



LUNDS
UNIVERSITET
Socialhögskolan

Den svåraste frågan

En kvalitativ studie om sjukhuskuratorers
upplevelse av att ställa frågan om våld i mötet med
patienter och anhöriga

Malin Engström & Ida Fors

Kandidatuppsats SOPA63

VT 2022

Handledare: Jan Magnusson

Abstract

Authors: Malin Engström & Ida Fors

Title: The difficult question: Hospital social workers describe their experience of asking about domestic violence.

Supervisor: Jan Magnusson

The purpose of this study was to analyze hospital social workers experiences of asking patients and relatives about violence within the family. This study was based on a qualitative research design where we interviewed six hospital social workers at two children's hospitals located in the southern part of Sweden. We analyzed the collected data with selected theoretical perspectives about professional ethics. To analyze the material we used concepts such as *professional ethics as judgment*, *the ethical requirement* and *the concept of integrity zones*. The study also presented previous research about the research object. The results in this study showed that the question about violence within the family is difficult to ask. The interviewed hospital social workers only ask about domestic violence when there were explicit indications or signs of violence. The professional obligations of the hospital social workers can be helpful in making an assessment, whether the question should be asked. The results showed that the hospital social workers are experiencing a resistance to ask the question because they do not know if it will cause more harm than good for patients and relatives. The hospital social workers also described patients and relatives crisis as an impediment when asking about violence within the family. Another outcome was that the organization did not have any explicit requirements in this context, which some of the hospital social workers described as beneficial while others thought it created uncertainty.

Keywords: Hospital social workers, domestic violence, professional ethics, professional obligations, crisis work, impediment, organizational demands

Nyckelord: Sjukhuskuratorer, våld i nära relation, professionsetik, förpliktelser, krisarbete, hinder, organisatoriska krav

Förord

Vi vill rikta ett stort tack till alla sjukhuskuratorer som ställt upp i vår studie och gett oss större kunskap inom området. Vi vill tacka varandra för att har hållit i, hållit ut och hållit ihop genom hela processen - trots att vägen har varit allt annat än rak. Vi vill även tacka vår handledare, Jan Magnusson, som varit positiv och flexibel i vår forskningsprocess.

Innehållsförteckning

1. Inledning	5
1.1 Problemformulering.....	5
1.2 Syfte.....	7
1.3 Frågeställningar.....	7
1.4 Begreppsdefinition.....	7
2. Kunskapsläget	8
2.1 Litteratursökning	8
2.2 Våld i nära relationer.....	8
2.3 Att fråga om våld i nära relationer	9
2.4 Sjukhuskuratorns roll och uppdrag i hälso- och sjukvården.....	10
2.5 Människor i kris.....	11
2.6 Sammanfattning.....	12
3. Teori	12
3.1 Professionsetik	13
3.2 Professionsetik som omdömesförmåga.....	14
3.3 Det etiska kravet	15
3.4 Integritetszoner.....	15
3.5 Intressekonflikt och bedömning av beslut.....	16
4. Metod	17
4.1 Metodologiska överväganden.....	17
4.2 Urval och avgränsningar	18
4.3 Genomförande av intervjuer	19
4.4 Bearbetning och analys.....	20
4.5 Metodens tillförlitlighet.....	21
4.6 Etiska överväganden.....	22
5. Resultat & analys	23
5.1 Plikt och motstånd.....	23
5.2 Passar inte i kris	28
5.3 Oklara krav.....	31
6. Slutdiskussion	34
6.1 Sammanfattning av resultat.....	34
6.2 Allmän diskussion.....	35
7. Referenslista	38
8. Bilagor	41
Bilaga 1	41
Bilaga 2.....	42

1. Inledning

I kommande avsnitt presenteras det valda forskningsämnet i form av en problemformulering där bakgrunden till forskningsämnet tas upp samt en redogörelse för ämnets forskningsrelevans och betydelse för det sociala arbetet. Vidare framförs syfte och frågeställningar. Avsnittet avslutas med en begreppsdefinition.

1.1 Problemformulering

Våld i nära relationer är ett utbrett samhällsproblem. I Sverige, 2021 inkom 57 600 anmälda misshandelsfall där gärningsmannen och den utsatta var bekanta. Året dessförinnan, 2020, miste 17 personer livet till följd av parrelaterat våld (BRÅ 2022). I en publikation från BRÅ (2014) presenteras att minst 150 000 barn bor i hushåll där våld förekommer. Nationellt centrum för kvinnofrid (2022) beskriver hur socialtjänst tillsammans med hälso- och sjukvården har en stor roll i att öka upptäckten av våld. Verksam personal behöver därför kunskap om, samt en förmåga att tyda tecken på våld i nära relationer. Bradbury-Jones et. al (2011) presenterar att sjuksköterskor upplever brist på kunskap om våld i nära relationer samt upplever svårigheter att tala med våldsutsatta kvinnor. Det är även av stor vikt att personal arbetar utifrån ett etiskt förhållningssätt, visar respekt och empati för den våldsutsatta (Socialstyrelsen 2019). De våldsutsatta kvinnorna i Bradbury-Jones et. al (2011) studie uppgav att det var påfrestande att behöva berätta om våldet för olika personal, upprepande gånger.

Socialstyrelsen (2018) har i en kartläggning gällande rutinmässiga frågor om våld presenterat förekomsten av frågan inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Inom socialtjänsten används sällan standardiserade metoder för att fråga om våld, utan vanligtvis ställer socialarbetare frågor om våld i de fall där det framkommer någon form av indikation på att någon far illa. Det är upp till socialarbetare att avgöra när och hur frågor om våld bör ställas (ibid.). Även inom hälso- och sjukvården ställs frågan om våld oftast då det finns en indikation eller tecken på våld, det är en liten andel av verksamheterna som ställer frågor utifrån en standardiserad modell. Det finns rekommendationer från Socialstyrelsen (2019) att hälso- och sjukvårdspersonal inom mödrahälsovården, psykiatriska vården samt inom barn- och ungdomspsykiatri ska ställa rutinmässiga frågor till kvinnor om våld. Det faller på vårdgivarens ansvar hur hälso- och sjukvårdspersonal ska fråga om våld. Det är inte givet vilken yrkesprofession inom hälso- och sjukvården som ska ställa frågan. Sundborg et al. (2012) beskriver i sin studie att sjuksköterskor inte ställer frågan om våld rutinmässigt eftersom

sjuusköterskorna har en rädsla om att frågan kan upplevas identitetskränkande. Sjuusköterskorna upplever även en osäkerhet i hur frågan bör ställas (ibid.). I Sprague et al. (2012) studie presenteras att en orsak till att vårdpersonal inte uppmärksammar våld i nära relation beror på att vårdpersonalen inte anser att våld förekommer i samma utsträckning som forskning visar. Vidare uppger vårdpersonal att de våldsutsatta får skylla sig själva samt att det föreligger en tidsbrist vilket gör att frågan undviks att ställas (ibid.). Socialstyrelsen (2018) presenterar att frågor om barns utsatthet ställs i en mindre omfattning. Det är få verksamheter som ställer standardiserade frågor om barns utsatthet och en del av en möjlig förklaring till detta kan handla om att personal tycker det är svårt att fråga barn. Socialstyrelsen (2018) skriver att arbetet med att fråga om både barns och vuxnas utsatthet behöver stärkas och vidareutvecklas.

En av oss som skriver denna uppsats genomförde sin verksamhetsförlagda utbildning på ett barn- och ungdomssjukhus i södra Sverige. Där uppmärksammades att sjukhuskuratorerna hade olika sätt att se på hur och om frågan om våld i nära relationer ska ställas till patienter och anhöriga, samt att det oftast upplevs som svårt att ställa frågan. På vissa av sjukhusets andra avdelningar, då inte tillhörande barn- och ungdomssjukvården, har frågan om våld implementerats i det dagliga arbetet och frågan ställs standardiserat till varje patient som sjukhuskuratorn möter. Sjukhuskuratorer inom barn- och ungdomssjukvården har en socionomexamen och har i uppdrag att finnas för patienter och anhöriga vid krisbearbetning samt erbjuda psykosocialt stöd och behandling (Akademikerförbundet SSR). Sjukhuskuratorn behöver förhålla sig till de förpliktelser som finns inom yrkesrollen, såsom skyldigheten att anmäla till socialtjänsten vid oro för barn i fara. Kuratorn ses även som en representant av hälso- och sjukvården och behöver därmed förhålla sig till organisationens krav och riktlinjer. Sjukhuskuratorerna möter hela familjer och träffar främst föräldrar till sjuka barn, syskon och andra anhöriga som har behov av stöd under sin sjukhusvistelse. Under den verksamhetsförlagda utbildningen diskuterade sjukhuskuratorerna även huruvida frågan om våld i nära relationer passar att ställa, då patienter och anhöriga oftast befinner sig i kris vid första mötet med sjukhuskuratorn. Detta skapade en nyfikenhet hos oss att vilja ta del av sjukhuskuratorernas syn på frågan om våld inom just barn- och ungdomssjukvården.

Den tidigare forskning som gjorts gällande att ställa frågan om våld inom hälso- och sjukvården baseras på yrkesprofessionella läkare, sjuusköterskor och barnmorskors upplevelser. Det finns därmed en kunskapslucka i forskningen, sett till sjukhuskuratorers upplevelse gällande att ställa frågan om våld i nära relationer till patienter/anhöriga på ett barn- och ungdomssjukhus. Det

blir därför särskilt intressant att undersöka eftersom sjukhuskuratorerna också är en del av hälso- och sjukvården. Att öka upptäckten och arbeta för att förebygga våld i nära relationer är viktigt för att främja alla människors liv och hälsa samt möjlighet till att leva ett gott och värdigt liv. Våld i nära relation är i många fall komplext och skapar en multiproblematik, vilket gör det särskilt viktigt inom det sociala arbetet. Där det finns våld i nära relation finns det oftast andra sociala problem. Att fråga om våld påverkar inte endast den enskilda kuratorn, utan även den enskilda patienten/anhörigas möjlighet att få rätt stöd och hjälp om det finns en våldsproblematik. Vidare är sjukhuskuratorn den yrkesgrupp inom hälso- och sjukvården med socionomexamen och har utbildning kring social problematik, vilket motiverar att undersöka deras upplevelser av att ställa frågor om våld.

1.2 Syfte

Syftet med uppsatsen är att få en bättre förståelse för sjukhuskuratorers upplevelser av att ställa frågan om våld i nära relationer till patienter och anhöriga inom barn- och ungdomssjukvården.

1.3 Frågeställningar

- Vilka förpliktelser upplever sjukhuskuratorerna att de har när det gäller att ställa frågan om våld i nära relationer?
- Hur upplever sjukhuskuratorerna att patienter och anhörigas kris påverkar dem när de vill ställa frågan om våld i nära relationer till patienter och anhöriga?
- Vilka krav upplever sjukhuskuratorerna att organisationen ställer på dem när det gäller att fråga om våld i nära relationer?

1.4 Begreppsdefinition

I detta avsnitt presenteras och beskrivs centrala begrepp såsom vi tolkar och använder begreppen i uppsatsen.

Hälso-och sjukvårdskurator, sjukhuskurator och kurator - En person med socionomexamen verksam inom hälso- och sjukvården med det psykosociala arbetet. I denna uppsats kommer alla tre begreppen att användas för att få en variation i texten samt att intervjupersonerna använder sig av alla begrepp i intervjuerna.

Våld i nära relationer - All typ av våld mellan närstående. Våldet kan vara psykiskt, fysiskt, sexuellt, försummelse, digitalt, materiellt, ekonomiskt och hedersrelaterat. Det innefattar våld mot kvinnor, män, icke-binära och barn inom familj, partnerskap och nära släktskap.

Patient - Barn eller ungdom som behöver sjukhusvård och antingen besöker mottagning eller är inneliggande på sjukhuset.

Anhörig - Vi syftar främst på föräldrar/vårdnadshavare till det sjuka barnet/ungdomen. Även syskon och övriga anhöriga till det sjuka barnet/ungdomen inryms under detta begrepp.

Förpliktelser - Vi syftar till både det befintliga, samt upplevda ansvar och skyldigheter som kommer med sjukhuskuratorns yrkesroll.

2. Kunskapsläget

Detta avsnitt tar ett avstamp i den tidigare forskning som finns inom området och presenteras under olika rubriker. Våld i nära relationer, att fråga om våld i nära relationer, sjukhuskuratorns roll och uppdrag i hälso- och sjukvården samt människor i kris. Avsnittet avslutas med en kort sammanfattning.

