



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Att möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld

En intervjustudie med barnmorskor på
ungdomsmottagningar

Författare: Helena Näslund & Elna Papadelis

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2016

ORD 8944

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Nämnden för omvårdnadsutbildning
Box 157, 221 00 LUND

Att möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld

En intervjustudie med barnmorskor på ungdomsmottagningar

Författare: Helena Näslund & Elna Papdelis

Handledare: Ingela Sjöblom

Magisteruppsats

Hösten 2016

Abstrakt

Syfte: Att belysa barnmorskors upplevelser av att möta unga på ungdomsmottagningen som har blivit utsatta för sexuellt våld.

Metod: Kvalitativ metod med semistrukturerade intervjuer med totalt 12 barnmorskor från olika ungdomsmottagningar. Materialet analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Analysen genererade tre kategorier; *Att identifiera* – Genom utforskande samtal identifierade barnmorskorna unga som utsatts för sexuellt våld. Barnmorskorna gjorde en riskbedömning av ungdomen i avseende om det var relevant att ställa frågan om sexuellt våld. *Att stödja* – barnmorskor kunde stödja på olika sätt. Att förhålla sig till den unges livsvärld var förutsättning för att kunna stödja. *Att ha kompetens* - Genom utbildning, erfarenhet och intresse utvecklades barnmorskorna sin kompetens att möta unga som utsatts för sexuellt våld. Vikten av att hålla sig inom sitt kompetensområde och behovet av handledning lyftes fram.

Konklusion: Barnmorskorna på ungdomsmottagning bör få handledning och utbildning. Vidare forskning efterlyses på screening samt på upplevelse av att få frågan om sexuellt våld.

Nyckelord

Barnmorskor, upplevelser, sexuellt våld, ungdomsmottagning

Lunds universitet
Medicinska fakulteten

Innehållsförteckning

Problemområde	4
Bakgrund	4
Sexuellt våld	4
Risk för fysisk, psykisk och social ohälsa	6
Samhällskostnader	6
Ungdomsmottagningarnas uppdrag	7
Sexuell och reproduktiv hälsa	7
Teoretiska utgångspunkter och barnmorskans roll	8
Det aktuella kunskapsläget	9
Syfte	10
Metod	10
Urval	10
Instrument	10
Datainsamling	11
Analys av data	11
Forskningsetiska avvägningar	12
Förförståelse	13
Resultat	13
1. Att identifiera	14
1.1 Det utforskande samtalet	14
1.2 Att riskbedöma	15
1.3 Tankar kring att fråga alla	16
2. Att stödja	17
2.3 UMO som en möjliggörande plattform	20
3. Att ha kompetens	20
3.1 Utbildning, erfarenheter och intresse	21
3.2 Att hålla sig till sitt kompetensområde	21
3.3 Vikten av handledning	22
Diskussion	23
Metoddiskussion	23
Urvalet	23
Instrument	24
Datainsamling	24
Analys av data	25
Resultatdiskussion	26
Att identifiera	26
Att stödja	27
Att ha kompetens	29
Konklusion och implikationer	30
Referenser	32
Arbetsfördelning	35
Bilaga 1 (2) Intervjuguide	36
Bilaga 2 (2) Information till studiedeltagarna - Definition sexuellt våld	37

Problemområde

Sexuellt våld är något som individer oavsett könsidentitet och ålder kan utsättas för men den största gruppen som utsätts är unga kvinnor (Black et al., 2011; Hradilova, 2008). En stor del av det sexuella våldet sker i en nära relation och förövarna är övervägande män (Black et al. 2011; Hradilova, 2008; Lundgren, 2001). Att utsättas för sexuellt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk och fysisk ohälsa (Nationellt Center för Kvinnofrid, 2014). Att rutinmässigt ställa frågor om våld i nära relationer till alla som besöker barnmorskemottagning och ungdomsmottagning kan bidra till att fler kvinnor som utsatts för våld kan få stöd och hjälp (Socialstyrelsen, 2002). Tidigare forskning har framförallt inriktat sig på barnmorskors roll i våldsprevention inom ramen för mödrahälsovård, och då med fokus på våld i nära relationer (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Stenson, Sidenvall, Heimer; 2005, Lazenbatt; Taylor, Cree 2009).

Personer under 25 år tillhör den grupp som löper störst risk för att bli utsatta för sexuellt våld. Barnmorskor på ungdomsmottagningar kan potentiellt spela en betydande roll i att identifiera ungdomar med erfarenheter av sexuellt våld och kunna stödja dem till att uppnå en god sexuell och reproduktiv hälsa. Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (FSUM, 2015) beskriver att ett av de områden som verksamheten behöver utveckla är att nå ut till och arbeta med ungdomar som utsatts för sexuellt våld. Inga tidigare studier med fokus på barnmorskors erfarenheter av att möta unga som utsatts för sexuellt våld inom ungdomsmottagningen har hittats. Således finns det en kunskapslucka och därmed är det relevant att undersöka erfarenheter gällande ämnet.

Bakgrund

Sexuellt våld

Denna studie utgår från Nationellt centrum för kvinnofrids (NCK) definition av sexuellt våld där sexuellt våld definieras som "kränkningar och övergrepp med sexuella förtecken" (NCK, 2016). Denna definition inkluderar allt från ovälkomna sexuella kommentarer till våldtäkt. Sexuellt våld kan ta sig uttryck i att övertala eller hota sig till sex eller att på olika sätt tvinga

någon att utföra sexuella handlingar. Sexuellt våld kan utföras av en okänd person eller vara en form av våld i en nära relation (Basile et al., 2014, NCK 2016, World Health Organisation (WHO, 2010).

Alla kan utsättas för sexuellt våld men statistik visar att kön och ålder är faktorer som kraftigt ökar risken för att bli utsatt. Den största gruppen som utsätts för sexuellt våld är unga kvinnor, och förövarna är män (Black et al. 2011, Hradilova, 2008, Lundgren, 2001, Brottsförebyggande rådet (BRÅ), 2016). I den Nationella trygghetsundersökningen (NTU) 2015 uppgav 5,0 procent av kvinnorna mellan 16 och 24 år att de utsatts för sexuellt våld under 2014. Detta kan jämföras med kvinnor i åldersgruppen 65-74 år där endast 0,1 procent uppgav att de utsatts. För män var risken att utsättas inte lika beroende av ålder utan andelen utsatta var ungefär lika låg i alla åldersgrupper (mellan 0,1-0,5 procent) (BRÅ, 2016). År 2001 utkom rapporten Slagen dam som visade siffror på att var tredje kvinna i Sverige någon gång efter sin 15 årsdag blivit utsatt för sexuellt våld (Lundgren, 2001). Rapporten The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey utförd i USA 2010 visade att för närmre 80 procent av de kvinnor som utsatts för våldtäkt, hade första övergreppet skett innan de fyllt 25 år, respektive 42 procent innan de fyllt 18 år (Black et al., 2011). Samma undersökning visade att i en stor del av våldtäktsfallen är förövaren en partner eller en bekant vilket även statistik från brottsförebyggande rådet styrker (Hradilova, 2008).

Att ha en funktionsnedsättning är associerat med större risk för att bli utsatt för sexuellt våld (Krnjacki, Emerson, Llewellyn & Kavanagh, 2016). I *Ungdomsenkäten 2015* som utförs på uppdrag av Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor (MUCF) var tredje år, uppgav 8 procent av de unga med funktionsnedsättningar i åldern 16-25 år att de blivit utsatta för sexuellt våld jämfört med 2 procent av de unga utan funktionsnedsättning (MUCF, 2015). Unga homo-, bi- eller transpersoner (hbt-personer) löper även en större risk för att utsättas för sexuellt våld än heterosexuella ungdomar (Dank, Lachman, Zweig & Yahner, 2014), vilket även speglas i resultat från *Ungdomsenkäten 2015* där 8 procent av unga homo- och bisexuella i åldern 16-25 år hade utsatts för sexuellt våld jämfört med 2 procent av de heterosexuella unga (MUCF, 2015).

Risk för fysisk, psykisk och social ohälsa

Att utsättas för sexuellt våld kan bidra till ökad risk för olika former av psykisk, fysisk och social ohälsa, på kort och/eller på lång sikt (Öberg, Lucas & Heimer, 2010). Individer som inte ges möjlighet att berätta om sexuella övergrepp har också liten möjlighet att bearbeta händelsen (a.a). I en svensk nationell prevalensstudie utförd av NCK (Stevens, 2014) inkluderades 10 000 kvinnor och 10 000 män. I studien framkom att posttraumatiskt stressyndrom (PTSD), depression, självskadebeteende och riskbruk av alkohol var överrepresenterade hos dem som utsatts för sexuellt våld. Prevalensen av PTSD var tre gånger större i gruppen som utsatts för sexuella övergrepp. Av de kvinnor som utsatts för grovt sexuellt våld uppgav 19 procent att de hade aktuella symtom tydande på depression, jämfört med 10 procent bland de kvinnor som inte varit utsatta. Kvinnor som utsatts för sexuellt våld hade en trefaldigt ökad risk för självskadebeteende och män en femfaldig risk jämfört med de som inte utsatts. För båda könen var det dubbelt så vanligt med riskbruk av alkohol jämfört med de som inte varit utsatta. Även ett mönster av fysisk ohälsa kunde ses såsom en ökad prevalens av hjärtinfarkt. Av de som utsatts för sexuellt våld i barndomen var psykosomatiska symtom tre gånger så vanligt bland kvinnor och dubbelt så vanligt bland män än bland de som inte utsatts för sexuellt våld (Stevens, 2014).

