, sjuksköterska

Upptagningsområde: Umeå med kranskommuner

Antal besök: Omkring 150–170 patienter per år, varav cirka 100 nybesök

”Vi ser en stor vinst med att jobba så som vi gör. Enligt vår erfarenhet är gruppterapi en väldigt potent behandlingsform för de här patienterna, där det är tydligt att PTSD-symptomen minskar. De får i gruppsamtalen även ta del andras historier och förstå att de haft helt normala reaktioner på onormala händelser. Det upplevs läkande och minskar känslor av skuld och skam.”

- Sektionschef på ASTA-mottagningen

Verksamhetens bild av vinsterna med arbetssättet:

- Förhållningssättet skapar förutsättningar för patienten att mobilisera egna resurser.
 - Det tvärprofessionella teamarbetet ger en effektiv användning av medarbetarnas kompetens.
 - Den tydliga, välbeprövade, behandlingsplanen leder till att många patienter blir färdigbehandlade.
-



Förbättringsområden

Kartläggningen har identifierat sex övergripande förbättringsområden i vården för personer som utsatts för sexuellt våld. I detta kapitel beskrivs förbättringsområdena utifrån Socialstyrelsens dimensioner för god vård.

TABELL 2. Sex identifierade förbättringsområden i vården för personer som utsatts för sexuellt våld¹¹

Personcentrerad	Bemötandet av personer som utsatts för sexuellt våld behöver stärkas.
Tillgänglig	Tillgängligheten till vård i ett icke-akut skede behöver stärkas.
Kunskapsbaserad och ändamålsenlig	Kunskapen om adekvat behandling vid komplex problematik och traumatisering behöver öka.
Jämlik	Omhändertagandet i akuta skeden behöver bli mer jämlik över landet. Vården behöver i högre utsträckning anpassas för att möta behoven hos särskilt utsatta grupper.
Effektiv	Vårdens resurser behöver användas mer effektivt för att möta patientbehoven.

Not. 11. Kartläggningen beskriver inte dimensionen säker vård specifikt men behandlar patientsäkerhetsaspekter i flera av de andra dimensionerna.

Bemötandet av personer som utsatts för sexuellt våld behöver stärkas

Ett gott bemötande har pekats ut som en central aspekt för att patienter ska berätta om våldsutsatthet, liksom kunna tillgodogöra sig stöd och behandling. För att kunna hjälpa dessa patienter, och minimera risken för negativa upplevelser så som sekundär viktigmisering, är det viktigt att medarbetare i vården erbjuder alla patienter ett professionellt, lugnt, tryggt och tydligt bemötande.

Intervjuade patientföreträdare beskriver, att patienter som sökt vård på enheter som är ovana vid att hantera frågor om sexuellt våld, ofta upplever personalens bemötande som osäkert och ostrukturerat. Många är rädda att göra fel, vilket kan medföra en ovilja att ta ansvar för frågan. Att medarbetare känner osäkerhet inför vad som förväntas av dem, eller hur de bäst kan hjälpa patienten, kan skapa en otrygg miljö för patienten. I dessa avseenden har enheter med ett specialiserat akut mottagande av patientgruppen ofta bättre förutsättningar, då det där finns tydliga rutiner för omhändertagandet och stor vana av att bemöta personer som utsatts för sexuellt våld. Exempelvis finns på vissa enheter ett rum där patienter kan få vila inför undersökningen, men där tillsyn sker så att patienten inte lämnas ensam. Likaså finns möjlighet att få ett första stödjande samtal innan undersökningen, liksom information om varför undersökningen ska göras.

”Akutsjukvården är hårt trängd och har ett tydligt somatiskt fokus. Men för de här patienterna är det psykiska omhändertagandet det stora. Nu när en patient söker på gynakuten så triageras man i relation till de andra akuta patienterna och nedprioriteras om en patient med exempelvis en stor blödning kommer in. Män förväntas i sin tur söka på kirurgakuten. Där behöver de ange i receptionen varför de söker. Det finns exempel där män som sökt för våldtäkt fått höra ”sätt dig ned och vänta”, trots att de inte kan sitta på grund av skadorna. För transpersoner och icke-binära blir den tydligt könsuppdelade vården ett stort hinder för att ens söka, samtidigt som de utgör en mycket riskutsatt grupp.”

Enhetschef vårdutvecklingsenhet

Hos medarbetare som inte fått kunskap eller övning i bemötande efter sexuellt våld finns även en risk för att en våldsberättelse skapar en stark känslomässig reaktion. [19] Patientens svar på en sådan reaktion är ofta att minimera eller undanhålla information om övergreppen i ett försök att skydda medarbetaren som tar emot informationen, vilket gör det svårare att fånga viktiga aspekter i bedömningen.

Flera intervjupersoner bekräftar att det är lätt att som medarbetare i vården reagera undvikande på obehaglig information eller information som är svår att hantera. Detta kan leda till att vårdpersonal, medvetet eller omedvetet, inte är mottagliga för patientens berättelse. Det kan vara del i förklaringen till att vissa patienter upplever bemötandet som undvikande eller till och med ifrågasättande och förminskande. Flera personer som intervjuats, såväl patientföreträdare som andra aktörer som stöttat patienter i sin kontakt med vården, har beskrivit att många patienter upplevt att deras berättelser om sexuellt våld förringats och avfärdats.

Sammantaget kan ett osäkert och ostrukturerat bemötande skada patientens förtroende för att vården har möjlighet att hjälpa, vilket kan ha stor betydelse för patientens mottaglighet för fortsatt stöd.

”Många av våra stödsökande tar så stort ansvar för hur den som ska ta emot våldsberättelsen känner. Så man underdriver och förminskar för att skydda personen på andra sidan. Bemötandet i vården är därför viktigt. Medarbetare i vården ska inte agera med förfäran eller fasa, inte heller medömkan. Medarbetare i vården måste kliva fram när någon berättar, fråga mer och visa att det är okej.”

Verksamhetsledare för en ideell stödverksamhet för personer som utsatts för sexuellt våld

Tillgängligheten till vård i ett icke-akut skede behöver stärkas

Patienter som behöver stöd eller behandling till följd av sexuella övergrepp som skett tidigare i livet har ofta svårt att få tillgång till rätt vård. Många gånger handlar det om att de söker för andra symptom och att vården inte fångar upp att dessa kan härröra från sexuellt våld. Det handlar dock också om att det överlag är otydligt vilken vård som finns att tillgå för personer som har erfarenhet av sexuellt våld tidigare i livet. Patienter vet ofta inte var de ska vända sig, och i vissa fall vet inte heller medarbetare var de kan hänvisa patienter. Detta leder till att tillgängligheten till vård upplevs som låg och att många patienter tvingas söka sig till privata alternativ eller ideella föreningar, vilka inte alltid har förutsättningar för att möta behoven.

Vården fångar inte i tillräcklig utsträckning sexuellt våld som bakomliggande faktor till ohälsa

För att kunna väga in erfarenheter av sexuellt våld i bedömning och planering av vården behöver rätt frågor ställas och problematiken identifieras. Likaså krävs det en förståelse för, och kunskap om, den omfattande påverkan som sexuellt våld kan ha på såväl den fysiska som psykiska hälsan.

Medarbetare i hälso- och sjukvården, experter samt patientföreträdare som intervjuats inom ramen för kartläggningen beskriver att frågor om sexuellt våld ställs allt för sällan i hälso- och sjukvården idag. Många patienter har erfarenhet av långvariga vårdkontakter, ofta flera år, inom såväl somatiken som psykiatrin, utan att ha fått frågor om tidigare eller pågående erfarenheter av sexuellt våld. Det kan leda till ineffektiva utredningar och behandlingar, där bakomliggande orsak till ohälsa inte identifieras. Då undvikande är en vanlig reaktion efter traumatiska händelser, till och med ett kärnsymptom för PTSD, berättar patienter sällan självmant om erfarenheter av sexuellt våld. Det är därför viktigt att ställa frågor om sexuellt våld till patienten, vilket kan vara en utmaning för medarbetaren. Patientbesöket kan vara kort och patienten kan söka för en helt annan problematik, ibland utan att själv vara medveten om att symptomen kan härröra från tidigare övergrepp. Det kan dessutom vara första gången medarbetaren och patienten möts. Att under dessa omständigheter leda ett samtal om sexuellt våld kräver både kunskap och erfarenhet. Därtill finns det inte i gällande föreskrifter några krav på att ställa frågor om våldsutsatthet. Behovet av att frågor ställs i större utsträckning framträder dock som ett tydligt resultat av den här kartläggningen.

”Jag uppmanar alltid till att man ska fråga om sexuellt våld, exempelvis när jag föreläser på läkarprogrammet eller handleder läkare. Jag vet att frågan inte ställs idag. Jag tycker att det ingår i anamnesen. Jag får ofta napp när jag pratar om sexuellt våld med patienter och många uppger att det är första gången de får frågan. Att ställa frågan regelmässigt bör ingå i hela vården för det är så vanligt och vi vet att patienter inte berättar om det av sig själva. Det är så svårt att ta upp som patient så man måste få frågan.”