2.1 Litteratursökning

Den tidigare forskning som kommer att presenteras i detta avsnitt har i huvudsak inhämtats från databasen Lubsearch. För att hitta relevant material från databasen har sökord såsom *social worker*, *hospital social worker*, *medical social worker*, *intimate partner violence (ipv)*, *domestic violence (dv)* och *ask* används. Liknande sökord har även används på svenska och gav väldigt få resultat. Det visade sig finnas relativt lite forskning om just sjukhuskuratorer och vi har därför valt att även tittat på andra yrkesprofessioner inom hälso- och sjukvård samt socialtjänsten. De valda artiklarna i studien är även klassificerade som *peer reviewed*.

2.2 Våld i nära relationer

Kvinnor som fallit offer för våld i nära relation upplever lidande, likgiltighet och uppgivenhet i kontakt med hälso- och sjukvården (Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage 2014). Kvinnorna upplevde att sjukhuspersonal hade bristande empati samt att de inte fick tillräcklig hjälp och stöd. Vidare framför Pratt-Eriksson, Bergbom och Lyckhage (2014) att personal inom hälso-

och sjukvården behöver bli bättre på att upptäcka tecken på våld i nära relation och erbjuda passande stödinsatser, detta för att kvinnorna ska få en tillit till hälso- och sjukvården. En bristande tillit kan innebära att färre kvinnor väljer att söka hjälp (ibid.). Vidare finns det forskning som visar på att kvinnor generellt sett ställer sig positiva kring att få frågor om våld (Jewkes 2002). Wörmann et al. (2021) ger beskrivningen av att mer än hälften av våldsutsatta män inte sökt sjukvård. Han betonar också vikten av att män som fallit offer för våld i nära relation kan behöva stöd och hjälp i att anmäla till polisen samt söka sjukvård. Barn till kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation tenderar att uppvisa olika beteendeproblem (Pahn & Yang 2021). Barn vars mammor blivit utsatt för sexuellt våld hade högre benägenhet att drömma mardrömmar, vara skygga och kissa på sig under natten. I de fall där mamman blivit utsatt för fysiskt våld uppvisades samband på att barnet var mer aggressivt (ibid.).

Akademiskt primärvårdscentrum (Barimani & Elvin-Nowak 2022) presenterar att 76 % kvinnor i åldrarna 18–76 år som lever med pågående våldsutsatthet under de senaste 12 månaderna inte har fått frågan om våld vid besök på hälso- och sjukvården. Det var totalt 204 kvinnor som svarade att de lever med pågående våldsutsatthet under de senaste 12 månaderna. Antalet kvinnor som uppgett att de inte fått frågan om våld vid besök på hälso- och sjukvården motsvarar 154.

2.3 Att fråga om våld i nära relationer

Beynon et al. (2012) presenterar kanadensiska läkare och sjuksköterskors upplevda hinder och möjligheter för att ställa frågan om våld. De upplevda hinder som presenterades var bristande kunskap, egna värderingar gällande utsatta kvinnors beteenden, språkliga och kulturella hinder, tidsbrist samt en närvarande partner i mötet. Presenterade möjligheter var professionella verktyg och policys, utbildning och det kollegiala samarbetet. Andra hindrande faktorer för läkare och sjuksköterskor att ställa frågan om våld beskriver Jewkes (2002) som bristande kunskap och osäkerhet då våld i nära relation inte framträder under utbildningen. De läkare, sjuksköterskor och fysioterapeuter inom ortopedin som kände osäkerhet i hur de ska hantera uppkommen information om våld i nära relationer tenderar att fråga om våld i mindre utsträckning (Downie et al. 2019).

I en studie från Hong Kong beskriver läkare inom primärvården att ärenden med våld i nära relationer bör handläggas av socialarbetare snarare än av läkare (Sun et al. 2021). Detta då

läkarnas primära uppgift och specialisering handlar om patientens psykiska och fysiska hälsa och inte berör konflikter inom familjen. Vidare presenterade studien att över hälften av dem deltagande läkarna upplevde sig vara begränsade i att hjälpa till i ärenden gällande våld i nära relation om det inte fanns någonting som berörde medicinska frågor (ibid.).

I vilken utsträckning socialarbetare inom socialtjänsten frågar om våld presenteras av Lundberg & Bergmark (2021). Resultatet visar på en variation. Enheterna för missbruk och familjerätt uppgav att de alltid eller ofta frågade om våld, medan enheten för ekonomiskt bistånd tenderar att fråga i en mycket lägre utsträckning. Framkom gjorde även att i de fall socialarbetaren avstod från att fråga eftersom det inte känts relevant att ta upp, samt att socialarbetare inte uppmärksammat några tecken på våld i nära relation (Lundberg & Bergmark 2021).

2.4 Sjukhuskuratorns roll och uppdrag i hälso- och sjukvården

Sjukhuskuratorns arbetsmetoder är anpassade efter patientens diagnos eller problematik och avdelningens specialisering. Sjukhuskuratorn träffar både patienter och dess anhöriga eller närstående (Lundin et al. 2019, s. 68). Arbetet kretsar kring patientens psykosociala situation som förändrats till följd av sjukdom. Psykosociala frågor som kan bli aktuella, antingen som konsekvens av en sjukdom eller som grund för ohälsa, kan exempelvis vara kriser eller våld (Lundin et al. 2019, s. 59). Behandlingen täcker rådgivning, information, hänvisning samt praktiska sociala åtgärder. Sjukhuskuratorerna arbetar också med krisstöd och krisbearbetning (Lundin et al. 2019, s. 68). Davis et al. (2005) beskriver hur sjukhuskuratorns roll lätt blir missförstådd och tolkas på olika sätt bland andra yrkesprofessioner inom sjukvården, vilket också innebär att sjukhuskuratorerna återkommande behöver förtydliga ramarna för sitt arbete. Alliansskapande och bemötande blir viktigt då sjukhuskuratorer också har förpliktelser i sin yrkesroll, såsom att de har en skyldighet att göra orosanmälning vid oro (Lundin et al. 2019, s. 59).

Svärd (2017) har undersökt hälso- och sjukvårdspersonals erfarenheter kring att göra orosanmälningar till socialtjänsten på fyra sjukhus i Sverige. Studien behandlar erfarenheter kring när läkare, sjukhuskuratorer, sjuksköterskor och undersköterskor väljer att orosmäla samt när de väljer att inte orosmäla, trots att det finns misstanke. Sammanfattningsvis presenteras att sjukhuskuratorerna är den yrkeskategori som gör flest orosanmälningar och är de som blir minst påverkade av egna känslor eller omständigheter för beslut. Däremot tar Svärd

(2017) upp aspekten att sjukhuskuratorerna inte heller träffar alla patienter i samma utsträckning som annan vårdpersonal gör, vilket också kan vara en påverkan på resultatet. På vissa sjukhus gör sjukhuskuratorerna även anmälningar åt annan sjukhuspersonal (ibid.).

När det gäller upptäckt och identifiering av våld har vården ett ansvar (NCK 2022). Sjukhuskuratorn är en del av hälso- och sjukvården. Hälso-och sjukvården ska bedrivas så att de uppfyller kraven på god vård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) samt ge vård på lika villkor för hela befolkningen. Upptäckten av våldsutsatthet är därför en förutsättning för att hälso-och sjukvården ska ha möjlighet att ge rätt vård, hjälp och stöd. Föreskrifter och allmänna råd gällande våld i nära relationer trädde i kraft år 2014, utgivet av Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4). En mindre uppdatering gjordes 2017 (HSLF-FS 2017:8). Enligt föreskrifterna har varje vårdgivare ett ansvar i att se till att rutiner finns gällande arbetet med våldsutsatta samt barn som bevittnat våld. De allmänna råden beskriver vårdgivarens ansvar för hur och när frågor om våld ska ställas. De allmänna råden beskriver även att barn eller vuxna, där symtom eller tecken finns på våldsutsatthet, alltid ska bli tillfrågade av personal inom hälso-och sjukvården om hur tecken och symtom uppstått (NCK 2022).

2.5 Människor i kris

Som ovan nämnt arbetar sjukhuskuratorn med att möta människor i kris. Därmed har vi valt att i detta avsnitt presentera Cullbergs (2006) definition av kris samt den traumatiska krisens förlopp. Detta med anledning för att skapa en förståelse både kring sjukhuskuratorns dagliga arbete, samt materialet som studien senare presenterar.

Cullberg (2006, s. 19) definierar begreppet psykisk kris som ett tillstånd där en individs resurser i form av inlärd reaktionsmönster och erfarenheter inte räcker till för att hantera den situation som uppstått. En psykisk kris ses antingen som en traumatisk kris eller en utvecklingskris, beroende på vad som utlöste krisen. En traumatisk kris utlöses av plötsliga yttre påfrestningar. Dessa påfrestningar ses som ett hot mot en individs trygghet, sociala identitet och fysiska existens. Exempel på utlösande faktorer för en traumatisk kris är dödsfall, att bli ekonomisk ruinerad eller uppsagd från arbetet. En utvecklingskris kan utlösas av yttre händelser som hör det normala livet till, vilket kan bli övermäktigt för en individ. Att få barn eller pensionera sig är exempel på utlösande händelser till en utvecklingskris (ibid.).

Cullberg (2006, s. 143ff.) beskriver den traumatiska krisens förlopp i efterföljande fyra faser. De fyra faserna kan ses som ett förenklat redskap för att lättare orientera sig i det aktuella krisförloppet. Faserna är inte helt åtskilda eller statiska, en fas kan exempelvis utebli i ett krisförlopp. De fyra faserna är chockfasen, reaktionsfasen, bearbetningsfasen och nyorienteringsfasen. Chockfasen varar upp till några dagar. Det kan för en person som befinner sig i chockfasen vara svårt att minnas samt att ta in vad som sagts eller skett. Reaktionsfasen startar när personen börjar ta in vad som hänt eller kommer hända. Reaktionsfasen tillsammans med chockfasen varar inte längre än fyra till sex veckor och kan tillsammans kallas för den akuta krisen. Den efterkommande fasen, bearbetningsfasen pågår under sex månader upp till ett år efter traumat och personen vågar vända blicken mot framtiden. Inläring och ett prövande av nya sociala roller sker under bearbetningsfasen. I nyorienteringsfasen ses nu krisen som en del av personens livshistoria. Denna fas har inget givet slutdatum och personen har försonats med det som skett (ibid.).

Cullberg (2006, s. 156) beskriver att sjukhuspersonal är den yrkesgrupp som ofta kommer i kontakt med människor som befinner sig i chockfasen. Det kan handla om människor som fått reda på en nära anhörigs död eller fått ett allvarligt diagnosbesked.

2.6 Sammanfattning

Sammantaget går att säga att tidigare forskning gällande att fråga om våld är knäpphändig. I jämförelsevis med andra yrkestitlar inom det sociala arbetet finns det inte särskilt mycket tidigare forskning för sjukhuskuratorer. Vad det grundar sig i kan närmre efterforskas, däremot kommer det inte behandlas i denna studie. Tidigare forskning beskriver kvinnor, män och barns våldsutsatthet. Avsnittet tar upp studier om läkare och sjuksköterskors upplevda hinder och möjligheter för att ställa frågan om våld samt i vilken utsträckning socialarbetare väljer att fråga. Tidigare forskning behandlar även sjukhuskuratorns roll och uppdrag i hälso- och sjukvården samt beskriver de allmänna råd och föreskrifter som finns. Avslutningsvis definieras krisen som begrepp och en redogörelse ges för dess förlopp.

3. Teori

I detta avsnitt presenteras vårt valda teoretiska perspektiv som kommer att användas för att analysera det framtagna materialet samt slutdiskussionen. Det teoretiska perspektivet som kommer behandlas i studien är *professionsetik*. Detta då intervjupersonerna beskrev flera etiska

dilemman gällande att fråga om våld samt att professionsetik presenterar flera delar som varit betydande i intervjupersonernas beskrivna beslutstagande gällande att ställa frågan om våld. Relevanta delar ur det teoretiska perspektivet har sedan valts ut för att bättre passa in på det framtagna materialet. Avsnittet kommer således behandla *professionsetik som omdömesförmåga, det etiska kravet* och begreppet *integritetszoner*.

