

Camilla Starck, ST-läkare Praktikertjänst

Utmaningar med journal via nätet för patienter som lever i hederskontext

En kartläggning av medvetenheten om risker efter införande av journal via nätet
bland vårdpersonal i Stockholms län.

Handledare: Sofie Bäärnhielm MD PhD, Marie Dahlin MD, PhD
Stockholm 2019-03-18

Innehållsförteckning

Sammanfattning	2
Bakgrund	3
Hedersvåldets karaktär	3
Omfattning och uttryck av det hedersrelaterade våldet i Sverige	3
Hälso- och sjukvårdens roll	4
Journalåtkomst via nätet	4
Frågeställning	5
Metod	6
Enkätstudie	6
Design och enkät	6
Datainsamling	6
Analys	7
Intervjustudie	8
Deltagare	8
Material och dataanalys	8
Etiska överväganden	9
Resultat	10
Resultat av enkätstudien	10
Vad är hedersrelaterat våld- och förtryck?	11
Hur vanligt är hedersrelaterat våld- och förtryck?	11
Risker med graviditetstest	12
Risker med anamnesuppgifter	12
Hur medvetet har jag journalfört sedan införandet av journal via nätet?	13
Resultat av intervjustudien	15
Indikatorer på låg medvetenhet	15
Patientosäkert	17
Personlig erfarenhet avgör handläggning	18
Föreställningar om andras medvetenhet	20
Lösningar	20
Diskussion	22
Referenser	25

Sammanfattning

Hedersrelaterat våld- och förtryck är ett samhällsproblem som uppmärksammats allt mer senare år och flera kartläggningar har gjorts av förekomsten i Sverige. Hederskulturen är ett normsystem där kvinnans sexualitet är släktens angelägenhet och homosexualitet är förbjudet. Om en individ bryter mot släktens normer kan följden bli ökad kontroll, hot och i värsta fall grovt våld. Utövandet av kontroll i de utsattas liv har visat sig kunna omfatta kontroll via mail, sociala medier och spårningstjänster via telefon. Då patienter i Sverige har tillgång till sin patientjournal via internet med hjälp av e-legitimation kan man anta att det finns en risk att information som rör patienters hälsa kommer anhöriga tillhanda med eller utan tvång eller hot i hemmet. Medvetenheten och kunskapen om hedersrelaterat våld och förtryck bland vårdpersonal har därför en avgörande betydelse för att utsatthet ska upptäckas och åtgärder vidtas som att spärra journal via nätet eller använda dolda sökord för känslig information. Detta för att patienterna ska våga söka sig till vården.

Den här pilotstudien syftar i att undersöka vårdpersonalens medvetenhet om riskerna med journal via nätet för denna grupp patienter. Studien består av två delstudier. Den ena delstudien är kvalitativ där vårdpersonal verksamma inom olika områden intervjuas om sin medvetenhet och sitt sätt att tänka kring hedersrelaterat våld- och förtryck i patientarbetet, särskilt gällande journalföringen. Den andra delstudien är en kvantitativ tvärsnittsstudie där en informativ enkät utformats och distribuerats inom somatisk akutvård, psykiatrisk akutvård, på en primärvårdsmottagning och på en kvinnoklinik.

Studien ger indikation om att kunskapen bland vårdpersonal är låg gällande vilken information som kan behöva vara dold för journalåtkomst via nätet. Studien indikerar också att graviditetstest och andra känsliga anamnesuppgifter ofta journalförs utan att först utesluta denna problematik. Vårdpersonalen i studien har en basal kunskap om vad hedersrelaterat våld och förtryck är men denna kunskap tycks i låg grad användas i det kliniska arbetet. Studien påvisar brister i utbildningsinsatser och rutiner kring denna patientgrupp inom vården, i synnerhet gällande hur man dokumenterar i journalen.

Sammanfattningsvis betonas vikten av närmare kartläggningar och åtgärder gällande den problematik som i studien är tydlig för att personer utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck ska våga vända sig till sjukvården.

Bakgrund

Hedersvåldets karaktär

Hederskulturen har sin rot i starkt patriarkala och klanstrukturella samhällen och förekommer i flera religioner och kulturer (1). Hedern är i det här fallet knuten till de kvinnliga familjemedlemmarnas kyskhet och anständighet som måste bevaras för att familjen och släkten inte ska "förlora ansiktet". Flickan förväntas vara oskuld vid äktenskapet och pojken måste gifta sig med en oskuld (2,3). I vårt samhälle innebär hedersnormer en kulturell krock mellan individens fri- och rättigheter och kollektivets inskränkningar av dessa där den som utsätts begränsas i fråga om grundläggande livsval, umgänge och sexualitet. Individens intressen är underordnade familjens intressen, sexuella relationer är endast tillåtna mellan man och kvinna inom äktenskapet och individens anseende påverkar hela familjens anseende. Inom hederskulturen tillåts inte den unga ha en integritet då information rörande sex och relationer är familjens angelägenhet. Om den utsatta bryter mot kollektivets normer kan följderna bli drastiska och ta sig uttryck i hårdare kontroll, hot, våld eller i värsta fall mord (4).

Det är kollektiva mekanismer som sanktionerar och normaliserar hedersvåldet, där den som stöder eller utövar våldet på samma gång kan vara drabbad av det. Både flickor/kvinnor och pojkar/män kan vara utsatta och utövare. I synnerhet har pojkars- och mäns dubbla roller som offer och förövare betonats (5, 6, 7). HBTQ-personer samt personer med intellektuell funktionsnedsättning är i sammanhanget att betrakta som särskilt utsatta (8).

Omfattning och uttryck av det hedersrelaterade våldet i Sverige

Det finns starka indicier på att det hedersrelaterade våldet ökar i Sverige, bland annat enligt Länsstyrelsen Östergötland som har nationellt uppdrag att samordna arbetet mot hedersrelaterat våld och förtryck (9). Omfattningen av det hedersrelaterade våldet- och förtrycket har kartlagts i flera kvalificerade studier senare år. Ungdomsstyrelsen (nuvarande MUCF) uppskattade 2009 att närmare tolv procent, 70 000 personer, i åldersgruppen 16–25 år utsattes för begränsning avseende vem de skulle gifta sig med (7). Regeringens samordnare mot våld- i nära relationer uppskattade 2014 att ca 100 000 unga växte upp med begränsningar, kontroll och i vissa fall hot och våld i hederns namn (4). I enkätundersökningen Ung08 som genomfördes bland 2300 skolungdomar i åk 9 på 36 skolor i Stockholms stad 2008 uppgav 23% av flickorna att de inte tilläts ha pojkvän och måste vara oskuld vid bröllop. 16% av flickorna svarade dessutom att föräldrarna bestämde vem de skulle gifta sig med och att de inte fick vara vänner med pojkar. 11% fick inte heller delta i sexualkunskap/simning eller välja sin fritid. 7% av flickorna och 3% av pojkarna i studien utsattes för hot och våld i ett hedersrelaterat sammanhang (5). I en nylig kartläggning bland 6000 unga i åk 9 i Stockholm, Göteborg och Malmö levde respektive 10, 13 och 20% av ungdomarna med oskuldsnormer, dvs de svarade att de måste vara oskuld innan äktenskap och att de inte får ha en villkorslös kärleksrelation. I de tre städerna levde mellan 7-9 % av de unga med våldsnormer i en hedersrelaterad kontext (10).

