
RAPPORT

Att identifiera och arbeta med utsatthet för våld bland personer med funktionsnedsättning

Lärdomar från kommuner och regioner

Åsa Källström, Hermella Amlakie, Züleyha Yildirim,
Sofie Adaszak, Filippa Klint, Lisette Farias Vera,
Johanna Gustafsson & Marie Holmefur

Working Papers and Reports Social work 27 | ÖREBRO 2022
ISBN 978-91-87789-76-2



Editors: Björn Johansson and Daniel Uhnoo

Att identifiera och arbeta med utsatthet för våld bland personer med funktionsnedsättning – lärdomar från kommuner och regioner

Working Papers and Reports Social work 27



ÅSA KÄLLSTRÖM, HERMELLA AMLAKIE, ZÜLEYHA YILDIRIM,
SOFIE ADASZAK, FILIPPA KLINT, LISETTE FARIAS VERA,
JOHANNA GUSTAFSSON & MARIE HOLMEFUR

**Att identifiera och arbeta med utsatthet för våld bland
personer med funktionsnedsättning – lärdomar från
kommuner och regioner**

© Åsa Källström, Hermella Amlakie, Züleyha Yildirim,
Sofie Adaszak, Filippa Klint, Lisette Farias Vera,
Johanna Gustafsson & Marie Holmefur, 2022

Titel:

Att identifiera och arbeta med utsatthet för våld bland personer med
funktionsnedsättning – lärdomar från kommuner och regioner

Utgivare: Örebro University 2022

www.oru.se/publikationer

December/2022

ISBN 978-91-87789-76-2

Vi vill rikta vårt varma tack till de yrkespersoner som låtit sig intervjuas av oss och till Myndigheten för Delaktighet som finansierat denna undersökning.

Författarna
2022-12-15

Innehåll

Sammanfattning

1. Inledning	1
Uppdraget	1
Syfte	1
Målgrupper.....	1
Utgångspunkter för uppdraget	1
Funktionsnedsättning och utsatthet för våld i nära relationer.....	1
Personer med funktionsnedsättning – särskilda risker och utmaningar	3
Det offentligas ansvar för att skydda och stödja våldsutsatta med funktionsnedsättning4	
Socialtjänstens ansvar och utmaningar	4
Hälsa- och sjukvårdens ansvar och utmaningar	6
Undersökningens perspektiv och avgränsningar	7
Ett intersektionellt perspektiv	8
2. Genomförandet av uppdraget – undersökningsmetoden	10
Intervjuguider	10
Urval i kommuner	10
Bortfall i kommuner	10
Urval i regioner	11
Bortfall i regioner	12
3. Resultat: Kommuners arbete med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning	14
LSS-handläggare inom kommun	14
Utmaningar	14
Strategier	17
LSS-handläggarnas förslag till förbättringsområden och önskemål.....	19
Yrkespersoner i utförarverksamhet inom kommun.....	20
Utmaningar	20
Strategier	22
Utförarnas förslag till förbättringsområden och önskemål	26
Chefer och andra ledare inom kommun.....	27
Utmaningar	27
Strategier	31
Chefernas och ledarnas förslag till förbättringsområden och önskemål	35

Slutsatser om kommuners arbete med våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning.....	36
Lagarna och kommunernas arbete med våldsutsatthet bland patienter med funktionsnedsättning.....	37
4. Resultat: Regioners arbete med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning inom regioner.....	39
Arbetsterapeuter inom region.....	39
Utmaningar	39
Strategier	41
Arbetsterapeuternas förslag till förbättringsområden och önskemål	42
Sjuksköterskor inom region.....	43
Utmaningar	43
Strategier	45
Sjuksköterskornas förslag till förbättringsområden och önskemål	48
Barnmorskor inom region	51
Utmaningar	51
Strategier	52
Barnmorskornas förslag till förbättringsområden och önskemål	55
Kuratorer inom region.....	55
Utmaningar	55
Strategier	59
Kuratorernas förslag till förbättringsområden och önskemål	62
Slutsatser om regioners arbete med våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning.....	64
Lagarna och regionernas arbete med våldsutsatthet bland patienter med funktionsnedsättning.....	64
5. Övergripande slutsatser och rekommendationer	67
6. Diskussion	70
De våldsutsatta klienterna, brukarna och patienterna i undersökningen.....	70
Yrkespersoner, verksamheter och klient- och patientgrupper	71
Samverkan.....	72
De intersektionella faktorernas betydelse	73
Kognitiva funktionsnedsättningar och trauma-anpassat arbete	74
Undersökningens begränsningar	75
Referenser.....	77

Sammanfattning

Denna rapport, som skrivits på uppdrag av Myndigheten för delaktighet, handlar om regioners och kommuners erfarenheter av att identifiera och arbeta med utsatthet för våld bland personer med funktionsnedsättning. Som underlag för rapporten har intervjuer genomförts med 31 yrkespersoner inom kommunal verksamhet och 20 yrkespersoner inom regional verksamhet.

Kommuners arbete med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning

I intervjuerna med de kommunala representanterna framkommer det att personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS ofta inte anses falla under andra instansers ansvarsområde, utan eventuella problem ska hanteras av LSS-verksamheten, oavsett problemets natur eller omfång. När det gäller våldsutsatthet kan detta synsätt medföra att personer med funktionsnedsättning inte får det stöd som de är berättigade till enligt socialtjänstlagen, och inte heller det stöd de behöver för att hantera våldsutsattheten.

Det framkommer också att det finns speciella former av våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning som kan vara svåra att identifiera och hantera. Detta gäller särskilt våldsutsatthet i förhållande till självbestämmande och omsorg, i situationer där det saknas insyn. En sådan speciell form av våldsutsatthet är den beroendeställning som brukare står i till närstående som samtidigt är deras personliga assistenter eller gode män.

De lagrum som styr anmälnings- och rapporteringsskyldigheten verkar ha implementerats i kommunala verksamheter. Våra intervjuer visar dock att det råder en brist på tydliga rutiner och riktlinjer för när och hur frågan om våld ska ställas till personer med funktionsnedsättning inom funktionshinderomsorgens utredande och utförarverksamheter och en avsaknad av handgriplig information om hur de ska stödja våldsutsatta vuxna personer med funktionsnedsättning samt en brist på utbildning om våldsutsatthet hos målgruppen, vilket tyder på att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer inte har implementerats tillräckligt i funktionshinderomsorgens verksamheter som genomför insatser enligt SoL. Vidare verkar bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt utgör hinder för samverkan med andra huvudmän kring stöd- och hjälpinsatser för den våldsutsatta. Även den enskildes självbestämmanderätt verkar hindra yrkespersoner inom kommunal verksamhet från att vidta nödvändiga skydds- och stödåtgärder för att hjälpa våldsutsatta vuxna personer med funktionsnedsättning. Intervjuerna indikerar även att socialnämnden inte tillräckligt klarar sitt ansvar att tillgodose våldsutsatta personer med funktionsnedsättnings behov av skydd och stöd.

Regioners arbete med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning

De flesta regionala representanterna lyfter fram att de ofta saknar information om patientens funktionsnedsättning, liksom om patientens individuella behov som är relaterade till funktionsnedsättningen. Detta framkommer sällan i remisser eller vid inskrivningar i vården, vilket riskerar att försvåra arbetet med att stödja våldsutsatta patienter, undantaget habiliteringens verksamheter som fokuserar på funktionsnedsättningens konsekvenser, men inte på våldsutsatthet.

Det finns god traumakompetens inom hälso- och sjukvården, med fungerande rutiner för att stödja vid trauma, men kompetens kring funktionsnedsättningsrelaterade behov varierar. Om inte kompetens kring exempelvis funktionsnedsättningsrelaterade kommunikationsmetoder

finns kan påverka den vård som personer med funktionsnedsättning får, trots att verksamheten i övrigt har tillfredsställande förutsättningar till god vård.

Våra intervjuer indikerar att de regionala representanterna vid indikation på att ett barn utsätts för våld eller bevittnar våld gör en orosanmälan till socialtjänsten. Men en betydande del av de intervjuade regionala representanterna uppger att de vid kontakt med personer med funktionsnedsättning inte vet hur de ska samtala om och upptäcka våld samt ge stöd om de utsätts för våld. På många arbetsplatser saknas särskilda rutiner, riktlinjer eller handlingsplaner för våld mot målgruppen och frågan om våld sällan tas upp på arbetsplatserna. De regionala representanterna vet inte hur och när de ska ställa frågor kring våld i syfte att upptäcka personer med funktionsnedsättning som är våldsutsatta eller barn till dessa som möjligtvis bevittnat våld. Med undantag för en traumainriktad verksamhet tillgodoses sällan barnets behov av information om våld inom hälso- och sjukvården. Våra intervjuer visar också att åtgärder kring en patient kan motverka varandra inom vissa av hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Slutsatser och rekommendationer

Vissa teman återkommer i intervjuerna med de olika yrkesgrupperna och verkar därmed relevanta på en nivå som övergriper de specifika yrkesfälten. När det kommer till utmaningar i arbetet med utsatthet för våld mot personer med funktionsnedsättningar belyser deltagarna att det inte finns – eller att du inte känner till – anpassade verktyg eller stödmaterial att använda i mötet med de utsatta. Detta försvårar identifikation och riskbedömning av våldet. Dessutom lägger detta ett ansvar på yrkespersonen som individ att ha och förmedla kunskap om olika definitioner av våld på ett sätt så att personen med funktionsnedsättning förstår.

De olika yrkesgrupperna som representeras i undersökningen arbetar under olika lagrum med olika uppdrag. Gemensamt är dock också deras upplevelser av att organisatoriska strukturer saknas för att hantera frågor om våldsutsatta personer med funktionsnedsättningar. Tid att prata om våld i mötet med personen, rutiner för identifikation och rutiner för samverkan är några exempel på detta. Gemensamt uttrycker de också att det är otydligt vem som bär ansvaret för att upptäcka och stötta dessa personer.

Då flera personer som intervjuats, trots otydligheten i uppdragen och lagrummen, berättade att de ändå arbetar med våldsfrågan med personer med funktionsnedsättningar så framkom liknande strategier för detta över yrkesgrupperna. Strategier som att anpassa sitt språk, använda bildstöd och lyssna uppmärksamt på signaler på våldsutsatthet var vanliga metoder i mötet med klienter, brukare och patienter.

Av dessa återkommande teman drar vi följande slutsatser:

- Det saknas professioner som har en integrerad kompetens kring personer med funktionsnedsättning och våld. Detta gör att personer med funktionsnedsättning riskerar att inte identifieras eller få bästa möjliga skydd och stöd för att hantera våldsutsatthet.
- Rutiner vid misstanke om eller identifierad våldsutsatthet kan behöva anpassas för att möta de specifika former av våld som personer med funktionsnedsättning kan utsättas för.
- Ledarskap är viktigt för att skapa organisationer som kan identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning genom att skapa förutsättningar för kompetenshöjande aktiviteter, implementera rutiner och arbetssätt och skapa fungerande samverkan.

- Kompetenshöjning kring hur funktionsnedsättning och våldsutsatthet relaterar till varandra och de former av våld som personer med funktionsnedsättning kan utsättas för är viktigt för att kunna identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning.
- En fungerande interprofessionell och interorganisatorisk samverkan är central för att kunna stödja våldsutsatta personer med funktionsnedsättning, men är idag svår att etablera utifrån att det saknas tillräcklig kunskap om varandras uppdrag och verksamhet, liksom tillit mellan professioner och verksamheter.
- Nuvarande arbetsorganisering och arbetsbelastning påverkar möjligheterna att identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning.
- I arbetet med att identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning behövs lättillgängliga och anpassade verktyg, framför allt kommunikationsverktyg, såsom samtalsmetoder eller kommunikationsstöd som är anpassade efter målgruppens behov.

Mot bakgrund av våra resultat rekommenderar vi att:

- 1) Personal inom LSS-verksamheter ges tydliga riktlinjer om hur och när personal ska ställa frågor om våldsutsatthet. Riktlinjerna bör utvecklas av ett övergripande statligt organ eftersom det annars riskerar att bli fortsatt stora lokala variationer. Socialstyrelsens föreskrifter framhåller tydligt att verksamheter ska ställa frågor om våld. För att underlätta verksamheternas uppdrag gällande våld behöver Socialstyrelsen också tillhandahålla material, exempelvis allmänna råd och handböcker.
- 2) Ansvarsfördelningen mellan de olika verksamheternas uppdrag kring våld utreds och förtydligas. En utredning behöver initieras av regeringen där LSS-lagstiftningen ses över i förhållande till ansvar för att identifiera och hantera våld bland personer med funktionsnedsättning.
- 3) Skyddade boenden ska kunna ta emot personer med funktionsnedsättning och ge stöd utifrån funktionsnedsättningsrelaterade behov. Informationen om skyddade boenden ska vara tillgänglig för alla.
- 4) Kompetensinsatser, som utgår från ett integrerat perspektiv på våld och funktionsnedsättningsrelaterade behov, utvecklas och blir en prioriterad del i kompetenshöjande insatser inom alla de verksamheter och instanser som verkar för att identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning.

1. Inledning

Uppdraget

Myndigheten för delaktighet (MFD) är en kunskapsmyndighet som verkar för att främja funktionshinderpolitikens mål om full delaktighet i samhället för personer med funktionsnedsättning. MFD arbetar också för att utveckla kunskap om levnadsvillkoren för personer med funktionsnedsättning samt utveckla stöd till verksamheter inom olika samhällsområden, med avsikten att öka tillgängligheten i samhället.

Regeringen har gett ett uppdrag till MFD kring personer med funktionsnedsättning och våld, och inom ramen för detta har MFD beslutat om att genomföra en kvalitativ undersökning, som en del i flera kunskapsutvecklande aktiviteter. Denna rapport är en del av detta uppdrag.

Syfte

Syftet med projektet är att ge en fördjupad bild av kommuners och regioners arbete för att förebygga och upptäcka våld mot personer med funktionsnedsättning.

Syftet är vidare att identifiera det eventuella arbete som görs med att ge skydd och stöd till personer med funktionsnedsättning som utsatts för våld, samt faktorer som har betydelse för att förebygga och upptäcka våld mot personer med funktionsnedsättning liksom att belysa hinder, utvecklingsbehov och förbättringsmöjligheter såsom framgångsfaktorer och goda exempel.

Syftet med projektet är även att belysa betydelsen av att kommuner och regioners generella arbete med våld inkluderar ett funktionshinderperspektiv liksom att deras arbete med stöd och insatser till personer med funktionsnedsättning också inkluderar ett våldsperspektiv.

Målgrupper

Undersökningen inriktar sig mot chefer, handläggare och omsorgspersonal inom funktionshinderomsorgen i ett antal kommuner samt yrkesverksamma inom hälso- och sjukvården i ett antal regioner för att presentera en helhet som kan exemplifieras genom att delar av enskilda kommuners och regioners arbete beskrivs. Undersökningen genomfördes med semistrukturerade djupintervjuer med anställda inom den del av den kommunala förvaltningen som arbetar med stöd till personer med funktionsnedsättning och med yrkesverksamma inom hälso- och sjukvård i regionerna.

Utgångspunkter för uppdraget

Funktionsnedsättning och utsatthet för våld i nära relationer

Forskning visar att personer med funktionsnedsättning, särskilt personer med intellektuella eller neuropsykiatriska funktionsnedsättningar löper en högre risk att bli utsatta för våld i

nära relationer (Hughes m fl 2011; Hughes m fl 2012; Mikton m fl 2014; Breiding m fl 2015; Weiss m fl 2018; Bowen m fl 2019; Wymbs m fl 2019). Svenska undersökningar av Handu (2007) visar att av drygt 1000 kvinnor med olika funktionsnedsättningar, där knappt 15 % var kvinnor med intellektuella funktionsnedsättningar, hade drygt hälften någon gång utsatts för våld från tidigare partner och en tredjedel av kvinnorna uppgav att de hade blivit utsatta för hot, våld eller sexuella trakasserier av män. En av tio kvinnor uppgav även att de blivit tvingade till någon form av sexuell aktivitet av män i deras omgivning.

Tidigare nordisk forskning visar att våldets omfattning och karaktär skiljer sig åt beroende på kön, ålder och typ av funktionsnedsättning (Nordens välfärdscenter 2016). Till exempel blir kvinnor med intellektuella och psykiska funktionsnedsättningar i högre utsträckning utsatta för sexuella övergrepp än kvinnor med andra funktionsnedsättningar (Brå 2007). Kvinnor med funktionsnedsättning riskerar också att utsättas för våld eller övergrepp av personal inom vård och omsorg (NCK 2013) När det gäller våldsutsattheten för män med funktionsnedsättning tycks kunskapsläget vara bristande utifrån att tidigare studier främst fokuserat på kvinnor. Den knappa forskning som finns indikerar att män med funktionsnedsättning i högre grad blir utsatta för våld inomhus jämfört med totalbefolkningen (Brå 2007).

Våld mot personer med funktionsnedsättning utmärker sig i den bemärkelsen att de kan utsättas för fler typer av våld jämfört med andra, vilket benämns som funktionshinderrelaterat våld (NCK 2013). Funktionshinderrelaterat våld avser det våld som riktas mot funktionsnedsättningen eller de särskilda behov som följer av funktionsnedsättningen. Som exempel kan våld utövas genom att undanhålla information, medicin eller hjälpmedel.

Den typ av våld i nära relationerna en person med funktionsnedsättning kan utsättas för kan vara såväl inom familjen som en vän eller en vårdgivare eller annan boende på särskilt boende. Personer med funktionsnedsättning en särskild riskgrupp för att bli utsatta för våld i nära relation på grund av faktorer som exempelvis fysiskt och ekonomiskt beroende av andra, social isolering och upplevd sårbarhet hos våldsutövaren (Hughes m fl 2011; Hughes m fl 2012; Mikton m fl 2014; Breiding m fl 2015; Weiss m fl 2018; Bowen m fl 2019; Wymbs m fl 2019). För personer med exempelvis intellektuell funktionsnedsättning finns en ökad risk att utsättas för våld som kan vara relaterad till ett relativt stort beroende av andra, ett relativt litet socialt nätverk eller att personen har andra sjukdomar som också ökar risken (Johansson & Östlund 2022).

Risken för utsatthet ökar ytterligare genom att rapporteringen och identifiering av våld kan vara mer komplex för personer med intellektuell funktionsnedsättning som har svårt att både skydda sig själva, rapportera om våld, tillgodose sig med information och få rätt stöd (Eastgate m fl 2011). Det kan också vara svårare för utsatta med en funktionsnedsättning att själva identifiera och rapportera våldet (Eastgate m fl 2011). Våld bland människor med intellektuell funktionsnedsättning kan också vara särskilt svårt för yrkespersoner att upptäcka eftersom tecknen på våldsutsatthet kan likna symtomen på en kognitiv nedsättning, som exempelvis att personen drar sig undan eller söker stöd från sin omgivning (Johansson & Östlund 2022). Att samtala om våld kan vara utmanande eftersom personer med intellektuell funktionsnedsättning kan ha svårt att redogöra för händelser och förmedla vad de utsatts för (Dong m fl 2014; Malmberg 2013). Det finns därmed en rad faktorer som gör att personer med funktionsnedsättning är särskilt sårbara för att utsättas för våld.

Personer med funktionsnedsättning – särskilda risker och utmaningar

Statistiska Centralbyrån (SCB) uppskattar att omkring 36 % av befolkningen har någon form och grad av funktionsnedsättning. Nästan 11 % har fler än en funktionsnedsättning (SCB 2020). SCB (2020) beräknar att 5,9% av alla vuxna har en rörelsenedsättning, 0,5–1,5 % av befolkningen har en lindrig intellektuell funktionsnedsättning och 2,4 % av alla vuxna har en neuropsykiatrisk diagnos. Ca 1 % av befolkningen har ett autismspektrumtillstånd (Gillberg 2021).

En intellektuell funktionsnedsättning (eller utvecklingsstörning som det benämns i lagstiftning) kan bl a bero på en hjärnskada som påverkar kognitiva funktioner som språk, minne och abstrakt tänkande. Sådan hjärnskada förekommer ofta i kombination med andra funktionsnedsättningar. Av denna grupp med olika grader av intellektuell förmåga har cirka 75% insatser enligt lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS) (Giertz m fl 2021). Den beslutsförmåga som personer med intellektuell funktionsnedsättning har när det gäller stöd och service beskrivs enligt Giertz med kollegor (2021) som ett kontinuum mellan full förmåga och total avsaknad av förmåga att exempelvis minnas på kort och lång sikt, känna igen platser, tidsuppfattning, förstå information och planera sitt handlande, förstå och uttrycka sig, ta ställning till olika alternativ, räkna eller tolka sinnesintryck eller insikt eller omdöme.

Olika typer av funktionsnedsättning kan påverka utsatthet för våld på olika sätt. Kommunikativa funktionsnedsättningar kan försvåra möjligheten att uttrycka och berätta om våld vilket kan försvåra upptäckten av våld. Fysiska funktionsnedsättningar i sin tur, kan innebära en förhöjd risk för våld på grund av ett påtagligt beroende av hjälp från omgivningen för att förflytta eller på annat sätt värna sig (Brå 2007). Att vara beroende av andra personer för sin dagliga livsföring, oavsett typ av funktionsnedsättning, kan innebära en sårbarhet för våld i sig.

Det finns en komplexitet i vad som kan anses vara en vålds- respektive skyddshandling mot personer med funktionsnedsättning i behov av stöd. Inspektionen för vård och omsorg (IVO 2015) framhåller att inom exempelvis verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor och vistas kan en åtgärd endast betraktas som en skyddsåtgärd om personen gett sitt samtycke till den; om inte, är det snarare en tvångs- eller begränsningsåtgärd. Vikten av samtycke är en aspekt som kan vara extra komplicerad för vissa personer med funktionsnedsättning dels på grund av att andra har tillgång till den privata sfären i högre grad när det finns behov av stöd i vardagen, dels för att samtycke ofta tolkas i form av subtila signaler (Gunnarsson 2020). Att läsa av och kommunicera med subtila signaler kan vara svårt för personer med intellektuella funktionsnedsättningar eller autism, likaså att läsa av andras känslouttryck och förstå risker i interaktion (Hejlskov m fl 2012).

I konventionen om rättigheter för personer med funktionsnedsättning är kravet på samtycke påtagligt och genomgående. Exempelvis tolkas i konventionen kvarhållande i vårdinstitutioner mot den enskildes vilja som en kränkning, medan Förenta nationernas (FN) kommitté för mänskliga rättigheter utgår från att en funktionsnedsättning kan motivera ett sådant frihetsberövande under kort tid i vissa situationer om det står i proportion till syftet att skydda individen från skada (Giertz m fl 2021).

Johansson och Östlund (2022) betonar att det kan vara svårt att dra gränsen mellan våld och tvångs- eller begränsningsåtgärder och att regeringsformens formulering "Den offentliga makten ska utövas med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans frihet och värdighet" (SFS 1974:152 1 kap. 2§) ger varje människa rätt att bestämma

över sitt eget liv och fatta självständiga beslut. Nödrätt (24 kap. 4 § BrB) innebär att exempelvis personal som inom vård och omsorg får handla i nöd för att avvärja fara för liv eller hälsa om handlingen står i proportion till den fara som föreligger (Socialstyrelsen 2013). I praktiken kan dock en kognitiv nedsättning begränsa både förmågan att bedöma situationer och att ge samtycke, och i en och samma situation kan hjälp eller stöd från omsorgspersonal uppfattas som ett övergrepp och utebliven hjälp som försummelse (jfr Giertz m fl 2021). Hur en handling ska bedömas beror på hur angelägen och omfattande den är, vilka risker den innebär och hur stor kränkningen är av självbestämmanderätten (Giertz m fl 2021). Att Socialstyrelsens tidigare föreskrifter och allmänna råd om skyddsåtgärder (SOSFS 1992:17) upphört att gälla men inga nya lagar, föreskrifter eller allmänna råd om tvångsåtgärder kunnat antas (Johansson & Östlund 2022) kan tolkas som ett tecken på frågans komplexitet.

Det offentligas ansvar för att skydda och stödja våldsutsatta med funktionsnedsättning

Kommunerna har det yttersta ansvaret för att de som vistas i kommunen får det stöd och den hjälp de behöver enligt Socialtjänstlagen (SoL), Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS) och viss hälso- och sjukvård enligt HSL, medan regionerna ansvarar för det mesta av människors behov av hälso- och sjukvård (Giertz m fl 2021). Kommunens ansvar för att enskilda får det stöd och den hjälp som de behöver innebär dock ingen inskränkning i det ansvar som vilar på andra huvudmän (2 kap. 1 § SoL).

Varje kommun ansvarar för socialtjänsten inom sitt område. Bestämmelser om ansvarsfördelning mellan kommuner finns i 2 a kap. SoL. Huvudregeln är att den kommun där en våldsutsatt person vistas ska ansvara för det stöd som han eller hon behöver. Om den våldsutsatta personen är bosatt i en annan kommun än vistelsekommunen är det bosättningskommunen som har huvudansvaret medan vistelsekommunen enbart ansvarar för att ge stöd och hjälp i akuta situationer (2 a kap. 1–5 §§ SoL).

Hälso- och sjukvårdens olika verksamheter har en viktig roll för att upptäcka och uppmärksamma våld. Hälso- och sjukvården ska också verka för att våldsutsatta personer erbjuds vård och omvårdnad samt hänvisas till hjälp från andra aktörer vid behov. Personal i hälso- och sjukvården behöver ha förmåga att omsätta dessa kunskaper i det praktiska arbetet, se 7 kap. HSLF-FS 2022:39. Till skillnad från SoL, finns inga bestämmelser i HSL, eller patientsäkerhetslagen, PSL, som särskilt uppmärksammar våldsutsatta personer. Vård och behandling av våldsutsatta styrs av de generella regler som gäller vid hälso- och sjukvård.

Socialtjänstens ansvar och utmaningar

Socialtjänsten bär det yttersta ansvaret för att invånarnas behov av hjälp och stöd i kommunen tillgodoses. Det är socialnämnden, som utgörs av politiskt valda ledamöter, som ansvarar för socialtjänstens verksamhet. Till socialnämndens många uppgifter hör bland annat att ge stöd och service samt bistånd till såväl enskilda som familjer som vistas i kommunen. Socialtjänstens verksamhet utformas och styrs i sin tur utifrån SoL, vilket kan beskrivas som en ramlag som grundar sig i helhetsprinciper och riktlinjer (Ekström 2018). Enligt 5 kap. 11-11a § SoL bär socialnämnden särskilt ansvar för att stöd till våldsutsatta som är i behov av hjälp för att

förändra situationer (SFS 2001:453). Socialnämnden ska vidare verka för att bistå våldsutövare med stöd och hjälp för att ändra deras beteende.

I Sverige har socialtjänsten också ett lagstadgat ansvar att verka för personer med funktionsnedsättnings delaktighet i samhället samt ett ansvar att särskilt beakta kvinnor och barn som blivit utsatta för våld (SFS 2001:453). Det innebär att socialtjänsten ansvarar för att tillse att personer med funktionsnedsättning får möjlighet att delta i samhället som andra samt att våldsutsatta får den hjälp som de behöver. Forskning visar dock att socialarbetare saknar kunskap om våld i nära relationer och upplever sig dåligt rustade för att hantera sådana ärenden (Lundberg & Bergmark 2018), särskilt när det gäller personer funktionsnedsättning (Hoppstadius m fl 2021). I en studie genomförd i Storbritannien rapporterade kvinnor med funktionsnedsättning att de vid kontakt med socialarbetare eller andra yrkesverksamma sällan blev ställda frågor om våldsutsatthet. I stället låg fokus ofta på kvinnans funktionsnedsättning och hennes förmåga att hantera vardagen. Flera respondenter uppgav att de själva behövde avslöja att de blev utsatta för våld för att den professionella skulle få kännedom om våldet (Hague m fl 2011).

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (HSLF-FS 2022:39) åligger det socialnämndens ansvar att erbjuda insatser till våldsutsatta personer insatser på akut och lång sikt. Insatserna ska ha sin grund i den utredning och riskbedömning som genomförts. Det finns inga bestämmelser som reglerar vilka insatser som socialnämnden måste erbjuda men enligt Socialstyrelsens allmänna råd bör varje kommun erbjuda information och råd, stödsamtal, hjälp med stadigvarande boende, stöd i föräldraskap, förmedling och hjälp vid kontakt med frivilligorganisationer samt hälso-och sjukvården och andra myndigheter. Vid bedömningen av insatser behöver socialnämnden ta hänsyn till en rad olika faktorer som till exempel funktionsnedsättning eller missbruk för att kunna tillgodose den enskildes behov av hjälp och stöd (Hällen & Sinisalo 2018). Enligt IVO (2014) kan socialnämnden behöva utforma en specifik insats för en enskild individ för att möjliggöra att dennes behov blir tillgodosedda. Att lagstiftning saknas som fastställer vilka insatser som ska erbjudas kan leda till skillnader i vilka insatser som erbjuds våldsutsatta personer på kommunal nivå. Exempelvis visade Ekström (2016) i sin avhandling att insatser för stöd och behandling till våldsutsatta varierar mellan kommunerna. Det framkom att vissa kommuner varken erbjöd stödsamtal eller behandling medan andra kommuner erbjöd samtalskontakt med professionella som hade särskild kompetens inom våld i nära relationer. Det fanns även kommuner som hade tillsatt separata verksamheter för utsatta kvinnor att vända sig till på egen hand, utan krav på biståndsbeslut. Olika kommuners organisatoriska förutsättningar visar sig även vara avgörande för vilka insatser som kan erbjudas. Till skillnad från mindre kommuner, har större kommuner fler ärenden och därmed större möjligheter att skapa specifika team med enheter av arbete med våldsutsatta personer (Ekström 2016).

Förändringen av socialtjänstens organisering de senaste åren har kommit att få stor betydelse för hur insatser mot våld i nära relationer samordnas (Ekström 2018). Socialtjänsten utgörs till stor del numera av specialiserade enheter som riktar mot en särskild "grupp" eller typ av "socialt problem", jämfört med de integrerade arbetsgrupper som tidigare kännetecknat socialtjänsten. Specialiseringen av enheter brukar mötas av kritik från våldsutsatta för att samordningen av de olika insatserna är bristande (Ekström 2018). En kritik som även framkommit i en studie av kommuners arbete kring våld i nära relationer där våldsutsatta kvinnor kritiserat samordningen mellan de olika enheterna av socialtjänsten (Münger 2015).

Det råder föreställningar om socialtjänstens arbete som kan skapa en rädsla och oro hos våldsutsatta (Hällen & Sinsalo 2018). Exempelvis framkommer föreställningar om att våldsutsatta kvinnor som vänder sig till socialtjänsten kommer att få sina barn omhändertagna eller tvingas bryta upp från sin partner. Många våldsutsatta känner även en rädsla för att bli miss-trödda och ifrågasatta av den professionella, eller att deras våldsutövare kommer få känne-dom om deras kontakt med socialtjänsten. Rädslan och oron inför kontakten med socialtjän-ten riskerar därmed att utgöra ett hinder för våldsutsattas hjälpsökande. Ofta vänder sig våldsutsatta personer till socialtjänsten vid akuta situationer, exempelvis då denne utsatts för grovt våld eller när dennes barn eller andra närstående utsatts för våld. Hällen och Sinsalo (2018) menar därmed att det är viktigt att socialtjänsten har tillgång till de resurser som krävs för att erbjuda akut stöd och skydd vid brådskande ärenden.