3.1 Professionsetik

För att lättare förstå innebörden av professionsetik kan begreppet delas upp i två, *profession* och *etik*. En profession är en yrkesgrupp med särskild kompetens inom ett visst område som baseras på teoretisk utbildning (Christoffersen 2017, s. 31). Den särskilda kompetensen blir utmärkande och också det som skiljer olika professioner från varandra. Christoffersen (2017, s. 34) hänvisar till Molander och Terum (2008, s. 18, 144) som beskriver att en profession även kan ses som en *organisation* i den mån att det finns samhällsuppgifter och politiska uppdrag som ska lösas och organiseras. *Etik* är ett begrepp som ofta hänger samman med moral. Moral är själva handlandet, det vi faktiskt gör i en situation och uppfattas som det rätta och riktiga. Det som styr vår moral, det som avgör hur vi väljer att handla, är olika etiska regler (Christoffersen 2017, s. 23f.). Två av de etiska reglerna är konsekvensetik och pliktetik (Christoffersen 2017, s. 93ff.). Konsekvensetiken innebär att handlingen leder till det bästa tänkbara resultatet. Pliktetiken tar inte hänsyn till handlandets konsekvenser, utan ser till de plikter som aktören har. Däremot bör dessa två etiska regler beaktas i yrkesetiken och inte generaliseras, eftersom hänsyn till den enskilda människan behöver främjas. Således kan etik beskrivas som den reflektionen vi gör utefter vårt handlande. Professionsetik kräver engagemang i varje människas situation och är därför mer än regler om gott uppförande. Vidare förutsätter professionsetik att den professionella utövaren agerar utifrån empati, förståelse och insikt (Christoffersen 2017, s. 97).

Christoffersen (2017, s. 34) beskriver professionsetik som centralt för en profession. Varje profession har professionsetiska regler att förhålla sig till, som i sin tur är särskilt utmärkande för just den enskilda professionen. Grimen (2005) gör beskrivningen att professionsetik bygger på professionens politiska normer och värderingar och har i uppgift att särhålla egenintresse för att se till att professionen verkligen gör vad som är sagt i själva uppdraget. Nortvedt (2005) i sin tur menar att professionsetiken inte endast baseras på politiska värderingar, utan syftar även till förhållandet och relationen mellan klient och professionell. Han gör beskrivningen att den

professionella handlar utifrån tanken att göra det bästa för klienten. Till skillnad från Grimen (2005) menar Nortvedt (2005) att politiken bygger på etiken och inte tvärtom.

3.2 Professionsetik som omdömesförmåga

Christoffersen (2017, s. 88) beskriver att professionsetiken utmärks utefter tre kännetecken. Det första kännetecknet handlar om att mötet sker ansikte mot ansikte, tillsammans med en annan person. Något som är centralt för människobehandlande professioner och inte går att undgå. Det andra kännetecknet handlar om att den professionella utför en handling, det räcker inte att endast reflektera, utan ett beslut och ett val kommer alltid behöva tas (ibid.). Det sker ett övervägande kring vad som är mest lämpligt, vad som blir tillräckligt bra och vad som väger tyngst. Ofta handlar det om situationer där den professionella behöver handla snabbt och tid för reflektion för handlandet hinns inte med i stunden, utan får ta plats i efterhand. Det tredje kännetecknet som Christoffersen (2017, s. 90) beskriver är att mötet baseras på den professionella kompetensen och ansvaret som kommer med yrkesrollen. Mötet sker inte utefter relationell eller känslomässig anledning, utan för att den professionella har ett ansvar och representerar någon form av organisation eller institution. Detta i sig skapar en obalans i maktförhållandet mellan professionell och klient (Christoffersen 2017, s. 91). Även om en samtalskontakt med en sjukhuskurator i första hand kan ses som frivillig, innebär det ändå någon form av begränsning utefter att kontakten tas då klienten frågar en professionell om hjälp (ibid.).

Christoffersen (2017, s. 101) beskriver omdömet som en växelverkan. Teori tillsammans med praktik är det som skapar omdömesförmågan. Vidare delar Christoffersen upp omdömets källor i 6 delar. Första delen handlar om *fackkunskap*. Fackkunskap blir viktigt utefter att det kan utesluta förslag som är felaktiga eller orealistiska, samtidigt som det också öppnar upp för lösningar som inte hade uppfattats av personer utan denna kompetens. Kunskapen om etik blir även viktig här, då det skapar förståelse för dem bedömningar som görs (Christoffersen 2017, s. 102f.). Andra delen handlar om *konventioner och rutiner*. Att det på arbetsplatsen finns rutiner för hur saker ska göras. När man kommer in som ny på en arbetsplats ställer man sig i ledet och gör som alla andra på arbetsplatsen. Christoffersen (2017, s. 104ff.) menar på att konventioner och rutiner kan vara fördelaktigt ur etisk synpunkt, så länge rutinerna inte blir absoluta utan fortsätter vara föränderliga och snarare ses som en process. Om rutinerna blir stillastående och oföränderliga kommer det i stället att agera hinder för omdömesförmågan

(ibid.). Den tredje källan är *praktik och yrkeserfarenhet*, den egna erfarenheten skapar en känsla av att veta vad som ska göras i en viss situation och kunna sätta sig in i någon annans situation. Christoffersen (2017, s. 106f.) poängterar dock vikten av att skilja på erfarenhet och upplevelse. En upplevelse blir först till en erfarenhet då det ges tid till att reflektera kring upplevelsen, att ta den till sig och tänka igenom den. Det är därmed viktigt att det finns utrymme för reflektion på en arbetsplats för att utveckla det etiska omdömet (ibid.).

Den fjärde källan handlar om *personlig erfarenhet och karaktär*. Det etiska omdömet kommer att påverkas av den professionella som privatperson och den individuella karaktären. Christoffersen (2017, s. 107f.) förklarar att den professionellas personliga egenskaper och erfarenheter kommer färga omdömet även på arbetsplatsen. Det går inte att frånskilja sig sin identitet i yrkesrollen, eftersom det kräver reflektion för att förstå bedömningarna och vad de grundar sig i (ibid.). Källa nummer fem är *förebilder och exempel* vilket handlar om att vi påverkas av varandra och tar efter handlingsätt eller imiterar andra människor som vi vill efterlikna. Den sista källan för omdömesförmågan benämner Christoffersen (2017, s. 109f.) som *livsåskådning och människosyn*. Hur vi ser på livet förändras och utvecklas under livets gång. Livsåskådning och människosyn ska dock inte översättas till religion. Människor med olika religion kan fortfarande ha en gemensam människosyn trots att livsåskådningen kan skilja sig (ibid.). Vidare menar Christoffersen (2017, s. 111) att omdömet skapas utifrån ett samspel mellan de sex källorna och inte källorna som enskilt. Vi har i analysen valt att inte använda oss av de tre sistnämnda källorna för omdömet.

3.3 Det etiska kravet

Det etiska kravet handlar om att den professionella sitter på en makt att ansvara för att ta bästa möjliga beslut för den enskilda och inte handla utefter egen vinning (Christoffersen 2017, s. 112f.). Varifrån kravet kommer är svårt att klargöra, det kan vara från organisatoriskt håll, kollegialt eller från en själv, vilket också skapar en problematik i att det inte finns någon given som äger kravet.

3.4 Integritetszoner

Hur den professionella väljer att handla utefter makten över en annan människa, blir en individuell avvägning för de professionella, vilket i sig kan leda till ett övertramp eller övergrepp. Løgstrup (1982) beskriver att det inte finns någon tydlig gräns för när detta

övertramp sker, däremot finns en indikation som visar på övertrampet, nämligen när den professionella vill bestämma även över den andre personens reaktioner på de handlingar som den professionella utövat. Det är dessa gränser som Løgstrup (1982) benämner *integritetszoner*. Løgstrup talar om *skäl* och *motiv* och menar att man i regel bör hålla sig till saken, att inte påpeka någon annans motiv för att respekteras dess frihet (Christoffersen 2017, s. 117f.). Däremot, när det handlar om socialt arbete utgår yrkesrollen från ett motiv vilket gör att motivet behöver behandlas. Här överstiger den professionella integritetszonen för att utöva sin yrkeskompetens, för att hjälpa den andre (ibid.). Tillträdet till integritetszonen innebär dock inte att den professionella får bete sig hur som helst. Christoffersen (2017, s. 123f.) lyfter fram hur socialarbetare kan tendera att vilja kartlägga och utforska en persons hela identitet och livsstil vilket i stället kan leda till ett övertramp.

Nästa område där man möter en integritetszon kallar Christoffersen (2017, s. 124f.) *självbehärskning*. När en människa tappar kontrollen över sig själv försvinner också friheten. Den som möter en människa som tappat självbehärskningen hamnar automatiskt i ett övertramp i och med att kontrollen är förlorad (ibid.). Det som räddar en ur integritetszonen är blygheten, det som gör att vi drar oss undan och blir således det som skyddar den som tappat kontrollen (Løgstrup 1982). Den professionella har också ansvar för den andres *livsmod*. Christoffersen (2017, s. 126f.) beskriver vikten av att upprätthålla den andres livsmod, annars dör vi. Det innebär inte att försköna livet och tala osanning, utan att skapa hopp. Att förankra någon i verkligheten behöver inte heller innebära att livsmodet försvinner, utan kan också skapa realism för den andre (ibid.). Den professionella behöver vara inkännande och respektfull för att inte överskrida integritetszonen.

3.5 Intressekonflikt och bedömning av beslut

Vidare ger Ruyter (2017, s. 143) en beskrivning av att det kan förekomma intressekonflikter. Dels mellan professionerna och den samhälleliga styrningen, dels inom professionerna och individerna emellan. Om förtroendet för professionerna och samhället försvinner, att medborgarna inte upplever att deras intressen tas i beaktning, förlorar de professionella sin handlingsfrihet och förmåga att vara etiskt försvarbara (ibid.). I de fall professionella tappar självbestämmanderätten för bedömningar gällande den enskilde, går det också ut över den enskilde. När den professionella förlora ansvaret förklarar beslutet med att man bara gör sitt jobb och gör det man blivit tillsagd att göra (Ruyter 2017, s. 144).

Vetlesen & Nortvedt (1994) talar om vikten att kunna *se*, *uppträda* och *bedöma* för att kunna komma fram till ett beslut. För att kunna ta ett beslut behöver man först observera situationen. Således grundas bedömningen i klokhet och erfarenhet. Det betyder att det inte går att lära sig genom kunskap i skrift utan måste övas på i konkreta och praktiska situationer. Ett sätt att bidra till denna kunskap är att efterfölja förebilders beteende och beslutstagande (Ruyter 2017, s. 161).

4. Metod

Följande avsnitt kommer att förklara och beskriva studiens metodval. Vidare följt av diskussion gällande urval, genomförande av intervjuer, bearbetning och analys, tillförlitlighet och etiska principer.

4.1 Metodologiska överväganden

Eftersom syftet med studien är att undersöka sjukhuskuratorers upplevelser anser vi att en kvalitativ metod lämpar sig bäst. Kvalitativa undersökningar bygger på deltagarnas perspektiv och upplevelser (Bryman 2018, s. 487). En kvalitativ metod har även fokus på den förståelse av en social verklighet såsom intervjupersonerna tolkar den, vilket undersökningen syftar till att redovisa (Bryman 2018, s. 455). En kvantitativ metod hade fångat flera sjukhuskuratorers upplevelser, däremot ger det inga möjligheter för att ställa följdfrågor för att vidareutveckla sjukhuskuratorernas resonemang. En kvalitativ metod möjliggör en mer flexibel forskningsprocess vilket kan ses fördelaktigt när det handlar om att undersöka professionellas upplevelser av en situation (Bryman 2018, s. 15). Detta skapade större utrymme och plats för sjukhuskuratorernas egna upplevelser. Deras berättelser har därmed blivit vägledande i vad som är av vikt att ta upp i denna studie.