Samhällskostnader

Som ovan beskrivits finns det både fysiska och psykiska konsekvenser av att utsättas för sexuellt våld. Då tex. ett läkarbesök eller sjukskrivning inte behöver härledas till individens erfarenhet av sexuellt våld kan det vara svårt att beräkna de ekonomiska konsekvenserna (Socialstyrelsen, 2006.a). Även polisiära insatser, frånvaro från arbete, besök hos sjukvården och socialtjänst är andra ekonomiska kostnader för individen och samhället. Socialstyrelsen gjorde 2006 en lägesrapport där syftet var uppskatta de totala kostnaderna för samhället relaterat till våld mot kvinnor. De samlade samhällskostnaderna enligt denna rapport för *våld mot kvinnor i nära relationer* uppgår till 2 695–3 300 miljoner kronor per år, vilket motsvarar mellan 35 900 och 44 000 kronor per drabbad kvinna och år (a.a).

Ungdomsmottagningarnas uppdrag

Enligt Föreningen för Sveriges ungdomsmottotagningar (FSUM) är ungdomsmottagningarnas övergripande mål att främja fysisk och psykisk hälsa, med fokus på sexuell och reproduktiv hälsa, samt rättigheter hos unga. Detta arbete ska ske utifrån en helhetssyn i medicinskt, psykologiskt och psykosocialt perspektiv. FSUM utgår ifrån att varje ung person har rätt till kunskap, information, stöd och behandling. Målgruppen är ungdomar och unga vuxna från 12 till 25 år. Arbetet sker tvärprofessionellt och de olika yrkeskategorierna är barnmorska, kurator/psykolog, sjuksköterska, undersköterska och läkare. Ungdomsmottagningen är ingen remissinstans utan ungdomarna söker på eget initiativ. Den första ungdomsmottagningen öppnades 1970 i Borlänge (FSUM, 2015). Idag finns det ungefär 270 ungdomsmottagningar i landet, varav 230 av dem är anslutna till FSUM (MUCF- Myndigheten för ungdoms- och civilsamhällesfrågor, 2015).

Besökarna utgörs till största del av unga kvinnor, nästan nio av tio besökare är kvinnor. Ungdomsmottagningar arbetar på olika sätt att nå grupper som idag är underrepresenterade bland besökarna och försöker på olika sätt rikta verksamheten till unga män (FSUM, 2015). I socialstyrelsens kartläggning av ungdomsmottagningarnas verksamheter 2012 framkom att ungdomsmottagningar i olika utsträckning arbetar med att nå ut till unga med intellektuella funktionsnedsättningar. Många ungdomsmottagningar uppger att de har haft kompetensutveckling inom hbtq-frågor (homo,bi, trans, och queer) (MUCF, 2015).

Sexuell och reproduktiv hälsa

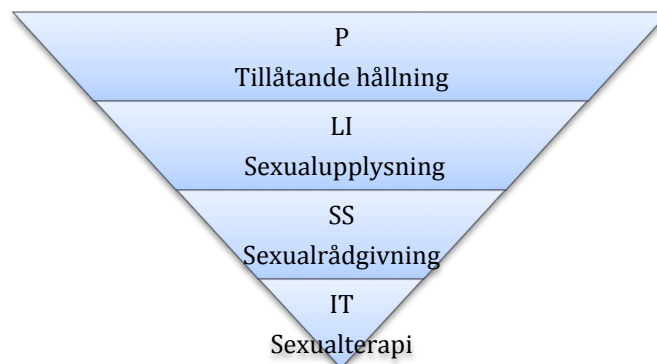
Rättigheten att bestämma över sin egen sexualitet och reproduktion är grundläggande och en mänsklig rättighet. Alla ska ha möjlighet till ett säkert och tillfredställande sexualliv utan tvång, våld eller diskriminering (WHO, 2006). Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten (2014) understryker vikten av hälsofrämjande arbete inom sexuell och reproduktiv hälsa. I detta hälsofrämjande arbete krävs ett normkritiskt perspektiv och en intersektionell analys för att synliggöra och förändra föreställningar som ligger till grund för diskriminerande strukturer. Även att ständigt utveckla det förebyggande arbetet inom områden som sexuellt överförbara infektioner (STI), oönskade graviditeter samt mäns våld mot kvinnor (a.a).

Teoretiska utgångspunkter och barnmorskans roll

Barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagning har i uppdrag att främja sexuell och reproduktiv hälsa (FSUM, 2015). I kompetensbeskrivningen för barnmorskor beskrivs hur en helhetssyn och ett etiskt förhållningsätt ska ligga till grund för hur barnmorskor arbetar. Barnmorskor ska ha förmåga att i dialog med individen ge information och undervisning om sexualitet och samlevnad. Därtill ska barnmorskor kunna tillämpa kunskaper om faktorer som påverkar den sexuella hälsan sett ur ett genusperspektiv och kunna identifiera individer med särskilda behov av vård och stöd (Socialstyrelsen, 2006.b).

Halldorsdottir & Karlsdottirs (2011) teori beskriver fem områden som är centrala för barnmorskors professionalism. Teorin är framförallt framtagen med fokus på den gravida eller födande kvinnan. Appliceras denna teori i kontexten av en ungdomsmottagning kan den tolkas på följande vis. *Professionell omsorg* för den unga bör ligga till grund i alla möten och med *mellanmänsklig kompetens* kan barnmorskor stärka ungdomens egna förmåga till sexuell hälsa. Med *professionell kompetens* har barnmorskor kunskaper att ta hand om den unga på ett säkert och tryggt vis. *Professionell visdom* synliggör hur erfarenheter och kunskap samspelar för att skapa professionalism. Dessa fyra nämnda områden är beroende av *professionell utveckling*.

PLISSIT är en modell som från början användes främst inom sexologin för behandling av sexuella problem. PLISSIT står för, (P) Permission given - tillåtande hållning, (LI) Limited Information – information om sexualitet, (SS) Specifik Suggestions – sexualrådgivning (IT) Intensiv Therapy – Fördjupad behandling. Modellen är ett redskap som används för att utreda vilken grad av behandling en individ kräver (Annon, 1976).



Den första nivån kan ses utspela sig på överallt inom hälso- sjukvård och handlar om att ha en tillåtande hållning och låta patienter lyfta sexuella problem. Om klinikern inte har kunskap att möta patientens problem har den ett ansvar att remittera vidare. Den andra nivån som innebär sexualupplysning och kan röras sig om att tex. slå hål på myter och föreställningar om vad som inte är normalt. De första två nivåerna sker ofta parallellt och även till den tredje nivån finns ingen klar skiljelinje. Den tredje nivån handlar om att kunna möta patientens specifika problem, genom att ta en fullständig anamnes för att därefter kunna ge specifika råd. För detta kan en mer specifik utbildning krävas. Den fjärde nivån innebär att terapi påbörjas och för detta krävs en utbildad sexolog eller terapeut (Annon, 1976).

Det aktuella kunskapsläget

Forskning på barnmorskors erfarenheter av samtal om sexuellt våld är begränsade. Tidigare forskning har framförallt riktat in sig på barnmorskors roll i våldsprevention inom ramen för mödrahälsovård, och då med fokus på våld i nära relationer (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Stenson, Sidenvall, Heimer, 2005; Lazenbatt, Taylor, Cree 2009). En avslappnad miljö och möjlighet till kontinuitet och uppföljning kan vara faktorer som underlättar för barnmorskor att samtala om sexualitet och sexuellt våld med patienter (Wendt et al., 2011). Brist på kunskap, tid och riktlinjer är faktorer som barnmorskor kan uppleva är hindrande för att ta upp frågan om våld (Jackson et al., 2009; Wendt et al., 2011). Detta är även resultat som framkommer i Finnbogadóttir & Dykes (2012) fokusgruppsstudie om barnmorskors medvetenhet och erfarenheter av våld i nära relationer bland gravida kvinnor. Informanternas kunskapsbrist och osäkerhet i hur de skulle hantera situationen då kvinnor berättade om våld kunde hindra dem från att ställa frågan. Ett behov av riktlinjer och handlingsplan framkom i studien (a.a). Hur patienter upplever att bli tillfrågade om sexuellt våld har inte beskrivits i lika stor utsträckning som barnmorskans erfarenhet av att ställa frågor kring ämnet. Wendt et al:s (2007) tvärsnittsstudie som genomfördes på 413 kvinnor på cellprovsmottagningar visade att det kan finnas god anledning att fråga om sexuellt våld vid besök som innefattar gynekologisk undersökning. Resultatet visade att 72% av de tillfrågade kvinnorna upplevde att frågan om sexuellt våld var passande vid besök hos barnmorska eller läkare. Däremot hade de flesta (76-99%) aldrig fått frågan (Wendt et al 2017). Screening om utsatthet av våld under graviditet har också upplevts som övervägande positivt av de tillfrågade kvinnorna i en studie av Stensson, Saarinen, Heimer & Sidenvall (2001). Föregående forskning finns således

övervägande inom området för barnmorskemottagningar men är bristfällig inom ramen för ungdomsmottagningar.