Överläkare i psykiatri

PROJEKTET UNG UTSATT: Tidiga insatser för ungdomar som utsatts för sexuellt våld

Projektet *Ung utsatt* har pågått sedan 2014 på ungdomsmottagningarna i Göteborg. Målet är att unga som utsatts för sexuellt våld ska få hjälp i ett tidigt skede, för att stärka den psykiska hälsan och minska risken för omfattande konsekvenser.

När en ungdomsmottagning identifierar att en ungdom varit utsatt för sexuellt våld hänvisar personen till teamet som driver Ung utsatt. En teammedlem träffar då ungdomen och diskuterar vilket behandlingsupplägg som passar bäst; enskilda samtal eller gruppsamtal. Behandlingen har sedan ett tematiskt upplägg och bygger på flera behandlingsformer, som kognitiv beteendeterapi, compassion-fokuserad psykoterapi, narrativ terapi och relationell terapi.

I gruppterapin träffas deltagarna vid 15 tillfällen. Behandlingsprogrammets utformning baseras på forskning och andra behandlingsprogram för gruppterapi och har justerats efter ungdomarnas återkoppling under åren. Enligt medarbetare som arbetar med projektet är ungdomarna överlag positiva i utvärderingar och uppger att de på olika sätt blivit hjälpta av terapin. I en intervjustudie uttryckte före detta deltagare att de upplevde minskad skam, och skuld och minskade ensamhetskänslor efter behandlingen. De uttryckte även en större förståelse för vad de varit med om och hur detta påverkat dem.

Om projektet

Beskrivning: Ung utsatt är ett stadsövergripande projekt där ungdomsmottagningarna i Göteborg erbjuder stöd till ungdomar som utsatts för sexuella övergrepp

Startade: 2014

Målgrupp: Personer, oavsett könsidentitet, mellan 13-25 år som utsatts för sexuellt våld

Sökväg: Unga kan själva ringa, mejla, ta kontakt via 1177.se eller komma på drop-in.

Andra mottagningar kan även remittera

Kompetens: Två psykologer, två kuratorer, samt tillgång till läkare

Upptagningsområde: Hela Göteborgs stad

Antal besök: Omkring 120 ungdomar får stöd och behandling i projektet årligen

”Som ungdomsmottagning har vi ju jättebra förutsättningar att fånga upp att någon är eller har varit utsatt för sexuellt våld. Vi är en lågtröskelverksamhet som är naturlig att söka sig till utan stigmatisering; vi är vana vid att prata med unga om svåra frågor och vi pratar mycket om sex. Dessutom jobbar vi med unga, som verkligen behöver fångas upp tidigt när något sådant här händer. Alla ungdomsmottagningar borde jobba på det här sättet.”

- Samtalsbehandlare på Ung utsatt

Verksamhetens bild av vinsterna med arbetssättet:

- Det tvärprofessionella teamet arbetar tillsammans med helhetssyn och ömsesidig kunskapsutveckling, vilket ger en högkvalitativ vård och trygghet för patienterna.
- Den breda erfarenheten av rättsmedicinska undersökningar ger stöd åt rättsväsendets arbete.
- Att i stora delar kunna följars åt under hela krisförloppet skapar trygghet för såväl patienter som medarbetare.

Det är ofta otydligt vad vården kan erbjuda i ett icke-akut skede

Inom den offentliga hälso- och sjukvården finns sällan en namngiven verksamhet som patienter kan vända sig till för stöd på grund av tidigare sexuellt våld. Primärvården har en naturlig roll som första instans för personer med tidigare erfarenhet av sexuellt våld. I primärvården kan en första bedömning ske och psykosocialt stöd och ibland psykoterapeutisk behandling erbjudas. I kartläggningen framkommer dock att det finns flera trösklar som begränsar tillgängligheten för patientgruppen. Flera intervjupersoner beskriver att det kan kännas svårt att vända sig till vårdcentralen vid en så pass känslig fråga som sexuellt våld, i synnerhet eftersom patienter sällan vet vilket stöd som finns att tillgå där. Även primärvårdens generella utmaningar, så som låg personalkontinuitet, hög belastning och korta läkarbesök, kan utgöra trösklar för patienter att söka vård och få vård för dessa frågor.

Enligt flera intervjupersoner upplever även medarbetare ofta osäkerhet kring vart patienter kan hänvisas för vård och stöd vid misstanke om att deras symptom kan härledas till sexuellt våld. Då det ofta handlar om psykiska konsekvenser är i regel primärvård eller specialistpsykiatri aktuella men de intervjuade pekar på att det generellt är otydligt vilket ansvar dessa verksamheter har för att omhänderta problematik kopplad till sexuellt våld. Intervjupersonerna beskriver att det kan vara särskilt svårt för patienter med vårdbehov som ligger i gränslandet mellan psykiatri och primärvård. Eftersom erfarenheter av sexuellt våld inte i sig är ett psykiatriskt tillstånd är det vanligt att patienten inte 'passar in' i psykiatrin, medan vårdbehoven ofta är för omfattande för att hanteras inom första linjen. Att många också behöver stöd från andra aktörer, som rättsväsendet och socialtjänsten, gör det enligt intervjupersoner än svårare för vården att se vilka delar de ska ansvara för.

I intervjuer lyfter många också fram att benägenheten att ställa frågor om sexuellt våld till patienter skulle kunna öka om det var tydligare för medarbetare vilken vård som kan erbjudas patienter som har dessa erfarenheter.

”Under de senaste åren har jag sett en förändring där fler medarbetare vill lära sig mer om detta. Vi får fler frågor från medarbetare hur de ska samtala med sina patienter om sexuellt våld och hur de ska handlägga eventuella svar. Bara att det nu finns massor av information på intranätet är en positiv utveckling. Sakta men säkert blir det bättre.”

Samordnare för våld i nära relationer, i en region

Flera personer som har intervjuats inom ramen för kartläggningen uppger att hälso- och sjukvården idag förlitar sig mycket på ideella föreningar för att stötta patienter som utsatts för sexuellt våld. Som nämnts tidigare finns det olika ideella aktörer där vissa erbjuder medmänskligt stöd eller stödsamtal via kurator, medan andra har möjlighet att erbjuda psykoterapeutisk behandling. De ideella aktörer som erbjuder vårdinsatser har långa kötider på grund av den stora efterfrågan, och saknar ofta resurser att ta emot alla sökande. Intervjupersoner från ideella verksamheter beskriver att det är etiskt svårt att inte ha resurser att hjälpa alla stödsökande, eller kunna ta hand om personer med svår problematik, samtidigt som det saknas instanser att hänvisa vidare till. Vidare är ideella stödverksamheter inte ett alternativ för många patienter, eftersom dessa aktörer i huvudsak är verksamma i storstäder. På liknande sätt är privata alternativ inte tillgängliga för alla, eftersom de medför en ekonomisk kostnad.

”Vi får sitta jättemycket med att försöka hitta enheter att hänvisa patienterna till. Det sägs att det ska finnas instanser inom offentligt finansierad hälso- och sjukvård för dessa patienter att vända sig till, men det är inte det vi hittar”

Verksamhetsledare för en ideell stödverksamhet för personer som utsatts för sexuellt våld

ERSTA HOPP: En mottagning för personer som utsatts för sexuella övergrepp under uppväxten

Ersta Hopp är en del av den ideella föreningen Ersta diakoni och vänder sig till vuxna som blivit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxten.

På mottagningen arbetar samtalsbehandlare med bred erfarenhet av traumarelaterad problematik och sexuell utsatthet. Utöver kunskap i traumatologi betonar behandlarna även att utvecklingspsykologisk kompetens är värdefull för behandlingen. Klienter erbjuds individanpassade insatser från psykosocialt stöd till traumafokuserad behandling. Färdighetsträning för att hantera relationella svårigheter, dissociativ problematik, affektreglering och självomhändertagande är vanliga inslag, liksom arbete med självuppfattning och hur den påverkats av tidigare utsatthet.

Enligt medarbetare på Ersta hopp är det viktigt att personer som söker vård efter sexuella övergrepp möts av professionella med tillräcklig kunskap för att kunna väga in tidigare utsatthet i bedömning och behandling. De menar att PTSD ofta helt missas eller underordnas annan diagnos. Enligt deras erfarenhet finns en extra utmaning att identifiera (komplex) PTSD hos äldre som levt ett helt liv med tillståndet, kanske på grund av starkt etablerade strategier för undvikande.