En studie som undersökte vad som fungerar bra i socialtjänstens arbete kring personer med funktionsnedsättningar som utsatts för våld i nära relationer visade på flera goda exempel (Namatovu m fl 2021). Genom intervjuer med socialarbetare fann forskarna att ett gott ar-bete med frågan krävde koordination och samarbete inom och mellan organisationer. I de fall detta beskrevs som välfungerande så hade någon person tagit rollen som "spindeln i nätet" och samordnat de olika sektorerna som behövt involveras. Dock skedde oftast inte en god samverkan utan personen som var utsatt refererades från professionell till professionell utan att någon kände sig ansvarig för frågan. Dessutom ansåg deltagarna i studien att rutiner för riskbedömning och identifikation saknades i verksamheterna (Namatovu m fl 2021).

Hälso- och sjukvårdens ansvar och utmaningar

SLF-FS 2022:39 reglerar Hälso- och sjukvårdens samt Tandvårdens ansvar i arbetet med våld i nära relationer. Hälso- och sjukvården ska genom sina olika verksamheter tillgodose vålds-utsattas eventuella behov av vård och omvårdnad eller upplysa om stöd- och hjälpinsatser från andra samhällsaktörer (Socialstyrelsen 2016). Forskning visar dock att vårdgivare ofta saknar kunskap om hur våld mot personer med funktionsnedsättning i nära relationer kan ta sig i uttryck (Ballan & Freyer 2017; Ruiz-Perez m fl 2018). Bristen på information om våld och hur hälso-och sjukvårdspersonal kan ställa frågor om våld i nära relationer utgör ett hinder för att upptäcka våld, särskilt mot personer med funktionsnedsättning. På grund av bristande kunskap riskerar vårdgivare att misslyckas med att identifiera våldsutsatta och erbjuda dem adekvat vård (Ballan & Freyer 2017). Det finns därmed ett stort behov av att undersöka hur regioner arbetar för att förebygga och upptäcka våld mot personer med funktionsnedsättning för att bidra med kunskap som kan hjälpa hälso- och sjukvårdspersonal vid möten med per-soner med funktionsnedsättning som utsätts för våld.

Våld mot kvinnor i nära relationer är vanligt förekommande och ger stor påverkan på såväl den fysiska som den psykiska hälsan och behöver därav vara en del i den medicinska anam-nesen (Berglund & Stenson, 2010). Men att fråga om patienten har varit utsatt för våld och övergrepp, hot eller annat beteende som påverkar individens autonomi kan vara ovant till en början. När det är lämpligast att ställa frågor om våldsutsatthet kan vara svårt att avgöra in-nan man träffar en patient och det kan upplevas ännu svårare när man redan har en långvarig relation. På akutmottagningar har man länge varit uppmärksam på våldsutsatthet då patien-ter kommer in med kroppsliga skador och har ofta handlingsprogram för detta. Det är troligt-vis mindre vanligt att våldsutsatthet frågas om hos patienter som söker upprepade gånger med astmaanfall eller dåligt inställd diabetes eller söker upprepade gånger för smärttillstånd.

Bland hälso- och sjukvårdens personal har kuratorerna ett tydligt ansvar för att manövrera mellan biomedicinska, psykologiska och sociala perspektiv (Zillén 2022). Patienter med allvarliga sjukdomar eller grava funktionsnedsättningar kan själva känna att de mår bra och har ett liv med hög livskvalitet, vilket betyder att funktionsnedsättningen i sig inte nödvändigtvis medför ett stort funktionshinder (Benkel m fl 2019). I kuratorns sociala utredning ingår patientens psykosociala livssituation avseende arbetsliv, nätverk, relationer och förmåga att handskas med sin sjukdom.

Inom många regioner använder sig primärvården av standardiserade frågor om livsstil, ofta bestående av fyra-fem frågor om hälsan där tobak, alkohol, kost och motion tas upp. Det förekommer även frågor om stress och i samband med det även frågor om våldsutsatthet. Med flera hinder för att fråga om känsliga saker inom sjukvården kan identifieras varvid tidsbristen många gånger uppges som en viktig faktor. Andra hindrande faktorer är uppfattningen om att man kränker patientens integritet, att man generar eller förargar patienten. Andra faktorer kan vara brist på kunskap om resurser för omhändertagande i nästa led och tvivel på den egna förmågan att kunna hjälpa eller bota. Vidare framkommer det att utöver tidsfaktorn är den viktigaste faktorn för att den frågan ska bli ställd att sjukvårdspersonal får utbildning om våld i nära relationer (Berglund & Stensson, 2010).

Svenska studier som beforskat vad kvinnor själva tycker om att bli tillfrågade om våld har främst genomförts inom kvinnohälsovården och visar att de flesta kvinnor tycker att det är en självklarhet att barnmorskor och läkare ställer frågor om sexualitet och våldsutsatthet. En stor del av gravida kvinnor tycker att det är acceptabelt att bli tillfrågade om erfarenheter av våldsutsatthet. En stor del tycker att det båda är acceptabelt och positivt. Dessa kvinnor beskrev att det var bra att problemet tas upp och att på detta sätt försöker man att motverka våld i nära relationer (Berglund & Stenson, 2010). I en annan undersökning framkommer att sjukvårdspersonal behöver utbildas i att se, fråga och informera om möjliga stödinsatser (Handu 2007).

Undersökningens perspektiv och avgränsningar

Trots behovet av ökad kunskap för att motverka våld mot personer med funktionsnedsättning är forskningen inom området begränsad (Mikton m fl 2014). Likaså tenderar kunskapsnivån om kognitiva funktionsnedsättningar och risken för våld, såsom sexuella övergrepp, att vara låg bland professionella. Vidare utgör stereotypa föreställningar om personer med funktionsnedsättning och deras omsorgsgivare ofta hinder för möjligheterna att förebygga och upptäcka våld (Nordens välfärdscenter 2016). Exempelvis finns det en utbredd missuppfattning att om personer med funktionsnedsättning inte befinner sig i relationer där våld kan förekomma, därför att de uppfattas som asexuella och ensamma. En annan vanlig missuppfattning är att närstående till personer med funktionsnedsättning av sin natur är goda människor som inte brukar våld. Följden av sådana stereotypa föreställningar blir att våldet sällan tas på allvar när det väl sker eller att våldsoffren blir misstrodda. Bristen på kunskap om våld mot personer med funktionsnedsättning kan få konsekvenser för hur anställda inom kommuner utbildas i frågan om våld i nära relationer. Forskning visar att utbildning tenderar att fokusera på våld mot kvinnor och barn i allmänhet, och inte uppmärksammar personer med funktionsnedsättning som en särskild riskgrupp (Brå 2007:26).

Enligt Hällen och Sinisalo (2018) upplever många socialarbetare en osäkerhet inför att ställa frågan om våldsutsatthet till sina klienter liksom en osäkerhet inför hur de förväntas agera när våld identifieras i samtal med klienten. Osäkerheten grundar sig ofta en ovisshet kring vilken hjälp som de kan erbjuda en klient som utsatts för våld samt en otydlighet kring hur verksamheten hanterar våldsärenden. För att underlätta för socialarbetare att ställa frågan om våld samt agera därefter, menar Hällen och Sinisalo (2018) att socialtjänstens olika verksamheter behöver upprätta tydliga rutiner och handlingsplaner för verksamhetens arbete med våldsutsatta. De understryker även vikten av att dessa rutiner och handlingsplaner innehåller information om olika samverkanspartners och andra typer av skydd och stöd som den egna verksamheten inte kan erbjuda. De poängterar även vikten av att socialarbetare ges stöd i hur de ska agera om klienten förnekar våldet, trots starka misstankar om våld, eftersom det är vanligt att utsatta förnekar våldet till en början. Tidigare studier visar att våldsutsatta kvinnor uppskattar när professionella ger skäl till att de ställer frågor om våld eftersom det ökar deras känsla av trygghet och säkerhet. Det kan därför vara betydelsefullt att berätta att frågor om våld ställs till alla klienter rutinmässigt. Yrkespersonens kunskap om våld i nära relationer kan bidra till trygghet. Vidare kan socialarbetaren skapa förutsättningar för den våldsutsatta att berätta om sin utsatthet genom att vara lyhörd gentemot klientens behov och ge klienten god tid att besvara frågorna (Hällen & Sinisalo 2018).

Arbetet med att förhindra våld och ge stöd till våldsutsatta bedrivs på olika nivåer inom kommuner och regioner. När det gäller hur man ska bedriva arbetet på strukturell nivå visade en rapport från Sveriges Kommuner och Landsting (SKL 2009) att "utveckling av arbete med kvinnor med funktionsnedsättning som utsätts för mäns våld i nära heterosexuella relationer" var ett av de mest prioriterade områdena inom kommuners och regioners arbete med kvinnofrid. Tre faktorer benämndes viktigast för ett framgångsrikt kvinnofridsarbete: att samverka mellan myndigheter, att arbetet sker i ordinarie verksamhet, och att verksamheten har en handlingsplan för kvinnofridsarbete. Att anställa en personal med särskilt ansvar i frågan har stor betydelse för att dessa tre faktorer ska upprättas och fortsätta fungera (SKL 2009).

Ett intersektionellt perspektiv

Intersektionalitet (Crenshaw 1991) kan användas som ett verktyg för att förstå hur personer med funktionsnedsättnings position i samhälle utformats genom samhällets olika normer, lagar, institutioner och materiella förutsättningar. Exempelvis är funktionsnedsättning en av flera möjliga sårbarhetsfaktorer som ger ökad risk för våldsutsatthet utifrån ett intersektionellt perspektiv där olika maktstrukturer påverkar den sårbarhet som människor lever med och deras möjligheter att förändra sin situation. Kön, socioekonomi, sexualitet och etnicitet är aspekter som påverkar utsattheten enskilt eller i kombination utifrån maktstrukturer i form av funkofobi, sexism, ojämlikhet, homofobi och rasism (Hällen 2021). Kvinnor med funktionsnedsättning har exempelvis en dubbel utsatthet utifrån makt och kontroll kopplat till både kön och funktionsnedsättning. De riskerar att utsättas för våld både utifrån samma premisser som andra kvinnor inom ramen för sexism och samtidigt av diskriminering relaterat till sin funktionsnedsättning. Ett komplext våldsmönster med både aktivt och passivt våld samt en bredare förövargrupp kan kopplas till ett beroende av andra för stöd i vardagen där förtroende kan missbrukas (Malmberg 2014). I praktiken kan ett intersektionellt perspektiv kan stödja analysen av våldsutsatthet genom att fokusera på den omgivande miljön

förutsättningar att erbjuda skydd och stöd i stället för att fokusera på individens omständigheter som grund till ökad risk för våldsutsatthet" (Åkesson 2018).

Det kan vara svårt för kvinnor i allmänhet att berätta om utsatthet för våld i nära relation, men för personer med funktionsnedsättningar är barriärerna fler. Sådana barriärer kan vara osäkerhet över om man är utsatt för våld, rädsla att förlora självständighet, tidigare erfarenheter av att inte bli betrodd av socialtjänst, polis och vårdaktörer samt en svag tilltro till att en förändring är möjlig. Att berätta om våldsutsatthet kan underlättas av möjligheter till skydd för barn och husdjur, tillgång till känslomässigt stöd, tillgång till anpassat stöd och skyddsboende, att bli trodd, respekterad och få sina behov tillgodosedda samt att känna sig trygg (Curry m fl 2011).

Namatovu med kollegor (2018) efterfrågar forskning om den komplexa situation som personer som har funktionsnedsättningar och varit utsatta för våld kan befinna sig i. Eftersom män med fysiska funktionsnedsättningar löper högre risk att utsättas för fysiskt och psykiskt våld än andra män och kvinnor med funktionsnedsättningar riskerar sexuellt våld och upprepat relationsbaserat våld i högre grad menar de att socialtjänstens insatser för personer som har utsatts är en nyckelfaktor för att minska risken för dödligt våld och i längden kan bidra till förbättrad hälsa hos våldsutsatta. Särskilt viktig menar de skulle vara forskning om funktionsanpassningar i arbetet med att upptäcka och stötta våldsutsatta. De föreslår att forskare använder intersektionella perspektiv på våld och tar hänsyn till snedvridna maktförhållanden i samhället på grund av kön och funktionsnedsättning för att skapa en holistisk bild av våldsproblematiken och de samhällsfunktioner som finns för att stötta och motverka våld mot personer med funktionsnedsättningar.

2. Genomförandet av uppdraget – undersökningsmetoden

I denna rapport har kvalitativa semistrukturerade djupintervjuer använts som datainsamlingsmetod. Intervjuer har genomförts med yrkesverksamma inom kommuner och regioner för att besvara rapportens syfte. Urvalet av intervjupersoner inom kommuner och regioner utgjordes i första hand med hjälp av kontakter från Myndigheten för delaktighet, forskargruppen och via offentliga uppgifter. Därefter rekryterades ytterligare intervjupersoner inom kommuner och regioner utifrån intervjupersonernas kontaktnät, vilket benämns som ett snöbollsurval.

Intervjuguiden

Samtliga intervjuer utfördes med stöd av en intervjuguide som bestod av sju teman. Intervjuguidens frågor formulerades olika beroende på vilken yrkesroll intervjupersonen hade. Även de uppföljningsfrågor som ställdes under intervjuerna formulerades olika beroende på hur intervjupersonen besvarade frågorna. När intervjuerna var genomförda transkriberades de med hjälp av en extern tjänsteleverantör. Intervjusvaren bearbetades därefter genom kodning och tematisering av datamaterialet. Datamaterialet analyserades mot bakgrund av relevant lagstiftning, föreskrifter och allmänna råd inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården samt inom området för våld i nära relationer och stöd till personer med funktionsnedsättning.

Urval i kommuner

För att uppnå en spridning i materialet inkluderades kommuner med olika befolkningsstorlek från norra-, mellan- och södra Sverige. Rekryteringen av intervjupersoner skedde till en början med chefer eller samordnare i de olika kommunerna som efter initierad kontakt gav förslag på ytterligare intervjupersoner som ansågs vara av relevans för projektet. För att få en jämnare spridning av antalet kommuner, rekryterades två mindre kommuner i norra Sverige via offentliga uppgifter. De offentliga uppgifterna som åsyftas gäller kontaktuppgifter till ledningen inom förvaltningen för funktionsstöd som hittades på kommunernas officiella webbplatser. Kontakten initierades via telefon eller e-postbrev med information om projektet.

I urvalet inkluderades omsorgspersonal, LSS-handläggare och enhetschefer inom funktionsstödsförvaltningen samt personer med verksamhetsutvecklande uppdrag inom kommun. Kategorin omsorgspersonal bestod av sex stödassistenter, fyra stödpedagoger, två boendestöd-jare och en arbetsterapeut. Vidare inkluderades fem LSS-handläggare och sex enhetschefer. Gruppen personer med verksamhetsutvecklande uppdrag utgjordes av fyra samordnare, en kvalitetsutvecklare, en verksamhetsutvecklare samt en stödpedagog med utökat uppdrag. Totalt genomfördes 31 intervjuer i 11 kommuner.

Bortfall i kommuner

Av de kommuner som inkluderades i urvalet var det fem kommuner i södra Sverige, tre kommuner i mellan-Sverige och tre kommuner i norra Sverige. En kontaktperson från en kommun i södra Sverige, som försågs av MFD, avböjde kommunens medverkan i projektet på grund av brist på tid. Ytterligare en kontaktperson från en annan kommun i södra Sverige, som

tillhandahölls av forskargruppen, återkom inte med förslag på medarbetare som skulle kunna intervjuas. Detta resulterade i ett bortfall om två kommuner.

Av de kontakter som togs under rekryteringen skedde ett bortfall om 15 personer från de olika yrkesgrupperna, varav en stödassistent avböjde sin medverkan på grund av brist på personal och som därav inte hade tid att delta i en intervju. Av yrkesgruppen LSS-handläggare var det två personer som föll bort på grund av att de inte återkom med svar. Gällande gruppen enhetschefer, var det en enhetschef som angav att deras verksamheter inte var relevanta för undersökningens syfte då de inte hade någon plan för att förebygga och upptäcka våld mot deras brukare samt för att det inte fanns misstanke om att våld förekom i verksamheterna. Av resterande enhetschefer var det fem som inte återkom med svar och en som avböjde sin medverkan i undersökningen utan att ange anledning. Bland personer med verksamhetsutvecklande uppdrag var det en som angav att hen inte kunde delta i projektet på grund av brist på tid. En annan återkom inte med svar på förfrågan om deltagande i undersökningen och tre personer avböjde sin medverkan utan att ange anledning.

Tabell 1. Bortfall i respektive yrkesgrupp inom kommun

Yrkesgrupp	Kontaktade	Skäl till bortfall				Inkluderade
		Ansåg sig ej relevanta för intervjuens syfte	Angav tidsbrist	Återkom ej med svar	Avböjde utan att ange skäl	
Stödassistenter	7			1		6
Boendestödjare	2					2
Arbetsterapeut	1					1
Stödpedagoger	4					4
LSS-handläggare	7				2	5
Enhetschefer	13	1		5	1	6
Personer med verksamhetsutvecklande uppdrag	12		1	1	3	7

Urval i regioner

De intervjupersoner som rekryterades var från flera olika regioner i landet i syfte att åstadkomma ett brett material. Kontakter med intervjupersonerna inleddes via email och telefon. Totalt genomfördes 20 intervjuer i 7 regioner. Av de regioner som inkluderades i urvalet var det 5 regioner i mellan Sverige och 2 regioner i södra Sverige. En kontaktperson från en region i norra Sverige som vi fått av Myndigheten för delaktighet försöktes nå både via mail och telefon men ej återkom. Detta resulterade i bortfall av en region. Sammanlagt inkluderades 20 intervjupersoner, bestående av 10 kuratorer, 4 arbetsterapeuter, 3 barnmorskor och 3

sjuusköterskor. Av de intervjupersoner som inkluderades i urvalet var det 15 intervjupersoner i mellan Sverige och 5 intervjupersoner i södra Sverige. 7 kuratorer, 4 arbetsterapeuter, 2 sjuusköterskor, och 2 barnmorskor inkluderades från regioner i mellan-Sverige medan 3 kuratorer, 1 sjuusköterska och 1 barnmorska inkluderades från regioner i södra Sverige.

Bortfall i regioner

Av de kontakter som togs under rekryteringen skedde ett bortfall om 17 personer från de olika yrkesgrupperna varav 9 kuratorer. En kurator som kontaktades via en annan intervjuperson tackade först ja till att intervjuas, men avböjde senare att medverka. En kurator avböjde medverkan med anledning av att personen själv inte arbetar direkt med frågan. Två kuratorer avböjde med hänvisning till att de arbetar hektiskt och därmed inte har tid. Ytterligare en kurator föll bort på grund av att personen inte arbetar som kurator längre. En annan kurator avböjde förfrågan med hänvisning till att personen arbetar mer mot föräldrar till barn med funktionsnedsättning och inte med själva målgruppen. Vissa av personerna föll bort på grund av att det inte gick att komma i kontakt med dem eller kontaktuppgifterna som försök till kontakt gjordes via var felaktiga uppgifter. På grund av tidsbrist gjordes inte flera kontaktförsök.

Av yrkesgruppen sjuusköterskor föll en sjuusköterska bort med anledning av att hen arbetar som anestesijuusköterska och inte ansågs vara rätt person för undersökningens syfte. Gällande barnmorskor kontaktades bland annat en verksamhetschef inom obstetrik och gynekologi inom en region i mellan-Sverige för rekrytering av barnmorskor inom den regionen, dock hänvisade personen till kvinnosjukvården inom regionen istället. Kontaktförsök med verksamhetschef inom kvinnosjukvård gjordes utan någon framgång. Avslutningsvis tillfrågades intervjupersoner från de olika yrkesgrupperna om de kan bistå med andra intervjupersoner. Dessa angav att de har vidarebefordrat eller skickat mail till andra på deras och att de hör av sig om någon meddelar sitt intresse. Vissa av dessa har ej återkommit eller sagt att de inte har fått intresseanmälningar. Detta redovisas dock inte i tabell 1 då de personer som en förfrågan inte har skickats ut till inte kan räknas som bortfall.

Tabell 2. Bortfall i respektive yrkesgrupp inom region

Yrkesgrupp	Kontak- tade	Skäl till bortfall						Inkluderade
		Ansåg sig ej relevant för intervjuens syfte	Angav tidsbrist	Ej verksam längre	Felaktig kontaktuppgift	Återkom ej med svar/förslag	Avböjde utan att ange skäl	
Kurator	19	2	2	1	2	1	1	10
Sjuksköterska	5	1				1		3
Barnmorska	5					2	1	3
Arbets-terapeut	4							4

3. Resultat: Kommuners arbete med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning

Nedan presenteras en sammanställning av intervjuerna med LSS-handläggare, yrkespersoner i utförarverksamhet samt chefer och andra ledare anställda i kommuner.

LSS-handläggare inom kommun

Nedan presenteras en sammanställning av resultatet från intervjuer med fem LSS-handläggare som utreder och beviljar insatser enligt LSS från fyra olika kommuner i södra- och mellan Sverige. Tre av fem LSS-handläggare som intervjuas har minst tre års erfarenhet i deras yrkesroll och flera uppger att de har lång yrkeserfarenhet av annat arbete med målgruppen inom funktionshinderomsorgen. En av LSS-handläggarna skiljer sig från övriga i gruppen då hon även har en roll som våldsombud i kommunen, vilket innebär att hon genomgått en utbildning i våld i nära relationer samt fungerar som stöd till sina kollegor vid våldsärenden.

Utmaningar

Stora utmaningar och lite resurser

De hinder som tas upp av LSS-handläggarna är främst hinder som på olika sätt begränsar deras möjligheter att vidta åtgärder för att ge hjälp och stöd till våldsutsatta klienter med funktionsnedsättning. En av de begränsningar som tas upp är bristen på resurser när det gäller vuxna personer med funktionsnedsättning som är utsatta för våld. Två handläggare beskriver att de vid våldsärenden som rör barn och unga har större möjligheter att hjälpa barnet genom att göra en orosanmälan till individ- och familjeomsorgen, vilket kan resultera i ett omhändertagande och att barnet skyddas från våld. Däremot beskriver handläggarna att de inte har samma möjligheter när det gäller vuxna klienter eftersom klienten i fråga måste samtycka till stöd och hjälp för sin våldsutsatthet. Handläggarna menar att det blir särskilt svårt med deras målgrupp eftersom de möter personer med intellektuella funktionsnedsättningar som kan ha svårt att komma till insikt med att de behöver stöd och hjälp om de är utsatta för våld i hemmet eller av sina anhöriga.

Våra personer kan ju vara vuxna och bo hemma och bli utsatta för våld. Hur gör man då? För då kan man ju inte göra en orosanmälan, till exempel, som man gör med ett barn som bor hemma. Och hur bemöter man det liksom? Hur ska man kunna hjälpa personen som kanske inte själv har förmågan att förstå och blir väldigt styrd av sina anhöriga?

En handläggare ger exempel på ett ärende som hon beskriver är svårt att hantera på grund av att klientens självbestämmande förhindrar dem från att vidta nödvändiga stöd- och skyddsåtgärder. Det framkommer att ärendet rör en klient med mutism, dvs saknar talförmåga, och bor tillsammans med sin våldsutövare. Handläggaren uttrycker svårigheter att hjälpa klienten på grund av att denne inte vill flytta ifrån våldsutövaren.

Men sen alltså, det är ju så mycket som sätter käppar i hjulet just på grund av det här med frivilligheten och den enskildes självbestämmande. Ja för att det här, men även om de är vuxna så är det ju många av dem som

kognitivt kan ligga på en barnnivå ändå [...] Jag vet inte liksom vad konkret som skulle kunna hjälpa oss i situationen nu, för det finns ju en poäng med självbestämmande och så också, så det är svårt att rucka på den.

Lagstiftningen både skapar fallgropar och begränsar kontroll

Vidare framkommer att det är svårt att förebygga våld mot personer med funktionsnedsättning, särskilt när det handlar om våld från anhöriga eller partners eftersom klienten själv måste samtycka till insatser som ska verka förebyggande som exempelvis korttidsboende. Ytterligare ett hinder som nämns är avsaknaden av reglerade insatser inom LSS, för att hjälpa våldsutsatta personer med funktionsnedsättning som ingår i personkrets 1,2 eller 3. Handläggaren förklarar att hon i sin yrkesroll utreder ärenden utifrån LSS, vilket gör att hon inte har möjlighet att bevilja insatser som inkluderas i annan lagstiftning, däribland insatser till våldsutsatta och våldsutövare.

Vi är inte begränsade i vår handlingfrihet eftersom vi ändå kan lyfta vidare här till...ja enheter som jobbar direkt med våldet, men vi är ju begränsade på så sätt att det inte är något uttryckligen i LSS lagstiftningen som finns för våldsutsatta personer inom personkrets, så vi behöver ju liksom blanda in andra personer.

Ett annat hinder som nämns är bristen på skydds- och stödinsatser för personer med funktionsnedsättning. En handläggare berättar att de personer som arbetar på socialtjänstens stödverksamhet för våldsutsatta inte besitter tillräckligt med erfarenheter för att bemöta personer med intellektuell funktionsnedsättning. Vidare uppges även att det finns en brist på skyddade boenden som är anpassade för personer med funktionsnedsättning.

De som jag handlägger som har skyddad identitet, de placeras ju på våra vanliga kommunala LSS boenden [...] så att det finns ju inte något speciellt LSS... eller något skyddat boende för målgruppen.

Vad är våld egentligen?

Under intervjuerna tas flera utmaningar gällande arbetet med våld i nära relationer upp, varav en är svårigheterna med att upptäcka våld hos målgruppen. En handläggare uppger att de sällan upptäcker våld i sin yrkesroll eftersom de enbart brukar träffa klienten en eller två gånger vid utredningssamtal och uppföljning av LSS-insatser. En annan handläggare uppger att de har en bristande insyn i ärenden där klienten har sina anhöriga som personliga assistenter, vilket gör det svårare för dem att upptäcka eventuellt våld från anhöriga. En handläggare framhåller svårigheterna med att till exempel avgöra vad som är ekonomiskt våld när klienten har en god man och den gode mannen ger klienten begränsad veckopeng för att pengarna ska räcka hela veckan ut. Av intervjuerna framgår även att psykiskt våld kan vara svårare att upptäcka än övriga våldstyper.

Det är liksom det här med psykiskt våld...när går det över till gränsen att det ska bli psykiskt våld? Vart går gränsen vid ett syskonbråk eller ett bråk? När går det över till våld?

En handläggare framhåller svårigheterna att upptäcka våld mot klienter som inte har något tal, framför allt om det är våld som utövas av personal gentemot klient.

Tänker ju framför allt på brukare som inte har något tal och om det är någon i personalgruppen som utsätter brukaren för våld, det tänker jag är väldigt svårt att upptäcka, att få information. För det har jag också tänkt på när jag sitter med det här bildstödet. Ja, säg att man pratar med en då som inte har ett tal och så pekar den på en ledsen gubbe när man frågar om personalen, hur får jag då reda på mer information? Hur går jag vidare då?

Ytterligare en utmaning som beskrivs i intervjuerna är svårigheterna med att få klienter med kognitiva svårigheter att förstå att de är utsatta för våld. Flera LSS-handläggare beskriver att det är en utmaning att motivera våldsutsatta personer med kognitiva funktionsnedsättningar att ta emot hjälp eftersom de kan ha svårt att se sin utsatthet. En annan utmaning som nämns är hur frågan om våld ska ställas till klienterna för att det ska bli lättförståeligt.

Flera handläggare uppger även att de sällan ställer frågan om våld och att våldet då ofta upptäcks när klienten berättar om det självmant eller när boendepersonal uppmärksammat det. Däremot uppger två handläggare att de har som rutin att alltid ställa frågan om våld i sina kommuner men att många kan avstå från att ställa frågan på grund av olika omständigheter som till exempel vid nybesök eller om klienten har med sig anhöriga eller personal. Det framgår att det finns en risk med att ställa frågan om våld när klienten har med sig en stödperson till mötet eftersom hen kan vara våldsutövaren.

Det är säkert är många som tänker att vi inte har en nära...den här kontakten med det brukarna, utan vi kanske träffar brukaren i snitt en gång om året och att då kan vårdpersonalen fråga i stället till exempel.

Rutiner och riktlinjer saknas

Flera handläggare uppger även att de saknar tydliga riktlinjer, rutiner och utbildning i hur de ska ställa frågan om våld och hur våldet ska hanteras om det upptäcks, eller att de våldsrutiner som existerar lätt glöms bort eftersom de inte förnyas eller diskuteras regelbundet på arbetsplatsen. Ytterligare en omständighet som nämns är att bristen på riktlinjer och rutiner kan avskräcka många handläggare från att ställa frågan om våld. Det framkommer också att det bland omsorgspersonal verkar finnas en avsaknad av tydliga rutiner kring hur våld mellan brukare ska hanteras.

Av intervjuerna framkommer även att det finns en oro för vilka konsekvenser som kan uppstå om klienten blir tillfrågad om våld. Oron beskrivs handla om en rädsla för att våldsutövaren ska få information om att klienten berättat om våldet eller att klientens psykiska mående skulle påverkas negativt av frågan. En annan utmaning som tas upp är att ställa frågor om våld till yrkespersoner i utförarverksamhet om deras vård och omsorg exempelvis om det finns en oro för att en personlig assistent har försummat klientens behov.

Det är en person som är beviljad, personlig assistans och anmälan gäller att assistenterna skulle försumma den här personen och då tyckte jag en stor utmaning var att gå in och ifrågasätta folk i deras jobb och att jag måste ha det här mötet med den enskilda och med utförarna, personliga assistenterna.

Flera handläggare uppger att de inte har etablerade arbetssätt för att förebygga våld mot personer med funktionsnedsättning och att omsorgspersonal som träffar klienterna

regelbundet har större möjligheter att arbeta förebyggande. Trots avsaknaden av etablerade arbetssätt för att förebygga våld nämner handläggarna olika strategier som de använder sig av. En LSS-handläggare uppger att hon kan arbeta förebyggande genom att vara lyhörd och uppmärksam på tecken på våldsutsatthet. En annan handläggare beskriver att de kan förebygga risken för ytterligare våld genom att ha tätare uppföljningar eller erbjuda ett annat boende som ligger längre bort från våldsutövaren. Av intervjuerna framgår även att de vid misstanke om våld inom en verksamhet kan skriva avvikelserapporteringar för att verksamheten ska granskas samt begära ut en social dokumentation från verksamheten, vilket innebär att de exempelvis kan utläsa hur mycket aktiviteter som utförs på boendet. Vidare framkommer av en handläggare att hon känner till ärenden där olika LSS-insatser som till exempel ledsagning har beviljats då har funnits en oro för att klienten blir utsatt för våld.

Vi kan gå in och bevilja ledsagning, kontaktperson bara för att få in en utomstående i personens liv som en trygghetsaspekt. Bevilja mer hemtjänst kan man göra. Så det är mycket liksom för att trygga upp, många människor kan ju ha ett sådant snävt socialt nätverk och då vill ju vi ofta få in någon utomstående person där det finns en oro kring våld.