Syfte

Syftet med denna studie är att undersöka barnmorskors upplevelser av att möta unga på ungdomsmottagningen som har blivit utsatta för sexuellt våld.

Metod

Den valda metoden var en kvalitativ intervjustudie med barnmorskor som arbetar på ungdomsmottagningar. Genom kvalitativ forskningsintervju söks förståelse för hur en person upplever sin värld. Syftet med kvalitativ undersökning är inte att, genom siffror, beskriva ett problem utan genom ord och olika teman försöka förmedla mångfalden, skillnaden och variationen i urvalsgruppens upplevelser (Kvale & Brinkman, 2014).

Urval

Studien baseras på intervjuer med 12 barnmorskor på åtta ungdomsmottagningar i Region Skåne. Ungdomsmottagningarna var geografiskt spridda och inkluderade både större städer och mindre orter. Studiens enda kriterium för inkludering var att informanten skulle vara barnmorska och arbeta på ungdomsmottagning i Region Skåne. Rekrytering skedde genom att information om studien och förfrågan om deltagande skickades på post till tolv mottagningar. Därefter kontaktades en del av mottagningarna åter på telefon och andra mottagningar besökte författarna. På så vis rekryterades tre barnmorskor. Fyra informanter rekryterades genom personliga kontakter (bekvämlighetsurval) och ytterligare fem informanter rekryterades via (snöbollsurval) (Trost, 2010). Hur länge informanterna hade arbetat på UMO skilde sig åt allt från tre månader till 17 år och åldern varierade från 35 år till 56 år.

Instrument

Som hjälpmedel vid intervjuerna användes en semistrukturerad intervjuguide (Bilaga 1). Intervjuguiden byggdes upp kring teman som utsetts efter inhämtandet av förkunskaper. Runt

dessa teman ställdes öppna följdfrågor. Frågornas utformning och ordningsföljd kunde ändras under intervjuerna då informanten exempelvis redan svarat på kommande fråga/frågor. Innan intervjuerna påbörjades testades intervjuguiden med en pilotintervju. Därefter justerades ett par frågor för att få ut mer material från informanterna. Justeringarna gällde framförallt meningsuppbyggnad och ordningsföljd där exempelvis frågan om handlingsplan flyttades till slutet. Materialet från pilotintervjun inkluderades sedan i resultaten (Starrin & Renck, 1996).

Datainsamling

Intervjuer utfördes på plats på de olika ungdomsmottagningarna, med undantag för en som hölls över telefon. Det var informanterna själva som valde plats och tid. Intervjuerna utfördes under en tidsperiod på tre veckor hösten 2016. Var intervju tog mellan 10-40 min att utföra. Vid samtliga intervjuer förutom en närvarade både författarna. En av författarna höll i intervjun och den andra kunde mot slutet av intervjun inflika med frågor om det fanns behov för fördjupning. Intervjuerna spelades in och transkriberades ordagrant.

Analys av data

Insamlad data analyserades enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Det transkriberade materialet lästes igenom ett flertal gånger av båda intervjuerna för att skaffa en djupare förståelse för materialet i sin helhet och reflekterade med varandra för att få fram textens huvudsakliga innehåll. Därefter kunde meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte plockas ut ur texten. Med meningsbärande enheter menas ord eller meningar som hör ihop genom sitt innehåll och sammanhang. De meningsbärande enheterna kondenserades, det vill säga kortades ner till enheter som behöll den centrala meningen med innehållet. Dessa abstraherades och bildade koder. De koder med liknande innehåll kunde grupperas i underkategorier för att slutligen formulera kategorier. De tre första intervjuerna analyserade författarna först på var sitt håll, för att sedan jämföra och komma fram till vilka möjligheter analyserna gav. Resterande intervjuer analyserades var för sig men diskuterades efter varje avslutad intervju.

Exempel på analys:

Meningsbärande enhet	Kondenserad meningsbärande enhet	Kod	Underkategori	Kategori
<i>"Jag säger att vi frågar alla. Att det är ett sätt för oss att visa att om det skulle dyka upp någonting åt det hållet, så kan vi liksom ta det, lyssna. Jag har inte varit med om att någon inte har velat svara. Däremot har man ju känt ganska många gånger att de inte svarar sanningsenligt, men det är ju upp till dom". (Intervju 4)</i>	Förklarar att frågan ställs till alla och att barnmorskan kan ta det om det skulle dyka upp något i samtalet.	Förklarar att frågan ställs till alla		
<i>"Det tycker jag med det mesta som man tycker är lite, som det ändå är något slags motstånd, eller svårt. Det är detsamma som när man skulle börja ställa frågor om alkohol till nygravida. Att det var ett jättemotstånd och svårt men det blev ju lättare när man började göra det på rutin. Man hittar sina ord och sitt sätt att närma sig det". (Intervju 6)</i>	Det är samma svårighet och motstånd som när frågan om alkohol till gravida skulle ställas men det blev lättare när barnmorskan började göra det på rutin.	Först var det svårt men nu är det lättare när frågan ställs som rutinfråga	Tankar kring att fråga alla	Att identifiera

Forskningsetiska avvägningar

Denna studie utfördes i enlighet med Vetenskapsrådets fyra etiska huvudkrav (Vetenskapsrådet, 2009); *informationskravet*, *samtyckeskravet*, *konfidentialitetskravet* samt *nyttjandekravet*. *Informations-* och *samtyckeskravet* uppfylldes genom att deltagarna innan studien informerades om studiens syfte och tillvägagångsätt. Deltagarna informerades om att deltagandet var frivilligt och att det kunde avbrytas när som helst under studiens gång. *Konfidentialitetskravet* innebär att deltagarnas personliga uppgifter skall hanteras konfidentiellt. Det insamlade materialet kodades för att förhindra identifiering av deltagarnas personuppgifter. *Nyttjandekravet* berör hur uppgifter om enskilda personer får användas. Uppgifter insamlade om enskilda personer får endast användas för forskningsändamål (a.a). Andra frågor som forskaren bör ställa sig är om studien bidrar till någon nytta (Kvale & Brinkman, 2014). Studien utfördes efter utlåtande från Vårdvetenskapliga etiknämnden.

Förförståelse

Författarna har båda arbetat på kvinnoklinik och har därigenom kommit i kontakt med många kvinnor som varit utsatta för sexuellt våld. En av författarna (H.N.) har också arbetat med det direkta omhändertagandet efter våldtäkt samt på återbesöksmottagning vid uppföljning. I egenskap av barnmorskestudenter har författarna fått ta del av screeningarbete inom mödravården i syfte att upptäcka våld i nära relation och även haft två veckors placering på ungdomsmottagning.

Resultat

Vid analys av materialet kunde följande tre kategorier tas fram: *Att identifiera*, *Att stödja* och *Att ha kompetens*. I den första kategorin som handlade om identifieringsprocessen av unga som hade utsatts för sexuellt våld kunde tre underkategorier ses; *Det utforskande samtalet*, *Att riskbedöma*, *Tankar kring att fråga alla*. Den andra kategorin handlade om hur barnmorskor på olika vis kunde stödja den sexuellt våldsutsatta ungdomen och där kunde följande underkategorier ses: *barnmorskans roll i stödjandeprocessen*, *Att förhålla sig till den ungas livsvärld* och *UMO som en möjliggörande plattform*. Den tredje kategorin handlade om att ha kompetens att möta unga som utsatts för sexuellt våld och där underkategorierna landade i *Utbildning, erfarenheter och intresse*, *Att hålla sig inom sitt kompetensområde* och *Vikten av handledning*.

Att identifiera	Att stödja	Att ha kompetens
Det utforskande samtalet	Barnmorskans roll i stödjandeprocessen	Utbildning, erfarenheter och intresse
Att riskbedöma	Att förhålla sig till den ungas livsvärld	Att hålla sig inom sitt kompetensområde
Tankar kring att fråga alla	UMO som en möjliggörande plattform	Vikten av handledning

1. Att identifiera

I intervjuerna beskrev informanterna att vissa unga själva berättar om sexuellt våld, men i andra fall krävdes det att frågan ställdes för att den unga skulle våga berätta. Tankar runt identifieringsprocessen som när och hur frågan ställs och om frågan ska ställas till alla har samlats i denna kategori.