Om mottagningen

Plats: I närheten av Ersta sjukhus i Stockholm

Öppnande: 2018

Målgrupp: Personer, oavsett könsidentitet, över 18 år som har varit utsatta för sexuella övergrepp under uppväxten

Sökväg: Stödsökande kontakter mottagningen via egenanmälningar

Kompetens: Psykolog och socionom med grundläggande psykoterapiutbildning

Upptagningsområde: Alla har möjlighet att söka, men för att behandlingen ska vara möjlig krävs att stödsökande kan ta sig till mottagningen

Antal besök: Drygt 1 200 besök fördelat på 80 patienter år 2019

”Hos oss är personer välkomna att söka utifrån en erfarenhet och inte specifika symtom eller diagnos. Då informationen om att övergrepp finns med redan från början kan vi arbeta vidare utifrån det med upplevelse av lugn och trygghet, vilket ofta blir effektivt”

- Samtalsbehandlare på Ersta Hopp

Verksamhetens bild av vinsterna med arbetssättet:

- Medarbetarnas stora erfarenhet att bemöta personer som utsatts för sexuellt våld och att behandla traumarelaterad problematik skapar trygghet och flexibilitet för målgruppen.
 - Att målgruppen definieras utifrån erfarenhet snarare än diagnos gör att mottagningen kan fånga upp personer som annars riskerar att falla mellan stolarna.
 - Insatserna begränsas inte i längd utan skräddarsys, vilket ger utrymme för svårigheter utöver PTSD att förbättras för att höja livskvaliteten i stort.
 - Genom ett inkluderande och normkritiskt arbete har mottagningen en relativt hög andel män som vänder sig till mottagningen.
-

Låg tillgänglighet till traumabehandling upplevs vara ett problem

Alla behöver inte psykoterapeutisk traumabehandling efter att ha blivit utsatta för sexuella övergrepp, men för vissa är det en viktig del i vården. Sexuella övergrepp är en riskfaktor för PTSD och många intervjuade beskriver det som ett centralt problem att detta inte i tillräcklig utsträckning upptäcks och behandlas. Därtill får de patienter som diagnostiseras vänta länge på behandling. Enligt de intervjuade är det angeläget att stärka tillgängligheten till traumabehandling då det ofta ger goda resultat.

Det finns olika former av traumaterapi, men i korthet innebär det att patienten under kontrollerade former exponeras för och därmed bearbetar tidigare trauma med hjälp av en terapeut. [53] Långt ifrån alla psykoterapeuter har utbildning i traumaterapi. Olika typer av traumaterapi kan erbjudas i bland annat primärvård och specialistpsykiatri, men flera intervjupersoner pekar på att tillgängligheten är låg på flera håll i landet.

Att en del verksamheter som erbjuder psykoterapi saknar kompetens i traumabehandling medför svårigheter för patienter att söka eller hänvisas rätt. På enheter där kompetensen finns är det dessutom inte ovanligt med över ett års väntetid. Utöver långa väntetider uppger flera intervjupersoner att många remisser och hänvisningar avslås. Detta tycks till del kunna förklaras av en otydlig ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri samt resursbrist i dessa verksamheter.

”Mer än hälften av våra patienter har, eller har haft, kontakt med specialistpsykiatrin. Men även om de har en pågående kontakt så finns det risk att behandlaren säger ”jag kan inte trauma”. Akut krisreaktion räknas ju till primärvårdens ansvarsområde, varför psykiatrin har en ovana att ta hand om detta. Men sexuella övergrepp är inte en vanlig kris, utan en mycket mer allvarlig händelse. Psykiatrin är en djungel, så nu tar vi hand om patienterna hos oss så långt det bara är möjligt.”

Läkare på akutmottagning för våldtagna

Kunskapen om adekvat behandling vid komplex problematik och traumatisering behöver öka

Intervjuerna pekar på att patienter som utvecklat komplex problematik och traumatisering till följd av sexuellt våld generellt har svårt att få tillgång till en fullgod behandling. Alla som utsatts för sexuellt våld har inte behov av specialistpsykiatrisk vård, men för vissa patienter utvecklas komplex PTSD eller PTSD med annan samsjuklighet i psykiatriska diagnoser. Detta kan få stor påverkan på individens livskvalitet. Intervjuerna visar att det råder viss otydlighet kring hur dessa patienter bäst bör behandlas, och att nuvarande vård inte i tillräcklig utsträckning planeras med hänsyn till de samverkande psykiatriska tillstånden och patientens individuella behov.

Diagnosstyrd struktur i psykiatri gör ofta att helhetsbilden går förlorad

Många intervjupersoner beskriver att diagnoser med mer synliga eller påtagliga symptom ofta prioriteras högre än traumarelaterade tillstånd då vård och behandling planeras. Exempelvis ätstörning, självskadebeteende, missbruk eller starkt symptomgivande personlighetssyndrom är diagnoser som kan tränga undan behandling av tidigare trauma. Då den psykiatriska vården på många håll är subspecialiserad kring olika diagnoser kan en patient behandlas för samsjuklighet inom specialistpsykiatri under en längre tid, utan att traumat bearbetas. Subspecialiseringen kan även leda till att ingen behandlare har tillräcklig kompetens att hantera hela symptombilden, vilket leder till att olika team handhar olika delar av behandlingen och att behandlingsformerna inte samordnas.

”När jag träffar patienter som utsatts för sexuellt våld försöker jag guida vidare i vårdjungeln för att ge vägledning var de kan få hjälp. Jag känner väl till hur det fungerar i staden där jag arbetar, men jag förstår att det är svårt i andra delar av landet. Om man ”bara” har varit med om sexuella övergrepp men inte utvecklat så tydliga symptom, då hamnar man i primärvården. Men på vårdcentralerna känner medarbetare att de inte kan ta hand om dessa patienter. Psykiatri är så diagnosstyrd, så det är lätt att även patienter som har symptom ändå hamnar mellan stolarna. Har patienten inte råd att bekosta en egen terapi så kanske vi får stanna där. Sedan har vi frivilligorganisationer som inte kostar och som är riktigt bra, så jag vet var patienter kan hänvisas för stöd i alla fall, även om de inte har råd att bekosta en dyr behandling.”

Överläkare i psykiatri

Vid komplex problematik och traumatisering anpassas inte vården i tillräcklig utsträckning

Flera experter och yrkesverksamma med stor erfarenhet av patienter med komplex PTSD och/eller PTSD med psykiatrisk samsjuklighet (som ätstörningar, självskadebeteende eller olika grader av dissociativa tillstånd) beskriver att den psykoterapeutiska behandlingen kan behöva skraddarsys och förändras över tid. Exempelvis kan vissa patienter behöva en stabiliserande fas avseende självskada före en potentiellt upprivande traumabehandling, medan detta inte är fallet för andra. Det behövs därmed kunskap om flera olika psykiatriska diagnoser och behandlingsalternativ, liksom kunskap hur dessa kan samverka och påverka varandras behandlingsresultat.

För att komma åt även associerade problem, så som en ihållande negativ självbild eller relationella svårigheter, kan det även krävas en tvärprofessionell behandlingsplan och samverkan med socialtjänsten för att hantera psykiatriska, kroppsliga och relationella konsekvenser av tidigare övergrepp.

För komplex PTSD finns idag inget allmänt vedertaget vårdprogram eller riktlinjer. Förmågan eller resurserna att skraddarsy en sådan behandling inom psykiatrin saknas på många håll i landet, enligt flera intervjupersoner.

”Komplex PTSD, komplex traumatisering och komplext trauma. Hur dessa förhåller sig till varandra; därom tvistar de lärde. Det är ett getingbo när det kommer till traumatisering och hur det ska behandlas.”

Psykolog med inriktning på traumarelaterad sjuklighet

Omhändertagandet i akuta skeden behöver bli mer jämlikt

I det akuta omhändertagandet möter hälso- och sjukvården ofta människor i chock, som nyligen varit med om ett stort trauma. Dessa patienter har behov av ett allsidigt omhändertagande – från säkrande av bevis inför en eventuell rättsprocess, till medicinsk bedömning och psykosocialt stöd. Vissa regioner har särskilda enheter för att samla omhändertagandet efter sexuellt våld i det akuta skedet, medan det i andra regioner ligger inom vårdens ordinarie verksamheter. Skillnader i rutiner för och erfarenhet av det akuta omhändertagandet innebär en risk för ojämlig vård över landet.

Tillgången till en samordnad vård skiljer sig mellan regioner

I de flesta regioner sker det akuta omhändertagandet efter sexuellt våld i ordinarie verksamheter – på kvinnokliniker, kirurgmottagningar eller i primärvård. Rutiner och riktlinjer för uppföljning efter akutskedet tycks i stort vara likartade över landet och utgå från nationella rekommendationer. Patienter faller dock lätt ur uppföljningen om de uteblir från återbesök, där främst benägenheten att ta emot psykosocialt stöd är relativt låg. I verksamheter som specialiserar sig på omhändertagandet efter sexuellt våld finns i högre utsträckning rutiner för ett tvärprofessionellt arbete, exempelvis tvärprofessionella ronder, vilket kan bidra till en samlad bedömning, sammanhållna insatser liksom rutiner för att fånga upp patienter som annars inte kommer på återbesök. Genom att samordna den psykosociala och medicinska uppföljningen finns således förutsättningar för vården att ta en mer aktiv roll och upprepat erbjuda patienten psykosocialt stöd, och därigenom minska risken att patienten uteblir. Eftersom möjligheten att bearbeta traumat i ett tidigt skede lyfts fram som viktig för den fortsatta hälsoutvecklingen kan detta vara betydelsefullt för patienten.