Strategier

Anpassa samtalet och nyttja samtalsstöd

I intervjuerna beskrivs flera samtalsstrategier och förhållningssätt som LSS-handläggarna använder för att göra sig förstådda vid samtal med klienter som har kognitiva svårigheter. Bland de strategier som nämns, understryks bland annat vikten av tydlighet och att anpassa samtalet utifrån individens funktionsnivå. Det framhålls att det är viktigt med tydlighet eftersom personer med kognitiva svårigheter kan ge svävande svar och kan ha svårt för att hålla tråden i ett samtal. En annan strategi som flera LSS-handläggare nämner är att göra sammanfattningar under samtalet för att bekräfta att klienten har förstått. En handläggare beskriver att det kan vara svårt att bedöma om en klient förstår vad som sägs under ett möte eftersom många klienter har ett avancerat språk, vilket gör att det kan uppfattas som att klienten hänger med i samtalet när hen inte gör det. För att undvika att det sker missförstånd uppger handläggaren att hennes strategi främst är att ställa tydliga frågor och utforska klientens svar med hjälp av följdfrågor. En handläggare uppger att det är svårt att föra samtal med klienter som inte har den verbala kommunikationen och att de vid sådana situationer behöver vända sig till klientens gode man, företrädare eller föräldrar för att få en bild av klientens situation

Men jag skulle säga att man får anpassa sig lite utifrån deras funktionsnivå. Sen är det ju...Jag brukar nog försöka hålla mig till så enkla frågor som möjligt och vara så informerande som möjligt.

Flera LSS-handläggare uppger även att personer med kognitiva svårigheter kan ha svårt med tidsuppfattningen och att det därav kan vara hjälpsamt att ha en timstock som illustrerar tidsramen för mötet. En annan strategi som nämns är att föra anteckningar av vad som sägs under mötet som klienten sedan kan få med sig hem eller gå igenom tillsammans med handläggaren.

För ofta är det så att den här målgruppen har svårt med tider till exempel och då är det ganska viktigt för dem att det får finnas en klocka på väggen

[...] för man har ofta svårt att liksom begränsa sig, eller så sitter man kanske under mötet och blir nervös för att man vet inte när ska det sluta. De behöver ofta den här framförhållningen och att man också är väldigt tydlig med vad syftet är.

Vissa samtalsmetoder kan användas även i frågan om våld

LSS-handläggarna uppger att de har knapp erfarenhet av att samtala med våldsutsatta personer med funktionsnedsättning. Trots den knappa erfarenheten ger många handläggare exempel på hur de skulle samtala med en våldsutsatt klient och vilka strategier de skulle använt sig av. Flera LSS-handläggare beskriver att det är viktigt att bekräfta den våldsutsatta klienten i sina upplevelser, understryka att våldsutövarens beteende inte är acceptabelt samt uppmana klienten till att söka hjälp genom att förmedla sin oro för klienten och informera om olika hjälpinstanser. Vidare framkommer att det är viktigt att utforska klientens nätverk och eventuella hälso- och sjukvårdskontakter som kan kontaktas för att få en tydligare bild av våldssituationen. En handläggare uppger att begreppet våld kan vara svårt för vissa klienter att förstå och att man därav bör använda sig av andra ord, ge exempel på vad som skulle kunna vara våld och ställa följdfrågor.

Jag hade ett möte med en man tjej som... och det var precis i början när jag började jobba och då sa jag: har du blivit utsatt för våld? och hon var så här: vad menar du med våld? Då fick jag liksom säga: men är det någon som har varit dum mot dig? [...] Och sen kunde vi bygga vidare på det där och att det visade sig att det hade hänt henne tidigare i livet och att hon hade en elak pojkvän. Då var det så här: aha! vad gjorde den här pojkvännen som du tyckte var elakt? Liksom att man får försöka gå in på det så att det blir konkret.

Våldsteamet får hantera våldet

Vid frågan om hur handläggarna hanterar våld mot personer med funktionsnedsättning svarar de flesta att de vid upptäckt av våld mot barn kan göra en orosanmälan till individ- och familjeomsorgen. Om det gäller en våldsutsatta vuxna kan de vända sig till en annan enhet inom socialtjänsten som specialiserar sig på att utreda våldsärenden. Den specialiserade våldsenheten benämns på olika sätt i de olika kommunerna, men gemensamt för handläggarnas ut-sagor är att de kan hänvisa klienten vidare till våldsenheten samt vända sig till enheten för att få råd och tips i hur de ska gå till väga i sina ärenden. Det framkommer även att de kan bevilja klienten en boendeplats enligt LSS för att klienten ska komma ifrån sin våldssituation. Slutligen understryks vikten av samverkan och stöd från kollegor och chefer i våldsärenden.

Det var ju en vuxen kille som bodde hemma hos sina föräldrar och man visste att personen blev utsatt för våld i hemmet och då tog man ju hjälp av säkerhetsansvarig i kommunen och sen så hjälpte man personen att bevilja boende och hjälpte den enskilda att flytta dit. Så att man hjälptes åt, att man involverade både handläggare, förste LSS-handläggare och säkerhetsansvarig, men även koordinatör för boende. Liksom att man samverkar då i de ärendena för att få den här personen att lämna hemmet där personen var utsatt för våld.

LSS-handläggarnas förslag till förbättringsområden och önskemål

De förbättringsområden som främst tas upp bland LSS-handläggarna rör områden som utbildning, kompetensutveckling samt rutiner och riktlinjer.

Utbildning och samtalsstöd

LSS-handläggarna uppger att de skulle vilja ha mer utbildning om våld mot personer med funktionsnedsättning samt utbildning i hur frågor om våld kan ställas till deras målgrupp. Vidare framkommer att de utöver mer utbildning om våld önskar någon form av samtalsstöd eller frågeformulär som kan underlätta för handläggare att ställa frågor om våld. En handläggare uppger även att det skulle vara bra med någon form av bildstöd som kan hjälpa handläggare att ställa frågor om våld till klienter som har svårt att uttrycka sig i tal.

Alltså, då tänker jag att det är utbildning återigen. Att man som handläggare ska veta vad det finns det för olika typer av våld, hur kan vi ställa frågor kring det. För vet vi inte så kan vi ju inte ställa de frågorna. Jag tänker att det är grunden, att vi ska få mer kunskap och våga ställa de frågorna och bemöta dem.

Förtydligande av LSS-uppdraget

Flera LSS-handläggare nämner att de skulle vilja ha riktlinjer och rutiner som tydliggör hur de ska gå till väga om det framkommer att deras klient är utsatt för våld samt med information vart klienten kan få hjälp och stöd.

Ja, men kanske rutiner, checklista, en riktlinje, hur vi ska göra? För det vore ju en fruktansvärd känsla om det faktiskt hände den här kvinnan någonting, att hon avled till exempel, så vet man att man inte har gjort allt man kan. Vad är liksom vårt ansvar att göra? Alltså vi har ju inte riktigt någon... Alltså när det gäller allt annat så har man ju rutiner och riktlinjer, checklistor och lagtexter. Men det här har man liksom inget sådant på.

Ytterligare ett förbättringsområde som nämns av en handläggare är att det behöver införas nya bestämmelser i LSS som reglerar insatser till våldsutsatta personer med funktionsnedsättning.

Jag tänker att vi ser att det skulle finnas en sådan insats som är till för våldsutsatta eller våldsutövande, så ställer det krav på kompetensen tänker jag när...vad kan man säga...när utövare som jobbar med våldet när de kliver in. För att alltså om vi ser kvinnojourer och sånt nu som finns exempelvis, de är ju inte specifikt inriktade på våldsutsatta kvinnor som har autism. [...] Jag tänker bara rent informativt att du har en funktionsnedsättning och blir utsatt för våld så finns den här insatsen att söka skulle också vara en grej.

Vidare uppger handläggare en önskan om att det fanns en lagparagraf som kunde tillämpas vid situationer där handläggaren behöver prata med klienten enskilt, utan anhöriga eller god man närvarande. Hon understryker dock att det kan få konsekvenser för klienten om den anhöriga som kanske utövar våld exempelvis vill ta reda på vad som har sagts under mötet.

Funktionsanpassade stöd- och skyddsinsatser

Ett annat förbättringsområde som nämns är utformningen av stöd- och skyddsinsatser för personer med funktionsnedsättning som har skyddad identitet till följd av våld. En handläggare uttrycker att personer som flyttar till skyddade boenden i en annan kommun skulle behöva en form av kontaktperson som kan tillgodose deras sociala behov och hjälpa dem att komma till rätta i den nya kommunen, för att förhindra att våldsutsatta flyttar hem igen.

För det är flera av dem som flyttar tillbaka till sina hemkommuner. De kanske kommer till [stad], till ett skyddat boende så beviljar vi LSS boende så flyttar de dit. Och då när det kanske har gått ett år och man kanske har glömt lite av den här värsta hotbilden. Jag vet inte, och så saknar man sina syskon eller nåt och så vill man flytta tillbaka och så flyttar de hem igen. Då kanske man måste tänka nytt där, det kanske behövs någon kontaktperson eller någon stödperson eller också kanske någon daglig verksamhetsgrupp för personer som är lite i samma situation.

Två handläggare talar även positivt om de kommunala satsningar på att förebygga våld som genomförts i deras kommuner. En handläggare berättar att de har fått en våldssamordnare i kommunen som bland annat håller på att ta fram en handbok om våld i nära relationer och som har varit till hjälp i hennes våldsärende. Den andra handläggaren berättar att hon har gått en utbildning som våldsombud, vilket innebär att hon har genomgått en utbildning om våld i nära relationer. Hon beskriver att det finns ett våldsombud på varje enhet och att de bland annat träffas för att hålla sig uppdaterade på kommunens våldsrutiner och sprida information vidare till sina kollegor.

Yrkespersoner i utförarverksamhet inom kommun

Av de intervjuade som benämns som omsorgspersonal är sex stödassistenter, fyra stödpedagoger, två boendestödare och en arbetsterapeut. Gemensamt för omsorgspersonalen är att de arbetar med personer med funktionsnedsättning inom LSS eller socialpsykiatri, på boenden med särskild service eller daglig verksamhet. Arbetsterapeuten och en av stödassistenterna arbetar även som gruppleddare i VIP-programmet i deras kommuner. Majoriteten av LSS-personalen har flera års erfarenhet av arbete med personer med funktionsnedsättning i olika former av boenden.

Utmaningar

Lagstiftningen både skapar fallgropar och begränsar kontroll

Omsorgspersonalen beskriver hur brukarens självbestämmanderätt kan utgöra hinder för personalens möjligheter att ge stöd och skydd till den som blir utsatt. Samtidigt som de å ena sidan understryker vikten av att beakta brukarens självbestämmande, framgår att det uppstår ett etiskt dilemma när den som är våldsutsatt inte vill ta emot hjälp.

Dom har sina egna lägenheter och dom får göra det dom vill. Vi kan inte förbjuda, nej, men vem kan göra det då? Vi får inte polisanmäla, nej det måste personen godkänna och vilja själv. Men vad händer om hon blir

dödad då? För så kan det ju bli faktiskt, så illa kan det gå, vems ansvar är det då? Jättesvärt.

Omsorgspersonalen beskriver även att de behöver samtycke från brukaren för att samråda med externa aktörer och att sekretessen därigenom förhindrar personalen från att kommunicera med andra huvudmän om hur de kan hjälpa brukaren.

Ända fram till dess de flyttar in så vet vi inte ens vad de heter på grund av den sekretess vi har. Och sekretess är ju fantastiskt bra, men vi har ju också en sekretess, så att jag menar, vi bakbinder oss själva många gånger med all denna sekretess mellan myndigheter.

En annan utmaning som beskrivs av omsorgspersonalen är svårigheten för våldsutsatta personer med funktionsnedsättning att få stöd och skydd hos olika hjälpinsatser som exempelvis psykiatrin eller kvinnojouren. Omsorgspersonalen beskriver att brukare som tillhör LSS tenderar att bollas runt mellan olika instanser på grund av brist på kunskap om målgruppen samt att professionella många gånger anser att det inte ingår i deras uppdrag omhänderta personer som får insatser enligt LSS.

Till exempel på kvinnojouren, där säger de att de inte kan den här målgruppen. Socialtjänsten till och med, där har de sagt nej men alltså vi är inge bra på det här [...] Och psykiatrin är det ju också så att de bollar mellan, då kan man säga att: nej den här personen har asperger så det kan inte vi ta, eller det här har inte med det att göra eller det här är en ätstörning, så det kan vi inte ha här. [...] Jaha, men hur ska vi få stöd i att stötta den här på bästa sätt då, om ingen inom sjukvård eller psykiatri eller sådär kan det? För vi behöver ju också stöttning och hjälp så för att komma vidare, så jag tycker det är jättedåligt runt omkring faktiskt.

Omsorgspersonalen beskriver att det är utmaning är att upptäcka våld bland de brukare som bor i lägenhet eftersom personalen då inte har möjlighet till insyn i vad som händer bakom stängda dörrar, samt för att brukarna sällan vill berätta för personalen att de har blivit utsatta för våld. Dessutom framgår att det finns brukare som inte tar emot regelbundna besök, vilket omsorgspersonalen menar försvårar för personalen att upptäcka våldet hos deras målgrupp. Enligt omsorgspersonalen begränsar även tystnadsplikten deras möjligheter att upptäcka våld exempelvis för att personal på daglig verksamhet och boende med särskild service inte får ta del av varandras dokumentation eller för att personalen inte får prata med brukarens anhöriga.

Våld - alltid svårt att upptäcka och tala om

Enligt omsorgspersonalen är det en utmaning att få våldsutsatta personer med kognitiva svårigheter förstå allvaret i våldet som de utsätts för, särskilt när det gäller andra typer av våld än det fysiska våldet. Exempelvis, uppger en stödpedagog att det främst är det sexuella våldet i parrelationer som är svårt för brukare att förstå eftersom de sällan har blivit informerade om sexuell hälsa, sällan vill prata om sina kärleksrelationer och inte vet hur en hälsosam relation ska se ut. Vidare beskrivs det vara en utmaning att samtala med personer som har grava intellektuella funktionsnedsättningar.

Ofta har de inte riktigt koll på hur allvarligt det är eller hur allvarligt det kan bli. För de här människorna har oftast varit utsatta för mobbing under en stor del av sitt liv eftersom de går i normal skola, de flesta. Så de har lärt sig att det här är en del av vardagen och ibland kan det vara svårt att få dem att inse att det inte ska vara en del av vardagen, det här. Det här är inte normalt.

Ja, de andra är ju ganska... Om vi ska säga till exempel att det är ungefär två- till fyraåringars nivå med kanske ett ordförråd som innefattar fem ord. Det är väldigt svårt att prata om våld i nära relationer med dem.

Få och viktiga relationer

Omsorgspersonalen nämner flera utmaningar med att hantera våld i nära relationer hos deras brukare, varav en av utmaningarna är att hantera situationer där brukare styrs av sina anhöriga då personalen inte vet hur de ska gå till väga. Det beskrivs även vara en utmaning att hantera ekonomiskt våld eftersom det är svårt för personalen att bedöma vad som är ekonomiskt våld i olika situationer. Vidare framkommer att brukarna ofta har en god man eller förvaltare som tar hand om deras ekonomi, vilket begränsar personalens möjligheter till insyn. Omsorgspersonalen beskriver även svårigheter med att hantera brukare som utövar våld mot personal och andra brukare.

Vi har ju många, eller många, men vi har några personer vars mammor styr väldigt mycket i deras liv. Fast de är ju inte svåra att upptäcka, för vi har ju upptäckt dom, men de är väldigt svåra att åtgärda kan man säga. Tror att.. där är det ju så att mamman styr och gör det hon tror är bäst för sitt barn, fast vi kanske många gånger känner att det här kanske inte är det som är bäst, men det är ju...ja det är jättesvåra problem faktiskt. Det är riktiga dilemman, när man inte vet riktigt hur man ska gå till väga.

Rutiner och riktlinjer saknas

Ytterligare en utmaning som nämns är bristen på rutiner, riskbedömningar och handlingsplaner för hur personalen ska hantera våld mellan brukare. Omsorgspersonalen uppger att de har flera olika typer av dokument som styr deras hantering av hot- och våld mot personal men att de sällan inkluderar tydlig information om hur de ska hantera och bedöma risken för våld mot deras brukare.

Det finns säkert något sånt material. Det är tyvärr ingenting som jag upplever som lättillgängligt och någonting som vi alla arbetar utifrån, utan det blir nog mer lite upp till varje enskild personals bästa omdöme mer, än en tydlig mall att arbeta utefter.

Strategier

Bildstöd i svåra samtal

Av intervjuerna framkommer att omsorgspersonalen anpassar sina samtalsstrategier och förhållningssätt utifrån brukarens behov och funktionsnedsättning. Omsorgspersonalen uppger att de använder sig av motiverande samtal och lågaffektivt bemötande som samtalsteknik

eller förhållningssätt. I en del fall använder de sig av kommunikationshjälpmedel, i andra fall räcker det med bildstöd eller gester. Det framkommer däremot att bildstöd kan upplevas som barnsligt bland de brukare som fått en hjärnskada i vuxen ålder och att omsorgspersonalen därav är noga med att anpassa sitt bemötande genom att hitta alternativa kommunikationsvägar.

Ja, jag tror ju många gånger just när man har fått en skada i vuxen ålder så då kan det ju ibland kanske kännas lite barnsligt har jag upplevt att många tycker att det är när man kommer just med tecknade bilder och så. Och att de kanske känner sig lite kränkta nästan när man håller på med bilder och så att det där är för barn liksom, det har man ju upplevt många gånger, utan att det är viktigt där att man att man bemöter alla på ett vuxet sätt.

När det är låg begåvning, det är oftast då man får ändra ord. Eller NPF [neuropsykiatrisk funktionsnedsättning], då är det ju bara prata att med dem som vem som helst, eller kanske inte, där behöver man ha mer tålamod i förklaringar. Som till exempel när det gäller autism så kan det ju komma in problem som att de inte håller med och frågar: varför är det så då? Då kan man behöva lägga ganska mycket tid på att förklara hur samhället fungerar, på olika sätt.

Anpassa samtalet och nyttja samtalsstöd

Vid samtal om våld med personer med funktionsnedsättning använder omsorgspersonalen olika strategier, varav en av strategierna är att de byter ut begreppet våld eller ger exempel på olika våldssituationer för att göra det mer lättförståeligt. Omsorgspersonalen använder sig av aktivt lyssnande, validering och tydlig kommunikation vid samtal om våld.

Ett ord som jag tycker är bra. Det är "obehagligt", för att det är ett ord som de oftast förstår och de vet om att man i livet inte ska känna obehag för då är det någonting som är fel. Man försöker använda ord som till exempel att råka illa ut. Eller att till och med, är det så att de står ganska högt, så kan man ju fråga om har du blivit slagen till exempel.

Omsorgspersonalen beskriver att de vid misstanke om våld ställer utforskande frågor och uppmuntrar brukarna till att berätta för personalen om de har blivit utsatta för våld. En annan strategi som nämns är prata med brukaren om hur en sund respektive osund relation kan se ut för att hjälpa brukaren att identifiera våld.

Sen då om vi upptäcker någonting där i som känns avvikande så kan vi ju börja med att förklara hur det ska se ut i en relation. Och hur det kan se ut hur vissa har det och att de kan känna sig trygga i att fråga oss ifall de känner att någonting känns fel eller fråga oss ifall är det så här det fungerar? Det kan vara folk som inte vet hur det ska vara i relation, då kan vi bara allmänt prata om relationer, vad som är okej i relationer, vad som inte är okej relationer.

Stöd av och samverkan med andra instanser

Omsorgspersonalen uppger att de förebygger våld mot sina brukare genom att stärka deras självförtroende, informera dem om deras rättigheter samt uppmuntra dem till att våga säga ifrån. Det framgår även att omsorgspersonalen försöker förebygga våld mellan brukare genom att undvika att skapa situationer där brukare som har svårt för varandra befinner sig i samma sällskap eller rum.

Absolut, att stärka självförtroendet liksom och ofta säga: ja, men du är fin som du är. Liksom att de får mycket beröm. Många gånger så har det nog inte varit så riktigt utan de får bara höra vad som är fel hela tiden, så det är ju jätteviktigt att bygga upp självförtroendet hos många och peppa och liksom: du kan!

En förutsättning för att förebygga våld mot personer med funktionsnedsättning beskrivs vara samverkan med externa aktörer och andra viktiga personer i brukarnas sociala nätverk, eftersom omsorgspersonalen då har möjlighet fånga upp risken för våld i nära relationer i ett tidigare skede.

Det är viktigt att ha de här samarbetena med alla instanser runt omkring våra brukare. För då brukar det oftast kunna fångas upp i tid innan det blivit för allvarligt. Men någonting som är jätteviktigt är att man har kommunikation med alla som är involverade: det goda männen eller daglig verksamhet... eller som många av våra som till exempel går och spelar bowling, för det är liksom en enkel sport, då kan det vara bra att man har en kontakt även med de som jobbar på bowlingen, i en viss mån.

När omsorgspersonalen blir tillfrågade om hur de hanterar våld i sina verksamheter framkommer att de kan skriva avvikelserapporter, upprätta polisanmälningar med brukarens samtycke eller göra en orosanmälan till socialtjänsten om det gäller barn. Omsorgspersonalen beskriver även att de försöker ha kontinuerlig kontakt i form av stödjande samtal med den våldsutsatta, hänvisa till andra hjälpinsatser, uppmuntra brukaren till att bryta upp med sin våldsutövare eller motivera till att polisanmäla våldet. Exempelvis, beskriver en stödassistent att personen följt med en brukare som stöd när hen skulle bryta upp med sin våldsutövande partner som var en annan brukare på boendet. Omsorgspersonalen beskriver att de kan använda sig av professionella team som finns knutna till verksamheten som exempelvis läkare, arbetsterapeuter, kuratorer och psykologer om brukaren samtycker till hjälp och stöd. Vidare framgår att omsorgspersonalen på olika sätt försöker stödja den våldsutsatta genom att vara behjälplig i kontakten med olika huvudmän.

Jag kan ju hjälpa till att starta upp en process och kontakta en god man. Jag kan ju kontakta olika personer och jag skulle ju kunna göra en orosanmälan då. Men framför allt tala om vart personen ska vända sig om jag misstänker någonting. Och sen så kan jag ju erbjuda i alla fall samtal med mig, och så att vi i alla fall pratar om situationen.

Det nära arbetet möjliggör tidiga indikationer på våld

Omsorgspersonalen beskriver att de ofta upptäcker våld i sin yrkesutövning genom att vara uppmärksamma på olika förändringar hos brukarnas beteende som signalerar att de

eventuellt kan vara utsatta för våld. Omsorgspersonalen noterar till exempel förändringar i brukarnas mående efter arbete eller besök hos anhöriga som kan utgöra tecken på våldsutsatthet. Vidare framkommer att omsorgspersonalen försöker vara uppmärksamma på när brukarna pratar sinsemellan varandra eftersom det förekommer att de berör samtalsämnen som väcker misstankar om våldsutsatthet.

Man upptäcker det oftast på mående. Och där kan man upptäcka en trend, till exempel varje gång de hälsa på sina föräldrar eller varje gång de vart i skolan eller varje gång dom är bort på jobbet eller liknande så är humöret förändrat på ett eller annat sätt? Jag har inte varit med om än så länge att någon kommer hem med blåmärken och liknande och att det är där som man upptäcker, utan det är beteende.

Man hör hur de pratar, för våra boende umgås med varandra, många av dem. Och då gäller det att fånga upp det, kanske få ett bra läge att börja jobba vidare med det sen, för vi kan ju inte sätta oss och prata i grupp på det sättet, utan då är det att lyssna, fånga upp det, prata med kollegor och gå in i ett enskilt samtal inom kort.

Omsorgspersonalen understryker vikten av att dokumentera de beteendeförändringar som observeras hos en brukare i syfte att följa upp hur brukarens beteende förändrats över tid, eftersom det kan möjliggöra upptäckten av eventuellt våld.

Ibland så lever man ju med personerna, så man märker inte att det sker en förändring. Men om man liksom hela tiden dokumenterar då kan man ju gå tillbaka i tiden och se ja men det här ju faktiskt hållit på ganska länge, att han känner sig... Eller kanske att vissa kan sluta äta, de vill inte ha lunchen, och olika sådana tecken på att en person far illa på något sätt.

Omsorgspersonalen beskriver att de identifierar risk för våld hos sina brukare genom att utforska brukarens umgänge och sociala nätverk i syfte att identifiera olika faktorer i brukares sociala omgivning som innebära en risk för våld. Däremot framgår av flera stödassistenter och stödpedagoger att deras riskbedömningar snarare fokuserar på risken för våld mot personal än risken för att brukaren ska utsättas för våld.

Ja, men det är väl att man tänker hur de har runt omkring sig, vilket nätverk de har, vilket umgänge de har. Det är väl så man tänker. Och även hemma, alltså de som då har stora funktionsnedsättningar och så tänker man ja, men hur ser hemmiljön ut. Och även också nätverket där, hur funkar det, är dom hela rena har de... Får dom det dom behöver och så, är de omhändertagna på ett bra sätt.

Ledningssystem

Omsorgspersonalen framhåller även att deras ledningssystem utgör en viktig funktion i deras hantering av våld mot personer med funktionsnedsättning. Omsorgspersonalen uppger att stöd från ledning är avgörande för att personal ska få vägledning i hur de ska hantera våld. En annan viktig aspekt som nämns är att stödet från ledningen är viktigt för att personalen ska få möjlighet att avsätta arbetstid och utforma stödåtgärder till våldsutsatta brukare.

Vi rådfrågade liksom, hur långt kan vi gå och vad kan vi göra. Vad får vi inte göra? Vi hade möten i början en gång i veckan och sen så blir det en omgång i månaden och vid behov. Där vi pratar om liksom var går gränserna? Vart kan jag vända oss? Vad finns det för idéer som vi inte har tänkt på det?

Utförarnas förslag till förbättringsområden och önskemål

Utbildning och samtalsstöd

Omsorgspersonalen önskar att de fick mer utbildning i våld i nära relationer samt att de hade bättre verktyg för att upptäcka och hantera våld mot personer med funktionsnedsättning i sitt arbete. En stödassistent beskriver "Mer utbildning, fortbildningar, utbildningar, bättre redskap att hantera såna här situationer, större befogenheter kanske just när det gäller sådana saker för just idag känns det svårt". Omsorgspersonalen uppger även att de skulle vilja ha någon med mer expertis som de kan vända sig till för att få vägledning och stöd i hur de ska hantera våld mot deras brukare. Vidare efterfrågas olika former av arbetsmaterial som personalgruppen kan använda för att öva på att upptäcka tecken på våldsutsatthet och ställa frågor om våld. Det framkommer att det behövs ett specifikt samtalsstöd som omsorgspersonalen kan använda sig av för att samtala om våld med personer som har en kognitiv funktionsnedsättning.

Förebyggande insatser

Omsorgspersonalen efterfrågar även nationella riktlinjer för hur våld mot personer med funktionsnedsättning ska hanteras i deras verksamheter. En stödpedagog föreslår att det skulle finnas ett ombud i varje verksamhet som har ansvar för frågor som rör våld i nära relationer i syfte hålla frågan levande och skapa nätverk emellan olika verksamheter. Ett annat utvecklingsområde som tas upp är det förebyggande arbetet mot våld i nära relationer, då omsorgspersonalen menar att det är viktigare att förhindra att våld sker än att åtgärda det.

Ja, det är ju inte alltid det går eller är så lätt att arbeta efter en mall. Det är inte alltid det går att applicera en mall på alla situationer. Men det skulle så klart vara en stor hjälp om det fanns en eller ett antal mallar för hur bemöter vi hanterar vi den här givna situationen? Hur ska vi jobba med individen på ett pedagogiskt sätt för att komma framåt i frågan? Hur allvarligt är det här våldet? Är det på en sån nivå att vi behöver blanda in polis eller behövs det samtal med en kurator?

Det här med att få utbildning är ju en sak, men att det är liksom en pågående. Det inte räcker inte att gå en utbildning för 10 år sedan och så, utan allting måste ju fyllas på. Det här till exempel.. det skulle stötta mig. Och så det här... också att ha en typ av frågeformulär som vi ställer dom här frågorna till alla och inte specifikt dig utpekad.

Jag tänkte väl mera att också att man ska jobba med förebyggande, inte vad man ska göra när det har hänt, utan hur man ska arbeta innan det händer, så att det inte händer. Det är där vi ska lägga krutet mycket tycker

jag, på hur agerar vi då, vad vi ska göra då, vad blir grundstenarna? Där är det förebyggande arbetet.

Chefer och andra ledare inom kommun

Yrkesgruppen LSS-ledare utgörs av sex enhetschefer som ansvarar för ett antal servicebostäder, gruppboendestäder, daglig verksamhet eller personer inom socialpsykiatri i sina kommuner, varav en enhetschef har ansvar för förvaltarenheten, anställda gode män och förvaltare i kommunen. Vidare utgörs gruppen av fyra samordnare med olika arbetsuppdrag, varav en arbetar som utvecklingsamordnare inom funktionsstödförvaltningen, bland annat med att ta fram rutiner och riktlinjer som ska styra förvaltningens arbete med våld mot personer med funktionsnedsättning. En annan samordnare har ett uppdrag som socialt ansvarig samordnare i sociala omsorgsförvaltningen och utreder missförhållanden enligt Lex Sara. Den tredje, arbetar både som boendesamordnare för LSS-boenden och samordnare för VIP-programmet, en våldsförebyggande kurs för personer med funktionsnedsättning. Den fjärde, arbetar som våldsamordnare på myndighetsavdelningen inom socialförvaltningen. Resterande tre LSS-ledare har andra verksamhetsutvecklande uppdrag som kvalitetsutvecklare inom vård- och omsorgsförvaltningen eller verksamhetsutvecklare med inriktning mot funktionshinderomsorgen i kommunen. Kvalitetsutvecklaren arbetar stödjande med brukarrevisioner inom olika verksamheter. De flesta LSS-ledarna beskriver att de har mer än tio års erfarenhet av arbete på olika positioner inom LSS-omsorgen.

Utmaningar

Att själv förstå och förmedla våldsutsatthet

För många personer med kognitiva funktionsnedsättningar upplever LSS-ledarna att det kan vara svårt att förstå vad som är våld liksom att kunna berätta om att man är utsatt för våld. Funktionsnedsättningen kan också medföra att det blir svårt att hantera de våldsamma situationer som uppstår, liksom att man kan ha svårt att se konsekvenserna av sina handlingar. Men LSS-ledarna lyfter även fram att brukarna kan förstå att det som sker inte är rätt men att det kan gå långt innan man vill berätta om det. Ofta är det personalen som uppmärksammar att det inte står riktigt rätt till, men det kan vara svårt att närma sig brukaren med sina misstankar då det finns en risk för att det får motsatt effekt, om brukaren upplever att dennes självbestämmande blir ifrågasatt. Men det finns också en risk för att våldsutsattheten inte blir uppmärksammas på rätt sätt om brukaren berättar för personalen utifrån att det kan vara återkommande att man blir utnyttjad av andra människor och personalen väljer att se förbi det.

Viljan att berätta om våldsutsatthet kan också saknas utifrån att brukare kan acceptera en viss våldsutsatthet i sin strävan att leva på samma arenor som andra i samhället där priset för detta kan vara att man blir utnyttjad ekonomiskt eller sexuellt. LSS-ledarna påtalar sårbarheten hos många av brukarna där längtan efter att få höra till, eller att få närbildkontakt med en annan människa. Det får personen att välja att stanna kvar i stället för att vara ensam, eftersom man vill höra till en gemenskap, och för att uppnå detta accepterar man att vara våldsutsatt.