1.1 Det utforskande samtalet

För att identifiera unga som har blivit utsatta för sexuellt våld använde sig barnmorskorna av utforskande öppna frågor och följdfrågor för att öppna upp för samtal. Majoriteten av informanterna menade att det var fördelaktigt att hitta sina egna ”ingångar” till samtal om sexuellt våld. Ofta har ungdomen bokat in besöket för en annan anledning men berättelser om sexuellt våld kommer fram under samtalets gång. Flera nämnde STI provtagning, besök för PCA (postcoital antikonception), samlagssmärta samt nyförskrivning av preventivmedel som bra möjlighet att ställa följdfrågor för att komma in på sexuellt våld. Några informanter gav exempel på frågor som kretsade kring sex, lust/olust känslor/relation till partnern. Några diskuterade att djupet på samtalet kunde bero på ungdomens integritet men också vilken ”personkemi” barnmorskan hade med ungdomen. Ett sätt var då att fråga om lov att få ställa frågor som inbjudan till samtal. Vissa var mer rättframma och tydliga och såg det som positivt att ställa raka frågor. Var sexet frivilligt? Har du varit utsatt för något du inte velat? Andra var rädda för att det skulle uppfattas som ett förhör och menade att det var bättre att inte pressa, låta det ta tid och istället ”locka” fram information. Gemensamt för samtliga informanter var att de betonade vikten av att bemöta ungdomen med respekt och med utgångspunkt att alla vill träffa någon som bryr sig.

”Om man tänker att det här är ju mer än ett samtal som där man med kroppsspråk utstrålar ja bekräftande, nickningar... att visa intresse och att man är så icke dömande som möjligt. Det du säger stannar här inne. Jag kan bära det tuffa du berättar”.

(Intervju 3)

”Blir man väl bemött kan man fråga det mesta”. (Intervju 2)

En gynekologisk undersökning var en annan situation som kunde vara en ingång för ett samtal om sexuellt våld. Exempelvis ungdomar med samlagssmärta eller de som oroade sig för att deras kön inte såg normalt ut vilket kunde vara ett resultat av nedsättande, hånande kommentarer.

”Och det här med kroppsuppfattning, har dom varit utsatta för någonting liksom känner att dom är helt avstängda. De har kanske gjort gynundersökningar tidigare av andra anledningar och man har känt att du är inte är i rummet liksom, vad händer? Och där kan man också ta upp frågan efteråt. Förlåt men jag kände att, har du varit utsatt för någonting?” (Intervju 11)

1.2 Att riskbedöma

Informanterna tillfrågades om de kunde urskilja riskgrupper, dvs. unga som löpte större risk för att utsättas för sexuellt våld och om detta eventuellt användes för att identifiera. Det fanns en stor variation i vilka riskgrupper som informanterna tyckte sig kunna uppfatta. Bland de som nämndes var unga med funktionsnedsättning, unga från socialt utsatta familjer eller unga med ett dåligt psykiskt mående. Ålder var även en aspekt som ingick i riskbedömningen, framförallt då besökaren var under 15 år och i synnerhet om hen hade en äldre partner. Högst antal sexpartners och alkohol- eller drogbruk nämndes även som del av en riskbedömning. De flesta barnmorskor poängterade att det var flickor eller unga kvinnor som de refererade till dels eftersom pojkarna/unga männen ofta besökte en manlig sjuksköterska men också för att de inte i lika stor utsträckning var utsatta. Resultatet visade att barnmorskorna reflekterade över att även om de kunde urskilja riskgrupper så borde detta inte styra över vilka som frågan ställs till.

”Vi har en bild av att tjejer med blått hår inte mår så bra. Men liksom att den frågan ska ställas till alla oavsett hur de ser ut till det yttre för det går ju inte att se såklart vad de har för erfarenheter.” (Intervju 12)

Många av informanterna uppgav att de gjorde en bedömning i mötet med vissa unga att det inte var relevant att fråga efter sexuellt våld. Detta kan tolkas som att barnmorskorna gjorde en slags riskbedömning av att risken var liten att den unga blivit utsatt för sexuellt våld.

”Men sen så väljer jag ju att inte fråga alla för att det bara inte är relevant i de besöken. Det tycker jag är någonting, lite med erfarenhet. Vissa besök går väldigt snabbt, det är inget problem liksom. Alla som kommer hit har ju liksom inte besvär och behöver inte prata om livssituationen eller skolan, utan det är bara precis att få det där receptet på p-piller. Då går jag inte in på det.” (Intervju 6)

Samtidigt som dessa uttalanden gjordes av flertal informanter, resonerade de över hur deras förutfattade meningar riskerade att vissa unga missades att tillfrågas. Återkommande i flera intervjuer var att barnmorskorna pratade om en magkänsla de fick i mötet som föranledde att de frågade.

”Alltså jag frågar inte alla, utan det är mer som en känsla man får” (Intervju 2)

Resultatet visade också att barnmorskorna upplevde att det fanns en social utsatthet på nätet. Deras upplevelser var att många unga använde sociala medier eller dejtingsidor för att träffa nya kontakter. Det fanns då situationer när kontakten inte varit den som den utgett sig för att vara. De beskrev också den ökade risken att få nedsättande och kränkande kommentarer om sin person eller utseende via social medier.

1.3 Tankar kring att fråga alla

I intervjuerna tillfrågades informanterna vad det tänkte om att fråga alla besökare om sexuellt våld, dvs. screena för sexuellt våld. Merparten av informanterna kunde se fördelar, däremot upplevde de flesta att det nuvarande sökordet i journalsystemet ”våld” var onyanserat och otillräckligt. Kluvenhet beskrevs av en del informanter gällande om det verkligen det bästa sättet att identifiera. De tvivlade på om de skulle få svar på frågan. Informanterna underströk också att det handlar om att ställa frågan/frågorna på rätt sätt där de har en naturlig plats i samtalet. Att förklara varför samt definiera vad begreppet sexuellt våld innefattar ansågs vara

av värde för att få svar. De flesta beskrev också vikten av att inte ”skrämma bort” ungdomen utan istället öppna upp för samtal om den psykosociala tillvaron.

”Jag säger att vi frågar alla. Att det är ett sätt för oss att visa att om det skulle dyka upp någonting åt det hållet, så kan vi liksom ta det, lyssna. Jag har inte varit med om att någon inte har velat svara. Däremot har man ju känt ganska många gånger att de inte svarar sanningsenligt, men det är ju upp till dom”. (Intervju 4)

De flesta informanterna beskrev att ställa frågan som screening var en fråga om vana – en process att komma in i.

”Det tycker jag med det mesta som man tycker är lite, som det ändå är något slags motstånd, eller svårt. Det är detsamma som när man skulle börja ställa frågor om alkohol till nygravida. Att det var ett jättemotstånd och svårt men det blev ju lättare när man började göra det på rutin. Man hittar sina ord och sitt sätt att närma sig det”. (Intervju 6)

Det fanns även en tidsaspekt. Flera ansåg det rimligt att ställa frågan till alla ungdomar vid exempelvis vid första besöket då besökstiden är mer generös. Ett flertal underströk att de insåg att det fanns en risk att missa utsatthet om frågan inte ställs till samtliga vid varje besök.

2. Att stödja

I resultatet framkom att barnmorskorna upplevde att de kunde ge stöd till unga som blivit utsatta för sexuellt våld på olika sätt. Barnmorskornas tankar och berättelser om hur de kan ge stöd kan indelas *barnmorskans roll i stödjandeprocessen, att förhålla sig till den ungas livsvärld och UMO som en möjliggörande plattform.*

2.1 Barnmorskans roll i stödandeprocessen

Resultatet visar att barnmorskorna inte gick efter någon handlingsplan utan att handläggandet berodde på om övergreppet hade hänt långt tillbaka i tiden eller om det skett nyligen. Om övergreppet skett nyligen kunde barnmorskorna hjälpa den unga att komma till Kvinnokliniken för spårsäkring inför eventuell polisanmälan. Resultatet visar också att barnmorskorna försökte uppmuntra till polisanmälan och informera att spårsäkring kunde göras även om den unga inte hade bestämt sig för att gå vidare med anmälan. Om övergreppet skett längre tillbaka i tiden var deras stödande roll beroende om den unga hade bearbetat övergreppet eller om det var första gången den berättade det för någon. En barnmorska beskrev sin uppgift som att ”skapa rum” där den unga kunde berätta utifrån hens förutsättningar och känslonivå. En annan barnmorska uttryckte det så här:

”Jag ser min roll som att vara en trygg person som om dom skulle vilja berätta så landar det tryggt, det förfasas inte över eller att dom ska känna att det var inte första gången det landade i hennes knä” (Intervju 11)

I det stödande arbetet kunde det ingå att kartlägga vilket stöd den unga hade runt omkring sig från familj, vänner och i skolan för att därefter kunna erbjuda adekvat hjälp. Resultatet visar hur deras uppgift var att erbjuda/förmedla kuratorskontakt. Om den unga inte ville träffa kurator och barnmorskan gjorde bedömningen att den unga var i behov av vidare stöd, så beskrev flera i intervjuerna hur de då följde upp den unga.

”... har man en tjej som inte mår så bra kanske man ska låta dom komma tillbaka till oss några gånger att hon på något sätt ska bli trygg i att komma hit och få hjälp innan man med en gång slussar vidare” (Intervju 12)

Barnmorskorna berättade även hur de kunde erbjuda gynekologisk undersökning då övergrepp eller kränkande kommentarer kunde lämna den unga med känslor av att vara onormal. I deras roll kunde de även erbjuda STI-testning, akut p-piller och graviditetstestning. De kunde även lyfta hur det kändes att ha sex efter övergreppet. Om ungdomen var under 15 år och det var befogat att göra en orosanmälan till socialtjänsten så var det deras skyldighet att gå vidare med det.