Enligt Ahrne och Svensson (2015, s. 21) finns det många alternativa metoder för att producera ett empiriskt material till en uppsats. I sak är en metod inte mer rätt än en annan, däremot kan metoder ses mer lämpliga och ändamålsenliga för att generera det rätta empiriska materialet som behövs för undersökningen. Intervjuer är en metod som lämpar sig bra för att generera beskrivningar av upplevelser (ibid.) För att producera vårt empiriska material har sex semistrukturerade intervjuer genomförts med sjukhuskuratorer på två barn- och ungdomssjukhus i södra Sverige. Enligt Bryman (2018, s. 653) innehåller en semistrukturerad

intervju specifika teman som behandlas under intervjun samtidigt som intervjupersonen ges utrymme att utforma svaren. En intervjuguide (bilaga 2) skapades där frågor formulerades utifrån specifika teman. Dessa teman hade utgångspunkt gällande att ställa frågan om våld i nära relationer. Vi använde oss av öppna frågor för att fånga in så mycket material som möjligt. Intervjuguiden mynnade ut i en fråga per tema. Exempel på teman var rummets betydelse, organisationens påverkan och den emotionella upplevelsen av att ställa frågan. I kvalitativa intervjuer kan ordningsföljd och variation finnas i hur många fasta samt följdfrågor det ges utrymme till (Eriksson-Zetterquist & Ahrne 2015, s. 38). Ordningsföljden på frågorna varierade från intervju till intervju för att vara följsam i intervjupersonerna berättelse. Det fanns även möjlighet till följdfrågor om något upplevs oklart eller om vi önskade att de utvecklade svaren mer.

4.2 Urval och avgränsningar

Syftet med denna studien är att undersöka sjukhuskuratorer upplevelser av att ställa frågan om våld, verksamma inom barn- och ungdomssjukhus. Problemformuleringen grundar sig i den kontext där sjukhuskuratorerna är yrkesverksamma. Urvalet är därför målstyrt vilket enligt Bryman (2018, s. 498) är att välja ut deltagare som är relevanta för forskningsområdet som har formulerats. Ett målstyrt urval går inte att generalisera till populationen eftersom deltagarna är valda på ett strategiskt sätt och kopplat till den kontext de befinner sig i (Bryman 2018, s. 498). Föra att få ihop tillräckligt många intervjupersoner, vilket enligt lärare på kursen bör vara minst sex stycken, valde vi att bredda urvalet genom att tillfråga sjukhuskuratorer vid ytterligare ett barn- och ungdomssjukhus i södra Sverige. Varför vi valde just det andra sjukhuset berodde även på ett bekvämlighetsurval eftersom vi hade kontaktuppgifter till sjukhuskuratorernas chef. Via chefskuratorn fick vi tag i kontaktuppgifter till sjukhuskuratorerna verksamma inom det andra barn- och ungdomssjukhuset. Totalt skickade vi ut mail gällande förfrågan om intervju till tio verksamma sjukhuskuratorer i södra Sverige, verksamma på två olika sjukhus. Totalt intervjuades sex sjukhuskuratorer, varav en kurator från ett sjukhus och fem kuratorer från ett andra.

Nedan följer en tabell med information om sjukhuskuratorerna. Då sjukhuskuratorernas riktiga namn inte ska användas har vi i stället valt att presentera varje kurator med en siffra utan inbördes ordning. Intervjupersonerna presenteras med en siffra mellan 1–6. Exempelvis Intervjuperson 1 vilket i citaten förkortas till IP-1.

Intervjuperson	Socionom (år)	Arbetat på nuvarande arbetsplats (år)	Intervjulängd (min)
IP-1	12	4	47
IP-2	2	1	46
IP-3	7	7	41
IP-4	18	5	38
IP-5	18	12	29
IP-6	10	1	37

Då en av oss tidigare har genomfört sin praktik på ett av sjukhusen och därmed har en etablerad kontakt med vissa sjukhuskuratorer kan detta ses som ett bekvämlighetsurval (Bryman 2018, s. 244f.). Att en av oss har en etablerad kontakt med vissa sjukhuskuratorer upplevde vi som främst fördelaktigt under intervjuerna. En etablerad kontakt hjälpte oss dels redan i första kontakten, då vi visste vem vi skulle vända oss till. Det kan även ha lett till att deltagandet blev högre eftersom kuratorerna kan ha upplevde det som att de gärna ville ställa upp och hjälpa till i den mån de kunde. Vi hade funderingar kring om dem redan etablerade kontakterna kunde påverka mötet negativt och att samtalet skulle kännas mindre professionellt. Utfallet upplevde vi snarare tvärtom. Under de intervjuer där etablerad kontakt fanns kändes klimatet öppet, ärligt och tillåtande redan från början. Detta ledde till att vi som intervjuare upplevde oss tryggare där etablerad kontakt fanns, vilket påverkade att vi kände oss lite lugnare och mer koncentrerade på det som sades i stunden i dessa intervjuer.

4.3 Genomförande av intervjuer

När vi fått svar på vilka sjukhuskuratorer som tackat ja till en intervju mailade vi ut ett informationsbrev till alla deltagare innehållande undersökningens syfte, konfidentialitetskravet, intervjuernas genomförande samt hur det insamlade materialet behandlas (Se bilaga 1). Innan vi började samtliga intervjuer tillfrågades sjukhuskuratorerna om samtycke till att bli inspelade (ljudinspelning via två telefoner). Alla sjukhuskuratorer samtyckte till inspelning och alla inspelningarna lyckades. Ljudinspelningarna lades över på en USB-sticka och raderas därefter från våra telefoner. Ljudinspelningen hjälpte oss att inte missa viktig information samt att vi inte behövde lägga fokus på att anteckna under intervjuerna.

Fyra av intervjuerna genomfördes på respektive kurators arbetsrum. Två av intervjuerna genomfördes via teams och zoom, efter sjukhuskuratorernas önskemål. Att ha en intervju över ett digitalt forum kan påverka samtalet till att bli mer formellt där Eriksson-Zetterquist och

Ahrne (2015, s. 44) även beskriver att en intervju i ett digitalt forum lämpar sig sämre när syftet är att fånga in intervjupersonens upplevelser. Vi tar med oss denna medvetenhet kring att de två digitala intervjuerna kan ha haft en påverkan, när vi granskar vårt empiriska material. Intervjuerna varierade mellan 29–47 minuter. Under två av de fysiska intervjuerna svarade en av oss för att hålla i intervjun, ställa frågor samt gå igenom informationsbrevet. Den andre svarade för att hålla koll på tiden, ljudinspelningen samt flikade in med följdfrågor. Under de andra två fysiska intervjuerna bytte vi roller. Detta arbetssätt fungerade väl då vi båda kände oss trygga med att ha den andra vid vår sida. Vi båda fick ta del av det som skulle bli vårt empiriska material direkt. Vi kände även att vi lärde oss av intervjuerna och genom varandra. Till exempel att ställa fler öppna frågor samt att använda ord som “berätta mer” för att få mer utvecklade svar. Den första intervjun behövde avbrytas efter 10 minuter, men kunde återupptas vid ett senare tillfälle. Detta medförde att vi hade en möjlighet att reflektera tillsammans över intervjuens första del samt lägga till en del följdfrågor som i annat fall hade missats.

Under dem två digitala intervjuerna blev en av oss sjuk och den andra fick därför ensam hålla i intervjuerna. Det blev svårare att hålla i intervjuerna själv eftersom fokus även låg på att hålla koll på praktiska detaljer såsom ljudinspelning och tidtagning. Vi funderade på om det hade varit möjligt att flytta fram intervjuerna till ett annat datum men detta kändes dumt då vi inte kände oss lojala mot sjukhuskuratorerna som hade avsatt sin tid för oss. Det hade även varit svårt att hitta en ny tid med kort varsel som passade oss alla tre. Vi ansåg att det var bättre att vi genomförde intervjuerna som planerat, trots den situation som uppstått. Vi meddelade även intervjupersonerna om situationen som gick med på omständigheterna.

4.4 Bearbetning och analys

Vi transkriberade intervjuerna i nära anslutning till att vi genomfört dem. Efter att intervjuerna transkriberats, anonymiserade vi materialet och tog bort namn, platser och annan information som skulle kunna kopplas till intervjupersonerna. Därefter började vi läsa igenom allt material flera gånger för att bli bekanta med det. Det empiriska materialet behöver sedan brytas ner för att kunna analyseras (Bryman 2018, s. 684). Enligt grundad teori kallas denna process kodning, där det insamlade materialet bryts ner i olika mönster och beståndsdelar (Bryman 2018, s. 688). Kodningen handlar om att etikettera, jämföra och särskilja materialet och kan göras med olika ingångar (ibid.). Kodningen var för oss en omfattande och svår process eftersom det ständigt gick att omvärdera både koderna och temana (Bryman 2018, s. 690). Det var från början svårt

att sortera upp koderna direkt i olika kategorier. Vi markerade därför allt vi ansåg vara av relevans med färgmarkörer, för att senare i processen dela upp dessa i olika teman. Ett tema kan beskrivas som en rubrik till flera olika koder (Bryman 2018, s. 702). Under kodningsprocessen gjorde vi ett kodningsschema för att lättare få en överblick över det kodade materialet. Med hjälp av kodningsschemat var det lättare att omplacera koderna. Vi behöll originaltranskriberingarna för att kontinuerligt kontrollera att vi inte tagit information utanför sitt sammanhang. När kodningsschemat var klart gick vi igenom det empiriska materialet en sista gång för att se om vi missat något. De teman som vi slutligen kom fram till är *plikt och motstånd*, *passar inte i kris* samt *oklara krav*. Exempel på koder som vi använt för temat plikt och motstånd är “någon jävel måste ju fråga” (IP-2), “minsta antydning eller misstanke så ställer jag ju frågan” (IP-1) och “jag måste ju orosanmäla”(IP-3).

4.5 Metodens tillförlitlighet

Reliabilitet- och validitetskriterier förutsätter att det är möjligt att komma fram till en enda absolut bild av den sociala verkligheten (Bryman 2018, s. 467). Dessa begrepp används i kvantitativa studier för att påvisa tillförlitlighet och att översätta dessa begrepp till kvalitativa undersökningar leder därför till svårigheter. Detta eftersom det inom kvalitativa undersökningar kan finnas flera beskrivningar av den sociala verklighet som avser att undersökas (ibid.). I detta avsnitt används istället begreppen *trovärdighet*, *överförbarhet*, *pålitlighet* och *möjlighet att styrka och konfirmera* för att resonera kring undersökningens tillförlitlighet.

För att skapa *trovärdighet* har vi diskuterat metodvalets förtjänster och begränsningar. Vi har varit transparenta och redogjort för vår forskningsprocess. Vi har även följt det etiska vetenskapliga principerna och fört en diskussion kring dessa (Vetenskapsrådet 2002). Resultatet i vår undersökning har begränsad *överförbarhet* eftersom undersökningen vänder sig till en förhållandevis liten grupp av sjukhuskuratorer inom en specifik kontext, barn- och ungdomssjukhus. Metodvalet syftar inte till att ge en generell bild som är applicerbar på alla sjukhuskuratorer, utan syftar till att fånga intervjupersonernas upplevelser. Ahrne och Svensson (2015, s. 26) menar att genom att studera flera liknande miljöer i samma studie, kan resultatet jämföras och därmed öppna upp för en generaliserbarhet. Vi valde att tillfråga sjukhuskuratorer verksamma inom två olika sjukhus och fick bara en intervjuperson från det ena sjukhuset. Hade vi fått ett mer jämlikt antal sjukhuskuratorer från respektive sjukhus, hade det varit intressant att jämföra resultaten med varandra för att se om det även fanns organisatoriska skillnader.

Därmed ska sägas att det går att jämföra även med endast en intervjuperson, däremot kan det vara svårare att tala om en överförbarhet i vår studie.

Gällande *pålitligheten* i kvalitativa undersökningar är metodredogörelsen av stor vikt för att undersökningsprocessen ska vara transparent och gå att följa (Bryman 2018, s. 468). I metodavsnittet har vi försökt att beskriva samt redogöra för både uppsatsprocessen och våra tankar, detta för att kunna granska dem i efterhand (ibid.). Vi har även haft kontakt med vår handledare som gett oss vägledning i processen samt gett oss feedback på texten med ett utomstående perspektiv.

Möjligheten att styrka och konfirmera handlar om att en medvetenhet har skapats kring objektivitet och dess förståelse (Bryman 2018, s. 468). Vi har i den mån det gått varit objektiva och försökt att bortse från våra personliga åsikter för att inte påverka resultatet. Även om vi har med oss en förståelse kring att det aldrig går att vara helt objektiva har vi genom att följa forskningsprinciperna gjort vårt bästa för att arbetet inte ska påverkas av våra personliga värderingar.