Många tänker nog att prislappen är värd att jag får vara med i det här gänget, att jag får den där närkontakten med en människa, sen får det kosta precis vad det vill [...] Man tycker det är värt. "Jag har en kille" [...] sen att inte han är snäll eller så, det spelar ingen roll, för jag tycker det är mer värt att jag har en kille [...] eller man lyckas komma med i något gäng som inte gör schysta saker [...] så tror jag att många gånger så tycker de att det är värt det helt enkelt, för jag vill vara som andra. Alltså, det är ju deras högsta önskan [...] det är väldigt vanligt att man eftersträvar en normalitet, vilket gör att de här symboliska delarna i samhället, det är dit man ska, man ska skaffa barn och partner.

Att inte kunna kommunicera om våldsutsatthet är ytterligare en utmaning i att identifiera och bedöma våld, som LSS-ledarna lyfter fram. Om brukaren använder tecken kan det bli mer komplicerat att uttrycka sig kring våld, med de tecken som man har tillgång till för att kunna kommunicera. I flera av verksamheterna används dock piktogram med bilder som illustrerar våldsutsatthet, vilket kan underlätta kommunikationen kring våldsutsatthet.

Lagstiftningen både skapar fallgropar och begränsar kontroll

Självbestämmande som rådande princip i LSS-lagstiftningen uttrycker LSS-ledare som i grunden en viktig princip men som samtidigt kan leda till en ökad risk för våldsutsatthet. Brukarna beskrivs som sårbara i ett samhälle som inte är snällt men där deltagandet inte kan begränsas utifrån rätten till självbestämmande. Detta kan upplevas som dubbelbottnat; att man ska arbeta för ökad delaktighet i samhället samtidigt som den ökade delaktigheten kan bädda för en ökad våldsutsatthet.

Snävhet i utförandet och tolkningen av LSS-lagstiftningen är en svårighet som LSS-ledarna lyfter fram. Fokus i lagstiftningen är på självbestämmande och vilka insatser som ska erbjudas den enskilde, men lagstiftningen innehåller inga riktlinjer kring förebyggande arbete. Lagstiftningens intentioner om självbestämmande kan också i princip innebära att personalen bara kan se på när brukaren blir utsatt för våld, om brukaren själv bestämmer att vill vara i den situationen, eftersom principen för självbestämmande är överordnad. Personal kan göra en orosanmälan men har inget lagstöd för att göra något annat för att skydda brukaren.

När du är 18 år och har en stor funktionsnedsättning där du är som ett barn, då har du inget skydd i samhället, då kan du utsättas för precis vad som helst och vi kan inte göra någonting. Och då tänker jag så att på något sätt så borde vi kunna behöva en lagstiftning som även täcker vuxna med funktionsnedsättning, där vi ser dåliga familjeförhållanden och att vi kan agera med stöd av lagen.

En av LSS-ledarna beskriver upplevelsen av att verksamheterna ofta inte hanterar våld mellan brukare utan låter det vara och polisanmäler det inte utifrån att brukaren själv inte vill anmäla, ofta av rädsla för repressalier. En annan utmaning som LSS-ledarna pekar på är när brukaren ägnar sig åt destruktiva beteenden, som kriminell aktivitet, där våldsutsattheten kan vara stor men där personalen, utifrån LSS-lagstiftningens begränsningar, upplever sig stå med bakbundna händer.

Samhället skapar en utsatt situation

Genom sin organisering, eller brist på organisering, av insatser till personer med funktionsnedsättning kan samhället bidra till att skapa eller öka risken för en våldsutsatt situation för brukarna. En av de risker för våldsutsatthet som LSS-ledare lyfter fram är att anhöriga kan ha uppdraget som god man vilket kan öka risken för att brukaren blir utsatt för ekonomiskt våld. Liknande risker gäller när anhöriga blir personliga assistenter för barn eller nära släktingar, där det kan finnas risk för misskötsel, medvetet eller omedvetet, som kan likställas med våld i nära relation. Den här typen av beroende kan innebära att brukaren utsätts för risk för en långvarig våldsutsatthet eftersom det sällan finns någon insyn i den typen av verksamhet, speciellt inte om brukaren inte själv kan kommunicera missförhållanden. LSS-ledare beskriver att detta kan vara än mer komplicerat kring barn med funktionsnedsättning där föräldern är både förälder och personlig assistent, eftersom insynen då blir ännu mindre.

Att ha en kognitiv funktionsnedsättning och befinna sig i en situation där det saknas insyn är något som LSS-ledare lyfter fram som problematiskt på flera sätt. De beskriver att det kan finnas risk för våld vid personlig assistans, som att missköta brukarens grundläggande behov och att inte ta hänsyn till brukarens självbestämmande. Det är svårt att identifiera våld som pågår i brukarens hem och det kompliceras ytterligare av om brukaren är i beroendeställning till våldsutövaren och kan behöva dennes stöd för att uppmärksamma och kommunicera våldsutsattheten. LSS-ledare påtalar även risken för våldsutsatthet vid färdtjänstresor, också det en situation där det saknas insyn.

Jag brukar säga det, att har man stora funktionsnedsättningar så bör man bo i en gruppbostad där det finns insyn, för att brukaren kan inte själv tala om vad som händer inom familjen [...] man vill kanske inte brukaren det bästa, utan [...] vi tjänar de här pengarna.

Att snabbt finna ett nytt boende när brukaren behöver det för att undkomma våldsutsatthet är en annan samhällelig brist som LSS-ledarna pekar på. Föreningar som erbjuder skyddat boende eller kommunägda hjälpcenter har svårt att ta emot brukare med någon form av funktionsnedsättning som innebär att brukaren inte kan ta hand om sig själv. När det blir ett akut läge finns det ofta ingen som kan ta emot. Det kan även vara svårt att byta boende inom LSS-verksamheter eftersom det saknas lediga platser i gruppbostäder och servicelägenheter.

Ytterligare en brist som LSS-ledare lyfter fram är att många verksamheter inom LSS inte har ett systematiskt eller kvalitetssäkrat arbete kring våldsutsatthet hos brukare, vilket kan medföra att våldsutsatthet varken uppmärksammas eller prioriteras.

Den institutionaliserade kontextens risker

LSS-ledarna beskriver flera utmaningar och risker som är sammanknippade med att finnas i en institutionaliserad kontext. I LSS-verksamheterna finns det en risk för att utsättas för våld av andra brukare som blir svår att komma undan ifrån eftersom man delar boende eller sysselsättningsplats. I de situationer där detta händer beskrivs inga tydliga riktlinjer, mer än att enhetschef blir ansvarig för att se över situationen och tillsammans med personalen finna strategier för att undvika att detta sker igen. En utmaning i detta, som beskrivs av LSS-ledare, är att när man ska avhjälpa en sådan situation så finns risk för att skapa en annan dålig situation. Om det exempelvis har förekommit våldsamhet i fikarummet kan strategin bli att ta bort en

gemensam fikapaus, vilket kan avhjälpa risken för våldsutsatthet men samtidigt blir en kollektiv bestraffning.

Det kan också finnas en risk för att brukarna utsätts för våld av personal. LSS-ledare beskriver att den typen av våld kan vara mer subtilt och kanske inte ens uppmärksammas som våld, till exempel att personalen ger restriktioner kring när en brukare får gå ut ur sin bostad eller ta emot besök eller inte, liksom restriktioner i vad de får äta eller dricka.

Det inte är OK att med skydds och begrepp eller begränsningsåtgärder [...] vi har ingen lag på att man inte får äta godis [...] Sen kan ni kanske inte alltid nyttigt, men även om man har en funktionsnedsättning så kan man få leva onyttigt, det är ju inget man måste vara världens hälsoatlet bara för att man har en funktionsnedsättning, riktigt så är det ju inte.

I en del av dessa fall kan det finnas påtryckningar från anhöriga som av oro tvingar personalen att handla på ett sätt som står i motsats till rätten till självbestämmande. Den typen av våldsutsatthet beskrivs som svårare att identifiera än det mer öppna våldet. Identifieringen av våld kan ytterligare kompliceras av att brukarna är så vana vid att andra bestämmer över dem och tror att det ska vara så, även om det innebär en stark inskränkning av deras frihet och rätt till självbestämmande. Den typen av våld har ofta pågått sedan tidig ålder vilket leder till att den våldsutsatta situationen har blivit normaliserad för personer med funktionsnedsättning.

Organisatoriska utmaningar

LSS-ledarna pekar på en rad organisatoriska faktorer som påverkar arbetet med att identifiera och arbeta med våldsutsatthet. I många verksamheter finns det en hög personalomsättning, vilket kan medföra att nyanställd personal saknar grundläggande förståelse för behov relaterat till funktionsnedsättning, såsom behov av kommunikationsstöd. Nyanställd personal kan också påverka brukarnas vilja att berätta om våldsutsatthet eftersom berättandet ofta är en förtroendehandling, som bygger på tillit till personalen. En annan organisatorisk utmaning som beskrivs av LSS-ledare är att olika typer av våld faller under olika delar av socialförvaltningen. Exempelvis hanteras våld mot eller av personal av personalavdelningen, våld mellan brukare av funktionshinderomsorgen, ibland i samarbete med socialtjänsten, medan våld mot brukare av någon utifrån hanteras av socialtjänsten och eventuell polis, med stöd av funktionshinderomsorgen.

Det har ju hänt att det har gått så långt så att vi får knacka dörr nere på IFO och säga att det här behöver vi hjälpas åt [...] när det gäller våld i nära relation [...] har det oftast blivit så allvarligt, så oftast är IFO med redan på tåget eller varit med i en del av processen, så har vi ett gott samarbete med dem för att lösa de här situationerna

Flera av LSS-ledarna lyfter fram att det finns få rutiner och checklistor gällande våld i deras verksamheter, och att i de fall som de finns är det oftast digitala dokument som finns på verksamhetens interna sidor men som inte kan betraktas som implementerade i verksamheten. Det är också skralt med bedömningsinstrument som kan användas för att bedöma risken för våld. Bristen på etablerade rutiner och checklistor medför att det inte finns en gemensam strategi inom LSS-verksamheten utan man jobbar olika i verksamhetens olika delar.

För att arbetet med att identifiera och hantera våldsutsatthet ska bli effektivt betonar LSS-ledarna att personalen behöver känna sig trygga med förfarandet vid våldsutsatthet och vad

som kan erbjudas för stöd till brukaren. Ledningsstöd är viktigt liksom att organiseringen av arbetet byggs med tanke på detta. Exempelvis kräver identifiering och utredning av våldsutsatthet ofta fler och längre möten än vad som är vanligt. LSS-ledarna påtalar också att arbetet med våldsutsatthet bland brukarna behöver prioriteras inom funktionshinderomsorgen men att det kan vara svårt att lägga mycket resurser på en enskild del i en ansträngd organisation.

Samverkan saknas

LSS-ledarna påtalar att det ofta finns ett behov av samverkan kring brukare som är utsatta för våld men att den typen av samverkan som behövs inte finns etablerad. Funktionsnedsättning är en del av brukarens livssituation men det kan finnas andra delar som samverkar till våldsutsattheten, som missbruk och kriminalitet. Många av brukarna beskrivs också uppleva psykisk ohälsa. Det finns således många olika professioner och verksamheter som skulle behöva samverka kring brukarens situation. Att de inte samverkar medför ofta att brukaren faller mellan stolarna vilket gör det svårare att hantera våldsutsattheten. I större städer handhas olika livsområden inom olika förvaltningar vilket kan medföra att ingen tar ett helhetsansvar för brukarens livssituation utan brukaren bollas mellan de instanser som hanterar exempelvis funktionsnedsättning, psykiatri och kriminalitet.

Socialkontoret, det är inte vårt ansvar [...] på myndighet säger de nej, men det är ett utföraransvar på utförarna [...] att man tyvärr har en tanke så att det här är inte mitt ansvar [...] man måste jobba ihop, annars så går det inte. Det är inte så svart eller vitt [...] jag tror att det är känslan av det är att man är pressad. Nu lägger jag över det här problemet på någon annan så kan jag släppa det.

När det gäller vårdkontakter kan den utsatta situationen försvåras ytterligare av att det sker ett byte av kontakter inom vården hela tiden vilket är problematiskt för den som har behov av förståelse och trygghet.

Samverkan kring våldsutsatta brukare kan kompliceras av att de olika verksamheter och professionerna inte har sammantagen kompetens kring våld och funktionsnedsättning utan antingen kompetens om våld eller om funktionsnedsättning. Att hänvisa en brukare till en verksamhet eller professionell som inte har kunskap om funktionsnedsättning kan medföra en osäkerhet hos LSS-personalen eftersom det finns en risk att de individuella behoven som är relaterade till funktionsnedsättningen inte kan tillgodoses. LSS-ledarna menar därför att det behövs samverkan mellan verksamheter som har kompetens inom funktionsnedsättningsområdet och verksamheter som har kompetens inom våldsområdet för att kunna hitta lösningar för brukare i de fall som insatserna inte är anpassade för deras målgrupp.

Strategier

Rutiner att samtala om våld

I LSS-ledarnas berättelser om vilka rutiner och dokument som de har kring våldsutsatthet beskrivs i huvudsak tre olika scenarion; det finns uppdaterade dokument och rutiner kring hot och våld i verksamheten, det finns äldre rutiner och dokument kring hot och våld i verksamheten, alternativt att det finns få rutiner och dokument kring hot och våld i verksamheten. Det förstnämnda scenariot beskrivs främst av LSS-ledare med samordnande funktioner kring våld, där en del av deras arbete består av att kartlägga och uppdatera rutiner och dokument.

I någon verksamhet finns det rutiner som är framtagna inom funktionshinderomsorgen medan det i andra verksamheter finns rutiner som är framtagna för kommunens samtliga verksamheter och som beskriver hur kommunens anställda ska agera vid hot och våld. LSS-ledare pekar på att rutiner och dokument skulle kunna bli ännu bättre, och att enhetscheferna har en central roll att fylla i detta arbete.

Vi har rutiner och dokument men de skulle kunna bli ännu bättre [...] enhetscheferna har en stor del [...] ska rapporteras till dem [...] man ska informera sin chef om man misstänker våld, de har ansvar för verksamheten.

Några av LSS-ledarna beskriver att de arbetar med handlingsplaner kring våld och ibland tar riskanalyser till stöd, där olika situationer där våld kan uppstå beskrivs för att arbeta förebyggande innan det inträffar en våldssituation. Andra LSS-ledare beskriver att de inte har förebyggande handlingsplaner som är direkt kopplade till våld och funktionsnedsättning, men att de uppför en handlingsplan om behovet uppstår. När det gäller rutiner och handlingsplaner betonar LSS-ledarna vikten av att se på varje situation individuellt, och att handla utifrån situationen och möta de behov som den enskilde har. Utifrån att målgruppen för LSS är heterogen är det svårt att skapa rutiner och handlingsplaner som passar för alla, utan man behöver anpassa rutinerna efter de individuella behoven.

Några av LSS-ledarna beskriver att de har material kring våldsutsatthet som används av personalen i LSS-verksamheterna, där det ingår att våga fråga kring våldsutsatthet. Det finns också bildstöd tillgängligt som kan användas vid behov.

När det gäller personalens utsatthet för våld finns rutiner som medarbetarna känner till.

Anpassa samtalet och nyttja samtalsstöd

Kommunikation om och bedömning av våld upplevs av LSS-ledarna som något som kan vara komplicerat. Personer med olika typer av kognitiva funktionsnedsättningar kan ha svårt att verbalt förmedla vad de har varit utsatta för, men de kan kommunicera det på annat sätt. Exempelvis genom förändringar i beteende, som att brukaren blir aggressiv eller drar sig tillbaka, men det kan vara svårt att veta vad det handlar om. I kommunikationen behöver man känna in vilken kommunikationsnivå brukaren finns på och anpassa samtalet. LSS-ledare beskriver att personal kan vara utbildade i samtals- och beteendetekniker, som MI och lågaffektivt bemötande. I båda dessa metoder handlar förhållningssättet om att lyssna mer än att prata, vilket kan underlätta ett förtroendefullt samtal.

LSS-ledarna beskriver olika typer av strategier för kommunikation som de har upplevt underlättat samtal med brukare. Det är exempelvis vara att ställa samma fråga på lite olika sätt, för att ge brukaren chans att förstå frågan samt att prata om det flera gånger, vid olika tillfällen och att följa upp samtalet. Det kan också vara att ta hjälp av personal som känner brukaren väl för att tolka svaren. Relationen beskrivs som viktig för att det inte blir konstigt att prata om risken för att bli utsatt, exempelvis när det gäller sex. I vissa fall kan personal behöva gå över den professionella gränsen och bli personlig med brukaren på ett annat sätt än om man bara är personal, att ge samtalet tid och få brukaren att känna att det känns tryggt att berätta.

Alltså, man behöver skapa en relation och förtroende med någon. Och så är det med alla människor, vi berättar ju inte allt för alla, utan vi har också relationer där vi vänder oss [...] det blir en speciell person som man lämnar det förtroendet, om man lämnar det [...] att skapa den relationen, så tror

jag många gånger att man får släppa det kollektiva tänkandet som man har. För jag tänker så här att om man hanterar alla kollektivt så skapar man aldrig en relation med en person, utan då förhåller man det till målgrupp, de här, dem och vi, och så. Jag tror det är viktigt att man jobbar med varje enskild person och ser den och hanterar den och bemöter den som en riktig människa helt enkelt.

I flera av verksamheterna som beskrivs av LSS-ledarna finns inget etablerat arbetssätt för att identifiera våld, utan strategin är att personalen pratar om detta, nästan dagligen, både kring de som utför våld och de våldsutsatta. I andra verksamheter används en manualbaserad strategi, VIP- en metod för att arbeta våldsförebyggande för personer med intellektuella och psykiska funktionsnedsättningar. I VIP-programmet används bildstöd för att underlätta kommunikationen i samtalet.

En av LSS-ledarna beskriver att de använder sig av Brottsofferjouren när personer har blivit utsatta för våld, och att där finns personer som är insatta i hur personer med funktionsnedsättning fungerar, och som kan kommunicera på ett sätt som blir bra för brukaren.

Personalens roll i identifiering och arbete med våldsutsatthet

LSS-ledarna beskriver att det oftast är personalen som identifierar våldsutsatthet, ibland för att de har iakttagit en våldsutsatthet, att ha fått våldsutsatthet beskrivet för sig eller för att de har en "magkänsla" av att något är fel. Förutsättningar för att ha fått våldsutsatthet beskriven av brukaren är oftast förtroendefull relation till brukaren och att personalen är öppna för den typ av samtal. Vid misstanke om eller upptäckt av våld informeras ansvarig enhetschef. Om det gäller våld mot brukare från annan brukare eller från en extern person tar enhetschefen ofta upp frågan i arbetsgruppen för att finna de bästa strategierna tillsammans med personalen, som sedan kan skrivas ner i en handlingsplan. Den strategi som främst beskrivs av LSS-ledarna är att den personal som har förtroende hos brukaren för ett samtal med brukaren, för att se vad brukaren vill göra och vad denne behöver stöd i. Brukare kan i detta skede behöva motiveras för att ta sig ur en våldssituation, något som kan kräva både en trygg relation och tid för att samtala. I samtalen med brukaren kan personalen använda sig av olika samtalsstöd relaterat till samtal, som sociala berättelser, eller av samtalsstöd relaterat till samtal om våld, som bildstöd. Personalen, eller enhetschefen, kan också stötta genom att ta kontakt med olika instanser där personen kan få vård eller anmäla brott.

LSS-ledare beskriver också att personal ibland försöker arbeta förebyggande i verksamheten och ha samtal med brukarna om vilka risker för våldsutsatthet det finns i olika situationer, som exempelvis sociala media eller dating-appar.

Flera av LSS-ledarna lyfter fram personalutbildningar som en strategi för att identifiera och hantera våldsutsatthet, vilket erbjuds personal i olika verksamheter. Utbildningar innehåller föreläsningar om våld i nära relationer men är inte specifikt inriktade på funktionshinderfrågor.

Stöd av och samverkan med andra instanser

Vid misstanke eller upptäckt av våldsutsatthet kan LSS-ledarna eller personalen ta stöd av andra instanser för att få råd och stöd i vad de ska göra. En sådan instans är exempelvis handläggare som arbetar med våld i nära relationer inom socialtjänsten. En annan instans som LSS-ledare lyfter fram är Individ- och familjeomsorgen. Inom dessa verksamheter kan brukaren

erbjudas stöd, som exempelvis samtalskontakt. Om behov av vård föreligger behövs även ett samarbete med hälso- och sjukvården. En av LSS-ledarna beskriver att verksamheten har stor hjälp av en säkerhetsansvarig inom förvaltningen och som kan ge råd och stöd i frågor om våldsutsatthet.

Kompetens utifrån

Att ta in utomstående med kunskap om säkerhet, hot och våld för att informera och diskutera under personalmöten, och hjälpa personalen att bena i det som upplevs som svårt att tolka och förstå, är något som LSS-ledare lyfter fram som bra. Personalen kan ha uppfattat tecken på något som inte verkar riktigt sunt som kan diskuteras i personalgruppen och få stöd av den utomstående i att få nya perspektiv eller för att förankra sina uppfattningar. LSS-ledare lyfter också fram att det finns kompetensutvecklande material som är bra att använda som underlag, i diskussioner, men att känslan är att det behöver utvecklas för att vara aktuellt just nu, speciellt kring sociala media.

I flera av verksamheterna beskriver LSS-ledare att det finns handledare på förvaltningen, som kan vara till stöd i ärendet, och som kan gå in i personalgrupperna och handleda kring våld och våldsutsatthet. De har också utbildnings- och handledningsinsatser kring skydds- och begränsningsåtgärder i relation till självbestämmande, exempelvis att införa något eller tvinga något som personen inte vill. Ett annat exempel på ett bra material att använda är våldspyramid, där våldets olika stadier blir belyst. Det finns även insatser som socialtjänsten erbjuder, och det är också möjligt att rådfråga dem hur man kan göra i olika våldssituationer.

Vad som fungerar bra: Teambaserad dialog och lärande

LSS-ledarna beskriver att det teambaserade lärandet och dialogen är viktigt för att identifiera och hantera våldsutsatthet. I arbetsgruppen kan misstankar om våldsutsatthet tas upp liksom hur man kan arbeta förebyggande kring våldsutsatthet. Det är också i arbetsgruppen som man hanterar vad som ska göras när våld uppstått. Att ge personalen kunskap för vad våld kan vara och hur man kan arbeta förebyggande med våldsutsatthet är en väg till lärande liksom att gemensamt diskutera händelser som sker i verksamheten och lära av varandra. Att diskutera etiska frågor med personalen är också en strategi i det förebyggande arbetet, där frågor om självbestämmande och tvång är relevanta att diskutera. Hur man kan hantera sin egen våldsutsatthet i tjänsten är en annan fråga som också beskrivs vara relevant att diskutera i arbetsgruppen, också det i relation till ett förebyggande arbete.

Se individuella behov

Vikten av att se individuella behov och att inte behandla personer med funktionsnedsättning som en homogen grupp beskrivs också som viktigt av LSS-ledare för att kunna identifiera och hantera våldsutsatthet. Att identifiera risker för just den personen och att bygga upp ett stödjande nätverk för varje person, liksom att samarbeta med detta nätverk över tid, för även om man ibland behöver agera snabbt så krävs ofta ett långsiktigt arbete för att hantera våldsutsatthet för brukare.

Det är viktigt att man ser till den enskildes behov [...] det blir svårt om man samlar ihop alla och tror att detta är våld i nära relation, för det kan se så olika ut.

Chefernas och ledarnas förslag till förbättringsområden och önskemål

LSS-ledare lyfter fram olika delar av verksamheten som behöver organiseras annorlunda för att underlätta identifiering och hantering av våldsutsatthet. Förbättringsförslagen berör i huvudsak tre områden: organisering av verksamheten, kunskap och kompetens hos samtliga inblandande, samt samverkan.

Organisering av verksamheten

Våld och våldsutsatthet behöver komma tydligare på agendan i verksamheten men även på förvaltningsnivå menar LSS-ledare, där ett förslag är att ha övergripande mål i förvaltningen om en förvaltning fri från våld. Det behövs även införas bättre rutiner och riktlinjer, och se till att de är implementerade i verksamheten. I rutinerna kan ingå att göra skriftliga riskbedömningar, för att de ska dokumenteras, och sedan följa upp med handlingsplaner, vid behov. LSS-ledare pekar också på att det behövs uppdaterade handlingsplaner kring hot och våld, något som har börjat införas i några av de verksamheter som infört samordnande tjänster. Andra förslag på förbättringsområden är att utbilda eller anställa personal som är specialiserade på våld och funktionsnedsättning, på såväl förvaltningen som inom regionen, för att denna typ av integrerad kunskap ska finnas i verksamheten. Inom deras egen verksamhet är ett förslag att det ska finnas ett par nyckelpersoner i varje arbetsgrupp som har lite mer kunskap om våld och utsatthet än övriga

Andra organisatoriska förändringar som skulle kunna förbättra arbetet kring våldsutsatthet är att ge personal mandatet att gå utanför de processer och rutiner som ska följas i vanliga fall, i de fall som det behövs en akut insats. Exempelvis finns många rutiner kring nytt boende, när man ska erbjudas boende och när man behöver acceptera boendet liksom kring inflyttning, vilket i vissa fall kan vara kontraproduktivt om en brukare snabbt behöver byta boende på grund av våldsutsatthet. Det kan också handla om att få mer tid till samtal och att kunna gå utanför de vanliga rutinerna för detta.

” ... avsätta personal till saker som den personalen kanske inte skulle göra i vanliga fall [...] handlar om att få mandat att gå utanför de processer och rutiner vi ska följa i vanliga fall [...] det finns så mycket rutiner kring när man erbjuder ett nytt boende, och när man behöver tacka ja, och hur det är med inflytt och sådana här saker”

LSS-ledare beskriver också att det finns förhållanden inom organisationen som behöver förbättras, kopplade till personalens synsätt på brukarens självbestämmande och balansen mellan tvång och skydd. Något som kan underlätta är att ha en etisk dialog i personalgruppen samt att uppmuntra att inte hålla tyst om missförhållanden i verksamheten. Det beskrivs också som viktigt att fundera klokt kring boendedesign och hur lokaler utformas. Exempelvis skulle LSS-boenden behöva utformas så att det är möjligt att bo där utan att riskera att utsättas för våld, till exempel genom att ha egen ingång och att det finns larm i lägenheten. Ytterligare ett förbättringsområde som LSS-ledare lyfter fram är att lagstiftningen och dess tillämpning behöver bli tillgänglig för personer med funktionsnedsättningar, för att möjliggöra att kunna anmäla och bli förstörd.

Kunskap och kompetens

Höjning av kunskap och kompetens kring våldsutsatthet är något som betonas som viktigt av LSS-ledarna. Det gäller såväl hos personalen och andra professionella som möter våldsutsatta

brukare, som hos brukare. LSS-ledare lyfter olika typer av kompetenshöjande åtgärder för personalen, såsom att utveckla ett nyanserat utbildningsprogram kring personer med funktionsnedsättning och våld, som belyser de specifika varianter av våldsutsatthet som personer med funktionsnedsättning kan utsättas för, och att ge personalen utbildning i samtalsmetodik, gärna med inriktning på samtal om våldsutsatthet, och i lågaffektivt bemötande. Ett annat förslag är att ge personalen kunskap om hur man kan använda sig av FREDA kortfrågor, så att frågor om våld kan ställas på ett systematiskt sätt, vid utredningar om personens livssituation. Brukare behöver också erbjudas utbildning för att utveckla kunskap kring våld, rättigheter och skyldigheter. Om den typen av utbildningar erbjuds i verksamheten kan det leda till lärande för såväl brukare som personal.

Förebyggande insatser

Det förebyggande arbetet kring våldsutsatthet beskrivs av LSS-ledarna som ett viktigt förbättringsområde. Ett förslag är att införa en ny profession i verksamheten, en typ av kuratorkontakt, för att ge möjlighet till brukarna att prata med någon i förtroende. En annan förebyggande insats är att bygga upp en bra samverkan. Ytterligare ett förebyggande arbete är att prata mer med brukarna om våld och våldsutsatthet, inom de insatser som de deltar i, till exempel inom daglig verksamhet. En av LSS-ledarna pekar på att det är stort fokus på sysselsättning och att verksamheten har tappat andra delar som är viktiga i brukarnas liv.

LSS-ledare lyfter fram att i samtalen med brukarna behövs det utbildningsmaterial som kan användas mer systematiskt, kring risker och hur man kan skydda sig exempelvis på sociala media. Ett sådant material skulle behöva anpassas efter målgruppen men samtidigt kan detta vara svårt eftersom målgruppen inte är homogen. Men om personalen ges utbildning i materialet kan de själva anpassa till viss del, utifrån att de ofta är bra på att anpassa kommunikation utifrån personens förutsättningar och behov. Tillsammans med ett sådant material skulle det kunna kopplas expertis, som har mer kunskap och kompetens kring området och som skulle kunna fungera som stöd i användningen av materialet.

Samverkan

Att etablera en stabil samverkan, där alla upplever ansvar och inte skjuter ansvaret mellan sig är också ett förbättringsområde som lyfts fram av LSS-ledare. Ett förslag är att införa ett forum för samverkan kring våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning, med kompetens både kring våld i nära relationer och kring funktionsnedsättningsrelaterade behov.

Slutsatser om kommuners arbete med våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning

I intervjuerna med de kommunala representanterna framkommer det att personer med funktionsnedsättning som har insatser enligt LSS ofta inte anses falla under andra instansers ansvarsområde, utan eventuella problem ska hanteras av LSS-verksamheten, oavsett problemets natur eller omfång. När det gäller våldsutsatthet kan detta synsätt medföra att personer med funktionsnedsättning inte får det stöd som de är berättigade till enligt SoL, och inte heller det stöd de behöver för att hantera våldsutsattheten.

Det framkommer också att det finns speciella former av våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning som kan vara svåra att identifiera och hantera. Detta gäller särskilt våldsutsatthet i förhållande till självbestämmande och omsorg, i situationer där det saknas

insyn. En sådan speciell form av våldsutsatthet är den beroendeställning som brukare står i till närstående som samtidigt är deras personliga assistenter eller gode män.

Lagarna och kommunernas arbete med våldsutsatthet bland patienter med funktionsnedsättning

Rutiner och utbildning för att upptäcka våld och ge stöd till vuxna personer med funktionsnedsättning inom socialnämnden och andra verksamheter

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska socialnämnden fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter som genomför insatser enligt SoL ska ställa frågor om våld (2 kap 4 § HSLF-FS 2022:39). Vidare framgår att personal som genomför insatser enligt SoL bör ha kunskap om våld och andra övergrepp av eller mot närstående för att kunna uppmärksamma om en person är våldsutsatt och se till att denne får stöd och hjälp för sin våldsutsatthet. Socialstyrelsen föreskriver även att socialnämnden vid planering av verksamheter och i enskilda ärenden bör beakta den särskilda utsatthet eller sårbarhet som en våldsutsatt kan ha på grund av bland annat funktionsnedsättning (HSLF-FS 2022:39). Våra intervjuer visar dock att det råder en brist på tydliga rutiner och riktlinjer för när och hur frågan om våld ska ställas till personer med funktionsnedsättning inom funktionshinderomsorgens utredande och utförarverksamheter. Många av de kommunala representanterna uppger även att det finns en avsaknad av handgriplig information om hur de ska stödja våldsutsatta vuxna personer med funktionsnedsättning samt en brist på utbildning om våldsutsatthet hos målgruppen. Detta tyder på att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer inte har implementerats tillräckligt i funktionshinderomsorgens verksamheter som genomför insatser enligt SoL. Däremot framkommer inte av författningen huruvida den personal som genomför insatser enligt LSS ska ställa frågor om våld eller bör ha kunskap om våld. Enligt denna författning innebär det att personal inom dess verksamhet som genomför insatser enligt både SoL och LSS enbart behöver ställa frågan om våld till vissa brukare, beroende på vilken insats brukaren har.