2.2 Att förhålla sig till den ungas livsvärld

Resultatet visade på svårigheter i att benämna våldtäkt eller sexuellt övergrepp då deras definition ofta skiljer sig från ungdomens. Det finns en diskrepans då många ungdomar inte alltid tycker att de utsatts för övergrepp, där uppfattningen skiljer sig från barnmorskans. De flesta beskriver då vikten av att kunna sätta ord på händelsen. Däremot skiljde sig förhållningsättet åt bland olika informanter där vissa var försiktiga med att benämna övergreppet som våldtäkt för att inte lägga något på ungdomen och förstora händelsen. Andra ansåg det som deras uppgift att vara tydliga i vad de faktiskt varit med om och benämna det som våldtäkt och att förövaren begått en kriminell handling. Resultatet visade att oavsett såg barnmorskorna det som sin roll att ta ställning och förmedla att det som ungdomen utsatts för inte var okej.

”Sen önskar jag inte sätta ord på det att du har blivit våldtagen. Jag säger ofta frivilligt samlag eller ofrivilligt övergrepp. Du har utsatts för kränkning, för våldtagen får dom att studsa till. Ofta ska det vara en fysisk aggressivitet i det som är sexuellt. Det är så ungdomarna definierar det. Å helst ska de ha sagt nej. Men ofta kan det vara att dom var berusade och där de inte orkade säga nej eller att nån har tjatat till sig sex”. (Intervju 7)

Att skuld och skam var centrala begrepp när någon utsatts för sexuellt våld återkom i många intervjuer. En informant såg skuldreducering som sin främsta uppgift i stödjandeprocessen. Att lyfta ansvaret från den utsatta till förövaren genom att synliggöra att det var den som begått övergreppet som hade gjort fel. Att ge ett vuxenperspektiv och att ha en utbildande roll ansågs viktigt där exempelvis information om samtycke, normer, stereotyper av killar/tjejer och sex gavs. Flera menade också att det var viktigt att förmedla en positiv syn på sex och diskutera hur det ska kännas när det känns bra. Då är det lättare att veta när det inte känns bra.

”Alltså jag försöker hela tiden ha en positiv syn på sex. Samtidigt är det svårt också. Vet man när man är tvingad? Alltså man är ju nyfiken när man är ung”. (Intervju 3).

Barnmorskorna berättade också om att det var viktigt att bekräfta den unga genom att t.ex. lyfta det starka i att den vågade berätta om övergreppet.

2.3 UMO som en möjliggörande plattform

Resultatet pekar på att barnmorskorna ansåg att UMO:s struktur och arbetssätt gav goda möjligheter för att stödja unga som blivit utsatta för sexuellt våld. Det upplevdes som möjliggörande att verksamheten bygger på att ungdomar söker sig dit på självständig basis. Informanterna reflekterade runt att besökarna får komma utan föräldrar samt att sekretess råder gör att de unga kommer på deras villkor och att de känner sig trygga. Flera samtalade kring UMO:s anda och uppdrag. Ett tillåtande hållning och att stå för vissa värderingar ansågs grundläggande. Någon beskrev det som; *”det blir liksom norm att screena då”*. Flera underströk också att då UMO:s uppdrag är att främja sexuell hälsa samt att identifiera sexuell ohälsa ligger det nära till hands att samtala och stödja kring sexuellt våld.

”Man berör liksom könssjukdomar och sex, man berör preventivmedel och mens. Det är liksom dom beröringspunkterna och samtalen som underlättar för att den problematiken kommer upp.” (Intervju nr 6)

En förutsättning för att kunna stödja den unga var tillgången till kuratorer och möjligheten till att boka tillbaka till sig själva. Några informanter berättade att när det var långa tider till kuratorerna kände de att deras möjlighet till att ge ett gott stöd haltade.

3. Att ha kompetens

En av intervjufrågorna handlade om hur informanterna genom utbildning, erfarenheter och intresse ansåg sig ha uppnått kompetens att möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld. Det framkom även tydligt vikten av att hålla sig inom sitt kompetensområde och behovet av handledning för att kunna fortsätta att utvecklas.

3.1 Utbildning, erfarenheter och intresse

Flera informanter uttryckte att de genom erfarenheter hade utvecklat kompetens att möta unga som har blivit utsatta för sexuellt våld. De informanter som varit yrkesverksamma flera år kunde titta tillbaka på sin första tid på ungdomsmottagningen och minnas den osäkerhet de kände i början. Andra som var nyare på ungdomsmottagningen beskrev att de fortfarande var uppe i en lärandeprocess där de utvecklade sina frågor och ordval för att bättre kunna nå de unga. Kunskap i ämnet beskrevs som förutsättning för att känna trygghet i mötet med den våldsutsatta ungdomen.

”Men jag hade liksom inte koll på rutiner, ska man gå till polisen nu (...) och det är en obehaglig känsla tycker jag när man sitter med en människa som absolut behöver en som vet exakt vad vi gör” (Intervju 9)

För att utveckla sin kunskap inom ämnet beskrevs det egna intresset som en viktig faktor, att själv ha sökt och efterfrågat kompetenshöjning. De flesta uttryckte att de skulle få stöd från verksamheten om de önskade gå på internutbildningar men att det inte fanns någon fortlöpande utbildning i ämnet. En del uttryckte att de hade behov av mer utbildning. Det vara flera som reflekterade över att deras kompetens inte nödvändigtvis kom från barnmorskeutbildningen.

”Jag tänker att vår utbildning så finns ju inte den här delen som är prioriterad så stor (...) barnmorskeutbildningen i sig är väldigt inriktad på förlossning och sen får man skaffa sig den erfarenheten själv om man väljer annan arbetsplats.” (intervju 10)

En del tog upp hur andra utbildningar hade gett dem kompetens inom området, tex vidareutbildning inom psykiatri, skolsjuksköterska eller sexologutbildning.

3.2 Att hålla sig till sitt kompetensområde

På frågan om informanterna upplevde att de hade rätt kompetens att stötta/möta ungdomen som varit utsatta för sexuellt våld diskuterades svårigheter i att veta när barnmorskans

kompetens inte längre var tillräcklig. De flesta menade att de i stunden kunde lyssna och stödja men att det var viktigt att gränsa sig och framförallt inse sina begränsningar. Tryggheten i att ha ett nära samarbete med kuratorerna ansågs viktigt då många underströk att det ”läkande” samtalet som behandling var tillskrivet kuratorerna.

”När man jobbar här är det viktigt att inte försöka vara en hobbykurator eller minikurator”. (Intervju 10)

Ibland upplevdes det också problematiskt när ungdomen själv inte önskade gå till kurator utan önskade att ha vidare samtal med barnmorskan då ett förtroende mellan barnmorska och den unga skapats.

”Sen kan det ju va att tjejen kommer tillbaka å hon tyckte att vi kunde prata bättre men det är ju fortfarande så att det är en behandling å det är ju inget jag kan göra”. (Intervju 3)

3.3 Vikten av handledning

Resultatet visar att barnmorskorna fann ett gott stöd i arbetsgruppen när ett fall behövdes diskuteras och det var nära till hands att be kuratorerna om råd. Flertalet uttryckte dock ett starkt behov av handledning. Det önskades ett forum för att kunna ventilera, reflektera och lära sig av varandra med hjälp av en extern handledare. Tillgången av handledning skiljde sig åt på de olika orterna. Frågor kunde lyftas i teamträffar men detta upplevdes av flera otillräckligt. En barnmorska som nyligen stött på ungdomar som utsatts för sexuellt våld beskrev den inre stress som uppkommit och frånvaron av redskap.

”Där får jag sitta med känslor, både från mig själv och personen ifråga, patienten, som jag måste paketera själv och lägga åt sidan, där jag inte har någon att kunna ventilera med, förutom mina kollegor som ju är fantastiska men. Annars har jag inget annat redskap att använda (...) så det saknas ju, ett verktyg på vägen.” (Intervju 10)

Då arbetet främst består av enskilda samtal så menade en annan barnmorska att det var av extra vikt att få lyfta fall och reflektera högt med andra för att kunna utvecklas.

Diskussion

Metoddiskussion

Inom den kvalitativa innehållsanalysen kan begrepp som giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet användas för att beskriva resultatets trovärdighet. En studies giltighet är beroende av att vald metod är relevant för studiens syfte. Trovärdigheten styrks av att urvalsprocessen och analysarbetet tydligt redovisas (Lundman & Granheim, 2014). Vald metod i denna studie var kvalitativ intervju. Kvalitativa intervjuer kan användas då forskaren vill kartlägga hur människor upplever livsvärldsfenomen (Kvale & Brinkmann 2014). Då denna studie ville kartlägga barnmorskors upplevelser av att möta unga som utsatts för sexuellt våld så ansågs metoden relevant. En annan möjlig metod hade kunnat vara fokusgruppsintervjuer men detta valdes bort då det hade varit svårt att genomföra då barnmorskorna var geografiskt utspridda.