”Vi har en kurator som kontaktar patienten någon dag efter akutbesöket, men vi tappar många av dem som tackar nej till återbesök eller som vi inte får tag på. Jag ömmar speciellt för de unga patienterna, som kanske inte orkar eller har förmåga att se vinsten med att i få stöd i anslutning till det som skett. Vi har tyvärr inga rutiner för att fånga upp dessa patienter.”

Överläkare på en kvinnoklinik

Där medarbetare har stor vana av att möta sexuellt våld kan större fokus läggas på bemötande och bedömning

För att utföra den rättsmedicinska undersökningen i akutskedet efter sexuella övergrepp finns ett spårsäkringskit med utförliga instruktioner framtaget av NCK. Enligt intervjuade verksamhetsrepresentanter är instruktionerna för undersökningen så pass utförliga att även mindre erfarna medarbetare kan utföra den. De beskriver dock att den stora mängden prover kan leda till att ovana medarbetare behöver lägga stort fokus på instruktionerna istället för på patienten. Detta kan påverka patientens upplevelse negativt och därigenom minska patientens mottaglighet för fortsatt stöd.

Att bygga upp erfarenhet av att hantera undersökningar i samband med akuta besök för sexuella övergrepp är särskilt utmanande på platser där patientvolymerna är små. För kvinnliga patienter gäller detta framför allt gynekologiska mottagningar med mindre upptagningsområde, eller där geografiska förutsättningar gör att patientvolymerna sprids ut över olika verksamheter. För manliga patienter är utmaningar ännu större. Detta då män i lägre utsträckning utsätts för sexuellt våld och kirurgkliniker, där utsatta män i regel tas emot i akutskedet, har begränsad vana att möta patientgruppen.

Vården behöver i högre utsträckning anpassas för att möta behoven hos särskilt utsatta grupper

Som tidigare beskrivits finns det grupper som är särskilt utsatta när det gäller sexuellt våld och det behövs kunskap i vården kring hur sexuellt våld för vissa individer kan leda till särskilda svårigheter eller konsekvenser. Enligt de intervjuade kan hälso- och sjukvårdens bemötande och beredskap för att erbjuda dessa patienter en god vård stärkas.

Medvetenheten kring behoven hos särskilt utsatta grupper är inte alltid tillräcklig

Vården ska möta varje patient utifrån dess individuella behov. Enligt flera intervjupersoner finns det aspekter som medarbetare bör ta särskild hänsyn till då de möter patienter från vissa grupper. Exempelvis beskrivs att vården ofta har låg medvetenhet om de särskilda risker som personer som lever i en hederskultur kan löpa efter att ha utsatts för sexuella övergrepp. Familjens heder kan anses ha blivit skadad av övergreppet och detta kan leda till ökad risk för såväl nya övergrepp som att patienten utsätts för annan fysisk skada, vilket behöver vägas in i bedömningen av patientens behov av vård, stöd och skydd. Vidare kan det tabu som finns kring sexualitet i en hederskultur skapa extra starka känslor av skam och skuld hos den som utsatts och enligt intervjuade är det inte ovanligt att patienter upplever vårdens bemötande som ifrågasättande och skuldbeläggande. Detta riskerar att leda till att patienten avslutar kontakten med vården.

Många beskriver också att föreställningar om vem som drabbas av sexuellt våld kan försvåra för vissa grupper att få rätt bemötande och behandling. Här lyfter intervjupersoner fram att det finns särskilt hög risk att medarbetare inte ställer frågor om sexuellt våld till äldre, personer med funktionsnedsättning, personer som lever i missbruk eller social utsatthet. Det finns även en risk att män, även om de inte är en särskilt utsatt grupp, inte får frågor om erfarenhet av sexuellt våld då medvetenheten om att även män och pojkar utsetts varierar.

När det gäller personer med vissa typer av funktionsnedsättning kan även kommunikation utgöra en försvårande faktor. Till exempel kan nedsatt språklig förmåga begränsa möjligheten att berätta om övergrepp och tillgodogöra sig behandling och stöd som bygger på muntlig kommunikation. Även för transpersoner kan behoven se annorlunda ut, och det kan krävas särskild kompetens för att ge ett adekvat bemötande. Intervjupersoner pekar på att kompetensen kring att föra samtal kring sexuellt våld är otillräcklig i stort, och att de patienter som har behov av en anpassad kommunikation därmed löper ännu större risk att inte få en ändamålsenlig bedömning och behandling.

”Transpersoner är en grupp där behoven av vård kan se lite annorlunda ut. För många transpersoner är relationen till den egna kroppen besvärlig, och många lider av könsdysfori. Att då bli utsatt för ett brott som drabbar just kroppen blir extra svårt och ångesten och lidandet drivs på. Sjukvården kan ibland bli lite vårdslös med kroppen och nakenhet, men bara att klä av sig kan för dessa patienter vara en prövning.”

Medarbetare på RFSL:s stödmottagning

Samordningen mellan sjukvård och socialtjänst är ofta otydlig för utsatta grupper

Personer som har ett missbruk, lever i social utsatthet, har annan samsjuklighet eller nedsatt funktionsnivå kan behöva stöd och insatser från både hälso- och sjukvård och socialtjänsten. Detta gäller även personer som har ett skyddsbehov. Fler av de intervjuade pekar på att samordningen av vård och stöd från dessa aktörer kring enskilda patienter i hög grad är personbunden. Många menar att det saknas en fungerande struktur för samordning och att lokala eller regionala riktlinjer för detta bör utformas för att skapa en mer jämlik vård.

MIKAMOTTAGNINGEN I GÖTEBORG: Mottagning för personer med erfarenheter av sex mot ersättning

Mikamottagningen i Göteborg erbjuder stöd och hjälp till en målgrupp som ofta befinner sig i en mycket svår livssituation. Många har sedan tidigare kontakt med vården eller socialtjänsten och har erfarenheter av olika typer av övergrepp tidigare i livet. Det är också vanligt med psykisk ohälsa och pågående våldsutsatthet hos målgruppen.

På Mikamottagningen finns medarbetare som har stor erfarenhet av målgruppen, och är vana vid att stötta människor i social utsatthet. Mottagningen erbjuder samtalsbehandling och psykosocialt stöd. Arbetet är individanpassat, så att den stödsökande får hjälp utifrån sina behov. Generellt innefattar stödet tre faser där den första fasen syftar till yttre och inre stabilisering i vardagen. Nästa fas syftar till att bearbeta svåra händelser, och i den tredje fasen ligger fokus på att blicka framåt. Utgångspunkten är ett relationellt förhållningssätt, där den stödsökande ges möjlighet att bygga upp ett förtroende för sin behandlare.

Då många har behov av insatser från flera aktörer hjälper Mikamottagningens personal till att initiera och samordna insatser på olika sätt. Exempelvis kan de hjälpa till med myndighetskontakter och följa med till besök i vården.

Om mottagningen

Plats: Öppenvårdsmottagning centralt i Göteborg, inom socialtjänsten

Öppnande: 1981

Målgrupp: Personer med erfarenhet av sex mot ersättning, sexuellt självskaдебeteende och/eller som varit utsatta för människohandel för sexuella ändamål. Oavsett ålder eller könsidentitet. Även anhöriga erbjuds stöd

Sökväg: Mottagningen har öppet under kontorstid och personer söker direkt, via telefon eller mail

Kompetens: Fem samtalsbehandlare med socionom/socialpedagogutbildning och grundläggande psykoterapiutbildning

Upptagningsområde: Göteborgs kommun

Antal besök: Omkring 180 personer årligen, varav cirka 100 är nybesök

”För den här målgruppen är det är det ett långsiktigt och relationellt arbete som måste till. Eftersom deras tidigare trauman lett till att relationerna blivit förstörda är det ofta nya relationer som kan läka.”

- Samtalsbehandlare på Mikamottagning

Verksamhetens bild av vinsterna med arbetssättet:

- Det relationella förhållningssättet skapar förtroende, tillit och ömsesidig respekt mellan medarbetare och individ.
 - Det psykosociala arbetet och samverkan med viktiga verksamheter för individen, inom exempelvis sjukvård, psykiatri, socialtjänst och sysselsättning, skapar ett allsidigt och samordnat stöd för individen.
 - Den traumafokuserade och individuellt anpassade behandlingen gör att individen får stöd efter behov. Relationen är grunden för att det ska vara möjligt.
-

Vårdens resurser behöver användas mer effektivt för att möta patientbehoven

Att sexuellt våld inte identifieras eller hanteras som en möjlig orsak till ohälsa, leder sannolikt till att många patienter erbjuds vård och behandling som i viss mån är missriktad. Utöver lidande för patienten ger detta upphov till ett ineffektivt resursanvändande.

Tidigare studier visar att personer som har blivit utsatta för sexuella övergrepp generellt söker mer vård än den allmänna befolkningen. [54] Som nämnts är det sällan uttalat att patienten har erfarenhet av sexuellt våld, och därför härleder varken patient eller personal ohälsan till tidigare övergrepp. Det kan resultera i många och utförliga undersökningar och behandlingar som inte ger resultat.