Anmälnings- och rapporteringsskyldighet

De kommunala representanternas anmälningskyldighet vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa regleras i 14 kap. 1-1a §§ SOL, medan deras rapporteringsskyldighet vid missförhållanden och risk för missförhållanden regleras i 24 b § LSS. Vidare bestäms i 2 kap. 5 § HSLF-FS 2022:39 att socialnämnden ska fastställa rutiner för hur information om att ett barn kan vara våldsutsatt eller kan ha bevittnat våld ska föras vidare till den del av verksamheten som ansvarar för att utreda barnets behov. De intervjuade representanterna för kommunal verksamhet uppger att de har tydliga rutiner och riktlinjer för hur och när personalen ska upprätta en orosanmälan eller en avvikelse rapport, vilket tyder på att de lagrum som styr anmälnings- och rapporteringsskyldigheten har implementerats i verksamheterna. Enligt intervjuerna är dock lagstiftningen är mindre tydlig vad gäller verksamheternas åtaganden efter att missförhållande rörande våld mellan brukare uppmärksammas.

Samverkan i våldsärenden

Bestämmelserna om tystnadsplikt inom funktionshinderomsorgen regleras i 15 kap 1 § Sol samt 29 § LSS, medan bestämmelserna om sekretess inom verksamhet enligt Sol och LSS regleras i 26 kap offentlighets- och sekretesslagen (2009:400). Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska socialnämnden vid samordning av olika aktörers insatser beakta våldsutsattas behov av trygghet och säkerhet. Skyldigheten att

samverka gäller med beaktande av bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt (2 kap. 10 § HSLF-FS 2022:39). Trots att omsorgspersonalen enligt ovanstående lagstiftning är skyldiga att samverka med externa berörda aktörer för att samordna de olika aktörernas insatser framgår av omsorgspersonalen att bestämmelserna om sekretess och tystnadsplikt utgör hinder för samverkan med andra huvudmän kring stöd- och hjälpinsatser för den våldsutsatta.

Rättigheter för (våldsutsatta) personer med funktionsnedsättning

Enligt 1 kap. 1 § SoL och 6 § LSS ska verksamheter som berörs av dessa lagrum grundas på den enskildes självbestämmanderätt och integritet. I FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning, artikel 16, åläggs konventionsstaterna ansvar att vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att skydda personer med funktionsnedsättning mot alla former av utnyttjande, våld och övergrepp. De kommunala representanterna beskriver att den enskildes självbestämmanderätt hindrar dem från att vidta nödvändiga skydds- och stödåtgärder för att hjälpa våldsutsatta vuxna personer med funktionsnedsättning. De beskriver även att det kan vara en svårighet för våldsutsatta personer med funktionsnedsättning att få hjälp av externa aktörer utanför funktionshinderomsorgen på grund av bristande kunskap om och förståelse för målgruppen i andra verksamheter. Eftersom principen om självbestämmande enligt SoL och LSS inte får bestridas finns det inget lagstöd som ger personal inom funktionshinderomsorgen rätt att skydda brukaren mot våld om inte samtycke föreligger. Dock kan man argumentera för att de rättigheter som stadgas FN:s konvention inte beaktas eftersom det förefaller finnas en brist på ändamålsenliga åtgärder som skyddar personer med funktionsnedsättning mot våld.

Insatser till våldsutsatta personer med funktionsnedsättning

Enligt 5 kap. 11 § SoL ska socialnämnden beakta kvinnor som är eller har varit utsatta för våld i nära relationer kan vara i behov av hjälp och stöd. Socialstyrelsen föreskriver att socialnämnden ska erbjuda en våldsutsatt vuxen insatser, akut och på kort och lång sikt, med utgångspunkt i den vuxnas behov av skydd, stöd och hjälp (6 kap. 1 § HSLF-FS 2022:39). Av 6 kap. 2 § framgår vidare att socialnämnden vid behov ska erbjuda en våldsutsatt vuxen ett lämpligt tillfälligt boende. I de allmänna råden föreskrivs att det tillfälliga boendet bör ha tillräcklig bemanning och tillräckliga skyddsanordningar för att kunna erbjuda skydd mot hot, våld och andra övergrepp (HSLF-FS 2022:39). Flera representanter för kommunal verksamhet uppger att det finns en brist på stöd- och skyddsinsatser för våldsutsatta personer med funktionsnedsättning. Enligt de intervjuade har exempelvis kvinnojourer och andra externa aktörer som erbjuder hjälpinsatser för våldsutsatta ofta en bristande kunskap om våld mot målgruppen. De intervjuade uttrycker även att det finns en brist på skyddande boenden anpassade för personer med funktionsnedsättning och att personer med funktionsnedsättning därför ofta blir förflyttade till LSS-boenden som saknar tillräcklig bemanning och tillräckliga skyddsanordningar för att kunna erbjuda skydd mot hot och våld. Detta indikerar att socialnämnden inte tillräckligt klarar sitt ansvar att tillgodose våldsutsatta personer med funktionsnedsättnings behov av skydd och stöd.

4. Resultat: Regioners arbete med våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning inom regioner

Nedan presenteras en sammanställning av intervjuerna med arbetsterapeuter, sjuksköterskor, barnmorskor och kuratorer anställda i regioner.

Arbetsterapeuter inom region

Samtliga fyra intervjuade arbetsterapeuter arbetar på vuxenhabiliteringen och Rehabiliteringsmedicinska mottagningar. De har minst åtta års arbetserfarenhet med patienter ur den allmänna befolkningen eller patienter med funktionsnedsättning.

Utmaningar

Våld – alltid svårt att upptäcka och tala om

Arbetsterapeuterna beskriver att frågan om våld tas inte upp i det dagliga arbetet. Däremot beskriver de att de diskuterar frågan om våld med kollegor och under team-möten. Även om arbetsterapeuterna har kunskap om funktionsnedsättningar och hur man arbetar utifrån varje individs behov, behövs vidare kommunikation om vems ansvar det är att ta upp frågor om våldsutsatthet och vad som menas med 'våld' med konkreta exempel som kan underlätta kommunikation med brukarna, anhöriga, assistenter och mellan olika yrkesgrupper.

Jag tror inte jag någonstans har tagit upp den frågan med en patient, faktiskt. Däremot kan man prata inom teamet. Vi diskuterar ju det, men jag har inte som rutin att ställa de frågorna.

Det är sällan som man pratar om våld över lag. Nästan aldrig. Möjligtvis vid ett första samtal, att det kommer upp. Och då handlar det nog snarare om personer som har lindriga funktionsnedsättningar. Där de har svåra funktionsnedsättningar och begränsningar i tal, tar vi nog inte upp det. Alltså vi ställer nog inte de frågorna. Jag saknar verktyg för det.

Om det skulle vara så att jag vet om det, då kan man välja en aktivitet i vardagen, då kan man ju så fall kolla vilka aktiviteten är påverkade på grund av våld. Det alltså som sagt ingenting som görs strukturerat, [vi] jobbar med att lära [oss] ställa den här frågan eftersom det är någon annan som gör det.

Det behövs mer förståelse och information om exempelvis vems ansvar det är att följa upp brukare som har varit utsatta eller misstänkt vara utsatt för våld. Det behövs även rutiner för att följa upp om brukarna har fått de insatser och det stöd de behöver, så att personalen kan säkerställa att orosanmälan har kommit till nytta för brukaren.

Ett fall med en person med funktionsnedsättning som hade en assistent med sig som de inte tyckte uppträdde korrekt riktigt mot brukaren. Och där försökte hon göra en orosanmälan, till socialen. Men att det hände ingenting med det riktigt, utan hon fick överrapportera ... prata med

fysioterapeuten i kommunen, som försökte kolla hur läget i hemmet. Och hon konstaterade samma sak. Men sen hände det inte så mycket mer än så. Så jag vet inte, det föll ... det var ingen som hade riktigt ansvar för frågan.

Vad är våld?

För att kunna bemöta brukare på rätt sätt behövs vidare kommunikation om hur 'våld' i nära relationer definieras för personer med funktionsnedsättningar. Vidare skulle en definition av våld för målgruppen underlätta kommunikation för brukare i vardagen och tillgång till stöd inom olika verksamheterna.

[Det var] någon som kände sig pressad till att ha sex med sin särbo. Hon uttryckte en stark rädsla för att åka hem, hon blev superstressad varenda gång hon skulle åka hem till helgen, hon fick ont i magen och blev superstressad och irriterad, de är här på ineliggande rehab mån-fredag. Och sen åker de hem oftast över helgerna. Så vi pratade ju om det här, och då vet jag att det erbjöds kontakt med kvinnofridsmottagningen, men att hon tackade nej till det för att hon inte tyckte att hon var utsatt för misshandel. Så jag tror att det är också svårt, det här att definiera vad är våld. Man tänker att våld bara är det här fysiska.

Utan man [brukarna] tänker att det är just det här fysiska våldet så att på nybesök så brukar vi alltid förklarat det kan vara inom olika områden som man kan vara våldsutsatt i.

Jag pluggade att det finns olika former av våld, så frågan är vad [är vad]? Hur man definierar det?

En annan komplex utmaning enligt arbetsterapeuterna är stödja brukare utan ekonomiska eller sociala förutsättningar att lämna sina förövare. Förebyggande arbete blir mer komplext om det inte finns särskild information eller kunskap om hur arbetsterapeuterna kan stödja brukarna som är ekonomiskt beroende av andra för att erbjuda ett tryggt och säkert alternativ till deras nuvarande boendemiljö.

Vi träffar ju ganska många unga vuxna som kanske fortfarande bor kvar hos sina föräldrar. Vi har ju också patienter, som kanske inte har någon inkomst. Man har inte någon sjukpenning. Man beviljas inte försörjningsstöd för att man lever med någon som har en inkomst och man har inte själv någon inkomst. [...] Ska man då lämna den som man är ekonomiskt beroende när man inte har någon egen inkomst? Det blir väldigt stort steg upp ta när man inte har någon egen bostad och ingen egen inkomst.

Rutiner och riktlinjer saknas

Enligt arbetsterapeuterna finns det inga specifika rutiner eller frågor om våld som är anpassade till olika behov hos personer med funktionsnedsättning. För arbetsterapeuter som har kunskap om hur olika funktionsnedsättningar och diagnoser påverkar personers vardag, där sexuell hälsa är en del av vardagsaktiviteter, är våld i nära relationer ett viktigt utvecklingsområde när det gäller rutiner och kunskap om identifiering av våldsutsatthet.

Vi saknar ju rutiner för att kunna identifiera det. Vi saknar kunskap. Jag vet ju att våld förekommer ju i alla samhällsklasser, i alla åldrar, ändå så behöver man kunna ha mer kunskap om vart ... hur symtom och tecken kan se ut, så att man kan fånga upp någon måste man ändå kunna se vad det här är det.

En annan utmaning enligt arbetsterapeuterna är att möjliggöra brukarens delaktighet i samtal om våld. Arbetsterapeuterna uttrycker att de behöver få möjlighet att på bästa möjliga sätt ha ett samtal med brukarna och lyssna på deras åsikter.

Att man är vårdare av sitt barn och att det kanske inte alltid är så här superlämpligt. Det har man ju ... och det är jättesvårt att komma åt också. Där man försöker hela tiden vända sig till själva patienten, att "nu pratar jag med dig och tittar på dig". Och sen så svarar den här föräldern här vid sidan av hela tiden. Någon gång har vi faktiskt bet anhöriga att gå ut. Att "nu får du gå ut under tiden vi pratar med hen, eller han". Och likadant sen när man gör kognitiva testningar, att då brukar jag också ben den medföljande gå ut, så att jag får en egen bild av hur den här personen funkar [...] Då hade varit skönt att bara "men så här har vi som rutin att alltid göra".

Viktiga utvecklingsområden när det gäller överrapportering och uppföljning är samverkan mellan olika yrkesgrupper inom kommun och region. Enligt arbetsterapeuterna kan det ibland finnas "ett glapp kan jag uppleva det som. Och då gäller det inte bara med våld mot människor med funktionsnedsättning, utan det är överrapporteringar, vem tar ansvar för vad, så här. Det kan jag tycka är den största utmaningen. Vem tar ansvar?".

Strategier

Tydlig kommunikation

Arbetsterapeuterna beskriver att de försöker vara så tydliga som möjligt i sin kommunikation genom att använda olika typer av enkla hjälpmedel och tavlor där de kan tydliggöra eller sammanfatta viktiga poänger tillsammans med brukarna.

Det gäller också vid val av hjälpmedel, så att man kanske har lite mer lågteknologiska hjälpmedel. Alltså att man försöker anpassa utifrån vad det är för kognitiva problem man har. Och då blir det lite att man får vända sig också till den som följer med om man behöver få information.

Att försöka vara tydlig i kommunikationen, att inte sväva ut utan att försöka öppna tydlig. Sen använder jag ofta har en stor whiteboardtavla [...] vi skriver på tavlan om det behövs att man kanske lämnar skriftlig information som de får. För att få hjälp så kanske jag tar reda på telefonnumret och att vi tillsammans lägger in det i patientens mobiltelefon.

Att lyssna noggrant

Arbetsterapeuterna använder tydlig kommunikation och att lyssna noggrant för att hantera utmaningar i kommunikation eller kognition som kan påverka brukarnas möjlighet att inse eller identifiera att de har blivit utsatta för våld.

Om man lyssnar och få vara uppmärksam på vad är det som sägs i den äntligen? Men jag har ju inte som en rutin att jag alltid frågar vid varje besök till exempel utav dig om någonting kommer upp under samtalet.

En tydlig strategi för det är att vara lyhörd när jag frågar om det sociala nätverket om det skulle vara en reaktion som kanske avviker från andra kontaktperson att man då kan trycka in lite.

Att ha en mall med frågor

Vissa verksamheter ha en mall med frågor som stödjer arbetsterapeuter och andra yrkesgrupper med användbara strategier och frågor för att utreda utsatthet. Mallen med frågor fungerar också som en påminnelse för arbetsterapeuterna så att de ser till att inkludera frågor om utsatthet från deras första kontakt med brukarna.

När vi har nybesök och det är ju när patienter kommer hit på sitt första besök. Det kan vara jag, eller det kan vara en kurator eller en psykolog som håller i besöket. Och då har vi en fråga mall där vi alltid frågar om våldsutsatthet om det är. Och så att det är bra att det finns att man kan bli påmind om hur man kan fråga.

Arbetsterapeuternas förslag till förbättringsområden och önskemål

Riktlinjer och utbildning

Det behövs mer kunskap om regelverk och riktlinjer samt tydliga rutiner som kan kopplas till och implementeras i det dagliga arbetet, exempelvis i form av korta web-baserade utbildningar. Det behövs också större diskussioner på nationell och regionnivå om exempelvis vem som tar ansvar vid överrapportering och uppföljning, hur man följer upp att personalen kan säkerställa att insatserna eller orosanmälan är till nytta för brukaren, hur man gör riskbedömningar och hur man skriver olika typer av handlingsplaner.

Att man har någon sådan här riktlinje eller något såhär formulär som man kan förhålla sig till. Och att man har som en Ping Pong-utbildning eller någonting, "så här gör du", hur hanterar du patienter som du tror blir misshandlade och så vidare.

Jag skulle nog behöva utbildning i det här för att kunna kartlägga det på ett annat sätt, så tror jag vi skulle ställa andra frågor och fler frågor. Och kanske inte göra det vid det första samtal där man pratar om allt möjligt, och de har också ofta med sig en person, utan mer bjuda in till ett specifikt samtal och prata om detta utifrån vissa kriterier, för i dag finns det ingen plats för det.

Verktyg

Ett annat viktigt utvecklingsområde är att arbetsterapeuter och andra yrkesgrupper behöver specifika verktyg som stödjer samtal om våld utsatthet med brukarna som är anpassade till olika kognitions- och kommunikationssvårigheter.

Alltså jag skulle ju gärna vilja ha så här verktyg för att hur pratar man om det för att få rätt svar. Det tycker jag är jätteklurigt, det skulle jag jättegärna vilja ha stöd i. Hur pratar man om det. Och också så här, om man ska ta upp en sak så vill man också veta att det tar vägen någonstans också, vart ska jag vända mig med det här som jag får veta nu. Hur går man vidare när man har identifierat det här? Det tycker jag är ännu viktigare på något sätt.

Jag vet ju att jag har stöd av kolleger, men vi kanske skulle ha det [på] regelbunden basis och att man tar upp och pratar om de här frågorna [...] kan det ju vara bra att kunna ha något skriftligt material att ge och som kanske också har symboler eller bilder så här? Lättbegripligt språk. Material som man kan säga ja utifrån det vi har pratat så ska kunna lämna en färdig broschyr där det finns lite mer information.

Bättre samarbete och uppföljning

Det beskrivs vara viktigt att utöka och utveckla bättre kanaler för kommunikation och samverkan mellan kommun och region och mellan olika regioner.

Det är också att de inte kommer härifrån många av patienterna. Utan de kommer från Norrbotten eller Skåne eller överallt ifrån. Så att det ... ja, man kan göra en viss del, men mycket får ske på hemort också. Vi försöker följa upp medan de är här, och också när de är här på uppföljning. Jag tycker att skulle vara skönt med ett tydligare samarbete också, alltså att man vet vart man ska vända sig, även på hemorten om man tänker att det behövs.

Sjuksköterskor inom region

Av de intervjuade sjuksköterskorna är en distriktsköterska sedan 20 år, en sjuksköterska som under 14 år inom medicin, psykiatri och hemsjukvård arbetat bl a med patienter på gruppboende och med demens och en sjuksköterska sedan 2012 och sedan 2019 psykiatrisjuksköterska som möter en del patienter som har intellektuell funktionsnedsättning och autism.

Utmaningar

Vad är våld?

Att identifiera särskilda behov var inte enligt sjuksköterskornas berättelser så svårt som att identifiera våld.

Vi försöker upptäcka våld. Och om det händer, har vi också en plikt att anmäla. [...] Problemet är att det är komplicerat att fånga våld.

Att förstå att en patient utsatts för våld beskrevs som betydligt lättare om det uppstått blåmärken eller andra synliga skador. Sköterskorna gav flera exempel på våld, till exempel en man som slängde det larm en kvinna behövde och vuxna barn som tar brukares pengar eller blåmärken som visar att anhörigvårdare tagit i en brukare för hårt. Men psykiskt och sexuellt

våld beskrevs som särskilt subtilt. En sköterska exemplifierade med en kvinna hon mött i sin yrkesverksamhet som inte själv riktigt verkade förstått att hon utnyttjats sexuellt av sin tidigare man. Ibland vill en patient inte att en särskild anhörig ska komma till deras hem.

Om det inte finns synliga skador, så är det väldigt svårt i patientgrupper som kanske inte själva vet att de har smärta och om de känner smärta så kan de inte kommunicera detta. Patienten kanske endast förstår lite eller inget alls av vad man säger och svarar ofta inte på tilltal. De kan inte berätta vad som hänt, och om de kan prata så kanske de inte kommer ihåg vem som gjorde det. När tecknen på våld beskrevs som ofta vaga och diffusa är verbal kommunikation med dessa patienter svårt i båda riktningar.

Sköterskorna beskrev hur tecken inom hemsjukvården kan vara oro, allmän rädsla, skygghet eller klagomål. Dementa patienter kan också kommunicera oro eller att något är fel genom att gå runt, runt, sitta i sitt rum eller ligger på sängen utan att vilja lämna rummet, ramla där de sitter, kräkas eller på andra sätt bete sig annorlunda än de brukar.

”Vi märker när patienten är orolig eller ångestladdad, det blir den motoriska oroligheten man ser.”

En sjuksköterska lyfter även att det är svårt att bedöma vad som är patientens vilja respektive en anhörigs vilja och vad som är ett (värre) övergrepp: att exempelvis ge medicin mot någons vilja eller att låta denna fara illa på sätt som medicinen skulle kunna avhjälpa.

Funktionsanpassade stöd- och skyddsinsatser saknas

En annan utmaning var att de ”vanliga” kvinnojourerna, kvinnohemmen, polisen, socialtjänstjouren kanske inte är anpassade för funktionsnedsättningar.

Jag vet inget annat sätt.

Dessa typer av utmaningar kan sjuksköterskorna inte göra mycket åt. De beskrev dock andra typer av utmaningar som ligger tydligare inom deras egen yrkesroll.

Våld - alltid svårt att upptäcka och tala om

Kognitiva funktionsnedsättningar beskrevs som den största utmaningen och personer med en kognitiv funktionsnedsättning som svårast att kommunicera om våld med.

Det svåraste är nog att man kan förneka det. [...] För att man inte vet definitionen av våld. Hur menar du med våld? Jag tror att man behöver kanske förtydliga frågorna mycket mer. [...] Jag tror att man behöver vara ganska tydlig med hur man ställer frågorna för att kunna få rätt svar.

Det finns begränsningar med att ställa frågor om våld med formulär eftersom ”formulären är alltid ganska kantiga och det är inte alltid säkert att man får svar på frågorna. Man kanske inte förstår frågorna eller så vill man inte svara på dem.” I synnerhet om personen inte heller kan svenska så bra.

Samtidigt som sjuksköterskorna beskrev det som en särskild utmaning att tala om våld med patienter med kognitiva funktionsnedsättningar, så beskrev de att våld är en utmaning att tala om med patienter oavsett om de har en funktionsnedsättning eller inte. Våld kan så normaliseras av alla.

Jag tycker att det är svårt att skilja så mycket på ... vad ska man säga? Alltså skilja på en person med autism eller inte. För att jag tänker att i slutändan så är vi bara människor som blir utsatta för samma sak. Så jag tror att man skulle börja prata mer generellt. [...] Jag skulle inte vilja särskilja de personerna från andra personer som också har... Jag tror absolut att man är mer utsatt. Särskilt om man har en intellektuell funktionsnedsättning. För att man är mer... jag tänker att man är mer utsatt som person. Och man har kanske inte samma förutsättningar. Men min erfarenhet är att de flesta som har blivit utsatta är ganska ... ja. De är ganska medvetna om att det är på det här sättet, men har svårt att ta sig ur det i alla fall.

Känslomässigt så tror jag aldrig att våld känns rätt och tror jag att alla människor känner att det här är någonting som är att det här är fel. "Det känns inget bra det här." Sen tror jag att de kanske inte kan sätta ord på det, att det skulle vara liksom en brottslig handling som de utsätts för.

De beskrev en medvetenhet om att människor som utsätts för våld generellt inte söker vård uttryckligen för detta, och att detta inte är något specifikt vid funktionsnedsättning. Utmaningen består därför i att gemensamt bedöma det som hänt, vems "fel" det var, hur illa man egentligen får göra en annan människa och att hantera patientens känslor av skuld och skam.

Men samtidigt som det är mycket svårt att tala om våld generellt så är det särskilt svårt med personer med en kommunikativ funktionsnedsättning.

Och sen tror jag att det också finns, bland alla personer, en skam i att bli utsatt för våld. Och då tror jag, att oavsett vem du är så tror jag att det kan vara svårt att komma åt. [...] Och det tror jag inte handlar om funktionsnedsättning. Jag tror det handlar om att det finns en rädsla och skam som är kopplat till det.

Kognitiva funktionsnedsättningar beskrivs också som en slags skala. Någon poängterar att det kan vara svårt att avgöra om det är frågan om en kognitiv nedsättning eller en konsekvens av våld, att utsättas för våld kan göra det svårt att koncentrera sig och hålla ihop tankarna längre.

En möjlig skillnad mellan att arbeta som sjuksköterska i primärvård eller specialiserad vård lyftes av en sjuksköterska inom psykiatri:

Vi har nog olika lätt och svårt för det. I psykiatri har vi ganska lätt för att vi pratar om trauman, vi pratar om våldsutsatthet ganska mycket. Vi pratar om självmord och självmordsförsök och ... Vi pratar redan om tunga saker. Så det är inte jättesvårt ibland, att få in det här med våld också.

Strategier

Personalens roll i identifiering och arbete med våldsutsatthet

Samtidigt som de beskrev våld som ett generellt svårt samtalsämne så beskrev sig just de intervjuade sjuksköterskorna erfarna, och att denna erfarenhet möjliggjorde samtal om våld.

Jag tycker att i allmänhet att det är lätt att prata med människor om våld, för att jag har gjort det så länge. Och jag tycker inte om att krångla till det. Folk brukar prata, vill börja prata liksom.

Denna sjuksköterska beskriver att det handlar om att lyssna till vad det är kvinnan berättar egentligen för att komma till insikt om det är något som inte riktigt är okey och sen fråga vidare om det.

De beskrev att det handlar om en syn på sitt arbete som består i det mellanmännsliga mötet.

Jag försöker göra allt för att möta människor, liksom ansikte mot ansikte. [...] Vi möts ansikte mot ansikte mot ansikte och det är ju då där etiken och relationen skapas liksom.

Denna yrkesroll innebär också att sjuksköterskan själv behöver fatta flera beslut när det gäller våldsutsatthet i allmänhet och bland patienter med funktionsnedsättning. För det första behöver sjuksköterskor bedöma om det faktiskt är våld som skett.

Svårigheterna har ju varit att liksom få fram vad det egentligen är som har hänt för att det blir ju ofta då upp till mig att definiera det som våld.

Om det varit våld måste sjuksköterskor också bedöma om patienten behöver skyddas akut.

Sen måste man ju tänka på skyddseffekten och kanske ställa sig frågan: Behöver den här personen skydd? Så att den inte går, det måste vi överhuvudtaget bli bättre på med alla våldsutsatta och specifikt då är de sårbara personerna. När man upptäcker våld på vårdcentralen så är det ju en jätteviktig patientsäkerhetsfråga.

Det beror ju på om det är en akutsituation, att personen har blivit utsatt för våld precis nu. [...] Då måste man ju liksom förhandla om det som en akut situation. Men är det så här att man misstänker att det här har pågått länge och det är liksom lugnt läge nu, så kan man fråga om saker och ting och ta mera tid på sig att ta reda på hur man ska gå vidare.

Sjuksköterskan kan också behöva besluta om det är nödvändigt med ännu ett besök.

Annars så tycker jag att man alltid ska fråga då om jag har en person med funktionsnedsättning som jag möter då och så misstänker jag det här då och vill fråga om det, då måste jag kanske ta tillbaka den på ett nytt besök.

Man kan ju också fråga om det är någon de har förtroende för som de vill ha med sig. Annars ska man ju typ fråga liksom när den andra i rummet och sådant så att man måste vara lite mer försiktig där då, men så att man också kan förbereda sig själv.

På en fråga om hur de gör för att förebygga risk för ytterligare våld i nära relationer bland patienter med funktionsnedsättning, svarar en sjuksköterska: "Det finns inget tydligt arbete. Det är upp till ganska mycket en själv som individ. Att fortsätta ställa frågor, fortsätta vara uppmärksam. Det finns inget tydligt arbete framåt så."

Anpassa samtalet och nyttja samtalsstöd

För att hantera utmaningarna med att kommunicera med patienter om våld beskriver sjuksköterskorna flera typer av strategier. När verbal kommunikation är möjlig lyfter de vikten av att vara närvarande och tålmodig, först kanske tala om att det är många som utsätts för våld och förklara att det kan vara både fysiskt och psykiskt och utifrån patientens berättelse förtydliga det de utsätts för och fråga hur de upplever det för att vid behov kunna förtydliga att det faktiskt handlar om exempelvis våld eller våldtäkt.

Vi har två olika formulär. Så det kan upptäckas. Och sen tycker jag oftast att man upptäcker det ganska lätt, om patienten är ... ja, men tvekar inför svar eller är väldigt ... ja, inte vill berätta så mycket. Då tänker man oftast att det är någonting kanske ... som man kanske behöver fördjupa sig i. Jag tycker man kan märka det ganska tydligt på patienterna på så sätt. Om det ... om man får frågan och man är tveksam på hur man ska svara, eller ... Ibland kan man behöva ge ganska mycket exempel på vad våld kan vara. Och då kan det framkomma någonting.

Som sjuksköterska gör man ju fysiska undersökningar på patienter. I dessa kan man uppmärksamma märken som skulle kunna uppstått efter slag eller brännskador. Då är det viktigt att vara medveten om att våld förekommer och fråga.

De förenklar sitt språk och undviker långa meningar och pratar i stället med korta koncisa frågor, pratar ganska sakta, tydligt och förklarar vad man har för rättigheter, att man har rättigheter att sätta sina egna gränser och så, vad man får och vad man inte får göra.

Jag kanske anpassar mitt språk lite mer, eller så. [...] Vi gör det kanske mer tydligt vad det är jag vill åt. Eller om man pratar om barnkonventionen eller typ såna saker. Men annars vet jag inte om jag gör så stor skillnad eller anpassar det jättemycket. [...] Jag tror inte jag gör jättestor skillnad, mer än att jag berör ämnet och att man tar upp det på ett så tydligt sätt som möjligt.

Kan ju ta väldigt lång tid [... Men] jag tycker att det här har ändå gått att få till bra samtal där man liksom kommit till grunden med vad de egentligen söker för många gånger.

I situationer där det inte är möjligt att alls kommunicera verbalt med vissa patienter beskriver sjuksköterskorna att en strategi är att sitta med dem på en avskild plats, kanske hålla deras hand och prata med dem om bekanta saker och därigenom förmedla trygghet.

I en verksamhet beskrivs ett traumaformulär, som de frågar alla sina patienter, på både vuxen-, ungdom- och barnsidan. Detta uppskattas.

Man håller sig till frågorna och sen kan man fråga mer kring frågorna också.

Särskilt uppskattas att formuläret uppmuntrar till samtal om psykiskt våld, hot och att nedvärdering kan vara en typ av våld.

Frågorna ställs faktiskt vid varje bedömningsamtal. Det tycker jag är bra. Sen är det alltid lätt ända att missa. Speciellt när det gäller ungdomar. För man kanske inte vill prata om det. Så instrumentet är fortfarande ... Det behöver inte betyda att det är särskilt bra, men jag tycker att det positiva är att man pratar om och tar upp det överhuvudtaget. Och som en del i en bedömning.

Det andra som görs, är framför allt att fråga hur man trivs i sina relationer. För det är också en viktig del. [...] Så det är ett komplement, tycker jag, till traumaformulären.

Sjuksköterskornas förslag till förbättringsområden och önskemål

Utbildning och samtalsstöd

Spontant så tänker jag att jag skulle behöva ha mer utbildning i hur vi kan ställa frågorna.

Dels så tror jag att man skulle behöva ha kanske bättre kunskap om vad funktionsnedsättning kan innebära. Alltså vad är det för svårigheter man kan möta, för att kunna veta hur man ska bemöta det. Att det kan finnas en svårighet att förstå kanske vissa instruktioner.

En beskriver att när kvinnofridsreformen hade kommit så förstod hon för första gången att när kvinnor och barn mår dåligt så kan det handla om våld fastän de sökt hjälp för alla möjliga andra orsaker.

Jag skulle säkert behöva mycket mera kunskap.