Hälso- och sjukvårdens roll

Under senare år har betydelsen av särskilda insatser inom socialtjänst, rättsväsende och hälso- och sjukvård betonats avseende den del av befolkningen som är utsatta för hedersrelaterat våld- och förtryck (11). Det finns indikatorer på att hälso- och sjukvården här hamnat efter. Detta trots att hälso- och sjukvården är det samhällsorgan som kommer i kontakt med flest våldsutsatta personer (12). Vid en undersökning på skyddade boenden för unga hedersvåldsutsatta visade sig hälso- och sjukvården vara den part som var mest frånvarande i samverkan kring de utsatta. Orsaken till detta föreslogs vara bristande medvetenhet inom hälso- och sjukvården om verksamheternas roll och ansvar i förhållande till målgruppen (13). Det förväntade vårdbehovet borde i motsägelse till detta vara stort då en hög grad psykisk och fysisk ohälsa, PTSD, ätstörningar, självskadebeteende, självmordstankar och självmordsförsök har påvisats bland de som är utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck (14, 15, 16). Våldsutsatta kvinnor har i studier dessutom visat sig söka vård i högre utsträckning än icke-våldsutsatta kvinnor (17).

Journalåtkomst via nätet

I Sverige har hälso- och sjukvårdens patientjournaler gjorts tillgängliga för åtkomst via nätet i de flesta landsting. Detta innebär att en patient kan läsa journalanteckningar och laboratorieanalyser samt få tillgång till bokade tider via sin egen dator genom inloggning med e-legitimation (18). Intervjuer med aktörer som möter utsatta har visat att det är vanligt förekommande att anhöriga utövar kontroll genom telefoner, sociala medier och mail samt att även digitala spårningstjänster används (10). Det finns därför skäl att tro att hedersvåldsutövare som känner till att journalen kan läsas via nätet skulle använda sig av denna möjlighet för att ytterligare kontrollera den utsattas förehavanden och liv. Detta genom att med eller utan hot och tvång be den utsatta logga in i sin journal. Utifrån de kartläggningar som gjorts av det hedersrelaterade våldet- och förtryckets uttryck i Sverige kan man anta vilken typ av uppgifter som skulle vara intressanta för anhöriga att kontrollera i journalen (5, 7, 8, 10). Sådana uppgifter skulle röra sexualitet, relationer, levnadssätt, fritid och sociala faktorer samt en individs inställning till familjens normer.

I en utvärdering efter implementeringen av journal via nätet i Sverige nämndes ingen identifierad säkerhetsrisk av denna typ då några studier kring denna problematik inte hade genomförts. Däremot efterlyste man ett patientperspektiv i kommande utvärderingar (19). I en nationell kartläggning tillfrågades patienter om sina upplevelser av att använda journal via nätet. En tydlig majoritet av patienterna hade en positiv upplevelse och man konkluderade att patienterna verkade ha nytta av tjänsten (20). De patienter som ännu inte använt sig av tjänsten var inte inkluderade i studien då det var just upplevelsen hos dem som använde tjänsten man tittade på. I en internationell översiktsstudie där man ville studera effekterna av journal via nätet och e-tjänster för patienter inkluderades 17 studier från Norge, Storbritannien och USA. Ingen av studierna berörde säkerhetsaspekterna med hot eller våld i hemmet (21). I flera studier har man dock tittat på de IT-tekniska säkerhetsaspekterna med e-tjänsterna (22).

Det finns därmed få studier kring säkerhetsaspekterna med journal via nätet för patienter utsatta för kontroll, hot, våld eller tvång även om ämnet har diskuterats (23,

24). I en kvalitativ studie i England intervjuades läkare på vårdcentraler avseende hur de dokumenterade i journal via nätet för barn utsatta för våld i hemmet. Läkarna visade sig ha varierande förhållningssätt och taktiker för att dölja information från förövare och rutiner saknades för hur dokumentationen skulle ske. I studien underströk författarna det akuta behovet av riktlinjer och utbildningsinsatser för att säkerställa att dokumentation i journal via nätet inte ökade hotbilden mot patienter (25). I en annan studie bland 128 läkare i England saknades konsensus kring hur man skulle dokumentera information som upplevdes stigmatiserande för patienten (26). Det är mot denna bakgrund av stor betydelse att undersöka hur kunskapen ser ut hos hälso- och sjukvårdspersonal om patienter utsatta för hedersrelaterat våld och förtryck vid journalföringen.

Frågeställning

Studiens övergripande frågeställning är att ta reda på hur kunskapen ser ut hos vårdpersonal om hedersrelaterat våld- och förtryck vid dokumentation i journal tillgänglig via nätet.

Specifika frågeställningar som undersöks är:

- Hur vårdpersonal uppmärksammar utsatta patienter och tar upp frågan om vad som får synas i journal via nätet.
- Om vårdpersonal har kännedom om vilken typ av information som potentiellt kan öka hotbilden mot en patient.

Metod

Enkätstudie

Design och enkät

Denna delstudie är en kvantitativ tvärsnittsstudie. Utifrån befintliga studier kring det hedersrelaterade våldets och förtryckets uttryck och förekomst utformades en enkät (5, 7, 8, 10). Enkäten bestod av fyra informativa frågor på olika teman där de svarande fick skatta hur ny informationen i varje fråga upplevdes av dem (Tabell 1).

Fyra svarsalternativ fanns för varje fråga; "helt ny", "mestadels ny", "delvis ny" och "inte alls ny". I en femte avslutande fråga ombads de svarande skatta i vilken omfattning de journalfört i enighet med den information som getts i fråga 1-4 sedan journal via nätet infördes. De fyra svarsalternativen på den femte frågan var "inte alls", "delvis", "i hög grad" och "helt" (Tabell 2). Enkäten i sin helhet återfinns i Bilaga 1.

Enkätfråga	Tema för informativ fråga
Fråga 1	"Vad är hedersvåld?"
Fråga 2	"Hur vanligt är hedersvåld?"
Fråga 3	"Risker med graviditetstest"
Fråga 4	"Risker med anamnesuppgifter!"
Fråga 5	"Hur medvetet har jag journalfört"

Tabell 1. De informativa frågorna utformades på följande teman.

I ett försättsblad till enkäten informerades de svarande om att deltagandet var frivilligt, helt anonymt både vid datainsamling och analys samt gavs möjlighet att i en särskild ruta på försättsbladet ange kontaktuppgifter för att delta i intervju i den kvalitativa delstudien. Enkäten riktade sig till samtliga personalkategorier på enheterna och deltagarna ombads i enkäten ange yrkeskategori. Det fanns även möjlighet att lämna en kommentar.

Datainsamling

Enkäten distribuerades på fyra vårdenheter i Stockholmsregionen, valda utifrån att åstadkomma så stor spridning i patientklientel som möjligt. De inkluderade klinikerna var en vårdcentral (klinik 1), en somatisk akutmottagning (klinik 2), en psykiatrisk akutmottagning (klinik 3) samt en kvinnoklinik (klinik 4).

Klinik 1	Vårdcentral i ett socioekonomiskt utsatt område i sydvästra Stockholm.
Klinik 2	Somatisk akutmottagning på större Universitetssjukhus.
Klinik 3	Psykiatrisk akutmottagning för Stockholms län.
Klinik 4	Kvinnoklinik på mellanstort sjukhus med förlossningsenhet.