Urvalet

Med kvalitativa intervjuer önskas en variation i urvalet för att få fram mångfalden och skillnaderna i hur något kan upplevas, detta för att uppnå överförbarhet (Trost, 2010; Lundman & Granheim, 2014). Urvalet hade i fråga om geografisk spridning, intervjudeltagarnas ålder och yrkesverksamma år relativt god spridning. I de större orterna var mottagningarna betydligt större än i de mindre orterna där de kunde vara endast två barnmorskor som arbetade. På grund av begränsad tid valdes att göra ett bekvämlighetsurval. Vid bekvämlighetsurval kan det inte uteslutas att de informanter som har ett särskilt intresse för ämnet är de som ställer upp på intervju och då kan en variation av upplevelser missas (a.a). Även vid snöbollsurval finns risken är att tipset har kommit utifrån och en tanke om att dessa informanter har intresse i ämnet. Fyra av informanterna hade författarna en professionell relation till sedan tidigare (två hade varit handledare till författarna och två var före detta kollegor till informanterna) och det kan inte utesluta att detta har haft en viss

inverkan på intervjuerna och därmed resultatet. Bedömning gjordes dock att dessa intervjuer var värdefulla för resultatet då dessa informanter var personer som nödvändigtvis inte annars hade ställt upp och på så vis bidrog med fler nyanser av upplevelser. Antalet intervjupersoner beror på undersökningens syfte och intervjuaren bör utföra så många intervjuer att mättnad nås, det vill säga när fler intervjuer inte bidrar till mer kunskap. Tid och resurser kan dock vara av begränsningar som påverkar antalet intervjuer (Kvale & Brinkmann, 2014). Det bedömdes att ett visst mönster kunde urskiljas efter de genomförda 12 intervjuerna och samma svar återkom. Detta kan beskrivas som att en mättnadspunkt uppnåtts då ytterligare intervjuer inte skulle tillföra ny kunskap (Kvale & Brinkman, 2014).

Instrument

Innan skapandet av intervjuguiden hade förkunskap inhämtats i ämnet genom vetenskapliga artiklar och litteratur och beroende av den förkunskapen kom en stor del i intervjuguiden att handla om att ställa frågan om sexuellt våld. I detta avseende har författarna reflekterat över hur detta tema har kommit att få stor tyngd i resultatet. Intervjuguiden kan ha haft för många frågor och att intervjuguidens teman kan ha varit styrande för resultatet och därmed analysen. Ett sätt att undvika detta kan vara att ställa öppna frågor runt ett fåtal större frågeområden och färre detaljerade följdfrågor (Trost, 2010). Intervjuguiden saknade frågor om informanternas känslomässiga upplevelser av att möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld, vilket är en dimension som författarna skulle önskat ytterligare fördjupning i för att bättre svara på syftet.

Datainsamling

Författarna valde att båda närvara vid alla intervjuer utom en. Det ansågs rimligt då båda var oerfarna och otränade i intervjuteknik. Den ena kunde komplettera den andra både genom att uppmärksamma brister i exempelvis intervjuguiden och ställa kompletterande frågor i slutet vid behov. Författarna blev mer och mer samspelta och kunde på så sätt få ut en bredare informationsmängd och förståelse för materialet. Det finns en risk med att vara två intervjuare då det kan bidra med maktobalans där informanten försätts i en utsatt position. Underläge kan påverka informantens uttalanden och till följd påverka materialet (Trost, 2010; Kvale &

Brinkman, 2014). Detta undveks i så stor utsträckning som möjligt genom att endast en var ”ansvarig” för själva intervjun så att situationen blev mer bekväm och där den andra hade en mer anonym och observerande roll (Trost, 2010). Informanterna fick själva välja tid och plats för intervjuerna. Detta är fördelaktigt då den intervjuade kan välja en miljö som hen känner sig trygg i och där hen ej hamnar i underläge (Trost, 2010). Information om studien gavs innan påbörjad intervju och det underströks att avsikten endast var att undersöka barnmorskornas upplevelser och var således inget ”kunskapstest”. Efter tredje intervjun presenterades en skriftlig definition av sexuellt våld (Bilaga 2) innan följande intervjuer påbörjades. Detta valdes att göra då informanterna ibland kunde ha en snävare definition av sexuellt våld som inte stämde överens med syftet. Trots detta tenderade informanterna röra sig inom en snävare definition vilket resultatet speglar. Intervjuerna spelades in. En fördel med inspelning var att fullt fokus kunde läggas på intervjun. Möjligheten att lyssna flera gånger gav dels en djupare förståelse för materialet och dels möjligheten att lära av misstag alternativt se vad som var positivt i anförandet. Risken att en inspelning kan upplevas som skrämmande eller hämmande finns och att fråga om lov kan vara avväpnande (Trost, 2010).

Analys av data

Vid kvalitativ innehållsanalys tolkas en text, i detta fall en text bestående av utskrivna intervjuer. För att fånga in variation av olika möjliga tolkningar och analyser kan det vara av fördel om analysen först görs på olika håll för att sen en diskuteras ihop så att resultat av analyserna kan jämföras och komplettera varandra (Lundman & Granheim, 2014). Handledaren till studien fick ta del av en transkriberad intervju för att få inblick i analysförfarandet.

Graneheim och Lundman (2004) utgår från antagandet om att verkligheten kan tolkas på olika sätt och att förståelse aldrig kan avsägas den subjektiva tolkningen. Även om förförståelsen medvetet sätts åt sidan kan den på ett omedvetet plan spela in (Lundman & Granheim, 2014).

Resultatdiskussion

Föreliggande studie ämnade undersöka barnmorskors upplevelser av att möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld oavsett kön. Dock kom resultatet framförallt att röra barnmorskornas erfarenheter av att möta unga kvinnor. En förklaring till detta kan vara att nio av tio besökare på ungdomsmottagning utgörs av unga kvinnor. På de större mottagningarna fanns det en manlig sjuksköterska dit unga män framförallt bokades varpå barnmorskornas möten med unga män på dessa mottagningar var sällsynta. Det hade varit av intresse att även innefatta sjuksköterskors upplevelser. Ungdomsmottagningens uppdrag innefattar alla ungdomars sexuella och reproduktiva hälsa oavsett könstillhörighet, således ligger även detta i barnmorskornas uppdrag (FSUM, 2015). Även om besökarens juridiska kön är kvinna/man är det inte självklart att den unga själv identifierar sig som kvinna/man. Inte heller alla informanter valde att benämna de unga med vilket kön de hade utan använde pronomenet *hen*.

Att identifiera

Barnmorskorna använde sig av ett utforskande samtal med öppna frågor och ett icke dömande förhållningsätt för att identifiera unga som blivit utsatta för sexuellt våld. Detta kan liknas med samtalsmetodiken PLISSIT (Annon, 1976). En tillåtande hållning i samtalen är det essentiella för att kunna lyfta frågor om sex och samlevnad (Annon, 1976; Taylor & Davis, 2006).

Resultaten visade att barnmorskorna i viss mån använde sig av riskbedömning för att kunna identifiera vilka som utsatts för sexuellt våld men då mer ifråga om när det inte var relevant att fråga. Ungdomar som kom för förnyat p-piller recept och/eller var i fast relation ansågs det mindre angeläget att fråga. Att vara i en fast relation tar inte bort risken för att utsättas för övergrepp då förövaren ofta är en partner (Hradilova, 2008). Dessutom kvarstår risk att utsättas för sexuellt våld utanför relationen. Att inte fråga unga i en fast relation kan således resultera i att utsatta ungdomar missas. Med tanke på att våldet kan ta sig många olika former och inte alltid vara explicit anses det vara ytterligare ett skäl att inkludera alla ungdomar. Resultatet visar också att barnmorskorna inte upplevde att ungdomarna tog illa vid sig av att bli frågade om sexuellt våld, i synnerhet om barnmorskan förklarade varför frågan ställdes och om barnmorskan har ett öppet och icke dömande förhållningsätt. Detta pekar även annan forskning på (Mouscou, 2015; Wendt et al., 2007; Stenson et al., 2004).

Ett fåtal barnmorskor beskrev att ungdomar med funktionsnedsättning hade större risk för att utsättas för sexuellt våld. Flera studier verifierar ökad risk (Krnjacki, Emerson, Llewellyn & Kavanagh, 2016, MUFC. 2016). Trots UMO:s försök att bli mer tillgängliga för underrepresenterade grupper (FSUM, 2015) undrar författarna om unga med funktionsnedsättning har samma möjligheter att komma till ungdomsmottagningen och spekulerar i att det kan vara en anledning att de för barnmorskorna blir en osynlig grupp. Unga homo-, bi eller transpersoner nämndes inte av någon informant som en grupp med ökad risk för att utsättas för sexuellt våld, något som studier påvisar (Dank, Lachman, Zweig & Yahner, 2014; MUCF, 2015).

Den grupp som barnmorskorna i princip alltid var uppmärksamma på i avseende sexuell utsatthet var unga flickor som var under 15 år. Dels handlar den vaksamheten troligtvis om att det är barnmorskans skyldighet att försäkra sig om att inget brott har begåtts då det enligt lag är förbjudet att ha samlag med barn under 15 år. Om besökaren är yngre är barnmorskorna ålagda att göra en mognadsbedömning om sexpartnern är över 15 år (FSUM, 2015).