4.6 Etiska överväganden

De forskningsetiska principerna består av fyra huvudkrav att förhålla sig till i forskning (Vetenskapsrådet 2002). De fyra huvudkraven består av informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (ibid.). Det första huvudkravet handlar om *informationskravet* från den som forskar gentemot den som medverkar. Den som deltar ska få information gällande deltagarnas roll i undersökningen samt vilka villkor som gäller för den deltagande (Vetenskapsrådet 2002). När vi mailade ut förfrågan om deltagande för studien presenterades information om undersökningens syfte samt deltagarnas frivillighet. De sjukhuskuratorer som sedan valt att medverka i studien fick ytterligare information i informationsbrevet, där det även fanns kontaktuppgifter till oss studenter samt vår handledare. I början av samtliga intervjuer presenterade vi informationsbrevet muntligt, där vi poängterade deltagarnas frivillighet i undersökningen. Att de när som helst kan att avbryta sin medverkan utan att uppge anledning.

Det andra kravet är *samtyckeskravet* vilket syftar till att deltagarna själva bestämmer över sin medverkan (Vetenskapsrådet 2002). För att uppnå samtyckeskravet frågade vi efter

intervjupersonernas samtycke till att påbörja intervjuerna. Samtliga sjukhuskuratorer gav samtycke till att genomföra intervjuerna, vilket dokumenterades via ljudinspelning.

Det tredje kravet *konfidentialitetskravet* innebär att uppgifter om undersökningens deltagare ska ges konfidentialitet samt att personuppgifterna förvaras oåtkomligt för obehöriga (Vetenskapsrådet 2002). För att uppnå detta krav anonymiserade vi transkriberingarna. Att vi valt att lagra ljudfilerna från intervjuerna samt transkriberingarna på en USB-sticka under skrivprocessen är ytterligare ett sätt för oss att uppnå konfidentialitetskravet.

Det fjärde och sista kravet är *nyttjandekravet* och handlar om att det insamlade materialet endast kommer att användas för uppgiftens ändamål (Vetenskapsrådet 2002). Även information om att undersökningen endast syftar till att användas i uppsatsen, att resultatet presenteras på gruppnivå och inför handledare har beskrivits i informationsbrevet. Intervjupersonerna efterfrågade att ta del av den färdiga uppsatsen och vi kommer skicka uppsatsen på mail när den är inlämnad och godkänd.

5. Resultat & analys

I detta avsnitt presenteras och analyseras det insamlade materialet med hjälp av tidigare forskning samt vårt valda teoretiska perspektiv. Sjukhuskuratorerna har olika lång arbetserfarenhet på deras nuvarande arbetsplats, allt från ett år upp till över tio år. Vidare har sjukhuskuratorerna olika tidigare yrkeserfarenhet där vissa har arbetat inom barn- och ungdomssjukvården sedan tidigare eller inom annat socialt arbete. Materialet som vi fick fram från intervjuerna belyste flera olika intressanta aspekter och vi har därför fått sälla och valt ut relevanta delar. Nedan presenteras de tre mest framträdande teman från materialet som i sin tur ger svar på frågeställningarna. *Plikt och motstånd*, *passar inte i kris* och *oklara krav*.

5.1 Plikt och motstånd

Att vara sjukhuskurator handlar om att vara inkännande och empatisk samtidigt som det finns tydliga förpliktelser att förhålla sig till, då sjukhuskuratorn representerar en organisation. Detta beskrev sjukhuskuratorerna som ett återkommande dilemma. Alla intervjupersoner var eniga i att frågan om våld ska ställas i de fall då det framkommer indikationer eller tecken på våld, eller om patienten/anhöriga själv börjar berätta om våldsutsatthet. Dessa resonemang står i likhet med de allmänna råden enligt nationellt centrum för kvinnofrid (2022), utgivet av

Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4). Sjukhuskuratorerna frågar om våld i situationer då magkänslan säger att någonting inte stämmer. När en patient eller anhörig själv börjar berätta om våld skapas en öppning som flera av sjukhuskuratorerna upplever gör det lättare att ställa frågan om våld. Utifrån Vetlesen & Nortvedt (1994) kan detta liknas med att se, uppträda och bedöma situationen för ett beslutstagande. När sjukhuskuratorerna ser på situationen och upptäcker indikationer på våld gör de bedömningen att fråga. I likhet med Lundberg & Bergmarks (2021) resultat ställs inte frågan om våld i de fall när den professionella inte upplever att det känns relevant. Det visar på en dimension av att det är först när våldsproblematiken blir synlig och medvetandegörs för sjukhuskuratorn, som den finns. Intervjuperson 1 beskriver det på detta sätt.

Men jag tänker att minsta lilla antydning eller misstanke som jag får så ställer jag ju frågan.

(IP-1)

Detta kan konkretiseras med hjälp av Christoffersens begrepp etik och moral (2017). I de fall där det inte finns några tydliga indikationer på att våld förekommer, finns det inget tydligt uttryckt hjälpbehov för sjukhuskuratorn att uppmärksamma. När sjukhuskuratorn får kännedom om misstankar eller antydning om våld inryms det i pliktetiken, de måste uppfylla de professionsetiska kraven då hjälpbehovet kommit till uttryck. Intervjuperson 3 resonerar att det ligger svårigheter i att både ställa och inte ställa frågan, vilket kan kopplas till pliktetiken.

Hade inte patienten berättat för mig och jag hade misstänkt, så vet jag inte hur svårt det hade varit. Kanske hade det varit svårt. Men att det är svårt att inte göra det, eller att det är svårt att göra det, är två olika saker. Så svårt kommer det nog alltid att vara. Men att göra det, det är mer en plikt. (IP-3)

Även om det är svårt att göra en bedömning om frågan om våld ska ställas beskriver intervjuperson 3 att hen kan luta sig mot plikten. I likhet med Grimen (2005) frånskiljs egenintresset från professionens verkliga uppdrag. Alltså, att följa det som professionen säger är rätt och riktigt. Detta kan enligt Ruyter (2017) också beskrivas som en brist på självbestämmanderätt. Sjukhuskuratorn kan således lägga över ansvaret för den enskildes situation på professionen. Det är inte den enskilda sjukhuskuratorn som tar beslutet utan det är plikten och ansvaret som kommer från den professionella organisationen. Perspektivet som Nortvedt (2005) behandlar, att även förhållandet och relationen mellan klient och professionell

är viktigt, resonerar intervjuperson 6 kring. Bedömningen att ställa frågan om våld innebär att sjukhuskuratorn också behöver ta hänsyn till patienten/anhöriga och främja för deras bästa.

[...] att den frågan då blir lite konstig utifrån den kontakten som jag har eller så. Att jag liksom kanske skulle känna, att patienten eller föräldern skulle känna att, "va, vad är det här för fråga nu" liksom. Eh, men sen får man ju funderat att, ja vad är bäst om det nu skulle vara att det ändå finns någonting där. (IP-6)

Intervjuperson 6 intresserar sig mer för vad konsekvenserna av handlandet leder till för patienterna/anhöriga. Att handlandet ska leda till det bästa tänkbara resultatet för den enskilde, det som Christoffersen (2017) benämner konsekvensetik. Dessa två ovanstående citat visar på etikens komplexitet. Moralen, sjukhusuratorernas faktiska handlande som uppfattas rätt och riktigt, styrs av de etiska reglerna. Med utgångspunkt att intervjupersonerna handlar utefter två olika etiska regler kan bådas sätt att handla ses som rätt och riktigt. Däremot är professionsetik mer än bara de etiska reglerna. Professionsetik förutsätter att sjukhusuratorerna engagerar sig i varje enskild patient/anhörig och agerar utifrån förståelse, insikt och empati (Christoffersen 2017). På samma sätt resonerar intervjuperson 6 i citatet ovan, som tar hänsyn till patienten och föräldern. Även intervjuperson 5 resonerar kring plikten och konsekvenserna av handlandet.

Så att jag känner, alltså eh, just med våld, även om jag vet att det jag gör är viktigare, att hjälpa till, så blir jag också rädd att råka göra någonting [...] för att risken för våld, risken för dödligt våld ökar ju avsevärt när personen försöker lämna [...] det är en svår liksom balansgång där. Men det hindrar mig inte från att göra det jag ska, det är mer att jag känner att hotet på något sätt ökar. (IP-5)

Intervjuperson 5 talar om en rädsla för att patienten/anhörig kan råka illa ut till följd av sjukhuskuratorns handlande. Intervjupersonen visar på en förståelse för patienten/anhörig men väljer ändå att luta sig mot plikten om det skulle behövas. Citatet visar inte bara en rädsla för konsekvensen av sitt handlande hos den professionella, det skapar även en rädsla för att utföra sin plikt. Intervjupersonen beskriver att hen har en rädsla för att den anhöriga/patienten ska komma till skada om intervjupersonen utför sin plikt genom att aktualisera frågan om våld. Denna rädsla kan grundas i sjukhuskuratorns fackkunskap om uppbrottsprocessen. Sjukhuskuratorns tidigare kunskapsbakgrund gällande vad det finns för risker med att lämna en våldsam relation påverkar den etiska reflektionen för vilket beslut som tas (Christoffersen 2017). Även intervjuperson 4 ger en beskrivning av sin upplevelse att ställa frågan om våld.

Bekvämt och bekvämt men vi är för ovana vid det. Men i de lägen då jag gjort det har det inte känts obekvämt. Jag tänker väl mer att även om det känns obekvämt så skulle jag nog göra det ändå. (IP-4)

Enligt det etiska kravet besitter sjukhuskuratorerna en makt att ansvara för bästa möjliga beslut för den enskilda (Christoffersen 2017). I citatet ovan visar intervjuperson 4 på att inte handla utefter egen vinning, då hen tar ett beslut som kan skapa obehag hos hen själv. Samtidigt säger intervjupersonen att vid de tillfällen då hen ställt frågan har det inte känts obekvämt. Detta visar på att intervjuperson 4 har en inställning till att frågan om våld är obekvämt, vilket i sin tur kan komma att påverka huruvida frågan ställs i framtiden. Även om det finns allmänna riktlinjer som säger att sjukhuskuratorerna ska fråga om våld då indikationer framträder, är det svårt att klargöra vem som äger kravet på att fråga i övriga situationer, då indikationer inte är framträdande. Flertalet gånger under intervjuerna uttryckte sjukhuskuratorerna att frågan om våld är viktig och bör ställas oftare eftersom problematiken är vanligare än man tror. Det visar på att sjukhuskuratorerna har en medvetenhet i att våld i nära relationer är ett stort samhällsproblem i Sverige. En av intervjupersonerna beskriver att våld förekommer i alla familjekonstellationer och det kan vara svårt att upptäcka då det inte alltid går att se vem som utsätts för våld. Akademiskt primärvårdscentrums (Barimani & Elvin-Nowak 2022) statistik befäster att många våldsutsatta kvinnor faller mellan stolarna i kontakten med hälso- och sjukvården och får inte frågan om våldsutsatthet. Däremot skapas ett glapp i det etiska kravet. När det inte finns tydliga indikationer finns det inte heller något krav på att sjukhuskuratorerna ska ställa frågan om våld. Detta kan skapa en känsla av att det blir upp till var och en av sjukhuskuratorerna att ta bästa möjliga beslut för den enskilda om frågan ska ställas.

Pratt-Eriksson, Bergbom & Lyckhage (2014) konstaterar att personal inom hälso- och sjukvården behöver bli bättre på att upptäcka tecken på våld och erbjuda stödinsatser. Däremot framkommer det i Sun et al. (2021) att läkare inom primärvården inte upplever sig vara rätt yrkesprofession att hantera våld i nära relationer, utan att det ansvaret bör täckas av socialarbetare, då socialarbetares arbetsuppgifter innefattar psykosocial problematik. Samtidigt ger sjukhuskuratorerna i denna studie, en ambivalent beskrivning av att frågan om våld å ena sidan inte passar i deras verksamhet, å andra sidan måste inrymmas och få ta plats. Intervjuperson 2 beskriver ansvaret för att ställa frågan på detta sätt.

Nervöst, otäckt. Men nån jävel måste ju fråga. (IP-2)

Att frågan är otäck att ställa kommer att påverka i vilken grad det görs. Dessa känslor kan ha en grund i att det är utmanande att möta en person som utsätter andra för våld. Ytterligare en aspekt som intervjuperson 2 tar upp i nedanstående citat handlar om sjukhuskuratorns anmälningsskyldighet. Svärd (2017) ger en beskrivning av att sjukhuskuratorer är den yrkeskategori inom hälso- och sjukvården som gör flest orosanmälningar och samtidigt blir minst påverkade av sina egna känslor. Däremot beskriver intervjuperson 2 en viss hjälplöshet i att det föreligger förpliktelser i yrkesrollen, sett till allians och relation gentemot patient/anhörig.