Avsikten med valet av dessa enheter var att inkludera såväl psykiatrisk som somatisk vård, kvinnosjukvård, akutsjukvård och primärvård. Klinikansvariga tillfrågades om deltagande samt bäst metod att sprida enkäten på respektive enhet för att få ett så stort deltagande som möjligt. Distributionen skedde sedan på ett liknande sätt på de olika klinikerna med viss variation utifrån de lokala förutsättningarna. Gemensamt för samtliga kliniker var att information om enkäten gavs under ett eller flera personalmöten och att denna sedan fanns tillgänglig i ett för personalen gemensamt utrymme, en expedition eller i personalrummet, under en veckas tid. Som belöning till de som lämnat in enkäten fanns godis tillgängligt för att öka deltagandet.

Analys

I analysen rangordnades enkätens svarsalternativ 1-4 efter stigande medvetenhet som "mycket låg-", "låg-", "viss-" och "god medvetenhet" (Tabell 2). Vid Chi²-test användes sedan cut-off gräns mellan svarsalternativ 2 och 3, dvs svaren 1-2 bestämdes till "lägre medvetenhet" och svaren 3-4 bestämdes till "högre medvetenhet". Chi²-test jämfördes svaren mellan män och kvinnor på de olika frågorna liksom skillnaden i svar mellan läkare (n= 29) och icke-läkare (n=32). De deltagare som inte angett yrkeskategori (n=69) exkluderades i den sistnämnda analysen som därmed omfattade 61 svarande.

Svarsalternativ	1	2	3	4
Enkät svar fråga 1-4	"helt ny"	"mestadels ny"	"delvis ny"	"inte alls ny"
Enkät svar Fråga 5	"inte alls"	"delvis"	"i hög grad"	"helt"
Motsvarar vid analys och datapresentation	Mycket låg medvetenhet	Låg medvetenhet	Viss medvetenhet	God medvetenhet
Cut off vid Chi ² - analys	Lägre medvetenhet		Högre medvetenhet	

Tabell 2. Enkät svar och motsvarande indikator för olika grader av medvetenhet vid analys och datapresentation.

Intervjustudie

Deltagare

Deltagarna i den kvantitativa enkätstudien tillfrågades om deltagande i en intervju, med möjlighet att ange kontaktuppgifter på enkäten. Två deltagare selekterades på detta sätt till intervju. Övriga tre tillfrågades, eftersom få personer anmält sitt intresse i enkäten, ur intervjuarens nätverk. Två av deltagarna var sjuksköterskor inom somatisk respektive psykiatrisk akutvård. Tre av deltagarna var läkare varav en specialist i gynekologi, en specialist i psykiatri och en ST-läkare i allmänmedicin. En av deltagarna var man och övriga kvinnor. De deltagande hade arbetat inom nuvarande vårdyrke olika lång tid. Den som arbetat kortast hade arbetat i ett halvår och övriga i 5, 10, 12 och 15 år respektive. För att undvika jävsituation tillfrågades personer som intervjuaren inte haft personlig kontakt med sedan ett par år tillbaka. Lunch erbjöds som tack för deltagandet i samband med intervjun.

Material och dataanalys

Innan intervjun fick samtliga deltagare svara på den enkät som användes i den kvantitativa delstudien. Därefter skedde en semistrukturerad intervju under ljudupptagning. Frågorna i intervjuformuläret var utformade öppet utifrån vilka tankar som dök upp hos intervjudeltagarna efter att ha svarat på enkäten. Utifrån de öppna svaren ställdes mer riktade frågor kring specifika frågeställningar som graviditetstest och anamnesuppgifter och journalföring av dessa. De intervjuade tillfrågades även om erfarenheter av möten med utsatta samt om deras bild av den kunskapsnivån gällande hedersvåld och journal via nätet inom vården (Bilaga 1).

Ljudupptagningarna transkriberades ord för ord varpå en tematisk innehållsanalys skedde genom systematisk kodning av texten och indelning av kodade segment i grupper på samma teman (27). Som stöd för den kvalitativa analysen användes mjukvaran *open code* från Umeå Universitet. Vid analysen framträdde fem mer övergripande teman.

Etiska överväganden

Studien kan i sitt informativa utformande resultera i att den vårdpersonal som deltar får ökad kunskap kring att bemöta patienter som lever i hedersrelaterad kontext. Det finns också en risk att förbättrad kunskap i ämnet leder till ökad oro och osäkerhet hos vårdpersonalen kring dokumentation av dessa patientmöten. Enkäten i studien tog ett par minuter att svara på för dem som ville delta. Det är inte troligt att detta i någon väsentlig mån påverkade deltagarnas möjlighet till återhämtning under rast eller att det påverkade patientarbetet.

Eftersom studien var en pilotstudie inom ramen för läkares specialisttjänstgöring gjordes ingen etisk ansökan.

Resultat

Resultat av enkätstudien

Totalt svarade 130 personer på enkäten varav 42 män, 84 kvinnor och 4 personer som inte angivit könstillhörighet (tabell 3). Den största andelen svarande, 69 personer, uppgav ingen yrkeskategori och exkluderades därför vid jämförelsen mellan läkare/icke-läkare (tabell 4). I jämförelsen mellan läkare och andra personalkategorier i fråga 5 sågs en statistiskt signifikant skillnad. Ingen sådan hittades vid jämförelse mellan kvinnor och män. Svaren per fråga och klinik sammanfattas i tabell 6.

	Kvinnor (n)	Män (n)	Ej angett Kön (n)	Totalt (n)
Klinik 1	19	2	-	21
Klinik 2	39	21	1	61
Klinik 3	14	17	-	31
Klinik 4	12	2	3	17
Totalt	84	42	4	130

Tabell 3: Fördelning av svaranden per vårdenhet.

Yrkeskategori	Kvinnor (n)	Män (n)	Ej angett kön (n)	Totalt (n)
Läkare	18	10	1	29
Sjuksköterska	12	5	-	17
Undersköterska	2	1	-	3
Mentalskötare	3	2	-	5
Sekreterare	2	-	-	2
Psykoterapeut	1	-	-	1
Ambulanssjukvårdare	1	-	-	1
Barnmorska	3	-	-	3
Ej angiven yrkeskategori	42	24	3	69

Tabell 4. Fördelning av yrkeskategorier.

Tema	Läkare (n=29)	Övriga (n=32)	p-värde Chi ² -test
"Vad är hedersvåld?"	93,1	90,6	1,0
"Hur vanligt är hedersvåld?"	86,2	84,4	1,0
"Risker med graviditetstest"	51,7	59,4	0,611
"Risker med anamnesuppgifter"	58,6	46,9	0,444
"Hur medvetet har jag journalfört"	24,1	53,1	0,035

Tabell 5. % av läkare och icke-läkare som svarat motsvarande "högre medvetenhet".

Fråga 1- Vad är hedersrelaterat våld- och förtryck?

De flesta svarande visade sig ha "högre medvetenhet" avseende denna fråga. Andelen svarande på klinikerna som ansåg att informationen inte alls var ny för dem varierade mellan 59-78 %. De som räknades till "lägre medvetenhet" (dvs som svarat "mestadels ny" och "helt ny") var mellan 6- 11 % på klinikerna (tabell 6).