Ett exempel är patienter i specialistpsykiatrin. Flera intervjupersoner beskriver hur patienter behandlats under lång tid, ibland 10–15 år, utan att erfarenhet av sexuellt våld identifierats, eller att patienten fått behandling för traumat. Intervjupersoner hänvisar till exempel där de sett att dessa patienter kan få minskade symptom och höjd livskvalitet då kopplingen till erfarenhet av sexuellt våld identifieras och behandling erbjuds med detta som utgångspunkt.

På ASTA-mottagningen i Umeå, som är del av specialistpsykiatrin, behandlas patienter som tidigare varit utsatta för sexuellt våld. En uppföljning från mottagningen visade att 77 procent av deras patienter kunde lämna specialistpsykiatrin efter avslutad behandling, utan att återkomma nästföljande år. Detta bedömer ASTA-mottagningen är en högre andel än förväntat om samma patienter fått behandling utan fokus på sexuellt våld.

Därtill visar flera studier att sexuellt våld mot kvinnor ger upphov till betydande samhällskostnader. [28] [55] Förutom vården påverkas socialtjänst, rättsväsende, kvinno- och brottsofferjourer, Försäkringskassan och andra myndigheter. [56] I de fall sexuellt våld leder till frånvaro från arbete uppstår indirekta kostnader i form av produktionsbortfall, vilket påverkar samhället i stort.



Vägar framåt

I det här kapitlet föreslås tre möjliga vägar framåt för att förbättra vården för personer som utsatts för sexuellt våld. Förslagen kan fungera som riktning inför beslut om vårdens utveckling, men måste anpassas efter regionala och lokala förutsättningar.

Tre vägar framåt:

- › Tydliggör roller, ansvar och processer för patientgruppen
- › Stärk medarbetarnas kompetens om sexuellt våld och dess konsekvenser
- › Sammanställ kunskapsläget för vården av patienter med komplex problematik

Tydliggör roller, ansvar och processer för patientgruppen

Kartläggningen visar att roller, ansvar och processer för patienter med erfarenhet av sexuellt våld behöver tydliggöras. Det är angeläget för att det ska bli tydligare vilket stöd som erbjuds och var, men också för att säkerställa ett högkvalitativt omhändertagande som möter patientgruppens behov. Kartläggningens resultat pekar på att den typen av åtgärder kan motiveras både ur ett patientperspektiv och ett system-/effektivitetsperspektiv.

Patientgruppen kan behöva insatser från flera aktörer, så väl inom hälso- och sjukvården som utanför. Förtydligandet av roller, ansvar och processer behöver göras utifrån en helhetssyn av patientens behov från alla dessa aktörer. För att närmare beskriva detta har den fortsatta diskussionen delats upp i två avsnitt; ett rörande tydliggörandet inom hälso- och sjukvården, och det andra rörande tydliggörandet mellan hälso- och sjukvården och andra aktörer.

Tydliggör roller, ansvar och processer inom vårdens verksamheter

Kartläggningen pekar på att det ofta finns strukturer och processer inom vården för det akuta omhändertagandet efter sexuellt våld, men att det är särskilt angeläget att förtydliga roller, ansvarsfördelning och processer för vård i senare skeden. Omhändertagandet behöver ha en tydlig hemvist och verksamheter som har i uppdrag att erbjuda vård för denna patientgrupp bör ha fått ansvaret tydliggjort. Detta kan ske på flera olika sätt, och det behövs anpassade lösningar utifrån regionala förutsättningar och behov. Målsättningarna bör dock i stor utsträckning vara gemensamma för alla regioner och fokusera på en stärkt kvalitet i omhändertagandet.

Vårdkedjan behöver utvecklas utifrån patientgruppens behov

Denna kartläggningen visar att det finns flera viktiga målsättningar som bör eftersträvas då vårdkedjan utvecklas för att bättre möta patientgruppens behov.

- › **Säkerställa att medarbetare har ändamålsenlig kompetens:** Vården bör erbjudas på enheter där det finns förutsättningar för att vårdpersonal ska kunna utveckla och bibehålla kompetens kring insatser som kan krävas efter sexuellt våld, exempelvis inom spårsäkring, samverkan med socialtjänst samt bemötande av vanliga reaktioner hos personer som utsatts för sexuellt våld. Detta gäller såväl den akuta som icke-akuta vården, där det psykosociala stödet behöver utgå från kunskap om hur sexuellt våld kan påverka mående, funktionsnivå och beslutsfattande. Det är alltså en fördel om patientunderlag och kompetens samlas i den mån det är möjligt, men även utbildningsinsatser, tydliggjorda rutiner och löpande återkoppling utifrån en systematisk uppföljning är viktiga åtgärder för att säkerställa att medarbetare har ändamålsenlig kompetens.
- › **Säkerställa ett allsidigt omhändertagande oavsett i vilket skede patienten söker vård:** I akutskedet handlar detta främst om att samordna medicinsk och psykosocial uppföljning efter det akuta besöket, för att tillgodose patientens behov. Detta kan uppnås genom att hålla samman uppföljningen i en och samma verksamhet men även genom en strukturerad samverkan mellan flera enheter.

Eftersom behoven skiljer sig åt inom patientgruppen är det också viktigt att det finns en bredd av kompetenser tillgängliga i olika skeden av vården; bland annat behövs ofta gynekologisk, psykoterapeutisk, sexologisk, fysioterapeutisk och psykiatrisk kompetens. Det betyder inte nödvändigtvis att alla kompetenser behöver samlas inom samma verksamhet, men tydliga uppdrag och rutiner bör finnas på plats för att utifrån patientens behov kunna involvera rätt kompetens. Detta kan exempelvis ske genom samverkan mellan flera kliniker, gemensamma tvärprofessionella ronder eller konsultationer.

- › **Säkerställa tillgång till traumabehandling:** För patienter som är i behov av traumabehandling med anledning av sexuellt våld behövs en förbättrad tillgänglighet. Då traumabehandling erbjuds inom såväl primärvård som psykiatri behövs en tydlig samordning så att patienters tillgång säkras och vårdnivån anpassas efter patientens behov. Inom specialistpsykiatrin bör det vidare säkerställas att traumabehandling kan anpassas och erbjudas vid samsjuklighet med andra psykiatriska diagnoser och tillstånd.

Vårdkedjan behöver utformas utifrån lokala förutsättningar

De målsättningar som beskrivits ovan kan uppnås på flera olika sätt. Beroende på de lokala förutsättningarna kan olika organisationsformer vara mer eller mindre fördelaktiga. Exempelvis kan en lösning som fungerar väl i storstadsområden vara mindre ändamålsenlig ur ett landsbygds- eller glesbygds-perspektiv.

Faktorer som kan påverka vilken organisationsform som är fördelaktig är bland annat regionens geografi, befolkningstäthet och tillgång till olika kompetenser. Exempelvis påverkas förutsättningarna för att samla kompetens av vilka avstånd som patienter kan förväntas resa för att komma i kontakt med vården, vilket i sin tur kan skilja sig åt för patienter som söker vård i ett akut skede efter övergrepp jämfört med de patienter som är i behov av en mer långvarig kontakt i ett senare skede. Andra faktorer som påverkar vilken organisation som är ändamålsenlig kan vara vilka kompetenser som finns tillgängliga idag, och befintliga rutiner och förutsättningar för samverkan mellan olika enheter. Kan till exempel en mer specialiserad kompetens stödja flera verksamheter, genom att ambulera mellan enheter alternativt bistå med stöd till andra enheters medarbetare? Vårdverksamheternas förutsättningar för och erfarenhet av andra arbetssätt, som exempelvis digitala besök, kan också ha betydelse för vilka strukturer som lämpar sig bäst för att säkerställa en god vård i den enskilda regionen. Utformningen av organisation och arbetssätt behöver därför utgå från en lokal analys av förutsättningarna i respektive region.

Det är angeläget att tydliggöra "vägen in" i vårdkedjan

Utifrån den tydliggjorda vårdkedjan är det viktigt att information sprids om vilken vård som erbjuds denna patientgrupp. För patienten behövs lättillgänglig information om sökvägar till berörda verksamheter, exempelvis via 1177.se, för att det ska vara tydligt att det finns hjälp att få. Information behöver även spridas inom vården för att tydliggöra för medarbetare vart patienter kan hänvisas, så att de hamnar rätt oavsett var de söker.

För att i högre utsträckning även fånga upp patienter som utsatts för sexuellt våld men som söker för annan ohälsa behövs rutiner för att ställa frågor

om sexuellt våld. NCK har utvecklat flera underlag och utbildningsmaterial kring att ställa frågor om våld som en del av anamnesen, vilka kan användas som underlag för utformning av lokala riktlinjer och rutiner. [55] Därutöver kan det vara motiverat att utreda behovet av att införa screening i fler av vårdens verksamheter på motsvarande sätt som i mödrahälsövården.