Digitala medier har blivit en integrerad del i ungas vardag och deras användning skiljer sig åt från vuxnas (Ybarra & Mitchell, 2015). Unga använder internet i större utsträckning för sexuella aktiviteter och upplever därtill att det är ”lättare” att prata om sex, söka kontakter både i sexuellt syfte men också för potentiell kärlek. För grupper som är utanför normen kan detta anses positivt (a.a). I resultatet framkom en oro för ungdomars och i synnerhet tjejers utsatthet på nätet. Büken, Erkol, Kandemir & Büken (2014) visar i en studie att det finns det skäl till oro då socialt nätverkande på internet kan försätta den unga i större risk för att utsättas för sexuellt våld. Föräldrar har ofta inte en sanningsenlig bild av deras ungdomars internetanvändande och det krävs mer kunskap kring hur vi talar och undervisar i risker med socialt nätverkande på internet (a.a). Det kan vara viktigt att barnmorskor inbegriper frågor om nätanvändning för att kunna komma in på utsatthet för sexuellt våld.

Att stödja

Två av de fem områdena som är centrala för barnmorskans profession enligt Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) handlar om *professionell omsorg* och *mellanmänsklig kompetens*. Med omtanke ställdes frågor och med omsorg och mellanmänsklig kompetens kunde rum skapas

där den unga kände sig trygg att berätta utifrån hens förutsättningar. Att vara där för den unga och inte vika undan eller förfasas var barnmorskornas sätt att stödja i stunden. En stor del i Halldorsdottir och Karlsdottirs (2011) teori är barnmorskans arbete med att stärka individens tro på sin egen förmåga att hantera en besvärlig situation. Genom att använda samtliga kompetenser som teorin beskriver fanns goda möjligheter att i samtal, rådgivning och vid gynekologisk undersökning ge ungdomen verktyg för att främja sin sexuella hälsa.

I resultatet framkom det att en del i barnmorskors stödjande roll var att förhålla sig till den ungas livsvärld och uppfattningar. Att ungas attityder till sex och sexuella övergrepp skiljer sig åt från vuxnas synsätt är beskrivet i tidigare forskning. I en intervjustudie från 1998 så framkom att tonårsflickor var osäkra på hur de skulle benämna erfarenheter som enligt lag skulle kunna klassas som sexualbrott. De kunde själva ta på sig skulden för övergreppet för att de exempelvis hade varit berusade eller för att de först hade visat intresse för någon som senare tvingade till sig sex (Jeffner, 1998). Denna studie är snart 20 år gammal men stämmer ändå överens med informanternas upplevelser av ungas berättelser idag.

Informanterna använde sig av olika strategier för att förhålla sig till diskrepansen. Vissa såg det som sin roll att benämna det som övergrepp eller våldtäkt och att informera att det är ett brott. linje överensstämmer med NCK:s (2008) riktlinjer i *Handbok - Nationellt handlingsprogram för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. NCK. Andra resonerade att de inte ville lägga ett ”mående” på den unga och valde att inte benämna det som våldtäkt om den unga inte själv definierade det så. Författarna har inte kunnat finna forskning på vilken av strategi som gynnar den unga mest, något som hade varit intressant att undersöka. Författarna har tolkat det som att vissa informanter var försiktiga med att tilldela den unga en offerroll då ordet våldtäkt kan upplevas starkt laddat. Oavsett hållning i frågan så såg barnmorskorna det som sin uppgift att ta ställning och förmedla att det som den unga varit med inte var okej. Även om resultatet visade att informanterna var medvetna om att övergrepp var förenat med skuld och skamkänslor så var det endast en informant som pratade om skuldreducering. Däremot kan det tolkas som att övriga informanter i praktiken ägnade sig åt skuldreducering då de var måna att ta ställning och säga att felet låg hos förövaren.

Barnmorskorna ville förmedla en positiv syn på sex och bekräfta den unga. Detta kan tolkas som att de arbetade utifrån ett salutogent förhållningssätt (Antonovsky, 1996), där de ville

förstärka det som fungerar och öka ungdomarnas självförtroende, självkänsla, integritet och autonomi.

Ytterligare ett intressant fynd var att ungdomsmottagningen framstod som en möjliggörande plattform. En förutsättning för detta var det tvärprofessionella arbetssättet med bland annat kuratorer i verksamheten. Detta stämmer väl överens med byggstenarna i PLISSIT där möjligheten att remittera vidare när behandling behövs är en förutsättning för att lyfta frågan (Annon, 1976; Taylor & Davis 2006). Resultatet visade också att då inga tider till kuratorerna fanns eller när det inte fanns möjlighet att boka tillbaka till sig själv så upplevde informanterna att deras stödjande roll sviktade. För att ungdomarna ska få rätt stöd/behandling och för att barnmorskorna inte ska gå utanför sitt fält anses det essentiellt att ha det nära samarbetet med kuratorer. Wendt et al (2011) tar även upp vikten av kontinuitet och uppföljning.

Att ha kompetens

Termen kompetens kan ses som ett paraplybegrepp som täcker kunskap, färdigheter, attityder och erfarenheter att uppfylla en viss roll (Halldorsdottir & Karlsdottir, 2011). Resultatet visade att barnmorskors kompetens att möta unga som utsatts för sexuellt våld var beroende av flera faktorer. Vikten att ha kunskap i ämnet framkom. NCK (2006) belyser även i sin handbok vikten av att sjukvårdspersonal har kunskaper för att på bästa sätt kunna möta någon som har varit utsatt för sexuellt våld, något som även tidigare forskning styrker (Jackson et al., 2009; Wendt et al., 2011, Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Det skulle vara motiverat för alla som arbetar på UMO att erbjudas kompetenshöjning inom ämnet, inte enbart de barnmorskor som av eget intresse efterfrågar vidareutbildning. Kan det vara så att det preventiva och stödjande arbetet vid sexuellt våld anses vara en självklar, integrerad del av UMO:s arbete så att det därför inte lyfts fram på agendan för ungas reproduktiva och sexuella hälsa?

I resultatet framkom även att upplevelsen att barnmorskeutbildningen inte nödvändigtvis bidragit med specifik kompetens i ämnet. Warrener, Postmus & McMahon:s (2013) studie om socionomstudenters upplevelse att ha professionell kompetens att möta överlevare av sexuellt

våld och våld i nära relation, visade att de studenter som upplevde större professionell kompetens också hade större sannolikhet att screena för sexuellt våld i praktik. Den upplevda kompetensen var associerad med att ha mött ämnet under utbildningen, i workshops och i professionella erfarenheter. Detta skulle även kunna appliceras på barnmorskestudenter och deras framtida möjligheter att närma sig ämnet i sin profession. Kvinnors utsatthet för sexuellt våld är något som barnmorskor kan stöta på inom flera områden. Om barnmorskor förväntas att arbeta med frågor om sexuellt våld borde det vara rimligt att detta ska ha en plats i utbildningen.

Resultatet visar att genom erfarenheter och genom att själv söka kunskap fortsatte informanterna processen att utveckla sin *professionella kompetens* och sin *professionella visdom*. Halldorsdottir och Karlsdottir (2011) beskriver hur en förutsättning för att vara en professionell barnmorska är att fortsätta utvecklas på ett professionellt och personligt plan. Denna utveckling är även av betydelse för att barnmorskan inte skall bli utbränd (a.a). Att möta unga som utsatts för sexuellt våld kunde väcka mycket starka känslor hos informanten och resultatet visar att det fanns ett behov av handledning för att kunna omsätta dess känslor till *professionell och personlig utveckling*. Barnmorskan ska insikt och förmågan att se vad som ligger inom professionens område för att kunna hänvisa till annan yrkeskategori vid behov (Halldorsdottir och Karlsdottir, 2011). Just denna insikt var något som barnmorskorna i studien lyfte även om det ibland kunde upplevas svårt att sätta gränser för sig själv då den unga efterfrågade fortsatt stöd från barnmorskan.

Konklusion och implikationer

Resultatet visar att barnmorskorna ansåg det vara viktigt att identifiera och stödja ungdomar som utsatts för sexuellt våld. Det rådde olika uppfattningar om huruvida frågan bör ställas till samtliga vid alla besök. Dock såg barnmorskorna en risk i att missa utsatta ungdomar om inte frågan ställdes. Ungdomsmottagningens arbetsform ansågs ge goda möjligheter för att stödja, då ungdomar söker sig dit på frivillig basis och sekretess råder. Det nära samarbetet och tillgängligheten till kuratorer var en förutsättning för att kunna möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld.

Studien belyser behovet av handledning och utbildning. Författarna ifrågasätter att en handlingsplan inte verkar vara implementerat i ungdomsmottagningarnas arbete i att möta utsatta ungdomar. Vidare forskning efterfrågas i möjligheter att införa screening och för- och

nackdelar med en sådan rutin. Även ungas upplevelser av att bli tillfrågade om sexuellt våld kräver fler studier.