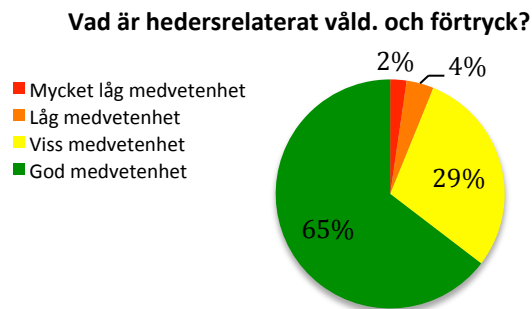


Diagram 1. Fördelning av svar, fråga 1 totalt, samtliga kliniker. (n=130)

Fråga 2- Hur vanligt är hedersrelaterat våld- och förtryck?

Även rörande omfattning av hedersrelaterat våld och förtryck hade de flesta svarande en "högre medvetenhet" (74- 90 %). På klinik 4 (kvinneklinik), klinik 2 (somatisk akutmottagning) och klinik 3 (psykiatrisk akutmottagning) varierade andelen som hade "god medvetenhet" mellan 45-53 %. På klinik 1 (vårdcentral) var den andelen större, 81 %. "Lägre medvetenhet" hade 10-26 % av de svarande (Tabell 6).

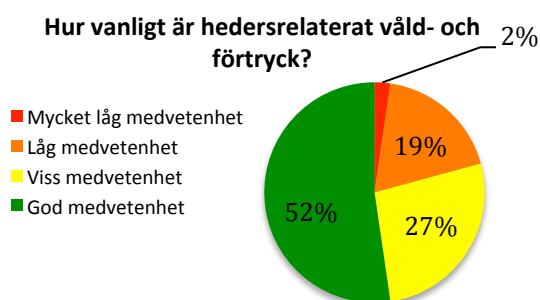


Diagram 2. Fördelning av svar, fråga 2 totalt, samtliga kliniker. (n=130)

Fråga 3: Risker med graviditetstest

Ungefär hälften av de svarande (51 %) hade "högre medvetenhet" avseende risker med journalföring av graviditetstest. Det var förhållandevis få svarande som hade "god medvetenhet" (15 %). Svaren skiljde sig beroende av klinik, där lägst medvetenhet sågs på klinik 2 (somatisk akutmottagning). Där uppgav 61 % svar motsvarande "lägre medvetenhet". För övriga kliniker var motsvarande siffror 45 % för klinik 3 (psykiatrisk akutmottagning), 41 % för klinik 4 (kvennoklinik) och 28 % för klinik 1 (vårdcentral) (tabell 6).

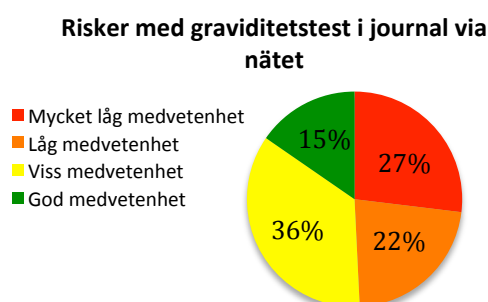


Diagram 3. Fördelning av svar, fråga 3 totalt, samtliga kliniker. (n=130)

Fråga 4: Risker med anamnesuppgifter

Även gällande vilka anamnesuppgifter som kunde behöva döljas i journal via nätet för patientgruppen var medvetenheten varierande. På klinik 2 (somatisk akutmottagning) och klinik 3 (psykiatrisk akutmottagning) var andelen med "lägre medvetenhet" 59 % respektive 47 %, dvs. omkring hälften av de svarande. På klinik 1 (vårdcentral) och klinik 4 (kvennoklinik) var motsvarande andel 24 %. Fler svarande uppgav att informationen var "helt ny" (25 %) än de som uppgav att den "inte alls" var ny (20 %).

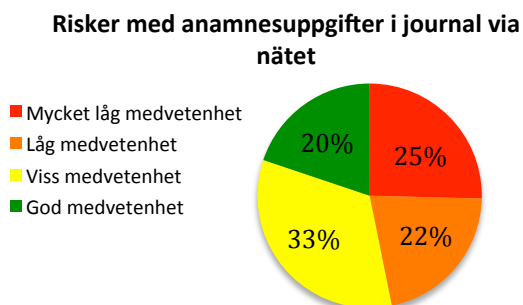


Diagram 4. Fördelning av svar, fråga 4 totalt, samtliga kliniker. (n=128)

Fråga 5- Hur medvetet har jag journalfört sedan införandet av journal via nätet?

Övervägande del av de svarande hade "lägre medvetenhet". 61-75% av de svarande på alla kliniker utom klinik 1 (vårdcentral) tillhörde den kategorin. På klinik 1 var motsvarande andel 35 % (tabell 6). Andelen läkare som hade "lägre medvetenhet" var signifikant högre än andelen i andra personalkategorier, 76 % ($p < 0,035$) (tabell 5).

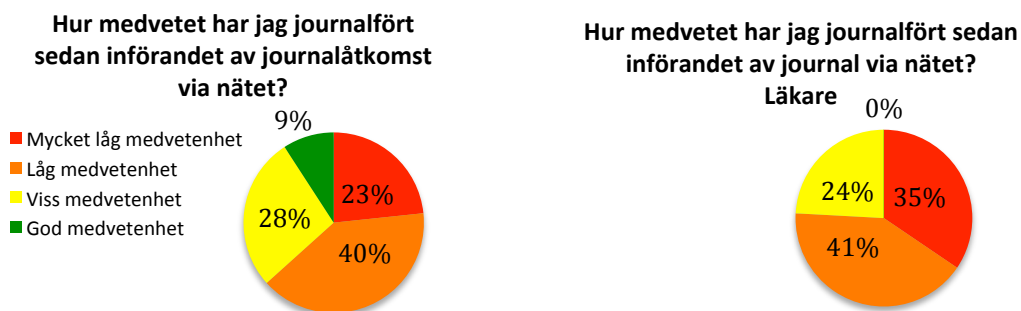


Diagram 5. Fördelning av svar, fråga 5 totalt, samtliga kliniker (n=125) och bland läkare på samtliga kliniker (n=29).

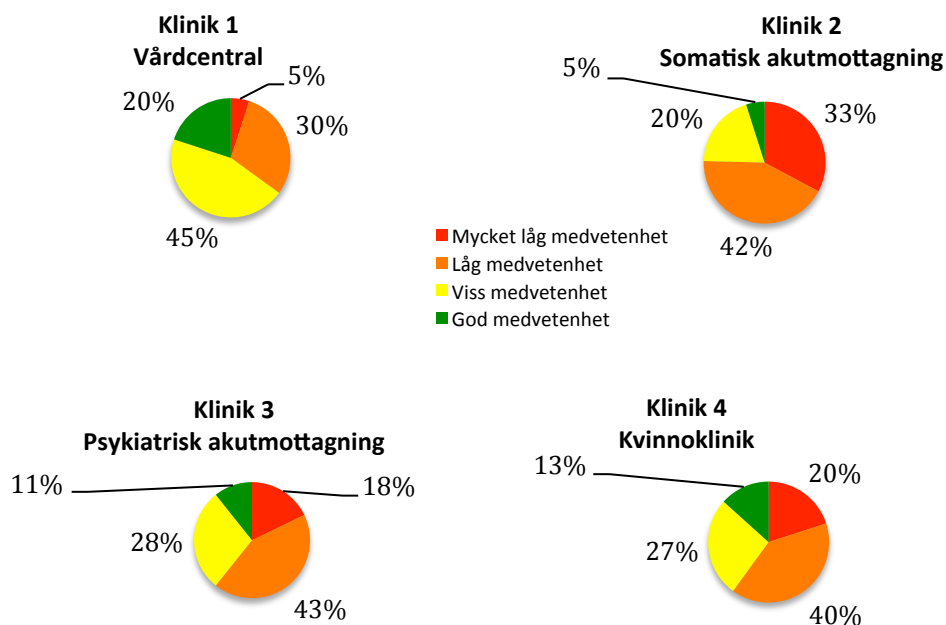


Diagram 6. Jämförelse mellan klinikerna avseende fördelning av svar på fråga 5- "hur medvetet har jag journalfört?". (n=125)