Så har det hänt att de har ångrat sig i samma minut som de har sagt det, önskar att de inte alls hade sagt någonting då det blir så fruktansvärt stora konsekvenser. (IP-2)

Att den anhöriga i citatet ovan, ångrar att blotta sin våldsutsatthet skulle kunna ses som en brist på det Christoffersen (2017) kallar självbehärskning. I vanliga fall kan brist på självbehärskning räddas av den andras blyghet men i detta fall, då sjukhuskuratorn har en anmälningsskyldighet, kan sjukhuskuratorn inte blunda för den uppkomna informationen. Trots att den anhöriga ångrar sig behöver sjukhuskuratorn gå vidare med en anmälan till socialtjänsten, även om konsekvenserna för handlandet kan bli stora, betydande och påverka relationen dem emellan. Detta går att koppla till Christoffersens (2017) beskrivning av livsmodet. Då det framkommer information om våld, vilket sjukhuskuratorn behöver ta vidare, kan detta ses som en förankring till verkligheten. När denna situation uppstår är det av vikt att sjukhuskuratorn inger hopp med syfte att bibehålla livsmodet för den anhöriga.

Sjukhuskuratorernas förpliktelser gör att relationen mellan den professionella och patienter/anhöriga är särskilt viktigt att beakta, enligt Lundin et al. (2019). Christoffersen (2017) lyfter fram att socialarbetare kan tendera att vilja utforska och kartlägga en persons hela situation vilket kan leda till ett övertramp av integritetszonen. Intervjuperson 1 ger en beskrivning av att frågan om våld bör undvikas fram tills att det finns en starkare allians för att respektera patienten/anhörigas frihet.

Men, att har man alliansen så känns det naturligare att fråga och också att man kanske får ett svar där ungdomen faktiskt vågar berätta om det förekommer. (IP-1)

Här tar sjukhuskuratorns egna känslor vid. Sjukhuskuratorn upplever att det känns mer naturligt att ställa frågan om våld då det finns en allians med patienten. I detta citat går det att se en indikation som visar på övertramp av Løgstrops (1982) beskrivning av integritetszonen. Detta

genom att sjukhuskuratorn redan i förväg visar sig vilja bestämma att ungdomen först kommer att våga berätta om våld när alliansen är uppbyggd. Samtidigt kan denna försiktighet tolkas som att sjukhuskuratorn vill visa respekt och följsamhet gentemot ungdomen.

5.2 Passar inte i kris

Att ställa frågan om våld är komplext. Under intervjuerna framkom beskrivningar av flera hinder som gör att sjukhuskuratorerna upplever att det kan vara svårt att fråga patienter/anhöriga om våld. Ett hinder som var återkommande i alla intervjuer var att sjukhuskuratorerna ofta träffar flera personer i en familj samtidigt. Det kan handla om att de träffar föräldrar tillsammans eller föräldrar tillsammans med barn/syskon. Sjukhuskuratorerna beskriver att det blir problematiskt att ställa frågor om våld då flera personer i familjen närvarar eftersom den som utövar våldet kan befinna sig i rummet. Detta står i likhet med Beynon et al. (2012) resultat där läkare och sjuksköterskor upplever att en närvarande partner är ett hinder. Däremot berättar sjukhuskuratorerna att i de fall de bedömer att frågan om våld ändå behöver ställas, finns det möjlighet att skapa utrymme för att träffa en förälder eller ett barn själv. Det mest framträdande hindret som sjukhuskuratorerna beskriver är att patienter och anhöriga befinner sig i kris. Sjukhuskuratorerna möter till största del föräldrar till patienter, vilka befinner sig i den akuta krisfasen enligt Cullberg (2006). Intervjuperson 4 beskriver att det inte ses som en självklarhet att ställa frågan om våld.

Men kommer man hit till oss för att barnet har fått en sjukdom till exempel som är en kris för föräldrarna [...] det passar liksom inte in att fråga om våld i den situationen. (IP-4)

Intervjuperson 1 resonerar på ett liknande sätt.

Föräldrarna är i kris och gör allt för att hålla ihop, då känns, jag vet inte. Frågan känns fel att ställa, tycker jag. Om jag nu ska säga det rakt ut, alltså så. Det kommer inte riktigt in på ett naturligt sätt. (IP-1)

Att frågan inte tycks passa in i sammanhanget leder oss in på Christoffersens (2017) tankar om motiv som integritetszon. Sjukhuskuratorns bedömning att det inte passar att fråga om våld i en situation där föräldrarna befinner sig i kris skulle således kunna ses som ett respekterande av föräldrarnas integritetszon. Att undvika att inkräkta på ett område som inte är av förväntan för föräldrarna eller går utanför syftet med mötet, vilket i detta fall blir krisen av att barnet/ungdomen fått en diagnos. Sjukhuskuratorn har accessen till människors integritetszoner

utifrån sin yrkesroll och den makt det bär med sig. Sjukhuskuratorn beslutar i detta fall att inte gå över gränser till integritetszonen. Som Lundin et al. (2019) beskriver är sjukhuskuratorns roll att följa och beröra patientens psykosociala situation utifrån sjukdomsbilden. Således kan tolkas att sjukhuskuratorn bedömer att en fråga om våld blir för avlägsen och inte passar in i sammanhanget. Återkommande är i flera citat att sjukhuskuratorerna bestämmer att det inte passar in att ställa frågan om våld när patient/anhörig befinner sig i en kris. Detta kan ses som konsekvensetik (Christoffersen 2017), då sjukhuskuratorerna väljer att avstå från att fråga eftersom de upplever att det skulle leda till mer skada än nytta.

Man måste vara så extremt följsam i det. Det är föräldrar som söker kontakt därför att dem är, för att deras barn är svårt sjukt eller att deras barn har dött. Ja, i de situationerna, det är svårt för mig att ställa några andra frågor än att vara följsam i var de befinner sig just då. Jag kan inte ha en egen agenda. (IP-5)

Här beskriver intervjuperson 5 hur följsamheten blir viktig och att det kan vara svårt att behandla en fråga om våld, då intervjupersonen upplever sig inte vilja ta det utrymmet från anhöriga och patienter. Som Cullberg (2006) beskriver möter sjukhuspersonal oftast människor som befinner sig i chockfasen, som fått ett allvarligt diagnosbesked eller information om anhörigs död. Således blir sjukhuskuratorns uppdrag att möta patienten där hen befinner sig. Precis som intervjuperson 5 upplever finns det inget utrymme för en egen agenda. Intervjuperson 3 uttrycker sig på detta vis.

Möta människor i kris när de precis har fått en diagnos: Jag skulle bli utkastad! [...] Men klart jag tror, utifrån det jag kan om kris, finns våld i hemmet så är chansen att det utövas ännu mer om någonting traumatiskt händer. Man vet inte hur människor får utlopp för sin kris [...] det är svårt när man möter föräldrar efter diagnosbesked att fråga. (IP-3)

Att ställa frågan om våld till en person som befinner sig i kris upplevs vara svårt på flera olika sätt. I citatet ovan visar intervjuperson 3 på att frågan om våld till en person i kris inte anses som lämpligt. Intervjupersonens bedömning i att inte fråga om våld går att koppla till Christoffersens (2017) teori om de sex källorna för den professionellas omdömesförmåga. I detta fall kan den tredje källan för omdömet, praktik och yrkeserfarenhet, appliceras. Yrkeserfarenheten som intervjuperson 3 har är att våld kan bli värre när trauma uppstår. Att frågan inte ställs kan därför ses som motsägelsefullt eftersom intervjupersonen besitter yrkeserfarenhet som pekar på att trauma ökar risken för ökat våld. I den tidigare forskning som presenterats finns det ingenting som tyder på att en fråga om våld i ett krisförlopp skulle ge en

negativ påverkan på en patient eller anhörig. Att vara våldsutsatt kan också ses som att befinna sig i kris och utifrån Jewkes (2002) studie uppskattar våldsutsatta kvinnor att få frågor om våld och ser det som positivt. Däremot bör inte den professionellas kompetens och bedömning bortses från, gällande huruvida frågan ska ställas. Sjukhuskuratorn har en kunskap som inte går att lära sig genom endast teori, utan i detta fall har praktiserats i konkreta situationer. Bedömningen är baserad på klokhet och erfarenhet enligt Ruyter (2017). Detta beskriver Vetlesen och Nortvedt (1994) som se, uppträda och bedöma.

Utifrån Cullbergs (2006) beskrivning av chockfasen går det att förstå sjukhusuratorernas resonemang av att frågan inte är relevant, då patienten/anhörig befinner sig i chock. Patienten kan ha svårt för att förstå vad som sker under chockfasen och det är inte helt ovanligt att patienten har svårt att minnas denna fas i efterhand (ibid.). Dock beskrivs chockfasen vara ett tillstånd som pågår under maximalt ett par dygn. Sjukhusuratorer träffar anhöriga och patienter under både korta och långa perioder, där människor befinner sig i Cullbergs (2006) samtliga fyra faser. Att krisen skulle ses som ett hinder går att ifrågasättas utifrån det etiska kravet gällande att ta bästa möjliga beslut för den enskilda och inte handla utefter egen vinning (Christoffersen 2017). Frågan är om sjukhusuratorerna beskriver upplevelsorna av krisen som ett hinder som en form av undanflykt för att slippa ta hand om ytterligare krisarbete. Det kan också vara en undanflykt för att den professionella ska slippa egna obehagskänslor som citaten visar på kan uppstå. I de fall där sjukhuskuratorn upplever obehagskänslor kan beslut tas efter egen vinning och inte för den enskilda patienten/anhörigas bästa. Det intressanta är att frågan om våld verkar vara mycket känsligare att beröra jämfört med en kris som har grund i sjukdomsfall eller död. De kriser som sjukhusuratorerna möter dagligen, kopplat till medicinska orsaker, ligger i vana. När frågor om våld appliceras på den redan befintliga krisen hos patienter/anhöriga, upplever sjukhusuratorerna en krock. De ger beskrivningen av att inte vilja orsaka mer skada än vad som redan finns hos patienten/anhörig. Intervjuperson 4 beskriver denna dimension ur en annan synvinkel.

Så att man inte gör det värre för någon på något sätt. Sen tänker jag aldrig det här med att man aldrig ska väcka den björn som sover, jag tror inte på den tesen riktigt. Det som är det är [...] Jag tänker inte, att skulle man ställa en fråga så skulle det sätta igång någonting, så tänker inte jag faktiskt. Bättre att fråga, för det som väckts till liv finns ändå där. Då får man ta hand om det som kommer. (IP-4)

Intervjupersonen ger beskrivningen av att inte vara rädd för att frågan om våld ska leda till konsekvenser för patienten eller den anhöriga. Vidare beskriver intervjuperson 2 i nedanstående

citat, att frågan måste få ta plats. Det ger inte en lika framträdande bild av att krisen ses som ett hinder, eftersom det blir en självklarhet att frågan ska ges utrymme. Intervjuperson 2 påpekar vikten av att se till barnets bästa och familjeperspektivet. Detta visar på ett professionsetiskt övervägande enligt Christoffersen (2017), där barnets bästa kan ses trumfa krisen.

Den måste alltid ta plats. För att jag jobbar ju inte, jag kan ju inte bota medicinska åkommor. Jag kan inte ordinera mediciner, men mitt ansvar är ju att se till barnet. Hur har, vad har barn, vad lever barnet under för omständigheter? Hur ser barnets sociala miljö ut, hemmiljön, hur ser liksom allt det här. Så jag arbetar ju alltid utifrån ett familjeperspektiv liksom. (IP-2)

Ett utmärkande resultat är att intervjuperson 6 inte nämner krisen. Det fanns ingen fråga kopplad till krisen i vår intervjuguide, dock blev det ett framträdande tema i de andra fem intervjuerna. En aspekt i detta kan höra samman med att intervjuperson 6 ger beskrivningen av att aldrig varit den första professionella som har frågat patienter/anhöriga om våld.

Och faktiskt så tror jag inte att jag någonsin har hamnat i att jag liksom har varit den första kontakten där jag har känt oron eller att jag har blivit den första som har frågat liksom. (IP-6)

Huruvida det kommer sig att intervjuperson 6 aldrig behövt vara den första professionella som ställt frågan om våld går endast att spekulera i. En förklaring kan vara att sjukhuskuratorerna jobbar på olika avdelningar inom barnsjukvården och därmed kan det finnas särskilda bestämmelser för hur ett första möte ska se ut samt när sjukhuskuratorn tas in som profession. Som Svärd (2017) tar upp träffar inte sjukhuskuratorerna patienter i samma utsträckning som annan vårdpersonal, vilket också intervjuperson 6 senare nämner.