Om det kommer en människa med kognitiv funktionsnedsättning och man ska upptäcka eventuellt våld, "Där skulle man ju behöva kunskap alltså utbildning, utbildning, utbildning."

Någon föreslår en webbaserad utbildning just om funktionsnedsättning och en tydlig manual till det för att kunna närma sig en person som har en kognitiv nedsättning, en manual som säger hur man börjar med det här och vilka fallgropar som finns.

*Det är ju också tyvärr ett ämne som högskolan inte riktigt heller tar upp.
[...] Det här måste vi ta in i utbildningarna mera.*

De vill kunna bedöma om våldet har blivit värre, och om det förekommit hot mot en persons liv. Det saknas kunskap om hur de ska kunna prata om och hantera våld i nära relationer med personer som har funktionsnedsättningar till exempel. Ska de exempelvis anpassa informationen?

Protokoll, checklistor, frågor och manualer beskrivs som viktiga. Men också att man måste ta hand om svaret. Detta förutsätter kunskap om särskilda sårbarhet bland människor med funktionsnedsättning. Någon har erfarenhet av att kommunicera med hjälp av samtalsstöd såsom bilder eller scheman, någon annan efterfrågar bilder för att leda samtal om våld och säger sig inte känna till vad som finns.

Det funkar, det tycker jag ändå att det gör och det finns ju hjälpmedel också. Alltså, jag tänker i form av bilder och sånt där som man kan använda både för de som inte kan språket och de som har svårt att förstå liksom orden som man säger. [...] Men det kanske finns andra hjälpmedel också som jag inte känner till?

Jag skulle gärna vilja ha just de här enkla bilderna, [det] finns ju en hel uppsättning som illustrerar olika former av våld. [...] Jag tycker att det vore super, faktiskt.

Alternativt en bilderbok eller något tillgängligt på datorn, i sitt rum eller i fickan skulle vara bra för att känna sig mer bekväm i situationen att enkelt ta fram om ett sådant samtalsämne kommer upp.

Organisering av verksamheten

Sköterskorna beskriver också att det finns nationella handlingsplaner, manualer och rutiner för våld, men det finns ingen rutin just för personer med funktionsnedsättningar.

Man kanske skulle behöva ha mer skriftligt material till exempel. Alltså typ så, att man skulle anpassa sitt språk och sitt sätt att vara på. [...] Att det finns en förutsägbarhet, för det saknas oftast. [...] Man anpassar individuellt. Om man hamnar i den situationen där man måste göra det. Men det finns inga rutiner för det. Det tycker jag inte.

Någon poängterar att det är viktigt att implementering av riktlinjer inte förutsätter eldsjälar.

Men det finns ju ett övergripande vårdprogram i regionen. Och sen är det ju sagt att varje enhet ska ha sina lokala rutiner så att jag precis på min vårdcentral vet exakt vem jag ska ringa till eller hur jag ska göra. [...] Men det är ju ingen i personalen som känner till de här rutinerna. Och det visar ju dödsfallsutredningar också, den visar ju dels att våldsutsatta har ju nära kontakt med framförallt hälso- och sjukvården, men att de inte har blivit tillfrågade men att det finns rutiner men de inte kände att personalen och det gör den ingen nytta. Så att det är ju jätteviktigt att allt det här, liksom att det blir implementerat.

Om någon är särskilt intresserad så utvecklas och implementeras riktlinjer, men inte annars. Implementering av rutiner för våld i nära relationer måste göras på ett strukturerat sätt inom ramen för kvalitetsarbetet på vårdcentralen. Eftersom de arbetar strukturerat med kvalitetsförbättring på de flesta arbetsplatser, så beskrivs det som viktigt att det är någon som tar ansvar för arbetet med våld. Chefen måste stå bakom.

Det har inte funnits med i rutinerna hur man introducerar nyanställda. [...] Det är ju den svaga länken i systemet, det är ju de nyanställda.

Det beskrivs som viktigt med beredskap både i rutinerna och i ledningssystemen för vem som ska göra vad. Man kan ha checklistor och blanketter, men det handlar också om organisationens värdegrund.

Tillräckligt med tid

Sköterskorna beskriver också vikten av att ha tillräckligt med tid för att kunna vara så lugn och närvarande i mötet som krävs för att fånga upp våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning. Eftersom de inte så ofta träffar patienter med funktionsnedsättning och som utsatts för våld så behöver man när det väl händer ta den tid som det krävs.

Man kan inte ha snabba besök [...] utan man måste ta den tid som behövs.

Att tala om våld kräver ofta att sköterskan verkligen följer med patienten i samtalet och fångar upp det den säger och att ett förtroende byggs. Detta kräver en arbetsmiljö med förståelse som tillåter att man hjälper varandra. Att det finns tillräckligt med tid för att prioritera sådana förtroendefulla och sköra samtal förutsätter enligt sköterskorna också en organisation som möjliggör det.

Utmaningarna är tid i dagens läge. Vi har lite dit. Vi har inte tid att fråga. Vi inte finner någonting ja, utan och då måste man som ledning avsätta tid för sånt.

Samverkan

En annan dimension av arbetets organisering är samarbete av olika slag. De samarbeten som beskrivs som nödvändiga är dels med de närmaste kollegorna.

Det som är bra, det är att vi alltid är två och två som gör bedömningen. [...] Har jag missat någonting eller om patienten inte känner att de vill säga någonting till mig får de frågan en andra gång, så kanske de säger någonting då.

I praktiken blir det dock inte alltid så.

Men det har absolut funnits situationer där jag har tagit ett samtal själv där vi skulle ha varit två i stället. Absolut.

Några önskar samverkan med andra delar av den egna organisationen.

Till exempel, jag skulle vara nyfiken hur habiliteringen pratar med sina patienter, om de här frågorna till exempel. [...] Som är de som har hand om många av våra patienter med neuropsykiatriska funktionssvårigheter och intellektuella funktionsnedsättningar. Att de säkerligen har mycket mer erfarenhet att möta den här typen av patienter. Så jag tror att vi kanske skulle behöva samarbeta på ett annat plan, tillsammans mer. Och sen också kanske skapa mer riktlinjer för att ... ja, men på det här och det här sättet, det kanske vi skulle kunna samverka så.

En sköterska beskriver ett fall då läkaren sökt henne för att försöka samordna sig för att åstadkomma ett skydd runt en patient. Samarbetet fungerade i detta fall bra för att läkaren hade tid och därmed kunde prioritera detta. Därefter fungerade samarbetet bra och alla visste vem man skulle vända sig till och vem som kunde hjälpa till med olika saker. En sköterska beskriver vikten av att ha en kurator i verksamheten och att kunna skicka remiss till äldropsykiatrin.

Någon efterfrågar mer samtal verksamheter emellan för att lära och utveckla en rutin för just den här målgruppen.

Man kan ha mer kanske tydlighet att det skulle finnas en rutin för det. [...] Och egentligen så tänker jag, det kanske inte skulle behöva finnas en rutin för just den här patientgruppen. [...] Men att man kanske skulle ha tydlighet i att vi pratar med kuratorn. Och kuratorn i sin tur pratar med socialtjänsten eller ... ja, nåt sånt. [...] Just att det finns inga rutiner för det. Och det skulle behövas, tänker jag, på ett annat sätt än vad det gör nu.

Samverkan med andra verksamheter, såsom polis och socialtjänst, beskrevs också som nödvändig ibland.

Vi har nära samarbete i kontakt med socialtjänsten [...] och det kanske är ganska unikt. Det känns ändå som att det finns ett stöd i ryggen.

En mer formaliserad samverkan med socialtjänstens olika grenar efterfrågas och även med polis. Ledningen måste också underlätta för de anställda att samverka. När det gäller just våldsutsatta som har en funktionsnedsättning lyfts samarbete med närstående fram som viktiga eftersom en anhörig kan hjälpa patienten att berätta om svåra saker.

Barnmorskor inom region

De tre intervjuade barnmorskorna i regionerna uttryckte inledningsvis att de sällan träffar personer med funktionsnedsättning, men att de är vana att prata om våld med sina patienter. I sitt arbete med mödravård, cellprovsmottagning och preventivmedelsrådgivning träffar de kvinnor ur den allmänna befolkningen utan särskilt fokus på kvinnor med funktionsnedsättning. Det innebär att de då och då möter kvinnor med stor variation av funktionsnedsättningar, men utan att funktionsnedsättningen står i fokus.

Utmaningar

Att kommunicera våldsutsatthet med personer med kognitiv funktionsnedsättning

Barnmorskorna gav tydligt uttryck för att kommunikationen mellan dem själva och patienten är central för deras arbete och det är också i den kommunikationen barnmorskan upptäcker om det finns kognitiva svårigheter:

Jag märker det ju på deras sätt och möta mig, tycker jag. Om dom är öppna eller om de har svårt att möta min blick och undviker, tittar ner i golvet. Det är ju det första jag tänker på [...] men sen är det ju också de här som inte kan ja, inte sitta stilla ... för lite längre samtal och så.

Barnmorskorna ger uttryck för att brister i abstrakt tänkande eller konsekvenstänkande kan utgöra en utmaning vid kommunikation:

Ja de, de fall där jag har som jag har träffat på och så har man ju varit om vi säger haft ett nästan ett barns intellekt så att det har ju varit lite barnliga frågor. Där man förstår att, ja, den här personen inte liksom kan riktigt

tänka sig in i situationen. Där om vi nu säger till exempel preventivmedelsrådgivning så förstår man ju inte att man ska behöva använda det för att man, annars riskerar man en graviditet. [...] Sen har man ju ofta med sig någon anhörig eller någon stödperson. Så att man liksom får tillsammans via den vägen försöka nå den här personen i fråga.

För lite tid att lyssna in komplexa behov

Flera av barnmorskorna menar att de skulle vilja prata mer om våld med sina patienter, men att det hindras av de snäva tidsramar de har för patientmöten. Det uttrycks en frustration över det, eftersom man inte vill ställa en fråga och sedan inte ha tid att lyssna på svaret. Dock har flera som rutin att samtala med alla gravida kvinnor om våld minst en gång under graviditeten.

Nu frågar vi alla kvinnor som är gravida, ja. Det är ju så att du vet... Tiden räcker ju inte till alla gånger nej. Så är det ju de här kvinnorna vi möter när vi ska ta de här cellproverna, då har vi ju alltid, har ju en väldigt kort tid på oss.

Strategier

Anpassa samtalet och nyttja samtalsstöd

Barnmorskorna hade flera olika strategier för att få samtalet med en person med kognitiv funktionsnedsättning att fungera:

De här som har svårt att föra ett samtal ett längre samtal, men ändå möter min blick fast dom kanske inte kan koncentrera sig så mycket. Då försöker jag att luta mig fram och få kontakt på det sättet. Det avgränsar på något vis rummet känner jag nu när jag berättar för dig, så är det nog.

Ja precis och de som har svårt att möta min blick, de som inte som tittar ner i golvet och som kanske inte pratar så mycket och... Då drar jag mig nästan litegrann tillbaka i stolen så här då. För att de ska känna sig trygga på något.

Jag försöker att, liksom inte ge så mycket information i. på en gång, liksom att där delar upp det och försöker göra det lite enklare och liknande så att det inte är en massa ord som bara flödar som man säger.

En av barnmorskorna likställer bristande språk- och kulturkunskaper med en funktionsnedsättning eftersom det kraftigt hindrar kvinnorna att interagera med samhället på ett fullvärdigt och självständigt sätt.

Den erfarenhet jag har. Det är ju som sagt var det här med språket och utbildningsnivåerna som är ibland obefintliga, men väldigt låga att man dels då får anpassa sitt språk, att man kanske tar till mer bilder mer. Liksom fysiskt visar. Och ja. Och det går ju liksom, inte bara och med ord, alltså rent. Bara liksom informeras och det är inte så enkelt, utan bilder tror jag ju

mycket på också, när, när det inte finns språk och även intellektuellt, intellektuella nedsättningar att vi bilda den nog. Lättfattligt lättfattlig text så.

I en verksamhet ska man precis börja använda ett strukturerat formulär som ska användas med alla kvinnor för att upptäcka våld eller risk för våld. Det knyts förhoppningar till att användandet av formuläret ska tydliggöra och förbättra samtalen om våld. En barnmorska berättar om ett tvärorganisationellt samarbete:

Men vi har haft en arbetsgrupp med polis och socialtjänst, psykolog, barnmorska, BVC sköterskan och soc som har träffats några gånger per år, för att vi ska kunna veta vem vi ska kunna vända oss till och vem kvinnorna kan vända sig till. [...] Det är ju för det första att vi ska veta om varandra i gruppen, så vi vet vem vi ska kunna hänvisa kvinnan till eller att vi ska kunna ta kontakt med den personen och säga om kvinnan medger det naturligtvis.

Det finns också exempel där barnmorskans arbetar tillsammans med en socionom och dessutom har möjlighet att släppa andra uppgifter och fokusera på en våldsutsatt person om behov uppstår.

Personalens roll i identifiering och arbete med våldsutsatthet

Det är tydligt att barnmorskorna ser det som en viktig del av sin roll att prata med alla kvinnor om våld, att informera om olika former och våld och att skapa en trygg plats för samtal om våld. En vanlig, generell strategi var att inte samtala om våld vid allra första kontakten med en patient, utan först etablera en relation och ett förtroende. Detta förtroende ansågs vara en viktig förutsättning för att nå fram i ett samtal om våld.

Ja alltså när man kommer till oss för att man är gravid, så oftast, vid första besöket, så vi, vi har ju ett sådant här, så kallat hälsosamtal då. Då brukar jag faktiskt inte fråga för att och jag tror att det kan vara lite svårt för de berörda kvinnorna då att dels träffa en helt ny person som man inte har en relation till och man skulle gå på då och fråga om våld i en relation utan. Då brukar jag. Göra så att jag tar det vid nästkommande gång. Och frågar, och då brukar jag ju öppna upp med och säga. Jag vill ställa en fråga som. Vi brukar ställa till alla kvinnor och det är just frågan om man någon gång har varit utsatt för våld i någon form i nära relation. Eller också i andra sammanhang där man ... känner liksom personen ifråga... Och många svarar ju nej först, visst det finns de som öppet säger att ja, men det har jag och man berättar vad det är. Men det finns också de som säger nej, och då brukar jag säga det att det är ju jättefint och skönt att höra, Men vi vet ju också att det är många som är utsatta och kanske du känner någon eller misstänker att det finns någon i din närkrets någon du känner till som kanske skulle behöva hjälp då tycker jag. Man har alltid kan säga att du vet att du kan gå till barnmorskemottagningen. Du kan gå och prata med barnmorskans.

En barnmorska berättar om en ny, kommande rutin som innebär att också informera om att det inte är OK att barn bevittnar våld.

Flera av barnmorskorna berättar om hur de ofta leds av en känsla de får i samtalet med en kvinna som handlar om att något inte står rätt till i hennes liv och relation. Det finns flera olika tecken som leder till att de har anledning att hålla kvar kontakten och skapa utrymme för samtal om våld.

Ja, det är ju så att det är ju en del kvinnor som aldrig får komma själva. Där partnern alltid finns med. Så att... och där kan man ju också ibland märka i den relationen att det, ja att det är någonting som inte riktigt stämmer och då brukar vi ju alltid försöka hitta en anledning till att få kvinnan ensam en stund. Förhoppningsvis ett helt möte att man bokar in och säger att jag nu vid det här tillfället så är så vill jag träffa kvinnan själv eller att man går in på undersökningsrum på gynrummet till exempel för under någon. [...] Hittar en anledning för att få. Bara själva en stund så att man hinner fråga.

Vi måste liksom fråga alla gravida, så det gör vi minst en gång per graviditet och sen gör jag då också vid misstanke om de berättar om konflikter eller om de. Skulle säga om jag får en känsla av att undra hur den här personen mår och har det hemma och så. Så jag frågade.

Ingen barnmorska berättar dock något konkret exempel på våld mot någon person med funktionsnedsättning.

Strategier för att ge stöd och skydd när man har upptäckt våld

Barnmorskorna beskriver sin generella rutin för alla kvinnor där man upptäcker våldsutsatt-het, vilken handlar om att uppmana kvinnan att anmäla. I den processen erbjuder barnmorskan stöd i att ta kontakt och att slussa vidare. Vidare beskrivs att det händer att en "kvinna står här utanför och bara vill bort" och i det fallet ordnas kontakt med socialtjänsten och ev kvinnohus. En barnmorska berättar ett exempel på där hon har mött en kvinna som var hårt hållen och där hon med sin man bodde tillsammans med sina svärföräldrar. Där kunde barnmorskan trycka på så att de fick tag i och flyttade till en egen lägenhet. I andra fall tar det längre tid innan kvinnan är redo att bryta sig ur den våldsamma relationen.

Och sen finns det ju kvinnor som, som ändå går de hem, men det man vill ha ändå en tätare kontakt och då kan man ju också boka in barnmorskebesök lite tätare för många gånger så kan det också vara en process det här för kvinnan. Det är inte alltid så enkelt att bara ge sig iväg. Utan den process, speciellt när man har barn så att det är liksom måste få sjunka in också att man faktiskt inte behöver leva i den här relationen. Och att man då, vi har ju också för familjecentralen, och där har vi ju också kuratorer som träffar kvinnor. De kan få stöd eller kvinnan får stöd och likaså här på vårdcentralen med. Men det bästa är ju tror jag och få träffa expertisen på kvinnohus där man har samtalskontakter och antingen kan man ju bo där eller också gå dit på samtal. Och centrum för kvinnofrid. Tips, man kan vända sig.

Barnmorskornas förslag till förbättringsområden och önskemål

Utbildning och samtalsstöd

Det finns en frustration över den ringa möjligheten att upptäcka våld mot kvinnor med funktionsnedsättning och man ser problem med de hjälpstrukturer som finns.

Jag tänker att jag vet inte att det finns något mer än vad man kan ge andra kvinnor. Skyddat boende på nåt vis för att jag tycker det är väldigt svårt med dom här kvinnorna, de lever så isolerade och ofta... Det kan vara jättesvårt. Tänker jag att kunna hjälpa dem med skyddat boende, till exempel lite om de behöver hjälp på ett annat sätt, fysiskt. Med hemtjänsten eller vad det nu kan vara.

Jag tänker att jag skulle behöva utbildning och samtal kring vad. Liksom vad kan vara tecken att många är inte diagnostiserade eller kanske inte vill berätta eller vill att jag upptäcker det? [...] Och hur ska man anpassa informationen? Hur ska man gå tillväga? Så utbildning i samtal skulle jag säga, det är bra, men vi har inga specifika riktlinjer just när det gäller att funktionsnedsättning. Det skulle väl också vara bra.

Kuratorer inom region

Samtliga intervjuade kuratorer arbetar på vuxenhabiliteringen, psykiatrin, vårdcentral, Barnhälsan, Barntraumateam, med inriktning på traumafokuserad behandling, ätstörningsmottagningen, DBT- mottagningen och traumamottagningen. Därutöver har en psykolog som arbetar på enheten för våld i nära relationer inom akademiskt primärcentrum intervjuats. De flesta kuratorer som intervjuats har mer än tio års arbetserfarenhet av att möta personer med funktionsnedsättning inom hälso- och sjukvården.

Utmaningar

Stora utmaningar och lite resurser

De huvudsakliga behoven som genomsyrar de intervjuerna med kuratorerna inom region är att de behöver ta hänsyn till patientens individuella egenskaper och behov, samt anpassa sitt språk efter funktionsnedsättningen och graden av den. De beskriver att de använder sig av bildstöd, videor, filmer, visuellt material så som att rita på whiteboardtavla eller papper. Kuratorerna behöver lägga tid på att hitta ett kommunikationssätt som passar den enskilda. Exempel på hur den yrkesverksamma kan anpassa språket är att i stället för att säga fysiskt eller psykiskt våld säga att någon varit dum eller elak samt ge tydliga exempel på vad det innebär. Kuratorerna lyfter även vikten av att säkerställa att patienten förstår vad som har sagts under samtalet samt tydliggöra syftet med patientens besök på verksamheten eller mottagningen.

Ja, jag försöker ju att hjälpa patienten att berätta det som är relevant. Det personen har sökt för så att säga varför patienten är i rummet, om det är så att de är nedstämda eller har ångest eller så där så behöver man hjälpa patienten då att kanske liksom säga att kan du ge några exempel på det här lite kortfattat några liksom exempel så att man får hjälp att de inte får

sen om de går för mycket i detalj så får man avbryta och säga att vi behöver liksom gå vidare till nästa exempel eller nästa fråga eller så där.

Även att sammanfatta vad som har pratats under dagen används som en samtalsstrategi för att anpassa och underlätta kommunikationen för patienter med kognitiva funktionsnedsättningar. Det berättas även att denna sammanfattning kan skrivas på whiteboardtavlan med syfte att möjliggöra för patienten att ta bild på det med sin mobil. Yrkesverksamma och patienten behöver ibland komma överens om en gemensam förståelse om vad våld är. För patienter med intellektuella funktionsnedsättningar kan det bli svårare att hitta gemensam definition på våld.

Angående att ställa frågor framkommer av kuratorers svar att yrkesverksamma bör "fråga runt" för att upptäcka våldet som en patient lever i. Till exempel hur patienten lever och vem hen lever med samt hur ekonomin ser ut är frågor som kan ställas för att upptäcka eventuell våldsutsatthet. Om patienten uppger att det finns konflikter mellan hen och partnern kan frågor om dessa konflikter ställas. Vidare anges att en patient med funktionsnedsättning borde få möjlighet att prata med yrkesverksamma i enrum i något tillfälle med syfte att ställa frågor om våld. Detta ska göras vid frånvaro av anhöriga för att säkerställa att det känns tryggt för patienten.

Det går inte att prata med patienten i sitt eget hem till exempel. Eller om en partner är med i besöket, då går det inte heller utan man måste liksom se till att man får träffa patienten själv. Det är jätte, jätteviktigt och att man då faktiskt ställer frågan för det gör man ju inte alltid heller inom vården idag.

Tydlighet och stöd i kommunikation är viktigt för att patienten ska öppna upp sig och samtala kring sin våldsutsatthet. Ett kriterium för att till exempel gå till en traumamottagning är att ha utsatts för våld. "Att patienten har varit utsatt för våld tidigare, det är ju väldigt, väldigt vanligt bland våra patienter. När det gäller patienter på traumamottagningen så är ju det ett kriterium för att ens komma till oss." Uppgiften blir då att de ska berätta om det på mottagningen. Det krävs nämligen att de berättar om det så detaljerat som möjligt att det uppstår en exponering och en habituering för ångesten. Detta kan vara mycket svårt för de som har kognitiva svårigheter eller funktionsnedsättningar eftersom de kan ha extra svårt att habituera.

Så man kan säga att personer med autism till exempel kan dels ha ganska svårt att utstå exponeringen. De kan tycka att det är väldigt, väldigt besvärligt och svårt för att det triggas väldigt mycket ångest hos dem. Det kan också ta väldigt lång tid för dem att habituera.

Att hjälpa patienter med att sätta ord på sina känslor är ett relevant stöd för personer som lever i kris och trauman, särskilt för målgruppen då för målgruppen är detta extra utmanande. Ett exempel som ges av en kurator är barntraumateam. Inom ett barntraumateam kan det hända att en person som utsatt barn för våld är död. Skyddet är då inte lika aktuellt längre. Till exempel en pappa som utsatt sina barn för våld förut kanske inte finns längre, och efter pappans bortgång vågar de inte sätta ord på att faran är borta. Under dessa förhållanden kan den yrkesverksamma då hjälpa till med att sätta ord på deras känslor och säga exempelvis "Jag förstår att det kan kännas skönt för dem att han är död." Det kan vara så att det är en

mamma som är död i en familj och det bara är pappan och barnen som finns kvar där pappan är våldsutövaren. Det blir i detta fall ett annat skyddsbehov som innebär samverkan med socialtjänsten med mera. Det uttrycks att eftersom mäns våld mot kvinnor leder till att kvinnor dör kan det då vara fall där pappan har dödat mamman medan barn bevittnat när det hänt. Barn är i sådant fall skyddade på så sätt att pappan är omhändertagen av rättsväsendet. Ett behov är att den yrkesverksamma kan göra socialtjänstanmälan när de misstänker våld. Den yrkesverksamma behöver också arbeta med att barnen ska känna tillit för den yrkesverksamma för att våga berätta om våldet.

Ytterligare en utmaning som kuratorerna lyfter är deras arbetsbelastning. Den tunga arbetsbelastningen innebär att kuratorerna fördelas många och nya ärenden, vilket gör att de får mindre tid till att identifiera eller vara extra uppmärksamma på våld. Under dessa förutsättningar får de yrkesverksamma inte heller utrymme till reflektion och diskussion om våldsårenden med sina kollegor.

En annan utmaning som nämns är när ledningen försöker införa nya arbetsätt och metoder som de inte har kunskap om eller har följt upp i praktiken eftersom det ofta resulterar i att implementeringen inte fungerar som den ska.

Kuratorerna anger att faktum att alla yrkesverksamma arbetar olika kan i vissa fall fungera som nackdel för patienter. Det kan exempelvis hända att yrkesverksamma bokar av tid för att de tycker att patientens behov inte är tillräckligt viktiga eller för att yrkesverksamma inte tycker att de har tid.

Att själv förstå och förmedla våldsutsatthet

Utifrån de kvalitativa intervjuerna är en övergripande utmaning gällande målgruppen i förhållande till våld och våldsutsatthet att ordet våld är svårt att förstå. Det är även svårt att samtala om våld med patienter som har kognitiva funktionsnedsättningar. Även att berätta om samtycke, det vill säga förklara vad som är okej och vad som inte är okej är svårt då de inte förstår vad som menas med att ge samtycke till saker och ting. Många vet alltså inte att de behöver samtycka eller säga "stopp" när män vill göra saker med deras kropp. Funktionsnedsättningarna påverkar yrkesverksammas förutsättningar att samtala kring våldet på grund av att det tar mycket mer tid att prata om våld med patienter som har kognitiva funktionsnedsättningar jämfört med de som inte har sådana funktionsnedsättningar. En patient som inte har kognitiv funktionsnedsättning kan till exempel berätta mycket på en timme men att få fram samma information från en patient som har någon form av kognitiv funktionsnedsättning kan ta flera timmar. En annan utmaning är förståelsen, det vill säga att nå fram till dem och vara säker på att det som sägs tolkas på rätt sätt. Även att bryta normaliseringen blir extra svårt när det gäller målgruppen. De förstår nämligen inte att de är utsatta för våld. När de tänker på våld tänker de att våld är när någon slår en person. Att till exempel utsättas för övergrepp anses inte vara våld. Att förstå innebörden av alla ord den yrkesverksamma använder är svårt för dem som har kognitiva funktionsnedsättningar. Det är väldigt svårt att ens närma sig frågan om sexuella relationer. Det är vanligt att det kommer fram under det femte eller sjätte besöket att personen genomfört ett samlag då personen förstår inte vad yrkesverksamma menar när hen ställer frågor och pratar om våld. Det beskrivs att genom att vara konkret i mötet och få patienterna att reflektera kan yrkesverksamma försöka att bryta normaliseringen.

...men hon fick inte gå på promenad själv, utanför huset det tyckte hon inte var så konstigt. Väldigt hård kontroll liksom. Så att jag tänker att

många där behövde man hjälpa liksom och också är ju det en del av det här normaliseringsprocessen att man liksom gränserna för vad som är normalt... Hjälpa till...och säga att det där det där låter som psykiskt våld i mina öron eller det där tycker jag inte låter acceptabelt. Just det här som jag sa är att alla har rätt att leva. Ett liv utan våld, man har rätt att själv bestämma vad man vill göra, alltså man får vara väldigt konkret.

Att identifiera våld är svårt på grund av att det inte finns många tydliga tecken på att någon är våldsutsatt. Tecknen kan exempelvis vara från att ha ont i magen till att vara utåtagerande. Till exempel när två syskon upplever våld kan de alltså visa tecken på det på helt olika sätt. Det ena barnet skulle till exempel kunna vara mycket utåtagerande, slå andra barn, skrika och vara trotsigt medan det andra barnet skulle kunna vara helt tyst och aldrig ta någon plats eller märkas. Somliga går in sin värld och sluter sig vilket gör att det blir svårare att lägga märke till dem eller misstänka att de upplever våld. Detta gör att risken att missa dem är mycket större i jämförelse till de som kan visa utåtagerande reaktioner. Både skolan, föräldrar och andra söker ofta hjälp för det andra barnet, det som stör och är utåtagerande. Tecken på våldsutsatthet kan nämligen vara vad som helst. Yrkesverksamma som har arbetat med våld i många år har mycket erfarenhet att luta sig mot. Erfarenheterna hjälper yrkesverksamma att märka tecken på våld.

Rutiner och riktlinjer saknas

Kuratorer beskriver att vilka utmaningar som finns inom hälso- och sjukvården kan skilja sig åt beroende på verksamhet eller mottagning inom hälso- och sjukvården. Det händer till exempel att yrkesverksamma på vissa verksamheter vet mindre om en patient som tillkommer jämfört med andra verksamheter. Detta gör att som yrkesverksam behöver man ibland komma på en egen remiss på de verksamheter eller mottagningar där det inte finns remiss om patienter.

De beskriver vidare att på vissa verksamheter eller mottagningar inom hälso- och sjukvården det inte finns några särskilda handlingsplaner eller rutiner för målgruppen gällande hur eventuell våldsutsatthet ska hanteras, upptäckas och förebyggas. Ofta finns det handlingsplaner som är till alla patienter. Även om sådana som är särskilt anpassade efter målgruppen finns på somliga arbetsplatser känner många yrkesverksamma inte till dem eller inte hört om dem.

En annan utmaning som nämns är att arbeta med våldsutsatthet på verksamheter/mottagningar som fokuserar på en viss typ av behandling eller problematik. Till exempel på en ätstörningsmottagning där den yrkesverksamma fokuserar på att arbeta med patientens ätande.

Det är ju inte så här att om en patient i dag berättar "Hej, det är jättesvårt för mig att komma i gång med ätandet för att det här och det här händer i mitt liv", då är det ju inte så att jag säger "Jaså, säger du det, men då ska inte vi träffas mer", utan då växlar man ju över till att titta på "Okej, hur kan jag hjälpa dig vidare med det här?". Men sen kommer ju jag att avsluta patienten och sen så får ju den återkomma när dens liv är stabilare så att det är läge att jobba med ätstörningen.

En kurator från barntraumateamet beskriver även svårigheten med att ställa frågor om våld till en patient eller familj vid nybesök. Detta eftersom frågan om våld kan kännas irrelevant

för patienter eller familjer som kommit till barntraumateamet på grund av ett dödsfall eller annat trauma. Det framkommer även att yrkesverksamma behöver skifta fokus när våld blir aktuellt i ett ärende som inletts av andra skäl än våld. En våldsutsatt patient som går på behandling skulle behöva få stöd att skyddas från våldet först. När våldet upptäcks blir det då det primära behovet.

Utmaningar i förhållande till olikheter inom målgruppen

Det finns skillnader inom målgruppen som yrkesverksamma behöver ta hänsyn till. En av dessa skillnader är patientens nätverk, vilket handlar om huruvida patienten har ett resursstarkt sammanhang eller ett mindre resursstarkt sammanhang.

Det är klart att det är skillnad på ett resursstarkt sammanhang eller ett mindre resursstarkt sammanhang och vad man har omkring sig för andra vakter, om man har stöttande föräldrar eller syskon eller vänner eller så. Det finns ett nätverk runt omkring är ju. Det har ju stor betydelse.