		Klinik 1 vårdcentral (%) n=21	Klinik 2 Somatisk akutmottagning (%) n=61	Klinik 3 Psykiatrisk akutmottagning (%) n= 31	Klinik 4 Kvinnoklinik (%) n=17
Fråga 1- Vad är hedersvåld?	Mycket låg medvetenhet	0	2	4	6
	Låg medvetenhet	10	2	7	0
	Viss medvetenhet	19	34	11	35
	God medvetenhet	71	62	78	59
Fråga 2- Hur vanligt är heders-våld?	Mycket låg medvetenhet	5	3	0	0
	Låg medvetenhet	5	23	19	18
	Viss medvetenhet	9	28	36	29
	God medvetenhet	81	46	45	53
Fråga 3- Risker med graviditets- test	Mycket låg medvetenhet	14	36	19	23
	Låg medvetenhet	14	25	26	18
	Viss medvetenhet	53	28	36	41
	God medvetenhet	19	11	19	18
Fråga 4- Risker med Anamnes- uppgifter	Mycket låg medvetenhet	10	34	24	12
	Låg medvetenhet	14	25	23	12
	Viss medvetenhet	52	23	30	63
	God medvetenhet	24	18	23	13
Fråga 5- Hur Medvetet har jag journalfört	Mycket låg medvetenhet	5	33	18	19
	Låg medvetenhet	30	42	43	44
	Viss medvetenhet	45	20	28	25
	God medvetenhet	20	5	11	12

Tabell 6. Svar i % per fråga och klinik.

Resultat av intervjustudie

Analysen resulterade i följande övergripande teman: *Indikationer på låg medvetenhet* (sådant i svaren som talade för låg medvetenhet om hedersvåld vid patientmöten och i journalföring), *Patientosäkert* (återkommande tankar kring risker för patienterna), *Föreställningar om andras medvetenhet* (dvs. hur man uppfattar medvetenheten inom de verksamheter man arbetat inom och andra), *Personlig erfarenhet avgör handläggning* (hur handläggningen är beroende av den enskilda individens erfarenheter av denna patientgrupp, privat eller i yrket), *Lösningar* (förbättringsåtgärder kring de problem de intervjuade upplevde).

Indikatorer på låg medvetenhet

Det första huvudtemat täcker data som på olika sätt indikerade att medvetenheten var låg hos de svarande om patienters utsatthet för hedersrelaterat våld och förtryck och/eller om den risk journalföringen kunde innebära för patientgruppen. Tre underteman framträdde, *Bristande kunskap*, *Inte tänkt på* och *Klinisk erfarenhet utan medvetenhet*.

Bristande kunskap

Flera av de svarande uppgav att de visste att hedersvåld förekom men inte hur vanligt det var (de uppfattade den statistik som presenterades i enkäten som ny information) samt att de hade bristande kunskap om ämnet och menade att de inte uppfattade viss information som farlig trots att de efter att ha svarat på enkäten insett att den kunde vara det. En deltagare uttryckte sig, *"är pinsamt dåligt insatt i ämnet faktiskt."* Särskilt framhölls att även om man hade hot och våld i åtanke eller hade en mer allmän kunskap om hedersvåld (jämförbar med kunskapen i övriga samhället) så saknades kunskap om vilken typ av information i journalen som kunde öka hotbilden eller misstänkliggöra en patient jämte mot anhöriga. Sådan information kunde vara vilka personer som medföljde under ett vårdbesök, ett journalfört graviditetstest, vad patienten gjorde på fritiden eller vilka läkemedel patienten använde. En intervjuad beskrev, *"det väcker ju en del eftertänksamhet måste jag säga, att jag aldrig reflekterat över det, just det här med medföljande med patienten eller vad patienten har för social situation."* Vid två intervjuer började de intervjuade ställa frågor till intervjuaren om vilken information de skulle dölja eller inte i journal via nätet och hur man gjorde. En deltagare nämnde att även om utbildningar om journal via nätet gavs på aktuell klinik, där man även tog upp patienters utsatthet för våld och hot, så sades inget specifikt om hedersvåld vid utbildningen. En intervjuad tyckte sig ha god kunskap om hedersförtryck utifrån personliga erfarenheter i omgivningen, dock menade samma person att hen inte visste att man kunde spärra journal via nätet. Det framkom osäkerhet kring vad som syntes i journal via nätet hos samtliga intervjuade, exempelvis var man osäker på om graviditetstest, remisser eller abortjournaler syntes.

Sammanfattningsvis brast kunskapen hos de intervjuade på olika sätt, både när det gällde förekomsten av hedersvåld och förtryck i befolkningen, uppfattningen av graden

av kontroll en individ kan utsättas för, vilka uppgifter som kunde vara farliga för denna patientgrupp samt kring användandet av journal via nätet.

Inte tänkt på

Återkommande i flera av intervjuerna var att man inte tänkt i termer om hedersvåld eller förtryck när man mötte patienter. Sådant man inte tänkt på var exempelvis att personlig information kring levnadsvanor och umgänge i nätjournalen kunde utgöra en risk och att man inte tänkt på att fråga patienter om de var utsatta. En sak samtliga intervjuade betonade som problematiskt var graviditetstest. En person beskrev, *"...det här med graviditetstester som vi gör på alla utan att tänka oss för... jag har inte reflekterat överhuvudtaget över vad det kan innebära."* Två personer beskrev enkäten som en ögonöppnare. Alla de intervjuade trodde att de träffat patienter utsatta för hedersvåld och förtryck utan att tänka på det, delvis utifrån statistik kring förekomsten av hedersvåld och förtryck bland unga. Två intervjuade reagerade starkt efter att man fyllt i enkäten. *"Det är ganska omskakande egentligen att tänka att allt man journalför är en risk för patienten. Jag kan ärligt säga att jag inte har det i åtanke."*