[...] för ofta är det ju andra personer som träffar patienten före mig och föräldrarna. Läkare, sjuksköterskor och undersköterskor. Det gör ju att, de ser ju ofta oron innan jag ser den, om det gäller slutna vård. (IP-6)

Detta kan ha grund i att det finns olika krav och riktlinjer på olika avdelningar, vilket för oss vidare på nästkommande avsnitt, oklara krav.

5.3 Oklara krav

När vi ställde frågan om huruvida det finns krav eller riktlinjer inom organisationen, gällande att ställa frågan om våld, upptäckte vi att det fanns variation i svaren. Flera av kuratorerna beskriver att det finns riktlinjer men har samtidigt svårt för att definiera vilka dessa är. En gemensam syn är att det inte finns specifika riktlinjer inom barn- och ungdomssjukvården.

Det finns, kanske pinsamt nu, men visst finns det för region X för våld i nära relationer ett handlingsprogram? Det finns ju ingenting som är riktat mot oss inom barnsjukvården i alla fall, det vet jag. (IP-1)

På liknande sätt beskriver intervjuperson 6 att det finns riktlinjer. Däremot ges ingen beskrivning på vilka dessa riktlinjer är. Även om det inte redogörs för specifika riktlinjer lyfts barnskyddsteamet upp som kan vara hjälpsamma i beslutstagandet gällande barns säkerhet. Intervjuperson 6 belyser även att frågan inte ställs i alla samtal utefter standardiserade metoder.

Jo, men det finns ju lite riktlinjer, absolut. Det gör det. Och vi har ju barnskyddsteamet just när det gäller barn och dem kan man ju alltid konsultera också. Så det gör det och just det här med, men inte standardiserat på det sättet, att det här ska ställas i alla samtal på det sättet så. Utan det är väl mer att man har sina, att det finns lite mer så här specifika riktlinjer [...] Men inget övergripande, så här ska alla göra, så. (IP-6)

Enligt Christoffersen (2017) syftar konventioner och rutiner till att arbetsplatsen har tydliga rutiner för hur saker ska göras. Enligt sjukhuskuratorerna finns det inga tydliga konventioner och rutiner inom barn- och ungdomssjukvården. Å ena sidan kan detta skapa otydlighet och förvirring för hur sjukhuskuratorerna bör handla. Å andra sidan skapar detta en stor handlingsfrihet och förmåga att vara etisk försvarbar, eftersom det finns ett stort förtroende från organisationen till den professionellas bedömning (Ruyter 2017). Nedan redogör intervjuperson 2 för att hen inte upplever att det finns några organisatoriska krav gällande om frågan om våld ska ställas.

Nä, det skulle jag inte säga. Jag tror att det lämnas väldigt stor tilltro till att vi gör vårt jobb liksom. (IP-2)

Här skiljer sig sjukhuskuratorernas upplevelser åt, trots att de arbetar på samma arbetsplats. Det gör det tydligt att det inte finns någon samsyn gällande om det finns organisatoriska krav eller inte. En annan intressant aspekt i detta är att ingen av sjukhuskuratorerna hänvisar till de föreskrifter och allmänna råd utgivna av Socialstyrelsen (SOSFS 2014:4) som beskriver vårdgivarens ansvar gällande frågan om våld. Beynon et al. (2012) studie visar på att professionella verktyg och policys skapade möjligheter för att ställa frågan om våld för hälso- och sjukvårdspersonal. Intervjuperson 5 upplever sig sakna tydliga rutiner och policys för huruvida frågan om våld ska ställas.

[...] ska det göras så får det också göras med en struktur, eftersom det kan inte vara så att det åligger var och en inom sjukvården att alltid ställa frågan.

[...] Det är kanske så att det hade behövt lyftas på en annan nivå, det hade behövts tydligare diskussioner och tydligare kunskap kring det. Det är därför jag är så glad också för att ni skriver den här uppsatsen [...] Att jag kan ingenting om det här. Jag skulle vilja veta mer om vad som är rimligt, vad är verkningsfullt. (IP-5)

Intervjupersonen beskriver dimensionen av att brist på organisatorisk struktur och därmed ökat egenansvar leder till osäkerhet och frustration. Intervjupersonen efterfrågar mer kunskap och stöttning från organisatoriskt håll. Under intervjun förs en reflektion kring för och motargument gällande om frågan om våld ska ställas. Utifrån Christoffersen (2017) handlar professionsetiken om att överväga vad som är det mest lämpliga handlandet i stunden. Eftersom det finns tvetydiga krav från organisationen blir också yrkesrollen oklar. Intervjupersonen ger beskrivningen av att det inte finns någon given aktör som äger det etiska kravet, enligt Christoffersen (2017). Intervjuperson 5 syftar på att det etiska kravet även bör komma från organisatoriskt håll, samtidigt som hen visar på att det finns ett egenansvar. Teori tillsammans med praktik är det som skapar omdömesförmågan (Christoffersen 2017). Bristen på fackkunskap, som en av omdömet källor, gör det svårare att fatta beslut om frågan om våld ska ställas. I likhet med Jewkes (2002) blir bristande kunskap en hindrande faktor för att ställa frågan. Till skillnad från intervjuperson 5, uttrycker intervjuperson 1, att tydligare organisatoriska krav inte skulle underlätta bedömningen i att ställa frågan om våld.

Nja, nej, asså jag vet inte. Det är frågan vad som skulle kunna, organisatoriskt, skulle kunna hjälpa. (IP-1)

Det går inte att klart och tydligt konstatera vem som egentligen bär ansvaret för bedömningen, i likhet med det Christoffersen (2017) belyser i det etiska kravet. Sjukhusкурatorerna upplever att de kan diskutera frågan kollegor emellan, om våld i de situationer då det uppstår. Detta beskrivs dock inte göras i stor utsträckning.

Vi pratar ju sällan om det här, förutom när vi får in barn som är utsatta för våld i olika situationer, eller där det framkommer på det sättet [...] Nä, det borde vi egentligen prata mer kring. (IP-4)

Flera sjukhusкурatorer uttrycker en fundersamhet i att de kanske borde diskutera frågan om våld i större utsträckning i arbetsgruppen. Vidare berättade intervjuperson 4 att verksamheten

nyligen gått med i ett nätverk för våld i nära relationer. Delaktigheten i nätverket beskrevs ha skapat reflektion för hur verksamheten tar sig an frågan om våld.

6. Slutdiskussion

6.1 Sammanfattning av resultat

Syftet med studien var att undersöka sjukhuskuratorers upplevelser av att ställa frågan om våld i nära relationer, i mötet med anhöriga och patienter. Vi har genomfört intervjuer med yrkesverksamma sjukhuskuratorer inom barn- och ungdomssjukvården som beskrivit sina upplevelser, hur de arbetar med frågan om våld i nära relationer samt att frågan om våld är komplex i denna verksamhet. Resultatet visar att sjukhuskuratorerna tycker att frågan om våld är viktig och bör ställas oftare samtidigt som frågan upplevs vara nervös, otäck, och obekvämt att ställa. Det första temat som behandlar studiens första frågeställning, *plikt och motstånd*, visar på att det finns ett motstånd mot att genomföra sin plikt, alltså att ställa frågan om våld. Samtliga intervjupersoner var eniga om att frågan om våld ska ställas när det finns indikationer eller tecken på våld. I de fallen patient/anhörig själv nämner tecken på våld skapas en öppning, vilket sjukhuskuratorerna upplever gör det lättare att ställa frågan. Sjukhuskuratorernas förpliktelser kan således stå för det som kallas för pliktetik. När våldet syns, då finns det. Att fråga om våld blir då en självklarhet. Sjukhuskuratorerna beskriver anmälningsskyldigheten som en tydlig förpliktelse. Således läggs ansvaret över på organisationen. Det komplexa blir när bedömningen hamnar i en gråzon där det inte finns tydliga tecken eller indikationer på våld. I de fall när det inte finns tydliga indikationer eller tecken på våld går det inte att luta sig mot plikten, eftersom organisationen inte längre ger svar på hur sjukhuskuratorn ska agera. Därmed blir det upp till sjukhuskuratorn att bedöma när eller om frågan bör ställas.

Temat *passar inte kris* behandlar den andra frågeställningen i studien. Sjukhuskuratorerna beskriver flera hinder som försvårar att frågan ställs till patient/anhörig. Ofta träffar kuratorn flera familjemedlemmar samtidigt och en förutsättning för att ställa frågan är att det sker i enrum. Det mest framträdande hindret är att familjer som kuratorerna träffar befinner sig i kris. I dessa situationer bedömer sjukhuskuratorerna att frågan inte anses lämplig att ställa eller känns avlägsen. Detta kan således kopplas till konsekvensetiken, att sjukhuskuratorer upplever att frågan om våld kan leda till mer skada än nytta.

Det tredje temat, *oklara krav*, behandlar den sista frågeställningen om organisationens krav. En del av kuratorerna uppger att det finns riktlinjer men har svårt för att specificera och definiera dem. Det kan handla om kuratorernas okunskap eller otydlighet från organisationen. Somliga sjukhuskuratorer ser det som fördelaktigt med förtroende från organisationen, medan andra blir osäkra då det leder till ett ökat egenansvar. Kuratorn, som själv representerar ett av sjukhusen, efterfrågar mer organisatorisk stöttning, samt mer forskning när det gäller att ställa frågan om våld. Även om det är otydligt i vilken utsträckning sjukhuskuratorerna faktiskt ska ställa frågan om våld, känner de ett stort ansvar för frågan.

6.2 Allmän diskussion

Vi har under studiens gång upplevt att det varit svårt att kategorisera sjukhuskuratorernas upplevelser till specifika teman, eftersom dessa lätt överlappar varandra. Vår upplevelse är att sista temat i analysen vilket behandlar den tredje frågeställningen, oklara krav, var svårare för oss att arbeta med än de andra två temana. Detta har troligtvis en grund i att sjukhuskuratorerna upplever att de organisatoriska kraven är oklara, vilket gör att materialet blir svårtolkat. I intervjuguiden finns en fråga där vi bad sjukhuskuratorerna beskriva ett specifikt fall kopplat till frågan om våld i nära relationer. Denna fråga fungerade inte lika bra som vi hade tänkt, då vi fick ut mer generella svar än specifika beskrivningar på fall. Vi valde därför att inte ta med detta som ett resultat i studien.

När upplever sjukhuskuratorerna motstånd i att genomföra sin plikt och när väljer de att ändå utföra plikten, trots att motståndet finns? Hos vissa sjukhuskuratorer råder en rädsla för att patienten ska komma till skada till följd av frågan om våld. Detta i sin tur påverkar utfallet om frågan ställs eller inte och kommer således påverka patienten/anhörig. Att vara medveten om vad frågan kan leda till för konsekvenser är givetvis en förutsättning. Däremot kan det bli riskabelt om sjukhuskuratorns egen rädsla leder till att frågan inte ställs, vilket i sin tur inte främjar upptäckandet av våld. Vi blev förvånade över hur mycket reflektion som väcktes hos sjukhuskuratorerna i samtliga intervjuer. Flera av sjukhuskuratorerna uttryckte att detta är ett ämne som de tidigare inte funderat särskilt mycket kring och som skapat nya tankegångar för vidare diskussioner. Samtliga intervjupersoner uttryckte vikten av frågan, samtidigt som det bekräftade att frågan är svår att ställa. Vi upplevde att sjukhuskuratorerna var engagerade i respektive intervju samt visade nyfikenhet kring kollegornas resonemang och studiens resultat. Nyfikenheten kring kollegornas resonemang kan visa på att kuratorerna inte diskuterar ämnet i större utsträckning inom arbetsgruppen.

Vi blir nyfikna på varför våldet anses vara svårare för sjukhusuratorerna att beröra i kombination med krisarbetet, i jämförelse med andra problemområden. Det verkar inte finnas lika stort motstånd i att beröra andra frågor i kombination med krisarbetet, såsom missbruksproblematik eller ekonomiska svårigheter. Å ena sidan är det förståeligt att frågan inte alltid är lämplig att ställa under den mest akuta krisen. Å andra sidan finns det ur forskningssynpunkt inget som direkt motiverar att frågan inte bör ställas. Det bör dock inte likställas med att avsaknad av evidens gör det fritt fram att fråga. Frågan är om sjukhusuratorerna är den mest lämpliga yrkesprofessionen inom hälso- och sjukvården för att ställa frågan om våld eller är talet om kris en undanflykt för att själv slippa ta hand om problematiken? Däremot poängterar sjukhusuratorerna att frågan måste få ta plats även om det kan vara svårt. Våld i nära relationer försvinner inte bara för att barnet eller ungdomen blir inlagd på sjukhus.