Andra skillnader som yrkesverksamma behöver ta hänsyn till är huruvida patienten har haft någon utbildning eller sysselsättning, eller om hen använder alkohol och/eller droger. Faktorer som exempelvis att inte ha "en fast punkt i tillvaron" och inte ha struktur på medicin försvårar behandlingen och arbetet med patienten. Det finns även vissa skillnader i hanteringen av problemet beroende på vilken subgrupp inom målgruppen som blir aktuell. Barn, ungdomar och unga vuxna som är våldsutsatta av föräldrar är oftast mer beroende om de har en funktionsnedsättning. Tryggheten kan ligga mycket i den relationen trots att våldet förekommer där. Det kan exempelvis vara lättare att uppmuntra en vuxen än ett barn eller ungdom med funktionsnedsättning att bli familjehemsplacerad.

Svåröverkomliga hinder och utmaningar

Kuratorerna lyfter även svårigheten med att skapa rutiner och riktlinjer som kan appliceras på alla situationer eftersom varje individ är unik och behöver bemötas annorlunda beroende på till exempel ålder och funktionsnedsättning. Kuratorerna beskriver att de alltid behöver anpassa arbetet utifrån situation och vilken typ av våld som inträffat, vilket gör det svårt att skapa rutiner som rymmer allt.

De beskriver även att verktyg som bedömningsinstrument, frågeformulär och checklistor kan hjälpa den yrkesverksamma att upptäcka våld men att de kan innebära begränsningar om den yrkesverksamma inte har hunnit skapa en relation till patienten eller har tillräckligt med kompetens. Det framkommer att många kan uppleva det besvärligt att samtala om våld och i stället ställa frågan på rutin "Har du någon gång varit utsatt för våld? "Nej" Check" "Så går man vidare". Kuratorerna betonar att frågan om våld inte kan "checkas" av, utan att man vid samtal om våld med patienter som har kognitiva funktionsnedsättningar behöver ge dem mer tid och utrymme till att svara på frågorna.

Strategier

Stöd av och samverkan med andra insatser

Kuratorerna lyfter att samarbete med andra verksamheter och aktörer är viktigt vid misstanke om att en patient befinner sig i en våldsam relation. Att till exempel samarbeta med patientens gruppboende kan vara ett effektivt ingripande för att förhindra ytterligare våld.

Ytterligare exempel på en strategi som nämns är att hjälpa patienten med gränssättning för att patienten så småningom avsluta relationen med sin våldsutövare. En annan förutsättning för att det ska fungera bra i de våldssituationer som uppstår är att kommuner är snabba på att agera och ge hjälp och stöd. En förutsättning för att upptäcka våld kan vara att träffa patienten i dennes hemmiljö i stället för på den yrkesverksammas kontor då det kan få patienten att känna sig trygg med att berätta om sina upplevelser.

En annan förutsättning för att lyckas i arbetet med att identifiera och förebygga våld mot patienter med funktionsnedsättningar är att använda sig av professionella som är vana vid patienten inom neuropsykiatri och habiliteringen i de fall patienten har varit i aktiv kontakt med dessa verksamheter. Yrkesverksamma kan ha brist på tid med att arbeta med manualer men en snabbare hjälp genom samverkan med andra verksamheter och organisationer som känner till patienten och haft aktiv kontakt med patienten kan vara ett bra hjälpmedel. Det ska även vara lätt att samverka. Ytterligare strategier som yrkesverksamma använder sig av med syfte att identifiera våld är att alltid ha våldsaspekten i tanken, alltså att utgå från att alla kan vara potentiellt våldsutsatta patienter och därmed att redan i första mötet med en familj titta på kommunikationen familjemedlemmarna emellan.

En aspekt att ha i åtanke är att det kan hända att en anhörig som utsätter en patient för våld i nära relationer arbetar på den vårdcentral som patienten är registrerad på och har därmed tillgång till patientens journaler. Det uttrycks att vid misstanke om att en kollega möjligen utövar våld mot en patient som kollegan har en nära relation med borde ha en begränsad tillgång till den patientens journal på något sätt. Ett sätt skulle kunna vara att uppgifter som handlar om våld inte syns för alla som arbetar på en verksamhet. Det framkommer också att en patient hade samma goda man som sin partner som utövade våld. I sådana fall krävs ansträngning för att skapa externa aktörer. Faktorer som bidrar till att patienten kan bryta upp med våldsutövaren anges att vara att patienten blir trodd och att yrkesverksamma anstränger sig för att komma i kontakt och samarbeta med andra samhällsaktörer. En förutsättning är att patienten ger sitt samtycke så att samhällsaktörer kan bryta tystnadsplikten i kontakt med varandra för informationsutbyte. En annan faktor kan vara att patienten får uppehåll från relationen och därmed våldet få god personlig omvårdnad och hjälp i att få rutiner. Patientens basala behov såsom mat, vila och säkerhet blir på så sätt tillgodosedda. Det kan även ordnas att polisen kan komma till patienten flera gånger för förhör under tiden hon är inlagd.

Vidare framkommer av intervjuerna att man inte ska förminska det en patient, speciellt ett barn säger. När ett barn säger exempelvis att hans pappa slår honom då behöver det tas på allvar. Kuratorer ger exempel på hur hjälp och stöd kan ges till en våldsutsatt familjemedlem till en patient. Att möjliggöra att en mamma träffar representanter från en kvinnojour i en hälso- och sjukvårds mottagningslokaler är ett exempel där det fungerar bra när yrkesverksamma arbetar med en våldssituation där mamman och eventuellt barn är våldsutsatta hemma. Det reducerar risken att kvinnan ifrågasätts av sin partner, angående varför hon åker till verksamheten eftersom "det är för barnens skull". Detta kan göras under tiden barnen får sina insatser på verksamheten också, det vill säga att det görs på bokad tid.

En utmaning som personer med kognitiva funktionsnedsättningar upplever är att de behöver leva med någon som försörjer dem vilket innebär att de varken har pengar eller arbete. Det kan vara så att de inte vet hur de ska söka lägenhet när de ska flytta eftersom det är svårt. Det skulle kunna vara så att de inte vet hur de ska ha och styra ett eget bank-id. De kan ha svårt eller möjligen inte kan fly på grund av att de inte kan läsa tåg- och busstidtabeller.

Människor med kognitiva funktionsnedsättningar kan fundera på hur de ska gå till polis eller kvinnojourer för att förklara att de är utsatta utan att det blir konstigt. En person med någon form av kognitiv funktionsnedsättning kan tänka att hen kanske blir missuppfattad och inte kan förklara och beskriva sin utsatthet eftersom de har svårt att sätta ord på saker och ting. Med utgångspunkt i kuratorer är en aspekt att ha i åtanke i kontakt med patienter med funktionsnedsättningar att alltid utgå från att de utsatts för våld. Därav blir den tydliga kommunikationen, kunskap om samtal med och förhållningssätt till målgruppen av stor vikt vid första kontakt med dem.

Anpassa samtalet och nyttja samtalsstöd

Kuratorer berättar att yrkesverksamma behöver anpassa sitt språk genom att till exempel välja enkla ord i kommunikationen. Detta för att patienter med kognitiva funktionsnedsättningar har en annan nivå när det gäller förståelse av saker och ting och inte minst om våld. De har således en annan definition av våld.

Fortsättningsvis beskriver kuratorer att för att patienter med kognitiva svårigheter ska förstå våldet behövs att man arbetar med deras självkänsla. Det är svårt att komma åt våldet hos en person när hen inte tycker att hen är värd bättre. En metod som kan vara bra att använda sig av är externalisering. Denna metod handlar om att få de att reflektera kring det de utsatts för genom att till exempel fråga dem hur de skulle känna och tänka om det var deras bästa kompis som utsatts för det de utsatts för men inte definierar eller accepterar som våld. På det sättet kan personer sätta ord på det de utsatts för. Den yrkesverksamma kan även använda sig själv som verktyg genom att uttrycka vilka känslor och tankar det väcker hos hen angående patientens våldsutsatthet och situation.

Vi vill verkligen förstå varandra och där använder ju också mycket mig själv är inte svårt att prata om privata saker, men. Om det du berättar för mig nu så känner jag att jag blir lite arg att du har blivit utsatt på det sättet och göra dina kläder så skulle jag känna mig väldigt rädd och ledsen också. Vad tänker du om det när jag säger det till dig? Alltså, de blir så här lite förvånade.

Vidare beskriver kuratorerna att de försöker vara pedagogiska för att identifiera våld när de misstänker att en patient är våldsutsatt. När en patient undviker att prata om våld och försöker att samtala kring något annat ställs frågor på ett pedagogiskt sätt för att få patienten att känna sig sedd och förstådd.

Vad har hänt här med ditt liv? Är det någonting som gör att du mår som du gör nu... Självkänslan är oftast ganska låg. Och det är väldigt lätt att hamna i nya destruktiva relationer genom att man underordnar sig, liksom i en relation. Så jag brukar visa liksom att jag verkligen tar det här på allvar. Det är ingenting som jag springer förbi. Sen kanske patienten liksom vill. Om man vill gå vidare och prata om annat så säger jag, det jag märker på dig, att du vill gärna gå vidare nu. Men jag skulle vilja stanna upp lite vid det här, för jag vet att det här är någonting som är viktigt. Att det kan påverka oss människor. Att jag verkligen försöker få den här individen. Att förstå vad det är jag? Ja, men jag månar verkligen om. Den här människan ska känna sig sedd och bekräftad och förstådd framför allt. Då får man liksom hitta ett sätt där.

En betydande del av kuratorerna anger att de inte vet vart de ska hänvisa patienterna efter upptäckt och identifiering av våld. De vet alltså inte vad de ska göra med svaren även om de identifierar en eventuell våldsutsatthet efter att de ställt frågor om våld.

Det är inte svårt att ställa frågor om våld men det är svårt att veta hur man ska hjälpa personen. Jag tycker inte att det är svårt att prata om de här sakerna, men jag tycker att det är väldigt svårt att hjälpa personer med de här sakerna. Men att prata om det och ta upp det, det tycker jag inte är så svårt.

Exempel på samtalsstrategier som fungerar är att kommunicera med bilder och symboler samt att rita. Kuratorerna lyfter även den yrkesverksammas kännedom om kvinnojourer och andra hjälpsatser som en betydande faktor för att hjälpa den våldsutsatta patienten. Även den yrkesverksammas kännedom om patienten och dess sammanhang är viktig för att kunna hjälpa patienten vid våldsutsatthet. Att ha kännedom om patienten kan underlätta för den yrkesverkamma att ställa frågor om våld eftersom våldet då redan är identifierat i ett inledande skede. När våldet inte är identifierat beskrivs det att den yrkesverkamma tittar på patientens relationer genom att gå igenom patientens nätverk ordentligt via en nätverkskarta tillsammans med patienten. De berättar också att försöka att prata med patienten hur en bra relation är i ett samtal är en strategi som används i förebyggande syfte. Ytterligare ämnen som det samtals kring med patienter i förebyggande syfte är kärlek och samtycke.

Vid identifiering av våld och våldsutsatthet är det viktigt att inte ha ett ifrågasättande förhållningssätt gentemot patienten i början då att gå hårt mot patienten samt påtala felen i relationen och vara kritisk mot patienten kan leda till att hen sluter sig. Detta kan bli stressande och patienten kan känna sig skuldbelagd för att hen inte avslutar relationen trots våld. Patienten möjligen är kvar i relationen på grund av att hen är i en beroendeställning och inte vet om andra möjligheter som finns. Yrkesverkamma kan då hjälpa patienten genom att exempelvis informera att det finns möjlighet att ansöka om försörjningsstöd. Detta kan möjliggöra att patienten får insikt om att hen inte måste vara lika beroende som hen tror.

Kuratorernas förslag till förbättringsområden och önskemål

Riktlinjer

Riktlinjer som finns på vissa verksamheter gäller endast våld i nära relationer men dessa känner alla yrkesverkamma inte till. Det ligger på den yrkesverkamma som en enskild individ att leta upp dessa riktlinjer och handlingsplaner samt att använda dem och veta när och i vilka situationer dessa ska användas. Det berättas att det skulle vara hjälpsamt om handlingsplaner som finns på arbetsplatsen var lättillgängliga men även att de med jämna mellanrum togs upp och att yrkesverkamma fick gå igenom dessa. Även veta vilken typ av frågor det är bra att ställa samt att veta vad som ska göras med svaren efteråt är bland önskemål som framkommer i intervjuerna.

Somliga kuratorer anger att det är viktigt att förslag eller direktiv att införa nya arbetsätt och metoder kommer "uppifrån", från en person som av ledningen är utsedd att ha ett mandat att prata om frågan, samt att dessa direktiv behöver vara tydliga för att det ska vara lätt att införliva. Kuratorer berättar att stöd från chefer är något som skulle kunna vara stöttande när det gäller att komma över utmaningar som finns. Att de uppmuntrar och är positivt inställda

när en yrkesverksam tar upp frågan och inte är negativt inställda eller tycker att personen "tjatar" när hen pratar om våld. Det är också viktigt att chefer har koll på saker och ting som tas fram. De kanske godkänner vissa handlingsplaner eller andra styrdokument utan att riktigt förstå dem. Det är viktigt för yrkesverksamma att de får den hjälp de behöver när de frågar om det, alltså att de får svaren de söker efter från chefen i stället för att söka det själv när de befinner sig i en situation. Det anges att stöd och hjälp från ledningen ska så vara bra organiserat och strukturerat att det skulle vara svårt för en yrkesverksam att göra fel. *"För när man ska tänka fort i stunden eller när det kan bli fel och så faller det tillbaka på behandlaren att få svar eller hitta på någonting."* Ett önskemål från kuratorer är att skulle finnas tid och utrymme för samtal med deras patienter. Det är av vikt att träffa dem i en lugn miljö för att känna att man har tid och uppmärksamhet att ge dem. Då blir det även möjligt att prata om jobbiga saker.

Olika typer av samtalsstöd

När patienten inte kan beskriva sitt mående är det bra att använda sig av skattningsskalor där patienten kan visa vart hen ligger i en skattningsskala gällande mående. Det som är bra med skattningsskalor är att det är ett enkelt verktyg som patienten kan använda för att få göra en egen skattning om hur patienten mår. Material att använda sig av i arbetet med målgruppen finns bland förbättringsområden. Det skulle kunna finnas filmer eller videor och tillgångar som yrkesverksamma kan använda sig av och titta på tillsammans med patienterna. En annan aspekt gällande förbättringsområden är material för att till exempel prata med barn till patienter. Dessa kan vara bilder eller någon annan typ av material som yrkesverksamma kan titta på tillsammans med dessa barn. Kuratorer anger även att material som kan vara bra skulle kunna vara olika former av dialogstöd.

Utbildning

Extern handledning beskrivs att vara ett välfungerande stöd. Även det kollegiala stödet samt att en yrkesverksam lär sig att förlita sig mycket på sig själva och egen erfarenhet med åren är viktigt. Dubbel kompetens är alltid användbar vilket handlar i detta fall om att människor som är specialiserade på målgruppen även kan vara specialiserade på våld och exempelvis kan hålla interna föreläsningar. De som har arbetat med målgruppen länge kan bistå med sina kunskaper kring signaler som yrkesverksamma behöver vara uppmärksamma på. Etablerade riktlinjer och rutiner om målgruppen i förhållande till våld kan endast fungera bra på en arbetsplats när yrkesverksamma har kunskapen att upptäcka våld. Det svåra med dessa är att många missar våld för att de inte har kunskap om det. När detta händer spelar då hur många bra och strukturerade riktlinjer det finns ingen roll eftersom de inte kommer att användas om våldet inte upptäcks eller identifieras. Även om det finns riskbedömningsinstrument händer det att yrkesverksamma använder sig av sina egna bedömningar utifrån de erfarenheter varje enskild yrkesverksam har med sig i stället för att använda de som finns på plats. Förutsättningen för att använda sig av de som finns på plats är att de måste övas in så att de känns naturliga att använda och ta hjälp av när behov uppstår.

Vidare uppger kuratorer att utbildningar kan vara bra för att yrkesverksamma ska lära sig om olika samtalsstrategier och förhållningssätt till en patient med kognitiva funktionsnedsättningar. Även familjebaserade behandlingar kan vara bra för ungdomar i målgruppen. Terapeutisk behandling är något förebyggande då man arbetar med att stärka patientens självbild i förebyggande syfte då att ha rätt till sina egna upplevelser är förebyggande. Dock är att utforma ett material som ska passa i olika typer av sammanhang kan vara svårt. Även skolor har

ett ansvar och skulle kunna hjälpa mycket när det gäller att arbeta med de former av våld i nära relationer som är svåra att upptäcka. En kurator menar på att alla som har en funktionsnedsättning går på särskola och att dessa skolor skulle kunna arbeta med sexualitet, relationer och samtycke. Det är det som är det förebyggande arbetet eftersom när de kommer till vården då är det för sent. Det kan vara så att det redan har skett. Att prata om sex inte bara som något farligt utan som "det härliga och underbara" samt skillnaden på när det känns "härligt och underbart" och när det inte känns det är ett exempel för det förebyggande arbetet med våld. Många av dessa patienter finns även på daglig verksamhet på dagarna så det är viktigt att prata om samtycke, relationer och sexualitet även där.

Att få förståelse och kunskap om hur vanligt det är med våld kan vara någonting som kan hjälpa andra att hantera och vara uppmärksamma på våld i nära relationer som personer med funktionsnedsättningar utsätts för.

Man måste tänka att de pappor som man träffar som verkar fantastiska kan vara människor som utsätter för våld.

Ett sätt att öka kunskap och förståelse kring ämnet är att arrangera regelbundna forum där personer från habilitering och hälso- och sjukvård träffar representanter från polis och socialtjänsten och möjligen även kommunen. Detta kan underlätta både när det gäller att hitta individuella lösningar och för att samverka i syfte att hålla frågan aktuell.

Slutsatser om regioners arbete med våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning

De flesta regionala representanter lyfter fram att de ofta saknar information om patientens funktionsnedsättning, liksom om patientens individuella behov som är relaterade till funktionsnedsättningen. Detta framkommer sällan i remisser eller vid inskrivningar i vården, vilket riskerar att försvåra arbetet med att stödja våldsutsatta patienter, undantaget habiliteringens verksamheter som fokuserar på funktionsnedsättningens konsekvenser, men inte på våldsutsatthet.

Det finns god traumakompetens inom hälso- och sjukvården, med fungerande rutiner för att stödja vid trauma, men de har varierande kompetens kring funktionsnedsättningsrelaterade behov. Om inte kompetens kring exempelvis funktionsnedsättningsrelaterade kommunikationsmetoder finns kan påverka den vård som personer med funktionsnedsättning får, trots att verksamheten i övrigt har tillfredsställande förutsättningar till god vård.

Lagarna och regionernas arbete med våldsutsatthet bland patienter med funktionsnedsättning

Rutiner och utbildning för att upptäcka våld och ge stöd till personer med funktionsnedsättning inom hälso- och sjukvården

I artikel 16, FN:s konvention om rättigheter för personer med funktionsnedsättning åläggs konventionsstaterna att vidta alla ändamålsenliga åtgärder för att förhindra alla former av utnyttjande, våld och övergrepp, bland annat genom att tillhandahålla information och utbildning. En betydande del av de intervjuade regionala representanterna uppger att de vid kontakt med personer med funktionsnedsättning inte vet hur de ska samtala om och

upptäcka våld samt ge stöd om de utsatts för våld. De regionala representanterna uttrycker att de skulle behöva utbildningar i frågan samt hjälp och stöd från ledningen. Intervjuerna indikerar också att vissa yrkesgrupper eller mottagningar antingen har kunskap om våld i nära relationer eller om funktionsnedsättning men att få har kunskap och utbildning om båda i kombination med varandra. På många arbetsplatser saknas särskilda rutiner, riktlinjer eller handlingsplaner för våld mot målgruppen. Även om sådana finns känner inte yrkespersonerna till dem. De regionala representanterna uttrycker även att de handlingsplaner som finns skulle behövas diskuteras regelbundet för att hålla frågan levande. När detta inte görs kan de regionala representanterna eller arbetsplatsen inte förhindra utnyttjande, våld och övergrepp mot målgruppen i enlighet med FN konventionen.

Enligt Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd ska varje vårdgivare fastställa de rutiner som behövs för att utveckla och säkra kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och barn som bevittnat våld (7 kap. 1 § HSLF-FS 2022:39). Intervjuerna med de regionala representanterna indikerar att frågan om våld sällan tas upp på arbetsplatserna. Flera uppger att de på grund av tung arbetsbelastning och tidsbrist sällan får möjlighet att reflektera kring och diskutera våldsärenden med sina kollegor. Eftersom det saknas specifika riktlinjer riktade mot barn med funktionsnedsättning framgår att arbetet med våld mot målgruppen ser olika ut verksamheter och mottagningar emellan. Vidare framgår av 7 kap. 2 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska vårdgivaren fastställa rutiner för när och hur personalen i dess verksamheter ska ställa frågor om våld för att kunna upptäcka våldsutsatta och barn som bevittnat våld som behöver vård. Majoriteten av de regionala representanterna uppger att de inte vet hur och när de ska ställa frågor kring våld i syfte att upptäcka personer med funktionsnedsättning som är våldsutsatta eller barn till dessa som möjligtvis bevittnat våld. Det finns på många arbetsplatser inte frågeformulär eller handlingsplaner för att ställa frågor om våld till personer med funktionsnedsättningar. Detta tyder på att Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer inte har implementerats fullständigt i hälso- och sjukvårdens alla verksamheter.

Enligt 7 kap. 4 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska vårdgivaren fastställa rutiner för hur barns behov av information, råd och stöd enligt 5 kap. 7 § stycke 1 och 2 i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) och 6 kap. 5 § stycke 2 i patientsäkerhetslagen (2010:659) ska beaktas. Våra intervjuer indikerar att hälso- och sjukvårdspersonalen inom en traumainriktad verksamhet tillgodoser barnets behov av information om våld i mycket stor utsträckning medan detta inte görs i samma utsträckning i andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Detta indikerar att föreskriften beaktas olika inom hälso- och sjukvårdens olika mottagningar och verksamheter.

Anmälningsskyldighet

Utifrån 7 kap. 3 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska vårdgivaren fastställa rutiner för hur anmälningsskyldigheten enligt 14 kap. 1 § socialtjänstlagen (2001:453) ska fullgöras vad gäller ett våldsutsatt barn eller ett barn som bevittnat våld. Våra intervjuer indikerar att de regionala representanterna vid indikation på att ett barn utsätts för våld eller bevittnar våld gör en orosanmälan till socialtjänsten, vilket indikerar att detta lagrum har implementerats i verksamheterna.

Samverkan i våldsärenden

Enligt 7 kap. 6 § i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer ska vårdgivaren samverka för att samordna sina åtgärder så att de inte motverkar varandra samt beakta behovet av trygghet och säkerhet hos de våldsutsatta. Våra intervjuer visar att åtgärder kring en patient kan motverka varandra inom vissa av hälso- och sjukvårdens verksamheter. Till exempel framkommer att en patient på ätstörningsmottagning kan hänvisas till andra instanser vid eventuell identifiering av våld då verksamheten inte arbetar med ätstörningen tillsammans med våldet.

5. Övergripande slutsatser och rekommendationer

Vissa teman återkommer i intervjuerna med de olika yrkesgrupperna och verkar därmed relevanta på en nivå som övergriper de specifika yrkesfälten. När det kommer till utmaningar i arbetet med utsatthet för våld mot personer med funktionsnedsättningar belyser deltagarna att det inte finns – eller att de inte känner till – anpassade verktyg eller stödmaterial att använda i mötet med de utsatta. Detta försvårar identifikation och riskbedömning av våldet. Dessutom lägger detta ett ansvar på yrkespersonen som individ att ha och förmedla kunskap om olika definitioner av våld på ett sätt så att personen med funktionsnedsättning förstår.

De olika yrkesgrupperna som representeras i undersökningen arbetar under olika lagrum med olika uppdrag. Gemensamt är dock också deras upplevelser av att organisatoriska strukturer saknas för att hantera frågor om våldsutsatta personer med funktionsnedsättningar. Tid att prata om våld i mötet med personen, rutiner för identifikation och rutiner för samverkan är några exempel på detta. Gemensamt uttrycker de också att det är otydligt vem som bär ansvaret för att upptäcka och stötta dessa personer.

Då flera personer som intervjuats, trots otydligheten i uppdragen och lagrummen, berättade att de ändå arbetar med våldsfrågan med personer med funktionsnedsättningar så framkom liknande strategier för detta över yrkesgrupperna. Strategier som att anpassa sitt språk, använda bildstöd och lyssna uppmärksamt på signaler på våldsutsatthet var vanliga metoder i mötet med klienter, brukare och patienter. På en verksamhetsnivå fanns några exempel på vidareutbildningar till personal på temat våld eller på temat anpassad kommunikation som strategi för att höja kompetensen.

Förslag och önskemål som alla yrkesgrupper nämnde var

- anpassat stöd för samtal om våld,
- att sådana samtal ska föras rutinmässigt,
- kunskapshöjande insatser, såsom utbildning,
- tydliga riktlinjer om olika uppdrag, typ av insatser som kan erbjudas till målgruppen, överrapportering och uppföljning av insatser, samt
- möjligheter till samverkan.

Trots den relativt stora spridningen i yrkesgrupper så kunde man o snarlika teman identifieras som återkommer i intervjumaterialet. Av dessa kunde vi dra följande slutsatser:

En övergripande slutsats är att det saknas professioner som har en integrerad kompetens kring personer med funktionsnedsättning och våld. De verksamheter som har stor kompetens kring våld, som traumacenter inom hälso- och sjukvården och socialtjänstens enheter för relationsvåld och hedersvåld, saknar ofta särskild kompetens kring funktionsnedsättningsrelaterade behov. De verksamheter som har stor kompetens kring funktionsnedsättning och dess relaterade behov saknar ofta särskild kompetens kring våld. Avsaknad av en integrerad kompetens kring personer med funktionsnedsättning och våld gör att personer med funktionsnedsättning riskerar att inte identifieras eller få bästa möjliga skydd och stöd för att hantera våldsutsatthet.

Både regionala och kommunala företrädare beskriver bristfälliga rutiner vid misstanke om eller identifierad våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning. Bristfälligheten kan innebära såväl brist på rutiner som att befintliga rutiner inte är implementerade i verksamheten. Om rutiner finns är de ofta av mer generell karaktär och kan behöva anpassas för

att möta de specifika former av våld som personer med funktionsnedsättning kan utsättas för.

Ledarskap lyfts fram som viktig faktor i att skapa organisationer som kan identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning. Det handlar såväl om att skapa förutsättningar för kompetenshöjande aktiviteter, som att implementera rutiner och arbets sätt för kan identifiera och hantera våldsutsatthet och att skapa en fungerande samverkan mellan olika verksamheter som kan stödja vid våldsutsatthet.

Kompetenshöjning är något som samtliga företrädare framhåller som viktigt för att kunna identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning. För de verksamheter som är specialiserade på våldsutsatthet handlar kompetenshöjningen främst om att få kunskap om det funktionsnedsättningsspecifika medan det i verksamheter som är specialiserade på att möta behov hos personer med funktionsnedsättning handlar om att få kunskap om våldsutsatthet. Det behövs också kompetens kring hur funktionsnedsättning och våldsutsatthet relaterar till varandra och de former av våld som personer med funktionsnedsättning kan utsättas för.

En fungerande interprofessionell och interorganisatorisk samverkan beskrivs av företrädarna som central för att kunna stödja våldsutsatta personer med funktionsnedsättning på bästa sätt. Den typen av samverkan är idag svår att etablera i de enskilda ärendena utifrån att det saknas tillräcklig kunskap om varandras uppdrag och verksamhet, liksom tillit mellan professioner och verksamheter.

Arbetsorganisering och arbetsbelastning är andra påverkansfaktorer som företrädarna beskriver i förhållande till att identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning. I vissa uppdrag är utrymmet för att möta klienten, brukaren eller patienten tidsbegränsat vilket kan försvåra främst möjligheten att identifiera våldsutsatthet men även för att kunna följa upp den enskildes situation. Det förekommer också en arbetsbelastning inom vissa yrkesroller som påverkar vilket ansvar man tycker sig kunna ta för den enskildes situation samt vilken roll man tar i samverkan med andra verksamheter.

I arbetet med att identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning behövs lättillgängliga och anpassade verktyg, som de professionella kan använda sig av för att tillgängliggöra sitt arbete med klienten, brukaren eller patienten. De verktyg som främst efterfrågas är kommunikationsverktyg, såsom samtalsmetoder eller kommunikationsstöd som är anpassade efter målgruppens behov.

Mot bakgrund av våra resultat rekommenderar vi att:

1. Personal inom LSS-verksamheter ges tydliga riktlinjer om hur och när personal ska ställa frågor om våldsutsatthet. Riktlinjerna bör utvecklas av ett övergripande statligt organ eftersom det annars riskerar att bli fortsatt stora lokala variationer. Socialstyrelsens föreskrifter framhåller tydligt att verksamheter ska ställa frågor om våld. För att underlätta verksamheternas uppdrag gällande våld behöver Socialstyrelsen också tillhandahålla material, exempelvis allmänna råd och handböcker.
2. Ansvarsfördelningen mellan de olika verksamheternas uppdrag kring våld utreds och förtydligas. En utredning behöver initieras av regeringen där LSS-lagstiftningen ses över i förhållande till ansvar för att identifiera och hantera våld bland personer med funktionsnedsättning.

3. Skyddade boenden ska kunna ta emot personer med funktionsnedsättning och ge stöd utifrån funktionsnedsättningsrelaterade behov. Informationen om skyddade boenden ska vara tillgänglig för alla.
4. Kompetensinsatser, som utgår från ett integrerat perspektiv på våld och funktionsnedsättningsrelaterade behov, utvecklas och blir en prioriterad del i kompetenshöjande insatser inom alla de verksamheter och instanser som verkar för att identifiera och hantera våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning.

6. Diskussion

Till att börja med vill vi nämna ett intressant bifynd vi gjorde i intervjuerna. Det var att väldigt många av de intervjuade på olika sätt uttryckte att det var viktiga frågor vi ställde till dem och att de gav dem möjlighet och tillfälle till reflektion (t ex "Nu får jag genast en idé då förstås som jag ska ta med mig härifrån. Det konstigt att genom att prata med varandra när man pratar med andra människor så plötsligt händer det jättemycket inuti en själv.", "Det är en bra fråga du frågar, verkligen!"). Vi tolkar detta som att det inte förts särskilt mycket samtal om våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning inom de verksamheter vi intervjuade för uppdraget. Detta stärker vår uppfattning om att området är viktigt och att yrkespersonerna behöver erbjudas resurser i form av utbildning och att organisationer och verksamheter tar ansvar för att stödja sin personal i att stödja våldsutsatta med funktionsnedsättning.