ÖVERGREPPSMOTTAGNINGAR I NORGE: Ett specialiserat omhändertagande över hela landet

I Norge har arbetet med att utveckla vården för personer som utsatts för sexuellt våld pågått sedan mitten av 80-talet. Redan 1986 bildades den första övergreppsmottagningen i Oslo och därefter följde övriga större städer. Utvecklingen drevs initialt av lokala beslutsfattare men under 2000-talet fattades ett nationellt beslut om att alla kommuner skulle ha tillgång till en övergreppsmottagning och ett kriscentrum (vilket kan liknas vid en kvinnojour). Initialt skulle mottagningarnas verksamhet även innefatta våld i nära relation men senare avgränsades arbetsområdet, under protester från många verksamma, till enbart sexuellt våld.

För att uppnå de nationella målen gick kommunerna samman och i dagsläget finns 24 övergreppsmottagningar runt om i landet, minst en i varje region. Ungefär hälften ligger vid sjukhus, som del i en akutmottagning eller gynekologisk avdelning, medan övriga ligger vid en legevakt, en enhet inom den norska primärvården. Efter att det 2013 beslutats att övergreppsmottagningarna skulle vara sjukhusens ansvar bedrivs de som ligger inom primärvården genom avtal med den sjukhusorganisation som de tillhör. Tillsammans tar landets övergreppsmottagningar emot omkring 2 000 besök årligen. Några tar emot patienter som utsatts för våld i nära relation oavsett vilken typ.

Precis som i Sverige är stora geografiska avstånd en utmaning på många håll i Norge. I dagsläget får patienter resa 3–4 timmar som längst för att komma till en övergreppsmottagning. Samtidigt lyfter intervjupersoner på Nationalt Kompetensecenter för Legevaktssmedicin att vissa som bor i små orter föredrar att åka lite längre jämfört med att vården erbjuds på hemorten. Detta då det annars finns risk att de omhändertas av vårdpersonal de känner sedan tidigare, vilket kan vara särskilt svårt då det gäller sexuellt våld.

På alla övergreppsmottagningar kan patienter få en kroppsundersökning, spårsäkring och psykosocialt omhändertagande i ett akut skede, dygnet runt. Läkarna på mottagningarna har särskild utbildning i rättslig dokumentation. Många mottagningar erbjuder också psykosocial uppföljning. På de mindre mottagningarna hänvisas patienten dock vidare för detta, ofta till allmänläkare, kvinnojourer eller ideella föreningar. Formellt finns ingen tidsbegränsning kring när patienten kan söka till en mottagning efter övergrepp, men i praktiken saknar vissa mottagningar kapacitet att följa upp patienter som utsatts tidigare i livet.

Med undantag för de största mottagningarna bedrivs verksamheten i regel på deltid, där medarbetare har annan huvudsaklig sysselsättning, antingen på sjukhuset/vårdcentralen där mottagningen ligger eller så arbetar de någon annanstans och står i beredskap för att bli inkallade till övergreppsmottagningen.

Om mottagningen

Antal: 24 övergreppsmottagningar runt om i Norge

Målgrupp: Personer från 14/16 år som utsatts för sexuellt våld, oavsett när övergrepp skedde

Insatser: Akut omhändertagande med spårsäkring och skadedokumentation samt medicinsk och psykosocial uppföljning. Viss variation mellan mottagningar

Sökväg: Patienter kan själva kontakta mottagningen, eller hänvisas av exempelvis polis, andra vårdgivare eller socialtjänst

Kompetens: Varierar mellan mottagningar men i regel finns läkare och sjuksköterskor.

Vid några mottagningar finns även psykiatrisjuksköterskor och socionomer

Antal besök: I genomsnitt 50–70 patienter årligen per mottagning; totalt 2 000 för samtliga mottagningar. De tre största tar emot cirka hälften, och de minsta omkring 10 patienter årligen

Antal: 24 övergreppsmottagningar runt om i Norge

”Det finns flera aspekter att ta hänsyn till när vården organiseras; geografiska avstånd, kvalitet, diskretion och ekonomi. I Norge diskuteras online- eller telefonbesök som möjliga verktyg, men i dagsläget har den utvecklingen inte kommit så långt. På sikt skulle digitala lösningar kunna användas inte bara för patientbesök utan även av kompetenscentret i stödet till övergreppsmottagningarna.”

- Överläkare på Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin

Intervjupersonernas bild av framgångsfaktorer i det norska systemet:

- Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM) har sedan 2008 ett nationellt ansvar för att utveckla kompetensen inom området och stötta mottagningarna. På nationellt plan har det fastställts att läkare och sjuksköterskor inom legevaktmedisin ska ha utbildning om våld och övergrepp, vilket har stor betydelse då legevakten är första instans för patienter som söker vård akut (såttillvida tillståndet inte kräver ambulans). Dessutom ska alla allmänläkare ha utbildning om våld i nära relation. Förutom att tillhandahålla utbildningar har NKLM även utvecklat kunskapsstöd för övergreppsmottagningarna.
- Åtgärder har vidtagits för att stärka tillgången till kunskap om suicidprevention och trauma. Regionala center har fått uppdrag att driva lokal kompetensutveckling på området och på nationell nivå finns ett kunskapscenter som är specialiserat på komplexa traumorna.
- Uppbyggnaden av de större mottagningarna har skett i samarbete mellan polis, åklagare, socialtjänst och sjukvård. Intervjupersoner på NKLM menar att det här arbetssättet varit viktigt för att bygga en ändamålsenlig verksamhet lokalt. De understryker också att det fortsatt finns behov av att stärka den rättsmedicinska dokumentationen och vidareutveckla den psykosociala delen av insatserna.

Tydliggör ansvarsfördelning, roller och processer mellan hälso- och sjukvården och övriga berörda aktörer

Sexuellt våld rör sig i gränslandet mellan flera av samhällets aktörer. Rättsväsende, hälso- och sjukvård och socialtjänst är exempel på aktörer som utsatta patienter kan behöva ha kontakt med. Ansvarsområdena inom hälso- och sjukvård respektive socialtjänst är ofta närliggande och ibland överlappande och idag råder viss otydlighet kring vem som ska göra vad. Som framgår av bland annat SKR:s yttrande rörande *Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld* (SOU 2018:37) anser SKR att innebörden av begreppen psykosocialt stöd, psykosocial behandling och psykologisk behandling samt gränsdragningen insatserna emellan och ansvarsfördelning mellan socialtjänst och hälso- och sjukvård avseende detta behöver utredas. [57]

Därtill kan socialtjänsten och hälso- och sjukvården stärka sin samordning i det enskilda fallet. Exempelvis behöver det vara tydligt för alla inblandade vem som ska göra vad för patienten, liksom vem som har det samordnande ansvaret. Rörande vissa frågor är ansvarsfördelningen redan idag tydlig, så som att socialtjänsten bedömer och säkerställer insatser för patienters behov av skydd. Även i dessa fall kan dock samordning av insatser utöver skyddsbehovet behöva stärkas. För att uppnå att samordningen blir jämlik och av hög kvalitet är det viktigt med tydliga lokala samverkansrutiner samt användning av verktyg som exempelvis samordnad individuell plan (SIP).

För att bättre kunna stötta patienter som behöver ha kontakt med flera aktörer kan det behövas kunskapshöjande insatser för medarbetare i hälso- och sjukvården om såväl andra aktörers uppdrag, som de förväntningar som finns på vården, exempelvis rörande anmälningsplikt och spårsäkring. Även vårdens förmåga att samordna vård och insatser med andra aktörer kan stärkas, så att exempelvis behandlingsplanen kan anpassas utefter patientens situation under en pågående polisutredning, vårdnadstvist eller flytt.

Stärk medarbetarnas kompetens om sexuellt våld och dess konsekvenser

För att bättre kunna fånga upp, behandla och förebygga ohälsa som orsakats av sexuellt våld finns ett behov av att stärka kompetensen kring sexuellt våld och dess konsekvenser. Det krävs stärkt kunskap om hur samtal om sexuellt våld sker på bästa sätt – i synnerhet i verksamheter med korta patientbesök eller låg personalkontinuitet. Kunskapen behöver också omfatta bemötande och vård av grupper som har särskilda behov efter sexuellt våld.

Att utbildning kring våld numera ingår i flera grundutbildningar skapar förutsättningar för en bred spridning av grundläggande kunskaper om våld

och dess konsekvenser framöver. För att hålla kunskapen levande bland medarbetare i hälso- och sjukvården, och införliva den i den kliniska vardagen är det viktigt att regioner säkerställer att det på lokal nivå finns en kontinuerlig dialog med medarbetare om förekomsten och konsekvenserna av sexuell våld, liksom lokala riktlinjer för hur dessa patienter ska handläggas.

För att uppnå en ändamålsenlig kunskapsnivå kan det vara bra att skilja på kunskapsbehoven i olika verksamheter. En översiktlig indelning beskrivs i tabell 3. Baskunskaper om sexuell våld finns det ett behov av brett bland vårdens medarbetare eftersom patienter som utsatts för sexuell våld finns i många olika verksamheter. I basnivån ingår exempelvis kompetens för att identifiera tecken på sexuell våld och att kunna samtala om det. Det ingår även att känna till vilken behandling som finns att tillgå och var, liksom att kunna hänvisa patienter vidare för vård och behandling vid behov.