Klinisk erfarenhet utan medvetenhet

Gemensamt för alla intervjuade utom en var att man inte hade hedersförtryck i bakhuvudet i patientmötena och inte brukade fråga patienter kring denna typ av utsatthet. Man menade att man aldrig tog upp ämnet eller frågade om hotbild mot patienten per rutin innan journalföringen. De intervjuade beskrev att man i verksamheterna tog graviditetstest rutinmässigt, även om graviditetstester mer sällan togs inom psykiatrin. Man brukade informera patienten innan om att testet togs men man informerade inte om att testet syntes i journal via nätet och man frågade inte om hotbild innan testet journalfördes. Ingen av de intervjuade hade tänkt på att testet syntes i journal via nätet och hos de intervjuade fanns osäkerhet kring om det gjorde det eller inte. En sjuksköterska på akuten som ofta tog graviditetstester på patienter menade att testen journalfördes utan att hen brukade fråga om det kunde innebära en risk innan. En gynekolog berättade avseende graviditetstest: *"Någoting som är relevant i vår verksamhet och som vi tar på nästan alla patienter som söker för akut buksmärta och är fertila är graviditetstest, och det är syrrorna som tar det utan att fråga oss också till stor del, så jag vet faktiskt inte om de frågar patienten."* Beroende på varför patienten sökte vård hade man olika nära till hands att fråga om hotbild. Om besöket inte gällde fysiskt trauma utan något annat frågade man i regel inte om utsatthet för hot och våld eller kontroll hemma innan journalföringen. Partnervåld låg närmare till hands för de intervjuade att fråga om i de kliniska mötena än hedersrelaterat våld och förtryck vilket en av de intervjuade menade berodde på att hedersförtryck inte ingick i någon utbildning. *"Jag tänker mer på det här heteronormativa våldet liksom men kanske inte på andra typer av förtryck"*, sa en sjuksköterska. I de kliniska situationerna förväntade man sig ofta att patienten själv skulle säga till eller berätta om sin utsatthet eller säga ifrån när anhöriga ville vara med vid besöket. Ingen av de intervjuade brukade informera sina patienter om att journalen kunde läsas via nätet och en intervjuad menade att man utgick ifrån att enbart patienten läste sin journal. Flera intervjuade hade inte träffat någon patient som uppgett att de levde i ett hedersförtryck, även om man arbetade i ett

socioekonomiskt utsatt område med höga patientflöden och där förekomsten sannolikt var högre i befolkningen. Samtliga hade mött utsatta patienter med skyddat ID. Gemensamt för alla intervjuade var att man trodde sig ha missat att fånga upp utsatta patienter innan man journalförde, eftersom man inte frågat.

Patientosäkert

En rad kliniska problem framgick i möten med patienterna så som att tidsbrist upplevdes som ett hinder för att fråga om denna problematik och att det kunde vara svårt att få tala med patienterna i enrum även om man försökte. Bristen på rutiner kring att fråga om denna typ av utsatthet eller informera om journal via nätet togs upp i intervjuerna samt att de intervjuade såg journal via nätet som en potentiell risk för patienter i hedersrelaterade kontexter. Några underteman kunde sammanfattas under huvudtemat patientosäkert utifrån hur de kliniska situationerna såg ut avseende bemötande och journalföring. Undertemana är *Risk för patienten*, *Bristande rutiner* och *Kliniska problem*.

Risk för patienten

De intervjuade såg risker för patienterna med att journalen gick att läsa via nätet då anhöriga skulle kunna tvinga sig till information som var sekretessbelagd och menade att journalen via nätet underlättade kontroll. *"det blir lättare för dem som kontrollerar dem att göra det och få tillgång till journalen genom att tvinga dem"*, tyckte en läkare. En annan läkare menade att vården svek patienterna eftersom man riskerade att patienter inte vågade söka vård: *"det minskar möjligheten att söka akut om man blir misshandlad eller liknande"*, menade läkaren. Två intervjuade menade att en journal som var spärrad för åtkomst via nätet skulle kunna leda till misstänksamhet från omgivningen. Risker som identifierades var också att de intervjuade trodde sig ha missat utsatta individer när de journalfört och inte hade kännedom om vilken typ av information som kunde öka en hotbild för personer utsatta för hedersvåld. En läkare uttryckte sig, *"jag skulle väl ha gjort en del patientbesök annorlunda, när man kände att här kanske det finns något mer bakomliggande. Det är en lite jobbig känsla."*

Bristande rutiner

De intervjuade upplevde att det inte fanns rutiner på deras arbetsplatser för att fråga om hedersrelaterad kontroll hemifrån och inte heller för att informera om journal via nätet innan journalföring. *"Jag informerar ju inte heller om det här med journal på nätet, det borde man ju också göra"*, sa en läkare. På alla enheter trodde de intervjuade att man journalförde graviditetstest rutinmässigt och det framkom ingen rutin kring att fråga patienten om det var riskabelt att journalföra ett sådant test i journalen. Samtliga intervjuade såg också ett bristande samtal om denna patientgrupp på sin arbetsplats. En person menade att *"det är oftare man diskuterar rent praktiskt hur man journalför om man har skyddat ID, men då är det ju liksom klart, man är utlyft ur sammanhanget."*

Kliniska problem

Ett kliniskt problem som togs upp och som får betraktas som patientsäkert var att anhöriga ofta fick tolka på akutmottagningen. En sjuksköterska berättade att det ibland kunde vara svårt att få tala ensam med patienten. Hen beskrev, *"det har man ju stött på någon kvinna här och där som man skulle vilja få i enrum men det är svårt"*. En orsak som togs upp till svårigheter att tala i enrum var om exempelvis maken tolkade. *"Är det ett fall där vi misstänker misshandel så gör vi ju vårt yttersta för att få till att kvinnan är själv. Men misstänker vi inte det utan man kommer för något annat, då gör vi inte så mycket mer än att notera det, tyvärr."* En faktor som påverkade den kliniska situationen enligt en intervjuad var tidsbrist. Hen tillfrågades om vilka möjliga förbättringar som kunde göras. *"Grunden är naturligtvis att man måste fråga patienterna vad som är okej att skriva men rent praktiskt tror jag det är svårt... det kräver en förklaring och det tar tid. Det är en faktor som gör att man inte frågar."* Flera av de intervjuade tog upp att man gav patienten ett visst ansvar, man menade att om patienten inte själv berättade att hen var utsatt så var det svårt att veta. Man menade att patienten hade möjlighet att säga själv att man inte ville journalföra ett graviditetstest exempelvis. En intervjuad brukade låta patienten själv välja vilka som skulle vara med på rummet även om det kändes svårt när man trodde att patienten var våldsutsatt.

Personlig erfarenhet avgör handläggning

Det framkom vid intervjuerna att de personer som reflekterat mest kring hedersförtryck i möten med patienterna var de som på olika sätt kommit i kontakt med ämnet, privat eller i yrkeslivet. De som inte gjort det såg inte kopplingen mellan journal via nätet och vilken typ av information som skulle kunna behöva döljas samt brukade inte fråga patienter om detta. Detta var en av orsakerna menade man, till varför man inte tänkt på riskerna. En del av de intervjuade hade inte stött på problematiken bland patienterna och upplevde att avsaknad av utbildning kring hedersrelaterat våld och journal via nätet minskade deras medvetenhet. De underteman som identifierades var: *Erfarenhet ger medvetenhet, Orsaker till att man inte tänkt på riskerna, Inte träffat patientgruppen, Klinisk erfarenhet med medvetenhet.*

Erfarenhet ger medvetenhet

Upplevelsen hos intervjupersonerna var att medvetenheten varierade mellan olika specialiteter och beroende på vilka tidigare erfarenheter man hade. En person tänkte att medvetenheten var högre hos dem som arbetat på enheter där våld och hot är vanligare mot patienterna och där journalen är dold, exempelvis på mottagningen för våldtagna kvinnor. *"De som jobbar här på vanlig kvinnoklinik utan den typen av mottagning tror jag inte tänker så mycket på det."* En av de intervjuade läkarna hade haft hedersförtryck i bakhuvudet när denne träffat patienter till följd av att hen själv mött fenomenet på olika sätt i sitt privatliv. Läkaren nämnde att denne även innan intervjun funderat kring journal via nätet som problematiskt för just denna grupp: *"jag protesterade vid införandet av journal via nätet just kring det."* Denne person hade också haft patienter tidigare som levde i hedersförtryck och hade då vidtagit åtgärder i handläggningen, så som att inte skicka kallelser hem till patienten och inte ringa på hemtelefonnumret. Inga

åtgärder hade vidtagits gällande journalföringen, dock var det innan journal via nätet infördes.