Vi vill också lyfta fram att vår undersökning i flera avseenden bekräftar det tidigare studier indikerat. Exempelvis ser vi de ökade riskerna för våld som exempelvis både Hällen (2021) och Malmberg (2014) lyfter fram också i våra intervjuer, liksom den komplexa situation som personer som har funktionsnedsättningar och varit utsatta för våld kan befinna sig i (jfr Namatovu m fl 2018). Våra intervjuer belyser även att personal, i synnerhet nyanställd, inom kommuner och regioner behöver stöd för att känna sig trygga med att försöka identifiera utsatthet för våld bland sina klienter, brukare och patienter. Därför behöver personer med funktionsnedsättning uppmärksammas som en särskild riskgrupp grundutbildning och personalfortbildning (jfr Brå 2007) och det verkar synnerligen viktigt att arbetet med och samverkan kring våldsutsatta med funktionsnedsättning tydliggörs i verksamheternas rutiner och handlingsplaner (jfr Hällen & Sinisalo 2018 och SKL 2009). Detta torde öka tillgången till anpassat stöd och skydd och att våldsutsatta med funktionsnedsättning får sina behov tillgodosedda och därmed öka deras trygghet (jfr Curry m fl 2011). Några aspekter av våra intervjuer och resultat vill vi lyfta till särskild diskussion nedan.

De våldsutsatta klienterna, brukarna och patienterna i undersökningen

De patienter, brukare och klienter med funktionsnedsättning som yrkespersonerna i intervjuerna talar om har i de flesta fall kognitiva funktionsnedsättningar. Kanske speglar det att det är de mest komplicerade situationerna i de intervjuades yrkesutövning. Vad som också framkommer i intervjuerna är den stora variationen patienter, brukare och klienter emellan. Svårigheten är i vissa fall är att förstå om de har en (mer eller mindre permanent) lindrig funktionsnedsättning alls eller om exempelvis svårigheter med minne, koncentration eller kommunikation är ett resultat av våldstrauma. I andra fall består svårigheten i att grav demens gör kommunikation nästan omöjlig. Detta speglas också i det de intervjuade säger, som ibland handlar om utmaningar i att tala om våld över huvud taget och ibland synliggör specifika utmaningar när det gäller just våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning.

Många talar också om att de sällan eller aldrig träffat våldsutsatta med funktionsnedsättning i sin yrkesroll, en del i intervjuerna och andra angav detta som skäl till att de var fel person att medverka i intervju. Mot bakgrund av hur många av socialtjänstens klienter som har en funktionsnedsättning och hur vanligt våld är ter sig detta som osannolikt. Och exempelvis barnmorskor, som träffar i princip alla kvinnor i samband med exempelvis cellprov, måste väl rimligen träffa ganska många kvinnor med funktionsnedsättning? Våra resultat måste läsas med

det begränsade urvalet i åtanke. Ändå kan vi inte låta bli att misstänka att våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning i många fall inte uppmärksammas. För snart 20 år sedan fann Amnesty International (2005) att kommuner inte antagit en handlingsplan eller ett program för att bekämpa mäns våld mot kvinnor för att det inte uppfattats vara i första hand enbart ett kommunalt ansvar, att det inte prioriterats eller hunnits med, att de inte märkt att ett ökat antal kvinnor sökt sig till dem av denna orsak, att ingen som har initierat frågan eller att de bedömer att de även utan sådan följer riktlinjerna i lagstiftningen. Det finns mycket som tyder på att frågor om våld i nära relationer och mäns våld mot kvinnor och barn generellt sedan dess kommit att prioriteras inom både kommuner och regioner. Vår undersökning indikerar dock att kunskapen om och rutinerna kring våld mot människor med funktionsnedsättning kanske ännu inte utvecklats tillräckligt, d v s en liknande "blindhet" som Amnesty International fann kring våld 2005 finns kvar kring våldsutsatthet bland människor med funktionshinder idag. Och: gör de brister på kunskap om och stöd för att anpassa kommunikation för personer med funktionsnedsättning som beskrivs i vår undersökning dem mer "funktionshindre" i kontakten med socialtjänst och hälso- och sjukvård?

Yrkespersoner, verksamheter och klient- och patientgrupper

Vi vill också poängtera att de intervjuade valdes ut i första hand som representanter för offentligt anställda inom kommun respektive region och i andra hand som representanter för sin yrkesgrupp. (Av denna anledning ingår exempelvis en arbetsterapeut bland utförande omsorgspersonal inom kommun och en psykoterapeut och en psykolog bland kuratorerna inom regional verksamhet.) Deras svar måste också förstås i förhållande till att de ibland representerar "kommunal" eller "regional" verksamhet, ibland en yrkesgrupp med en specifik utbildning, ibland sin specifika arbetsplats och ibland de klienter, brukare eller patienter de arbetar med. Man kan tänka sig att hur de svarar, vilken roll de s a s i första hand identifierar sig med, kan ha betydelse för vad de väljer att göra i sin yrkesroll gällande våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning. Vi har dock inte inom ramen för detta uppdrag att fördjupa oss i detta. Vi vill uppmärksamma två saker i samband med detta.

För det första har sjukvården, jämfört med kommunal verksamhet, två styrkor när det gäller att uppmärksamma våldsutsatthet bland människor med funktionsnedsättning. För det första finns där tydligare rutiner för att ta anamnes. Detta innebär att om en verksamhet beslutar att ställa frågor om utsatthet för våld på rutin, så är det relativt goda chanser att denna rutin följs. För det andra så görs fysiska undersökningar, som möjliggör upptäckt av skador som skulle kunna vara resultat av våld, såsom blåmärken, sår eller frakturer. Men att utnyttja dessa fördelar för att upptäcka våld kräver att beslut fattas och rutiner utarbetas och att personalen både får adekvat utbildning om detta och att det organisatoriska sammanhanget utvecklas så att de känner trygghet i att tala om våldsutsatthet med målgruppen.

För det andra vill vi påminna om att det i juli 2018 infördes ett nytt examensmål i högskoleförordningen om att visa kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer för fysioterapeutexamen, juristexamen, läkarexamen, psykologexamen, socionomexamen, sjuksköterskeexamen, tandläkarexamen och tandhygienistexamen. I 2018 fick också Jämställdhetsmyndigheten i uppdrag att genomföra utbildningsinsatser och kunskapsstöd till lärosäten som har dessa utbildningar. Där ingår hedersrelaterat våld och förtryck, barnäktenskap, tvångsäktenskap, könsstympning av flickor och kvinnor, våld mot barn, prostitution och människohandel för sexuella ändamål samt hbtqi-personers utsatthet för våld i nära relationer.

Dock ingår inte våld mot människor med funktionsnedsättning eller inom exempelvis särskola eller särskilda boenden i dessa utbildningsinsatser.

Samverkan

Samverkan är något som lyfts som viktigt av många av de intervjuade utifrån att behov relaterade till våldsutsatthet och till funktionsnedsättning, i kombination, kan medföra att individen behöver ett anpassat stöd från olika professioner som samverkar med varandra. Några har goda erfarenheter av interprofessionell samverkan som de menar varit avgörande för att kunna stödja vid våldsutsatthet medan andra saknar denna erfarenhet. Den interprofessionella samverkan som efterfrågas är dock något som de menar är svår att initiera av olika orsaker. Samverkan kan definieras som *”medvetna målinriktade handlingar som utförs tillsammans med andra i en klart avgränsad grupp avseende ett definierat problem och syfte”* (Danermark 2003). Viktigt för att en samverkan ska fungera är att det från början finns en gemensam utgångspunkt och gemensamma referensramar för vad objektet för samverkan är och vad man ska samverka kring. I intervjuerna blir det tydligt att det saknas en gemensam utgångspunkt för samverkan mellan olika professioner när det gäller kombinationen våldsutsatthet och funktionsnedsättning, och att samverkan är något som har behövts byggas upp för varje enskild individ. Detta beskrivs som beroende av att någon är målmedvetet drivande och tar ett större ansvar än de andra. Att god samverkan kring kräver koordination och att någon tar rollen som *”spindeln i nätet”* och samordnar de olika sektorerna som behöver involveras, visar även Namatovu m fl (2021) studie av socialtjänstens arbete kring personer med funktionsnedsättningar som utsatts för våld i nära relationer. Att behöva ta ett ansvar för att driva processen framhåller dock de intervjuade som tidskrävande utifrån att det inte finns etablerade rutiner för samverkan eller forum för samverkan där man kunde lyfta ärenden. Intervjuerna visar således att det saknas gemensamma referensramar för hur samverkan ska utformas kring de klienter, brukare eller patienter som har en funktionsnedsättning och tillika är våldsutsatta, trots att kombinationen våldsutsatthet och funktionsnedsättning inte är främmande för de intervjuade utan något som de, i mer eller mindre omfattning, möter i sitt arbete. Möjligheten till att skapa en bra samverkan kan dock delvis påverkas av kommunernas storlek, utifrån att större kommuner fler ärenden och därmed större möjligheter att skapa specifika team, med professionella från flera enheter, runt arbete med våldsutsatta personer (Ekström 2018). Att flera mindre eller medelstora kommuner ingår i denna undersökning kan således påverka resultaten.

Danermark och Germundsson (2007) visar att de dimensioner som är betydelsefulla i interprofessionell samverkan är 1) det regelverk som styr de inblandade aktörerna, och som utgörs av både formella som informella regler, 2) organiseringen av arbetet hos respektive aktör, samt 3) organisationens synsätt på såväl samverkan som på objektet för samverkan. De verksamheter och professionella som skulle behöva samverka kring våldsutsatthet bland personer med funktionsnedsättning lyder under olika regelverk, främst Socialtjänstlagen, Hälso- och sjukvårdslagen och LSS-lagstiftningen. Som visas i denna rapports avsnitt om lagstiftning har socialtjänsten ett ansvar för våld, genom socialtjänstlagens skrivelser. Detta tydliga ansvar för våldsutsatthet framgår inte i LSS-lagstiftningens skrivelser. Trots att socialtjänsten har ett lagligt ansvar menar representanterna för LSS att de ofta bollar tillbaka ansvaret för våldsutsatta personer med funktionsnedsättning till dem. De intervjuade lyfte även fram risken för att ingen annan av de parter som skulle behöva samverka vill ta ett explicit ansvar för individen,

något som också framkom i Namatovu m fl (2021) studie. En av de faktorer som kan påverka det "Svarte Petter-förfarande" som beskrivs av de intervjuade är att socialtjänsten är specialiserade på våld mot speciella grupper, såsom relationsvåld eller hedersvåld, där personer med funktionsnedsättning verkar vara en osynlig målgrupp. Ekström (2018) menar att förändringen av socialtjänstens organisering de senaste åren har kommit att få stor betydelse för hur insatser mot våld i nära relationer samordnas. Det blir tydligt i de intervjuades berättelser att denna samordning med ökad specialisering, men där inte det funktionshinderrelaterade våldet är en (del av) specialisering, kan bli hindrande för att såväl få stöd vid våldsutsatthet om man har en funktionsnedsättning som för att samverka kring stöd för våldsutsatta personer med funktionsnedsättning.

De intersektionella faktorernas betydelse

I intervjuerna återkommer behov av rutiner, riktlinjer och verktyg och vikten av kommunikation och samverkan mellan olika aktörerna som påverkar våldsutsattas med funktionsnedsättningar möjlighet att få det stöd och skydd de behöver och har rätt till. Att inte detta finns på plats kan ha flera orsaker, bland annat att rutiner och kommunikation inte är anpassade till målgruppens behov. Crenshaws (1991) analys indikerar att socialtjänster anpassar sin kommunikation och insatser framför allt utifrån vita medelklasskvinnors behov. Möjligen speglar våra resultat detta, då utsatta med funktionsnedsättning verkar osynliga i rutiner och riktlinjer om våld i nära relationer samtidigt som stödet till personer med funktionsnedsättningar som varit utsatta för våld behöver utformas för att möta just deras olika behov och livssituationer.

Det intersektionella perspektivet kan hjälpa oss att se hur makt fördelas, formas och omfördelas, på ett samhälleligt och ett individuellt plan. Makt ur ett intersektionellt perspektiv kan vara att "ha makt över sitt eget liv", alltså något positivt, men också att ha "makt eller kontroll över någon person", alltså något negativt. Maktstrukturer upprätthålls i en interaktion mellan normer och samhällliga processer såsom resursfördelning, institutioner och lagstiftning. Genom normativa handlingar och tolkningar, exempelvis om vilka individer frågor om våld är eller inte är viktiga, konstrueras normer och maktförhållanden. Normer har också att göra med uppfattningen om vad som uppfattas som rätt eller sant – eller irrelevant – i ett samhälle. I praktiken kan det betyda att personer med funktionsnedsättningar inte uppfattas av samhället som i behov av särskilda utredningar av våld utan i stället i behov av rehabilitering.

Detta kan också betyda att ålder blir avgörande för om en person med funktionsnedsättning får stöd och resurser (i.e. habilitering v/s rehabilitering). Men varje person ingår i flera 'grupper' och ibland sammanfaller dessa på sådant sätt att det ökar deras risk att utsättas för våld, exempelvis för kvinnor med funktionsnedsättning och utländsk bakgrund, som är äldre och ekonomisk beroende av andra. Dessa grupper riskerar att hanteras var för sig i en svensk kontext, vilket kan innebära att individer vars utsatthet är komplex inte upplevs passa in i de stödstrukturer som finns. Eftersom några grupper är våldsutsatta i högre grad än andra är det inte tillräckligt att skapa rutiner omkring våld om dessa rutiner eller frågor tar inte hänsyn till sådana grupperns särskilda risker och svaga samhällsskydd.

Genom att lyfta risken för utsatthet i förhållande till både kön, ålder, etnicitet, ekonomisk status/klass och grad av funktionsnedsättning kan kunskapen om och förståelsen för olika behov av stöd öka. Enligt våra intervjuer kan personer med funktionsnedsättning som på flera sätt är beroende av andra uppleva särskilda svårigheter att lämna sin föröväre. Samtidigt som

det behövs bättre samverkan mellan aktörer, behöver alla aktörer en ökad kunskap om hur olika typer av förtyck kan ställas mot varandra. Är det, exempelvis, äldre eller yngre personer med funktionsnedsättningar som är mest utsatta på särskola, daglig verksamhet eller särskilda boenden (såsom servicebostad, gruppboende eller äldreboende)? Vilka utmaningar finns när det gäller att identifiera, skydda, stödja och hjälpa människor som har fysiska rörelsenedsättningar, som är blinda, döva respektive kognitiva rörelsenedsättningar av olika slag? Vad innebär de olika typerna av funktionsnedsättningar för människor som pratar svenska respektive de som inte gör det? Riskerar etnicitet att bli osynligt för att funktionsnedsättning blir dominerande? Hanteras frågan om våldsutsatthet i kombinationen funktionsnedsättning och etnicitet? Sådana frågor behöver inkorporeras i rutinmässiga samtal med målgruppen samt i möten där olika yrkesgrupper kan reflektera och diskutera över särskilda gruppers utsatthet utifrån graden av funktionsnedsättningar i kombination med kön, ålder, etnicitet, och ekonomisk status/klass.

Kognitiva funktionsnedsättningar och trauma-anpassat arbete

Några av de intervjuade poängterar att de kognitiva utmaningar som kan vara en del av en funktionsnedsättning i själva verket har mycket gemensamt med sådana hjärnskador som kan vara en konsekvens av just våld. Hjärnan kan skadas på många olika sätt, men de svårigheter som detta innebär för individen kan vara desamma.

Personer som varit med om ett allvarligt trauma som t ex dödshot, våld eller sexuella övergrepp kan som exempel utveckla posttraumatiskt stressyndrom (PTSD, diagnos ICD-10 enligt Världshälsoorganisationen WHO). PTSD uppkommer efter exponering av ett allvarligt trauma och kännetecknas av stark ångest och en hög stressnivå. Sårbarheten för att utveckla PTSD efter trauma varierar mellan olika människor. Symtomen kännetecknas av stark ångest och en hög stressnivå. Personer som lider av PTSD kan bli känslomässigt avskärmade, får koncentrationssvårigheter, ångest, depressioner, isolerar sig, blir aggressiva med mera. De söker ofta hjälp av primärvården, men sällan för just PTSD. I stället söker de för problem som är resultat av PTSD, såsom sömnsvårigheter, huvudvärk, problem med mage och tarm, psykologisk hjälp för depression, ångest eller missbruk (Hjärnfonden 2022).

Szymanski med kollegor (2011) menar att trauma och PTSD påminner om en kognitiv funktionsnedsättning. Som exempel beskriver the Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders (DSM-IV-TR) två kriterier för att en upplevelse ska betraktas som traumatisk. För det första konfronteras en person med faktisk eller hotande död eller allvarlig skada, eller med allvarligt hot mot sin fysiska integritet. För det andra måste individen svara på händelsen med intensiv rädsla, hjälplöshet eller skräck, som hos barn kan manifesteras som oorganiserat, agiterat beteende (Szymanski m fl 2011). Enligt DSM-IV-TR är centrala kriterium för att diagnostisera Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) tecken på ouppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet i en grad som är atypisk för åldern. Att få PTSD, med dess symptom på hyperarousal och intrång, kan förvärra de svårigheter med uppmärksamhet, impulsivitet och hyperaktivitet som kan utgöra ADHD-problematik.

Undvikande symptom på PTSD förstås som ett defensivt svar på den kognitivt och känslomässigt överväldigande upplevelsen av en traumatisk händelse. Undvikandet kan vara en målmedveten ansträngning att inte tänka på traumat, men också ett sätt att hantera mer allmänna upplevelser av stimuli, hög distraherbarhet och glömska. Dessa processer speglar det s k

ouppmärksamhetsklustret inom ADHD, som inkluderar ouppmärksamhet, distraherbarhet och undvikande av aktiviteter (Szymanski m fl 2011).

PTSD består också av ett s k hyperarousal-kluster, som conceptualiseras som en medfödd skyddsmekanism i kroppen för att försvara sig mot framtida trauman. Detta kännetecknas av ökad upphetsning såsom kraftigt förstärkt medvetenhet och beredskap, irritabilitet och överdrivet starka responser på upplevda hot. Även många av dessa symtom liknar de i hyperaktivitetsklustret av ADHD, såsom rastlöshetsbeteenden. På samma sätt kan PTSD-symtom på påträngande återupplevda traumatiska minnen likna ADHD-symtom på oförmåga att lyssna. Hos barn kan återupplevelse också leda till oorganiserat, upprört beteende, eftersom plötsliga skrämmande eller smärtsamma minnen kan bli överväldigande för dem. Känslor av ångest som kännetecknar PTSD kan spegla impulsivitetsklustret i ADHD (Szymanski m fl 2011).

Barn kan också reagera på trauma med ett bredare spektrum av symtom än de som fångas av PTSD. Trauma hos barn har visat sig leda till problem med bland annat affektreglering, beteendereglering, stresstolerans, humör labilitet, aggression, depression och ångest. Dessa symtom kan manifesteras sig som distraherbarhet och störande beteenden, som förekommer vid ADHD. Därför är det möjligt att en yrkesperson kan missta dessa symtom för ADHD utan att förstå att där kanske finns ett trauma (Szymanski m fl 2011). Eftersom likheterna mellan ADHD och PTSD därmed är stora och därmed konsekvenserna av allvarligt våld påverka individen på sätt som mycket liknar en kognitiv funktionsnedsättning skulle det kunna vara så att arbetsätt som är anpassade för våldsutsatta också passar personer med kognitiva funktionsnedsättningar.

Trauma-anpassat (trauma-informed) arbete innebär att erkänna och svara till den påverkan traumatisk stress kan ha på både barn och vuxna, men också på yrkesutövare som möter dem. Detta vilar på en förståelse för hur trauma formar människor fundamentala uppfattningar om världen och hur det påverkar hens psykosociala funktioner och bygger principer för att undvika att ohälsosamma, smärtsamma eller skadliga interpersonliga dynamiker upprepas i den stödjande relationen. Sådan medvetenhet kan integreras i befintliga arbetsätt och stärka terapeutiska allianser och främja posttraumatisk återhämtning (Levenson 2017). Sådana arbetsätt påminner mycket om arbetsätt som rekommenderas i kontakten med människor med kognitiv funktionsnedsättning.

Starkt förenklat skulle man kunna säga att våra resultat indikerar att ett gott arbete med klienter, patienter och brukare med funktionsnedsättningar inte innebär att man har verktyg för att fånga upp, förstå och arbeta med problem med våld. Men om arbetet med våld är grundat i en god förståelse om vad det innebär för människor att utsättas för våld och hur våldsutsatthet kan kommuniceras så kan detta passa väl i mötet med människor med kognitiva funktionsnedsättningar. Det vore därför intressant att empiriskt pröva om trauma-informerade arbetsätt passar i professionella möten med människor med funktionsnedsättning.

Undersökningens begränsningar

En uppenbar begränsning med vårt material är de få intervjuade arbetsterapeuterna, barnmorskorna och sjuksköterskorna. Vi vet inte riktigt varför det var svårt att rekrytera inom dessa yrkesgrupper. Det hade varit mycket värdefullt att intervjua fler exempelvis sjuksköterskor för att få en mer nyanserad förståelse av de olika verksamheter de kan arbeta inom

och de olika patientgrupper de kan möta i sin yrkesroll. Som det nu är måste resultaten läsas med denna begränsning i bakhuvudet.

För en mer fullständig bild av arbetet med att identifiera utsatthet för våld bland människor med funktionsnedsättning hade det också varit mycket värdefullt att inkludera ytterligare yrkesgrupper. Exempelvis saknar vi beskrivningar av läkares och psykologers erfarenheter och perspektiv. När det gäller kommunala verksamheter hade det varit värdefullt att också intervjua socialsekreterare som arbetar inom socialtjänsten med till exempel barn och ungdomar, ekonomiskt bistånd och vuxna missbrukare. Det hade också varit mycket värdefullt att intervjua socialarbetare inom frivilligsektorn, såsom skyddade boenden, kvinno- och tjejjourer och brottsofferjourer.

En annan begränsning som läsaren måste minnas i läsningen av våra resultat är risken att de påverkats av "selection bias". Dels vilar våra resultat på ett urval av yrkespersoner som till stor del kontaktats för att de ingick i våra nätverk. Detta kan medföra att urvalet är snett fördelat med opropotionerligt många som i sin yrkesroll tidigare reflekterat över de ställda frågorna. Dels var deltagandet helt frivilligt och någon ersättning för exempelvis arbetstid utgick inte. Det är möjligt att yrkespersoner avböjde medverkan av skäl som kunnat spela roll för våra resultat och slutsatser, exempelvis att yrkespersoner som känner sig obekväma med att tala om våld eller okunniga när det gäller funktionsnedsättningar avböjde medverkan.

Referenser

- Amnesty International (2005) *"Har ej prioriterat frågan" En undersökning om svenska kommuners arbete för att bekämpa mäns våld mot kvinnor*. Rapport.
- Ballan, M.S. & Freyer, M.B. (2017) The sexuality of young women with intellectual and developmental disabilities: a neglected focus in the American foster care system. *Disability and health journal* 10(3): 371-375.
- Berglund, K. & Stenson, K. (2010) Att ställa frågan om våld. I: *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. Nationellt centrum för kvinnofrid. NCK-rapport 2010:4.
- Bowen, E. & Swift, C. (2019) The prevalence and correlates of partner violence used and experienced by adults with intellectual disabilities: a systematic review and call to action. *Trauma, Violence & Abuse* 20(5):693-705.
- Breiding, M.J. & Armour, B.S. (2015) The association between disability and intimate partner violence in the United States. *Annals of epidemiology* 25(6):455-457.
- Brå (2007) *Våld mot personer med funktionshinder*. Rapport 2007:26. Stockholm: Brottsförebyggande rådet.
- Crenshaw, K. (1991) Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence against Women of Color. *Stanford Law Review* 43(6): 1241–1299.
- Curry, M.A., Renker, P., Robinson-Whelen, S., Hughes., Swank, P., Oschwald, M. & Powers, L.E. (2011) Facilitators and barriers to disclosing abuse among women with disabilities. *Violence and victims* 26(4): 430-443.
- Danermark, B. (2003) *Att förklara samhället*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. & Kullberg, C. (1999) *Samverkan: välfärdsstatens nya arbetsform*. Lund: Studentlitteratur.
- Danermark, B. & Germundsson, P. (2007) *Nya vägar till arbetsmarknaden: kvalitetssäkring av samverkan*. Sundsvalls kommun, Socialtjänsten.
- Dong, X.Q., Chen, R. & Simon, M.A. (2014) Elder abuse and dementia: A review of the research and health policy. *Health affairs* 33(4): 642-649.
- Eastgate G., Van Driel M.L., Lennox N. & Scheermeyer E. (2011) Women with intellectual disabilities: a study of sexuality, sexual abuse and protection skills. *Australian Family Physician* 40(4):226-230.
- Ekström, V. (2016) *Det besvärliga våldet. Socialtjänstens stöd till kvinnor som utsatts för våld i nära relationer*. Doktorsavhandling, Linköpings universitet.
- Ekström, V. (2018) Forskning om socialtjänstens arbete med våld i nära relationer. I: Sinisalo, E. & Hällén, L.M. (red.) *Våld i nära relationer: Socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s. 101-108). Stockholm: Liber.
- Giertz, L., Mattsson, T. & Thelin, A. (2021) *Nedsatt beslutsförmåga: rätt, riktlinjer och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Gunnarsson, L. (2020) *Samtyckesdynamiker: sex, våldtäkt och gråzonen däremellan*. Lund: Studentlitteratur.
- Handu (2007) *Mäns våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*. Stockholm: Utredningsinstitutet Handu AB.
- Hague, G., Thiara, R. & Mullender, A. (2011) Disabled women, domestic violence and social care: the risk of isolation, vulnerability and neglect. *The British Journal of Social Work* 41(1), 148–165.

- Hejlskov, B.E., Veje, H. & Beier, H.M (2012) *Utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar och psykisk sårbarhet: om annorlunda barn*. Lund: Studentlitteratur.
- Hillborg, H. (2010) *Erfarenheter av rehabiliteringsprocessen mot ett arbetsliv brukarens och de professionellas perspektiv*. Doktorsavhandling, Örebro universitet.
- Hjärnfonden (2022) *PTSD: posttraumatiskt stressyndrom*. Hämtad 15 december 2022 från <https://www.hjarnfonden.se/om-hjarnan/diagnoser/posttraumatiskt-stressyndrom-ptsd/>
- Hoppstadius, H., Olofsson, N. & Espvall, M. (2021) Professional knowledge on violence in close relationship in Swedish social services. *Journal of social service research* 47(1):131-42.
- Hughes, K., Bellis, M.A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T. & Officer, A. (2012) Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *The Lancet* 379(9826):1621-9.
- Hughes, R.B., Lund, E.M., Gabrielli, J., Powers, L.E. & Curry, M.A. (2011) Prevalence of interpersonal violence against community-living adults with disabilities: a literature review. *Rehabilitation Psychology* 56(4):302-19.
- Hällén, L.M. & Sinisalo, E. (2018) Att fråga om våld inom socialtjänsten. I: Sinisalo, E. & Hällén, L.M. (red.) *Våld i nära relationer: Socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s. 73-88). Stockholm: Liber.
- Hällén, L.M. & Sinisalo, E. (2018) Socialnämndens handläggning av våld i nära relationer. I: Sinisalo, E. & Hällén, L.M. (red.) *Våld i nära relationer: Socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s. 109–133). Stockholm: Liber.
- Hällén, L.M. & Sinisalo, E. (2018) Socialnämndens insatser till våldsutsatta vuxna och socialnämndens dokumentation. I: Sinisalo, E. & Hällén, L.M. (red.) *Våld i nära relationer: Socialt arbete i forskning, teori och praktik* (s. 134–143). Stockholm: Liber.
- Hällén, L.M (2021) Våld mot personer med funktionsnedsättning. I: Hällén, L.M (red.) *Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer* (s. 81–96). Stockholm: Liber.
- IVO (2014) *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013*. IVO 2014–2. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- IVO (2015) *Skapa trygghet utan tvång: Rapport om tillsynsinsats vid verksamheter där personer med nedsatt beslutsförmåga bor eller vistas*. IVO 2015-56. Stockholm: Inspektionen för vård och omsorg.
- Johansson, L. & Östlund, L. (2022) Utsatthet hos personer med demenssjukdom. I: Östlund, L. (2022) *Äldre personers utsatthet för våld i nära relationer*. Studentlitteratur.
- Levenson, J. (2017) Trauma-informed social work practice. *Social Work* 62(2): 105–113.
- Lundberg, L. & Bergmark, Å. (2021). Self-perceived competence and willingness to ask about intimate partner violence among Swedish social workers. *European Journal of Social Work* 24(2): 189–200.
- Lundin, A., Benkel, I., Neergard, G.D., Johansson, B-M. & Öhring, C. (2019) *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.
- Malmberg, D. (2014) "Jag gör henne bara en tjänst.": Betydelsen av kroppsnormalitet i förståelsen av kön, kroppslighet och sexualitet vid våld mot kvinnor med funktionshinder. *Tidskrift för genusvetenskap* 35(4): 75-99.
- Mikton, C., Maguire H. & Shakespeare T. (2014) A systematic review of the effectiveness of interventions to prevent and respond to violence against persons with disabilities. *Journal of interpersonal violence* 29(17):3207-3226.

- Münger, A-C. (2015) *”Leva ett så normalt liv som möjligt. Det är där hjälpen ska sättas in”*. En brukarundersökning om sex stockholmkommuners arbete mot våld i nära relationer. En forskningsrapport 2015:1. Sollentuna: FoU-Nordväst.
- Namatovu, F., Ineland, J. & Lövgren, V. (2021) *The perspectives of professionals on providing services to women with disabilities that experience intimate-partner violence*. CEDAR Working Papers, 2021:7. Umeå universitet. Centre for Demographic and Ageing Research.
- Namatovu, F., Preet, R. & Goicolea, I. (2018) *Gender-based violence among people with disabilities is a neglected public health topic*. Global Health Action, 11(sup3).
- NCK (2013) *Våld mot kvinnor med funktionsnedsättning*. Nationellt centrum för kvinnofrid: NCK-rapport 2013:1.
- Nordens Välfärdscenter (2016) *När samhället inte ser, hör eller förstår: Könsrelaterat våld och funktionshinder*. Stockholm: Nordens Välfärdscenter.
- Ruiz-Pérez, I., Pastor-Moreno, G., Escribà-Agüir, V. & Maroto-Navarro, G. (2018) Intimate partner violence in women with disabilities: perception of healthcare and attitudes of health professionals. *Disability and Rehabilitation* 40(9): 1059–1065.
- Socialstyrelsen (2013) *Tvångs- och skyddsåtgärder inom vård och omsorg för vuxna*. Meddelandeblad Nr 12/2013.
- Socialstyrelsen (2016). *Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*.
- SKL (2009) *Utveckling pågår - En kartläggning av kvinnofridsarbetet i kommuner, landsting och regioner*. Sveriges kommuner och landsting
- Szymanski, K., Sapanski, L. & Conway, F. (2011) Trauma and ADHD – Association or Diagnostic Confusion? A Clinical Perspective. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy* 10(1): 51-59.
- Weiss, JA & Fardella, MA. (2018) Victimization and perpetration experiences of adults with autism. *Frontiers in psychiatry* 9:203.
- Wymbs, BT., Dawson, AE., Egan, TE. & Sacchetti, GM. (2019) Rates of intimate partner violence perpetration and victimization among adults with ADHD. *Journal of attention disorders* 23(9).
- Zillén, K. (2022) Juridiska ramar och dilemma för kuratorers arbete. I: Isaksson, J., Lilliehorn, S. & Hansson, H. (red.) *Perspektiv på hälso- och sjukvårdskuratorns mångfacetterade arbete*. Lund: Studentlitteratur.
- Åkesson, E., Darj, F., Malmberg, L. & Ravanbakhsh, N. (2018) *Intersektionella perspektiv på våld i nära relationer*. Malmö: Länsstyrelsen i Skåne Län.