På enheter dit patienter hänvisas måste det sedan finnas djupare kompetens, exempelvis kring att göra en bedömning av patientens vårdbehov efter sexuell våld, kunna erbjuda undersökningar (så som spårsäkring), behandling (exempelvis psykoterapi) och stöd. I dessa verksamheter behöver medarbetare dessutom ha kunskap om andra aktörer som tillhandahåller insatser, exempelvis socialtjänst, liksom kunskap om hälso- och sjukvårdens roll i rättskedjan och polisens arbete för dessa patienter.

Slutligen behövs för vissa patienter – de som har svårast eller mest terapiresistenta konsekvenser av det sexuella våldet och eventuellt samtidigt psykiatrisk eller annan samsjuklighet – särskild kompetens kring sexuell våld och dess konsekvenser, inklusive bedömning och behandling av komplex traumatisering och relaterade tillstånd.

TABELL 3. Översikt över kompetensbehov på olika nivåer i vården

Högsta kompetens/specialisering inom sexuell våld	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöma, utreda, diagnostisera, behandla och följa patienter som utsatts för sexuell våld med: <ul style="list-style-type: none"> - Komplex traumatisering - Psykiatrisk eller annan samsjuklighet
Kompetens för att kunna omhänderta patienter utan komplex problematik	<ul style="list-style-type: none"> • Bedöma, utreda, diagnostisera, behandla och följa patienter som utsatts för sexuell våld • Sjukvårdens roll i rättsprocessen • Andra aktörers roll och ansvar
Kompetens för att kunna identifiera sexuell våld	<ul style="list-style-type: none"> • Tecken på sexuell våld • Samtala om sexuell våld • Riskbedömning och anmälningsplikt, socialtjänstens insatser för skydd • Hänvisning vidare vid behov

Sammanställ kunskapsläget för vården av patienter med komplex problematik

Patienter som utsatts för sexuellt våld och har en komplex problematik, antingen avseende samsjuklighet eller stora konsekvenser av traumat, har idag svårt att få tillgång till ändamålsenlig vård och behandling. Detta tycks bland annat bero på den diagnosstyrda strukturen inom specialistspsykiatri, att behandling av annan samsjuklighet prioriteras före behandling av trauma samt att tillgången till medarbetare med kompetens inom traumabehandling är låg på flera håll i landet. Därutöver pekar intervjupersoner på en bristande kunskap och samsyn kring hur komplex PTSD och traumatisering bäst behandlas.

Sammanställ kunskapsläget och identifiera behov av fortsatt forskning

Flera personer med stor klinisk erfarenhet av traumabehandling som intervjuats inom ramen för den här kartläggningen menar att det idag saknas en enhetlig och vedertagen bild av hur traumatiserade patienter som utsatts för sexuellt våld med samtidiga andra symptom bäst bemöts och behandlas. Det finns därför ett behov av att sammanställa det rådande kunskapsläget vad gäller såväl hur som när traumatisering bäst behandlas, då samtidiga diagnoser eller associerade symptom föreligger. Det är även av vikt att ringa in vilka kunskapsluckor som finns och hur dessa kan fyllas i med fortsatt forskning på området.

Utifrån det aktuella kunskapsläget bör relevanta kunskapsstöd utformas

Flera intervjupersoner menar att vården för patienter med komplex problematik eller traumatisering skiljer sig mycket åt idag. De belyser att det saknas en entydig modell för utredning vid såväl PTSD som komplex PTSD, och att risken för feldiagnosticering därför är stor. Det saknas även en entydig och allmänt accepterad standard för hur och när PTSD, komplex PTSD och PTSD med annan samsjuklighet ska behandlas. Detta kan innebära att genomförandet av utredning, bedömning och behandling blir personbundet till behandlarens egna åsikter och erfarenhet. För att skapa en god vård, som är jämlik över landet, bör därför relevanta kunskapsstöd utformas på basen av det sammanställda kunskapsläget.

Referenser

- [1] Brottsbalk (1962:700), Stockholm: Justitiedepartementet.
- [2] Europarådets fördragsserie, ”Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet,” Istanbul, 2011.
- [3] Regeringskansliet, ”Handlingsplan Agenda 2030 – 2018–2020,” 2018.
- [4] Regeringen, ”En nationell strategi för att förebygga och bekämpa mäns våld mot kvinnor,” 2016.
- [5] Högskoleförordning (1993:100), Stockholm: Utbildningsdepartementet.
- [6] Brottsförebyggande rådet, ”Nationella trygghetsundersökningen 2018,” 2019.
- [7] Nationellt centrum för kvinnofrid, ”Våld och hälsa – en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa,” Nationellt centrum för kvinnofrid, 2014:1.
- [8] Nationellt centrum för kvinnofrid, ”Våldets uttryck och mekanismer,” 2020. [Online]. Available: <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/valdets-uttryck-och-mekanismer/>.
- [9] Nationellt centrum för kvinnofrid, ”Våld i nära relationer,” 2019. [Online]. Available: <https://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/vald-i-nara-relationer/vald-i-nara-relationer/>.
- [10] Hellevik P och Överlien C, ”Teenage intimate partner violence: Factors associated with victimization among Norwegian youths,” *Scandinavian Journal of Public Health*, vol. 44, nr 7, pp. 1-7, 2016.
- [11] Johnsson L och Svedin C.G, ”Barn utsatta för sexuella övergrepp på nätet,” Barnafrid, 2017.
- [12] Fredlund C et al, ”Self-reported frequency of sex as selfinjury (SASI) in a national study of Swedish adolescents and association to sociodemographic factors, sexual behaviors, abuse and mental health.,” *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, p. Feb 28;11:9, 2017.
- [13] Folkhälsomyndigheten, ”Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter i Sverige 2017,” 2019.
- [14] Socialstyrelsen, ”Sex mot ersättning - Utbildningsmaterial om stöd och hjälp till vuxna,” Socialstyrelsen, 2015.
- [15] Miller, A, ”Sugar Dating: A New Take on an Old Issue,” *Buffalo Journal of Gender, Law & Social Policy*, vol. 20, pp. 33-68, 2011.

- [16] Örebro universitet, "Mellan relation och prostitution: Sugardejting och omförhandlingen av gränsen mellan ekonomi och intimitet," 2019. [Online]. Available: <https://www.oru.se/forskning/forskningsprojekt/fp/?rdb=p1993>.
- [17] Brottsförebyggande rådet, "Indikatorer på sexualbrottsutvecklingen 2005-2017," Brottsförebyggande rådet, 2019.
- [18] Föreningen Storasyster, "5211 röster om sexuellt våld," 2019.
- [19] Nationellt centrum för kvinnofrid, "Handbok för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp," Nationellt centrum för kvinnofrid, 2008:1.
- [20] Nationellt centrum för kvinnofrid, "Hedersrelaterat våld och förtryck – En kunskaps och forskningsöversikt," Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010:1.
- [21] Socialstyrelsen, "Våld – Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer," 2016.
- [22] Folkhälsomyndigheten, "Sexualitet och hälsa bland unga och unga vuxna inom statlig institutionsvård," 2018.
- [23] Lundgren E et al, "Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsstudie," Fritzes Offentliga Publikationer, 2001.
- [24] Socialstyrelsen, "Blånader och silverhår, Utbildningsmaterial om våld mot äldre kvinnor," Socialstyrelsen, 2014.
- [25] Holmberg et al, "Mäns våld mot missbrukande kvinnor – Ett kvinnofridsbrott bland andra," Stockholm: Mobilisering mot narkotika, , 2005.
- [26] Nationellt centrum för kvinnofrid, "Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning," Nationellt centrum för kvinnofrid, 2013:1.
- [27] Krug EG et al, "World report on violence and health," World Health Organization, Geneva, 2002.
- [28] Nationellt centrum för kvinnofrid, "Antologi: sju perspektiv på våldtäkt," Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010:2.
- [29] Möller A et al, "Tonic immobility during sexual assault – a common reaction predicting posttraumatic stress disorder and severe depression," *Acta Obstet Gynecol Scand*, vol. 96, nr 8, pp. 932-938, 2017.
- [30] Amstadter A B et al, "Prevalence and correlates of service utilization and help seeking in a national college sample of female rape victims," *Journal of Anxiety Disorders*, vol. 24, nr 8, pp. 900-902, 2010.
- [31] Ullman SE et al, "Predictors of PTSD symptom severity and social reactions in sexual assault victims," *Journal of Traumatic Stress*, vol. 14, nr 2, p. 369–89, 2001 Apr.