Sammanfattningsvis fanns viss medvetenhet hos åtminstone två av de intervjuade om hedersrelaterat våld och förtryck i förhållande till journalföringen men deras egen uppfattning var att kunskapen berodde av personliga erfarenheter eller av erfarenhet från arbetsplatser dit våldsutsatta patienter var mer förekommande. Båda dessa personer föreslog att man kunde arbeta mer med dolda sökord. I motsats till detta hade en annan intervjuperson haft erfarenhet av att bemöta personer utsatta för hedersförtryck i ett tidigare arbete men denne person sade sig inte ha reflekterat över det vid journalföringen på nuvarande arbetsplats och hade tills nyligen varit osäker på om att klinikens journaler gick att läsa via nätet eller inte.

Orsaker till att man inte tänkt på riskerna

Olika orsaker till varför man inte tänkt på riskerna med journalen via nätet för denna patientgrupp kunde identifieras under intervjuerna. Bland annat tyckte man att man hade ett annat fokus gällande journal via nätet. Man var mån om att i journalen uttrycka sig så att patienten förstod och inte tog illa upp av något som syntes i journal via nätet. En intervjuad formulerade sig: *"I nätjournalen jag tror att man tänker mycket mer på hur journalen uppfattas av patienten och väldigt lite på hur den uppfattas av anhöriga"*. Man sade även att rutiner saknades och att utbildning kring journal via nätet inte inkluderade perspektivet utsatthet för just hedersrelaterat våld. Man tyckte även att det saknades en diskussion om hedersrelaterat våld- och förtryck på arbetsplatsen. *"Vi har mycket föreläsningar om våld i hemmiljö och närstående och så men ingenting om hedersvåld och det gör ju att man inte tänker tanken."* Flera personer påtalade att de inte insett vilken typ av information som kunde vara farlig för denna grupp patienter därför att det inte definierats för dem. De som upplevde sig som omedvetna om problematiken saknade erfarenhet av hedersvåld i sin omgivning både privat och yrkesmässigt.

Inte träffat på patientgruppen

Flera intervjuade hade inte träffat på patienter som berättat att de varit utsatta för hedersrelaterat våld eller kontroll och uppgav att det inte var särskilt vanligt att stöta på det. En sjuksköterska på en akutmottagning menade *"Det har jag ingen erfarenhet av faktiskt. Det är aldrig någon som har sagt det"*. En sjuksköterska inom psykiatri sa *"I mitt yrkesliv har jag inte vad jag kan minnas stött på det."* Den läkare som arbetade som gynekolog hade träffat på patienter tidigare som bett att besöket inte skulle journalföras men hade inte träffat någon patient som berättat att den var utsatt för det som kallas hedersrelaterat våld- eller förtryck.

Klinisk erfarenhet med medvetenhet

Ett par av de intervjuade berättade alltså om egna erfarenheter när de haft viss medvetenhet om att en patient kunnat vara utsatt för hedersförtryck. En läkare berättade om sin tidigare erfarenhet från tjänstgöring på en abortmottagning, *"det hände att man fick såna vibbar, en känsla att det här kan vara nåt som inte står riktigt*

rätt till". En annan läkare som personligen blivit berörd av hedersvåld i sin omgivning tidigare hade frågat kvinnliga patienter om denna typ av utsatthet men inte män. Läkaren som var psykiater hade då frågat kring hur personens fritid såg ut och om det fanns saker personen inte tilläts göra och därifrån fört samtalet vidare. "Ofta har det varit att jag liksom fått en indikation på att det inte är riktigt som det ska om man typ har frågat om skolan och var gör du på fritiden och så". Samma läkare hade haft ett antal patienter som fortsatt levt i hedersförtryck hemma. En intervjuad menade att man inte brukade tänka på det i allmänhet men att tankarna till hedersförtryck var närmare till hands om det syntes utanpå att patienten var från annan kultur: "om man liksom på utanpå skriften kan se att någon är från en annan kultur där man tror att det är vanligare med hedersförtryck, kanske då att man kanske lättare tänker på det."

Föreställningar om andras medvetenhet

De intervjuade tillfrågades om deras uppfattning om kunskapen om riskerna för patienter utsatta för hedersvåld generellt inom vården och gav varierande svar. Gemensamt var att man trodde medvetenheten generellt var låg men att denna kunde variera beroende av var man arbetade och inom vilken specialitet. En uppfattning var att allmänläkare hade sämre medvetenhet medan man inom psykiatri och gynekologin var mer medvetna. Man hade också uppfattningen att medvetenheten kunde vara större på vårdinrättningar i socioekonomiskt mer utsatta områden. När det gäller vilka uppgifter som kunde vara riskabla och hur man i så fall spärrar dessa i journal via nätet, svarade en sjuksköterska: *"Man kanske är bättre på det om man jobbar på psyk eller så men den generella massan tror jag inte vet. Jag vet till exempel inte hur jag skulle göra."* Gällande graviditetstest var uppfattningen hos alla utom den person som var gynekolog att man var bättre på att dölja dessa i journal via nätet inom gynekologiska specialiteter men att man annars inte tänkte på det. *"I psykiatri tror jag inte vi tänker på det alls"*, sa en läkare. Uppfattningen var också att enheter som ungdomsmottagningar eller särskilda enheter för utsatta målgrupper, så som "mottagningen för våldtagna kvinnor" hade högre medvetenhet om hedersrelaterat våld- och förtryck. Åsikterna om vilka kliniker som kunde vara bättre på att fråga patienterna innan man journalförde graviditetstest gick isär. En läkare i allmänmedicin trodde att medvetenheten kunde vara bättre på akutmottagningar men inte på vårdcentraler. *"om man inte jobbar i ett väldigt utsatt område eller så tror jag inte man tänker på det överhuvudtaget"*, sa läkaren.

Lösningar

En del förslag på tänkbara åtgärder som skulle förhindra att sekretessbelagd information kommer anhöriga till handa nämndes i intervjuerna. Däribland att man borde prata mer om ämnet på arbetsplatserna, att man borde diskutera hedersvåld i samband med utbildningar om journal via nätet och definiera vilken typ av information som kunde vara farlig. En intervjuad tyckte *"grunden är naturligtvis att man måste fråga patienterna vad som är okej att skriva"* och *"sen att man tydligt definierar de här sakerna som kan tänkas vara skadliga för patienten"*. Det framhölls att det kunde vara problematiskt och tidskrävande att fråga alla patienter vad som fick skrivas då patienter ofta hade åsikter om vad som borde journalföras. En läkare sa *"jag vet inte riktigt hur man ska komma runt det, men det bygger ju liksom på att man vet att den här personen utsätts"*. Avseende graviditetstest föreslog man att det skulle finnas rutiner och att

gravitetstest inte skulle behöva journalföras eller helt skulle gå att undanta från journal via nätet, *"att man skulle kunna ta ett serum-HCG utan att föra in det i journalen, men jag tror inte att det finns labvärden som per automatik inte syns"*.