Referenser

Annon, J. (1976). The PLISSIT model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*, 1-15

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health promotion international*, 11(1), 11-19

Basile, K.C., Smith, S.G., Breiding, M.J., Black, M.C. & Mahendra, RR. (2014). *Sexual Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 2.0*. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention

Black, M.C., Basile, K.C., Breiding, M.J., Smith, S.G., Walters, M.L., Merrick, M.T., Chen, J., & Stevens, M.R. (2011). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey (NISVS): 2010 Summary Report*. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention

Büken, B., Erkol, Z., Kandemir, F. & Büken, E. (2014). Risk factors in victims of sexual assaults who acquainted, and met with their perpetrators via social networking service. *Nobel Medicus* 30, 10(3), 5-11

Dank, M., Lachman, P., Zweig, J.M. & Yahner, J. (2014) Dating violence experiences of lesbian, gay, bisexual, and transgender youth. *Journal of Youth and Adolescent*, 43(5), 846-57. doi: 10.1007/s10964-013-9975-8

Finnbogadóttir, H. & Dykes, AK. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery* 28(2), 181-189. doi: 10.1016/j.midw.2010.11.010.

FSUM - Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2015). *Handbok för Sveriges ungdomsmottagningar*. Hämtad 2016-03-01 från http://www.fsum.org/?page_id=37

FSUM - Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar (2015). *Riktlinjer för Sveriges ungdomsmottagningar*. Hämtad 2016-03-01 från http://www.fsum.org/?page_id=37

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. Doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001

Halldorsdottir, S. & Karlsdottir, S.I. (2011). The primacy of the good midwife in midwifery services: an evolving theory of professionalism in midwifery. *Scandinavia Journal of Caring Science*, (25), 806-817

- Hradilova, S. (2008), *Våldtäkt mot personer 15 år eller äldre - Utvecklingen under åren 1995–2006* (BRÅ-rapport 2008:13). Stockholm: Brottsförebyggande Rådet
- Jackson, K.B. & Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 25(3), 253-263 doi: [10.1016/j.midw.2007.05.006](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.05.006)
- Jeffner, S. (1998) *Liksom våldtäkt, typ- : om ungdomars förståelse av våldtäkt*. Stockholm: Brevskolan : Riksorganisationen för kvinnojourer i Sverige (ROKS)
- Krnjacki, L., Emerson, E., Llewellyn, G. & Kavanagh, A.M. (2016). Prevalence and risk of violence against people with and without disabilities: findings from an Australian population-based study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 40(1), 16-21. doi: 10.1111/1753-6405.12498.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur
- Lazenbatt, A. Taylor, J. Cree, L. (2009). A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' responses to addressing domestic violence. *Midwifery* 25(6), 622–636. doi:[10.1016/j.midw.2007.11.001](https://doi.org/10.1016/j.midw.2007.11.001)
- Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J. & Kalliokoski, A-M. (2001), *Slagen Dam. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer i jämställda Sverige – en omfångsundersökning*. Umeå: Brottsoffermyndigheten
- Lundman, B. & Graneheim, U. H. (2014) Kvalitativ innehållsanalys i Granskär, M. & Höglund-Nielsen, B. (Red) *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård* (2:a upplagan s. 187-201). Lund: Studentlitteratur
- Malterud, K. (2009). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur.
- Moscou, S. (2015). Screening College Students for Domestic Violence, Sexual Assault and Molestation. *The Journal for Nurse Practitioners* 11(8), 824-828
- MUCF, Myndigheten för ungdoms- och civillsamhällesfrågor (2015). *Fokus 15 - Unga sexuella och reproduktiva rättigheter*. Stockholm: MUCF
- NCK (2008) *Handbok. Nationellt handlings-program för hälso- och sjukvårdens omhändertagande av offer för sexuella övergrepp*. Rapport 2008:1 ISSN 1654-7195 (2:a upplagan). Uppsala www.nck.uu.se
- NCK, Nationellt centrum för kvinnofrid (2016) *Sexuellt våld*. Hämtad 2016-09-27, från <http://nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/sexuellt-vald/sexuellt-vald/>
- Stevens, L. (2014). *Våld och Hälsa - En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns utsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: NCK, Nationellt Centrum för Kvinnofrid, 2014:1, 73-87

Socialstyrelsen (2002). "*Tack för att ni frågar*" - screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2006.a). *Kostnader för våld mot kvinnor- En samhällsekonomisk analys*. Hämtad (2016-03-22) från: www.socialstyrelsen.se ISBN 91-85482-83-8 Artikelnr 2006-131-34

Socialstyrelsen (2006.b). *Kompetensbeskrivning för legitimerade barnmorskor*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen & Folkhälsomyndigheten (2014). *Underlag till nationell strategi för sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter*. Stockholm: Socialstyrelsen och Folkhälsomyndigheten

Starrin, B. & Renck, B. (1996). Den kvalitativa intervjun. I Starrin, B & Svensson, P (Red.). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori* (s 52-78). Lund: Studentlitteratur.

Stenson, K., Sidenvall, B. & Heimer, G. (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 21(4), 311-21.
[doi:10.1016/j.midw.2005.01.002](https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.01.002)

Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G. & Sidenvall, B. (2001) Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 17(1), 2-10.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11207100>

Taylor, B., & Davis, S. (2006) Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Art and Science sexual health* 21(11), 36-40

Trost, J. (2010) *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur

Vetenskapsrådet (2009). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2016-03-01 från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Warrener, C., Postmus, J.L. & McMahon, S. (2013) Professional Efficacy, and Working With Victims of Domestic Violence or Sexual Assault. *Journal of Women and Social Work*. 28(2), 194-206 DOI: 10.1177/0886109913485709

Wendt, E.K., Marlund, B.R.G., Lidell, A.-S., Hilding, C. I. & Westerståhl, A.K.E. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse – midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*. 27(4): 539-546. doi: [10.1016/j.midw.2010.05.001](https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.001)

Wendt, E., Hilding, C., Lidell, E., Westerståhl, A., Baigi, A. & Marklund, B. (2007). Young women's sexual health and their views on dialogue with health professionals. *Acta Obstetrica et Gynecologica et Scandinavica*. 86(5), 590-5 DOI: [10.1080/00016340701214035](https://doi.org/10.1080/00016340701214035)

World Health Organization (WHO)/ London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: talking action and generating evidence*. Geneva: WorldHealth Organization.

World Health Organization (WHO) Defining sexual health. (2006),
http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

Ybarra, M-L. & Mitchell, K-J. (2015) A National Study of Lesbian, Gay, Bisexual (LGB), and Non-LGB Youth Sexual Behavior Online and In-Person. *Arch Sex Behavior* 45,1357–1372

Öberg, M., Lucas, S. & Heimer, G. (2010). Sexuella övergrepp som orsak till fysiskt och psykiskt lidande. I *Antologi – Sju perspektiv på våldtäkt: Brottet som urholkar hälsan*. NCK-rapport (2010:02). Uppsala: Nationellt Centrum för kvinnofrid.

Arbetsfördelning

Båda författarna till föreliggande studie har på ett likvärdigt sätt arbetat med studiens alla delar. Alla intervjuer utom en har utförts gemensamt. Transkribering utav intervjuerna har utförts separat men kontrollerats av den andre författaren. Analys av materialet samt diskussionen av densamma har gjorts av båda författarna.

Bilaga 1 (2)

Intervjuguide

TEMA	FRÅGOR
Inledning	Har du mött unga som har blivit utsatta för sexuellt våld här på UMO? Vill du berätta om dina erfarenheter?
Att ställa frågan	Hur identifierar du om patienter har blivit utsatta för sexuellt våld? <ul style="list-style-type: none">• Vad får dig att fråga?• Hur ställer du frågan?• Vad hindrar dig från att fråga?• Vad kan underlätta för dig att fråga?• Hur ser du på att rutinmässigt ställa frågan om sexuellt våld?• Kan du identifiera några riskgrupper och hur förhåller du dig till det i mötet med de unga?
Praktisk handläggning	Vad har du gjort när en patient berättat för dig om sina erfarenheter av sexuellt våld?
Yrkesroll	Hur ser du på din roll som barnmorska på ungdomsmottagningen när det kommer till att stödja unga som blivit utsatt för sexuellt våld? Känner du att du har rätt kompetens som barnmorska att möta unga som har blivit utsatta för sexuellt våld?
Organisation	Upplever du organisationen/chef/kollegor ser detta som ett viktigt/prioriterat problemområde, och hur märks det? Finns det en handlingsplan för hur ni ska möta patienter som blivit utsatta för sexuellt våld? Om ja, hur ser den ut?

Studiens definition av sexuellt våld

Den här intervjun kommer att röra sig runt Dina upplevelser av att möta unga som blivit utsatta för sexuellt våld. Det kan innebära att du har mycket erfarenhet av det, eller ingen alls – vi är oavsett intresserade av att höra om dina erfarenheter och tankar om det.

Med *sexuellt våld* menar vi allt från sexuella trakasserier till våldtäkt. Det kan innebära ovälkomna kommentarer med sexuella anspelningar. Sexuellt våld kan också vara att övertala/tjata/hota till sig sex, eller på olika sätt tvinga någon att utföra sexuella handlingar. Sexuellt våld kan utföras av en okänd person eller vara en form av våld i en nära relation.