- [32] Faravelli C et al, "Psychopathology after rape," *American Journal of Psychiatry*, vol. 161, nr 8, p. 1483–5, 2004.
- [33] Michel P et al, "Post-traumatic stress syndrome more and more in focus. Diagnosis and risk factors well defined but still unclear how common the condition is," *Läkartidningen*, vol. 103, nr 72, p. 3369–72, 2006.
- [34] Kaltman S et al, "Psychological impact of types of sexual trauma among college women," *Journal of Traumatic Stress*, vol. 18, nr 5, p. 547–55, 2005 Oct.
- [35] Nelson E et al, "Association between self-reported childhood sexual abuse and adverse psychosocial outcomes: results from a twin study," *Arch Gen Psychiatry*, vol. 59, nr 2, p. 139–45, 2002 Feb.
- [36] Arnow B A, "Relationships between childhood maltreatment, adult health and psychiatric outcomes, and medical utilization," *Journal of clinical psychiatry*, vol. 65, nr 12, p. 10–15, 2004.
- [37] Bengtsson-Tops A et al, "The prevalence of abuse in Swedish female psychiatric users, the perpetrators and places where abuse occurred," *Nordic Journal of Psychiatry*, vol. 59, nr 6, pp. 504-10, 2005.
- [38] Mason F och Lodrick Z, "Psychological consequences of sexual assault," *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, vol. 27, pp. 27-37, 2013.
- [39] Cascardi M och O'Leary K.D, "Depressive Symptomatology, Self-Esteem, and Self-Blame in Battered Women," *Journal of Family Violence*, vol. 7, nr 4, pp. 249-259, 1992.
- [40] Bacchus L et al, "Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence," *Health and Social Care in the Community*, vol. 11, nr 1, pp. 10-18, 2003.
- [41] Atkinson J et al, "Addressing Individual and Community Transgenerational Trauma," i *Working Together: Aboriginal and Torres Strait Islander Mental Health and Wellbeing Principles and Practice*, Commonwealth of Australia, 2014, pp. 289-305.
- [42] Ullman SE, "Social support and recovery from sexual assault: a review.," *Aggression and Violent Behavior*, vol. 4, nr 3, pp. 343-58, 1999.
- [43] Ullman SE, "Anmälan och utredning av sexualbrott. Promemoria av sexualbrottsofferutredningen. Social reactions, coping strategies and self-blame attributions in adjustment to sexual assault.," *Psychology of Women Quarterly*, vol. 20, pp. 505-26, 1996.
- [44] Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, "Riktlinjer för trauma och stress," Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri 2019, 2019.

- [45] Tice L et al, "Sexual abuse in patients with eating disorders," *Psychiatr Med*, vol. 7, nr 4, pp. 257-67, 1989.
- [46] Nanni V et al, "Childhood maltreatment predicts unfavorable course of illness and treatment outcome in depression: A meta-analysis," *American Journal of Psychiatry*, vol. 169, nr 2, pp. 141-51, 2012.
- [47] Campbell R et al, "Secondary victimization of rape victims: insights from mental health professionals who treat survivors of violence," *Violence Vict*, vol. 14, nr 3, p. 261-75, 1999.
- [48] Ullman et al, "Social Reactions to Sexual Assault Disclosure, Coping, Perceived Control and PTSD Symptoms in Sexual Assault Victims," *J Community Psychol*, vol. 42, nr 4, p. 495-508, 2014.
- [49] Campbell R, "The community response to rape: victims' experiences with the legal, medical, and mental health systems.," *American Journal of Community Psychology*, vol. 26, nr 3, pp. 355-79, 1998.
- [50] Socialstyrelsen, "Hälso- och sjukvårdens spårsäkring vid sexualbrott," Socialstyrelsen, 2018.
- [51] 1177, "Våldtäkt, sexuella övergrepp och andra sexualbrott," [Online]. Available: <https://www.1177.se/Vastra-Gotaland/liv--halsa/overgrepp-och-sexuella-trakasserier/valdtakt-sexuella-overgrepp-och-andra-sexualbrott/>. [Använd 28 10 2019].
- [52] Socialstyrelsen, "Nationella indikatorer för god vård," 2009.
- [53] Psykologguiden, "Behandling av trauma," [Online]. Available: www.psykologguiden.se/rad-och-fakta/fa-hjalp/kris-och-trauma/behandling-av-trauma.
- [54] Larkin H et al, "The health and social consequences of adverse childhood experiences (ACE) across the lifespan: an introduction to prevention and intervention in the community," *J Prev Interv Community*, vol. 40, nr 4, pp. 263-70, 2012.
- [55] Nationellt centrum för kvinnofrid, "Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen," Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010.
- [56] Socialstyrelsen, "Kostnader för våld mot kvinnor – En samhälls-ekonomisk analys," 2006.
- [57] Sveriges Kommuner och Landsting, "Yttrande rörande 'Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld' (SOU 2018:37)," Sveriges Kommuner och Landsting, 2018-10-12.

BILAGA 1

Intervjuer

TABELL 4. Förteckning av intervjupersoner

Namn	Organisation
Anna Isaksson	Mikamottagningen i Göteborg
Anna Meschaks	Region Jämtland Härjedalen
Anna Möller	Akutmottagningen för våldtagna, Södersjukhuset
Anna-Lena Näsström	Origo
Anna-ChuChu Schindele	Folkhälsomyndigheten
Annika Johnsson	Region Skåne
Bodil Ehn	Region Blekinge
Carin Jonsson	Region Värmland
Carina Iloson	Västra Götalandsregionen
Carina Wrangebo	RFSL:s Stödmottagning
Camilla Kristensson	Nationellt primärvårdsråd
Cecilia Bødker Pedersen	Föreningen Storasyster
Emma Björkman Molin	Alla Kvinnors Hus
Gita Rajan	Wonsa
Gun Heimer	Nationellt centrum för kvinnofrid
Helle Nessvold	Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NKLM)
Hermine Holm	RISE (Riksföreningen mot incest och andra sexuella övergrepp i barndomen)
Ing-Marie Andrée	Region Sörmland
Ingrid Haglund	Region Jämtland Härjedalen
Jelena Corovic	Socialstyrelsen
Jennie Isakzon	Ungdomsmottagningen Göteborg
Johan Öberg	Region Skåne

Julia Östfeldt	Föreningen Tillsammans
Karin Arnholm	Region Sörmland
Karin Rasper	Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen
Katarina Bergehed	Amnesty International, Sweden
Kina Sjöström	RFSL:s Stödmottagning
Lisa Kron Sabel	Ersta Hopp
Lise-Lotte Risö Bergerlind	NPO Psykisk hälsa
Malin Junker Englund	Föreningen Storasyster
Malin Lindroth	Avdelningen för omvårdnad, Jönköping University
Marie-Louise Wållberg	ASTA-mottagningen, Umeå
Masoumeh Rezapour Isfahani	NPO Kvinnosjukdomar och förlossning
Moa Mannheimer	Socialstyrelsen
Monika Hartig	Akutmottagningen för våldtagna, Södersjukhuset
Nils Lindefors	Region Stockholm
Olga Persson	Unizon
Sofie Fermelin	Patientföreningen Medusa
Åsa Kastbom	Region Östergötland
Åsa Witkowski	Nationellt centrum för kvinnofrid

BILAGA 2

Referensgrupp

TABELL 5. Förteckning över referensgrupp

Namn	Organisation
Anna Isaksson	Mikamottagningen i Göteborg
Anna Möller	Akutmottagningen för våldtagna, Södersjukhuset
Anneli Okerman	Kommunförbundet Västernorrland
Annika Emricsson	Mikamottagningen i Göteborg
Camilla Kristensson	Nationellt primärvårdsråd
Gun Heimer	Nationellt centrum för kvinnofrid
Jelena Corovic	Socialstyrelsen
Julia Östfeldt	Föreningen Tillsammans
Karin Rasper	Kunskapscentrum för sexuell hälsa, Västra Götalandsregionen
Lise-Lotte Risö Bergerling	NPO Psykisk hälsa
Marie-Louise Wållberg	ASTA-mottagningen Umeå
Masoumeh Rezapour Isfahani	NPO Kvinnosjukdomar och förlossning
Moa Mannheimer	Socialstyrelsen
Monika Hartig	Akutmottagningen för våldtagna, Södersjukhuset
Tove Corneliussen	Västra Götalandsregionen
Åsa Kastbom	Region Östergötland
Åsa Witkovski	Nationellt centrum för kvinnofrid

Vården vid sexuellt våld

NULÄGE OCH VÄGAR FRAMÅT

Sexuellt våld är utbrett i befolkningen och leder till stora konsekvenser för såväl individer som för samhället i stort. I de flesta fall handlar det om mäns våld mot kvinnor, men även män och transpersoner drabbas. För den som utsätts kan våldet ha stor påverkan på den psykiska och fysiska hälsan, både på kort och lång sikt. Därför är det angeläget att de som utsätts får stöd och hjälp att läka och att få upprättelse. I detta har hälso- och sjukvården en viktig roll.

I den här rapporten har SKR gjort en nationell kartläggning av vården för personer som utsätts för sexuellt våld. Rapporten pekar ut sex förbättringsområden och tre vägar framåt. Rapporten riktar sig främst till beslutsfattare och är tänkt som underlag inför prioriteringar på området.

ISBN 978-91-7585-876-0

Beställ eller ladda ner på webbutik.skr.se

Post: 118 82 Stockholm | Besök: Hornsgatan 20

Telefon: 08-452 70 00 | skr.se



**Sveriges
Kommuner
och Regioner**