Eftersom vem som helst kan utsättas för våld i en nära relation valde vi att inte definiera den våldsutsatta eller den som utsätter annan för våld utifrån kön eller ålder i intervjufrågorna. Detta gav sjukhusuratorerna utrymme att själva definiera vem som blir utsatt och vem som utsätter någon annan för våld i nära relationer. Däremot var köns- och åldersperspektivet inte särskilt framträdande i materialet och presenteras därför inte i denna studie. Dock uppmärksammades en maktaspekt kopplad till genus. Det finns fler kvinnliga sjukhusuratorer och det finns fler män som utövar våld mot kvinnor i nära relation. Vi upptäckte att det kan skapa viss rädsla och motstånd när den kvinnliga sjukhusuratoren behöver konfrontera en manlig våldsutövare. Denna aspekt skulle kunna utgöra ytterligare ett hinder för sjukhusuratoren att ställa frågan om våld. Vi tycker att detta är intresseväckande och hade därför velat undersöka området vidare.

Sjukhusuratorernas handlande motiveras olika beroende på vilket etiskt perspektiv som anläggs. Således kan både pliktetiken och konsekvensetiken motivera när och om sjukhusuratorerna bör ställa frågan om våld. När det handlar om professionsetik går det inte endast att luta sig tryggt mot plikt- och konsekvensetik, utan en tredje aspekt måste tas i beaktning: den enskilda människans situation. Sjukhusuratorns roll är att vara följsam i mötet med patienter/anhöriga och professionsetiken klargör att bedömningen handlar om att se till varje enskild person. Det är omöjligt för oss att dra slutsatser om hur en patient/anhörig upplever att få en fråga om våld i en krissituation och det är inte heller studiens syfte att ta reda på. Slutligen kan vi konstatera att frågan kommer att förbli komplex. Sjukhusuratorerna säger att det inte passar att ställa frågan i deras verksamhet och att det är svårt att hitta rätt tillfälle. Frågan

vi ställer oss är om det finns ett rätt tillfälle eller om det snarare handlar om den enskilda sjukhuskuratorns motstånd?

7. Referenslista

- Akademikerförbundet SSR. Kurator inom hälso- och sjukvården.
[<https://akademssr.se/yrkesfragor/socionom/kurator-inom-halso-och-sjukvard>] Hämtat: 2022-04-29
- Barimani, Mia & Elvin-Nowak, Ylva (2022) *Jag visste inte att vården kunde hjälpa mig. Om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm*. Stockholm: Akademiskt primärvårdscentrum
- Beynon et al (2012) Why physicians and nurses ask (or don't) about partner violence: a qualitative analysis, *BMC Public Health* 12:473
- Bradbury-Jones C, Duncan F, Kroll T, Moy M, Taylor J. Improving the health care of women living with domestic abuse. *Nursing standard* (Royal College of Nursing (Great Britain) : 1987). 2011;25(43):35.
- Bryman, Alan (2018) *Samhällsvetenskapliga metoder*. Tredje upplagan Stockholm: Liber
- Brå (2014) Brott i nära relationer, en nationell kartläggning. Rapport 2014:8.
[https://bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf] Hämtat: 2022-04-17
- Brå (2022) Våld i nära relationer. [<https://bra.se/statistik/statistik-utifran-brottstyper/vald-i-nara-relationer.html>] Hämtat: 2022-04-17
- Christoffersen, Svein Aage (2017) Integritetszonen - gränser och övergrepp I: Svein Aage, Christoffersen (red) *Professionsetik*, andra upplagan, Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Christoffersen, Svein Aage (2017) Professioner och professionsetik - vad är det? I: Svein Aage, Christoffersen (red) *Professionsetik*, andra upplagan, Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Christoffersen, Svein Aage (2017) Professionsetik som omdömesförmåga I: Svein Aage, Christoffersen (red) *Professionsetik*, andra upplagan, Malmö: Gleerups Utbildning AB.
- Cullberg, Johan (2006). *Kris och utveckling*. 5. omarb. och utök. utg. Stockholm: Natur och kultur
- Davis, Cindy, Milosevic, Biljana, Baldry, Eileen & Walsh Anne (2005) Defining the role of the hospital social worker in Australia Part 2 A qualitative approach, *International Social Work*, Vol 48, No.3, ss 289–299.
- Downie, Samantha, Madden, Kim, Bhandari, Mohit & Jariwala Arpit (2019) A prospective questionnaire-based study on staff awareness of intimate partner violence (IPV) in orthopaedic trauma patients, *The Surgeon*, Vol 17, No.4, ss 207-214.
- Eriksson-Zetterquist, Ulla & Ahrne, Göran (2015) Intervjuer. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber.
- Grimen, H. (2005). *Profesjonsetikken sitt grunnlag*. SPS arbeidsnotater:
[www.hio.no/content/view/full/32474.] Hämtat: 2022-05-02
- Jewkes, Rachel (2002) Preventing Domestic Violence: Most Women Welcome Inquiries, But Doctors And Nurses Rarely Ask About It, *British Medical Journal* Vol. 324, No. 7332 pp. 253–254.
- Lilliehorn, Sara, Isakson, Joakim & Salander, Pär (2019) What does an oncology social worker deal with in patient consultations? - An empirical study, *Social Work in Health Care*, Vol. 58, No. 5, ss. 494–508.

Lundberg, Lisa & Bergmark Åke (2021) Self-perceived competence and willingness to ask about intimate partner violence among Swedish social workers, *European Journal of Social Work*, Vol. 24, No. 2, ss.189–200.

Lundin, Annika, Benkel, Inger, Neergaard, Gerd de, Johansson, Britt-Marie & Öhrling, Charlotta (2019). *Kurator inom hälso- och sjukvård*. Tredje upplagan Lund: Studentlitteratur.

Løgstrup, K.E. (1982). *System og Symbol*. Köpenhamn: Gyldendal.

Molander, Anders & Terum, Lars Inge red. (2008), *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2022) Att ställa frågor om våld.

[<https://nck.uu.se/kunskapsbanken/webbstod-for-varden/att-stalla-fragor-om-vald>] Hämtat: 2022-04-17.

Nationellt centrum för kvinnofrid (2022) Hälso- och sjukvårdens ansvar.

[<https://www.nck.uu.se/kunskapsbanken/amnesguider/halso-och-sjukvardens-ansvar/halso--och-sjukvardens-ansvar/>] Hämtat: 2022-05-04.

Nortvedt, P. (2005). *Profesjonsetikkens grunnlag*. SPS arbeidsnotater:

[www.hio.no/content/view/full/34782] Hämtat: 2022-05-02

Pahn, Jihyon & Yang, Youngran (2021) Behavioral problems in the children of women who are victims of intimate partner violence, *Public health nursing*, Vol 38, No 6 ss. 953–962.

Pratt-Eriksson, Darcia, Bergbom, Ingegerd & Lyckhage, Elisabeth D. (2014) Don't ask don't tell: Battered women living in Sweden encounter with healthcare personnel and their experience of the care given, *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Vol. 9, ss. 1–7.

Ruyter, Knut W. (2017) Dygdernas oumbärlighet - en utmaning för yrkesutbildningarna I: Svein Aage, Christoffersen (red) *Professionsetik*, andra upplagan, Malmö: Gleerups Utbildning AB.

SFS nr: 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*.

Socialstyrelsen (2014) Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer.[<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>] Hämtat: 2022-05-04

Socialstyrelsen (2018) *Frågor om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder*. Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2019) Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer.

[<https://www.socialstyrelsen.se/kunskapsstod-och-regler/omraden/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/upptacka-vald/>] Hämtat: 2022-04-27

Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N.K. & Bhandari, M. (2012). Barriers to screening for intimate partner violence. *Women & Health*, 6(52), 587–605.

Sun, Kai Sun, Lam, Tai Pong, Piterman, Leon, Lam, Kwok Fai, Tang, Wai Sin, Kwok, Kit Wing, Chan, Hoi Yan, Wu, Dan & Tiwari, Agnes (2021). Management of Domestic Violence by Primary Care Physicians in Hong Kong: Association With Barriers, Attitudes, Training, and Practice Background. *Journal of Interpersonal Violence*. Vol. 36 (19–20) 9623–9647.

Sundborg, E. M., Saleh-Stattin, N., Wändell, P. & Törnkvist, L. (2012). Nurses' preparedness to care for women exposed to Intimate partner violence: a quantitative study in primary health care. *BMC Nursing*, 1(11), 1–11.

Svensson, Peter & Ahrne, Göran (2015) Att designa ett kvalitativt forskningsprojekt. I: Ahrne, Göran & Svensson, Peter (red.) *Handbok i kvalitativa metoder*. Andra uppl. Stockholm: Liber.

Svärd, Veronica (2017) "Why don't they Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child care in practice*. Vol. 23, No. 4, 342–355.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer: inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*, Stockholm: Vetenskapsrådet.

Vetlesen, A.J. & Nortvedt, P. (1994). *Følelser og moral*. Oslo: Ad Notam Gyldendal. Wyller, T. (2001). Hva skal vi gjøre for / med / hos Jenny? I: P. Repstad & A. Ryen (red.), *Verneverdig. Barnevern, forskning og etikk*. Bergen: Fagbokforlaget.

Wörmann, Xenia, Wilmes, Sandra, Seifert, Dragana & Anders, Sven (2021) Male as victims of intimate partner violence - result from a clinical-forensic medical examination centre. *International Journal of Legal Medicine*. Vol 135, No 5, ss. 2107–2115.

8. Bilagor

Bilaga 1



LUNDS
UNIVERSITET

Informationsbrev om kandidatuppsats

Samhällsvetenskapliga fakulteten, Socialhögskolan
Socionomprogrammet

Hej!

Tack för att du valt att dela i vår studie. Här kommer lite information om uppsatsen, konfidentialitet och frivilligt deltagande.

Syftet med undersökningen

Våld i nära relationer är idag ett utbrett samhällsproblem i Sverige. Tidigare forskning baseras främst på läkare och sjuksköterskors bedömningar där det framkommer att det är svårt att ställa frågor om våld till patienter och anhöriga. Syftet med denna studie är att undersöka sjukhuskuratorers bedömning gällande att fråga eller inte fråga patienter och anhöriga om våld.

Intervjuernas genomförande

Vi kommer båda två att medverka under samtliga intervjuer. Vi räknar med att intervjuerna tar ca 1 timme. Intervjuerna kommer att spelas in (ljudinspelning).

Hur behandlas det insamlade materialet?

Intervjuerna kommer att transkriberas samt bearbetas för att sedan presenteras i en kandidatuppsats i socialt arbete. Intervjuerna anonymiseras och kommer därför inte kunna kopplas till dig som enskild individ. Efter att uppsatsen är godkänd och publicerad kommer det inspelade materialet och transkriberingarna att raderas. Ditt deltagande för denna studien är **frivillig** och du kan när som helst välja att avbryta ditt deltagande.

Studenter:

Ida Fors & Malin Engström
Socionomprogrammet
Lunds Universitet
id7410fo-s@student.lu.se
ma3526en-s@student.lu.se

Handledare:

Jan Magnusson
Universitetslektor, Docent
FD i socialt arbete
Tel: +46 46 222 31 61
jan.magnusson@soch.lu.se

Bilaga 2

Intervjuguide

Informera om intervjuens syfte, användning, samtycke samt sekretess.

Hur länge har du varit socionom?

Hur länge har du varit på den här arbetsplatsen?

Vilken målgrupp möter du i ditt arbete?

Hur känner du inför att fråga om våld i din yrkesroll?

Berätta om ett fall där du gjort en avvägning om att ställa frågan om våld eller inte i mötet med patient/anhörig.

Vad är det som får dig att ta steget att ställa frågan om våld?

Vad är det som bromsar dig att ställa frågan om våld?

Hur påverkar situationen i rummet att du frågar eller inte frågar om våld?

Hur upplever du att den kollegiala synen på arbetsplatser ser ut gällande att fråga eller inte fråga?

Hur upplever du att organisationen ställer sig till att ställa frågan om våld?