Diskussion

Resultaten indikerar att det visserligen finns en medvetenhet inom hälso- och sjukvården om vad hedersrelaterat våld- och förtryck är men att medvetenheten i låg utsträckning påverkar patientarbetet eller journalföringen. I båda delstudierna framgick att kunskapen brister gällande vilka journaluppgifter som kan behöva döljas i journal via nätet för denna patientgrupp, så som graviditetstest och andra anamnesuppgifter. Osäkerhet finns också kring hur journal via nätet kan användas avseende dolda sökord och möjligheter till spärr. Medvetenheten om denna problematik vid journalföringen sedan införandet av journal via nätet är i båda delstudierna att betrakta som låg. I enkätstudien var medvetenheten vid journalföringen signifikant lägre inom gruppen läkare jämfört med övriga. Då läkare i större utsträckning än övriga personalkategorier journalför känsliga anamnestiska uppgifter är detta oroväckande.

Vidare framgick i intervjustudien en rad kliniska problem i möten med patienter så som tidsbrist, svårighet att få patienterna i enrum även om man försökte, bristen på rutiner kring att fråga om denna typ av utsatthet och att informera om journal via nätet. De intervjuade såg journal via nätet som en potentiell risk för patienter i hedersrelaterade kontexter vilket är rimligt utifrån det vi känner till om hur hederförtryck tar sig uttryck (5, 7, 8, 10).

Några studier att jämföra med specifika för det här området saknas. Däremot bekräftas resultaten från England där läkare visat stor osäkerhet kring journalföringen när barn utsätts för våld i hemmet och gällande information som kan vara stigmatiserande för patienterna (25, 26). Tidigare studier har visat att sjukvårdspersonal sällan rutinmässigt frågar om våld i nära relation vilket överensstämmer med resultatet i denna studie (28).

I tidigare studier har man avsett att undersöka patienters upplevelse av att använda åtkomsten till journal via nätet och inkluderat dem som börjat använda tjänsten journal via nätet. Deras upplevelse har visat sig vara övervägande positiv (20). Det är dock oklart i vilken utsträckning de som lever i hedersrelaterat våld- och förtryck än så länge använder sig av journalåtkomst via nätet och om de berörs av ovan nämnda kartläggning. Möjligheten finns att personer som utsätts för denna typ av våld- eller förtryck undviker att använda journalåtkomst via nätet för att anhöriga inte ska få kännedom om denna möjlighet till ökad kontroll. För att ta reda på om patienterna själva upplever de risker som identifierats i denna studie skulle ytterligare studier behövas gällande just denna grupp patienter.

Ett fynd vid intervjustudien var att man upplevde att patienter själva inte tycktes nämna denna typ av utsatthet i kontakterna med vården. Det vore ett rimligt antagande att även denna patientgrupp uppsöker sjukvården och i synnerhet akutvården eftersom våldsutsatta kvinnor oftare söker vård än icke-våldsutsatta (17). Mellan 13-30 % av kvinnor som söker akutsjukvård har utsatts för våld det senaste året och de våldsutsatta kan söka oftare även för andra somatiska symtom än direkta skador av våldet (29, 30). Fyndet pekar på vikten av att fråga om denna typ av utsatthet för att kunna vidta åtgärder för patientsäkerheten och vid journalföringen i synnerhet.

Vårdenheterna hade till följd av timvikarier och cirkulerande läkare svårt att uppge exakt antal anställda på respektive enhet. Svarsfrekvensen på enkäten är därmed okänd

och studien ger endast indikation på hur medvetenheten ser ut hos dem som svarat på enkäten. Det är inte möjligt att uttala sig om huruvida resultatet är representativt för de kliniker där enkäten distribuerades. Det går inte heller att betrakta resultatet som generaliserbart gällande sjukvården i stort.

Det fanns metodologiska brister så som att många av de svarande i enkätstudien inte uppgav yrkeskategori. Här hade man kunnat tydliggöra i enkäten att detta förväntades. Enkäten distribuerades på liknande sätt på de olika enheterna men på två av enheterna var chefen på kliniken i någon mån delaktig vid distributionen vilket kan ha påverkat de svarande att skatta en högre medvetenhet. Godis användes för att öka deltagandet i enkätstudien. Det kan ha inneburit fler svarande men kan också ha medfört att personer med låg motivation och tidsbrist svarade på enkäten, något som kan ha gett mindre rättvisande svar. I intervjustudien valdes tre intervjupersoner ur intervjuarens eget nätverk. Även om personerna inte hade haft personlig kontakt med intervjuaren sedan ett par år kan detta ha påverkat svaren i någon utsträckning.

Studien belyser vikten av utbildningsinsatser till hälso- och sjukvårdspersonal gällande journal via nätet i relation till utsatthet för hedersrelaterat våld- och förtryck. Rutiner behövs för bemötande av denna grupp patienter, i synnerhet kring journalföring av känsliga anamnesuppgifter och graviditetstest men även kring användande av tolk och patienters möjlighet att tala i enrum med vårdpersonalen.

Om de förhållanden som framkommer i den här pilotstudien skulle visa sig gälla allmänt för sjukvården kan man förvänta sig en låg benägenhet att söka sjukvård hos denna patientgrupp. Studien indikerar ett brådskande behov av ytterligare kartläggningar kring hur journal via nätet påverkar denna grupp patienters möjlighet att söka hälso- och sjukvård.

Refenser

1. Wikan U. *En fråga om heder*. Stockholm: Ordfront förlag; 2005
2. Mernissi F. *Virginity and patriarchy*. Women's studies International Forum. 1992; 5 (2): 183-191.
3. Khan T.S. *Beyond Honour, A Historical Materialist Explanation of Honor Related Violence*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
4. Justitiedepartementet. *Våld i nära relationer- en folkhälsofråga* (SOU 2014:49) (Internet). Stockholm: Götblad (citerad 2019-03-16). Hämtad från: <https://www.regeringen.se/49bb84/contentassets/9d9b0adf4a844a77836ffa9ca6b466df/vald-i-nara-relationer---en-folkhalsofraga-forslag-for-ett-effektivare-arbete-del-1-av-2-sou-201449>
5. Schlytter A, Högdin S, Ghadimi M, Sjöberg- Backlund Å, Rexvid D. *En undersökning av flickor och pojkar som lever under hedersrelaterad kontroll i Stockholms stad- omfattning och karaktär*. Stockholm: Stockholms stad; 2009.
6. Schlytter A, Rexvid D, Celepli Ö, Nasih B. *Heder och det civila samhällets metoder*. Allmänna Arvsfonden; 2011.
7. Ungdomsstyrelsen. *Gift mot sin vilja* (Internet). Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2009:5 (2019-03-16). Hämtad från: https://www.mucf.se/sites/default/files/publikationer_uploads/gift-mot-sin-vilja.pdf
8. Ghamidi M, Gunnarsson S. *Ung018- En kartläggning av hedersrelaterat våld- och förtryck bland unga i Uppsala* (Internet). Uppsala: TRIS- Tjejers rätt i samhället; 2019. (citerad 2019-03-16). Hämtad från: <https://static1.squarespace.com/static/5bea92c270e8027e5843b891/t/5c764a40a4222f2f1ec35c23/1551256138834/UNG+018+-+En+kartl%C3%A4ggnig+av+hedersrelaterat+v%C3%A5ld+och+f%C3%B6rtryck+i+Uppsala.pdf>
9. Länsstyrelsen Östergötland. Nationella kompetensteamet-Delrapport (Internet). Linköping: Länsstyrelsen Östergötland; 2014:31. (Citerad 2019-03-16) Hämtad från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c5163/1526068007927/Delrapport%20-%20Nationella%20kompetensteamet.pdf>
10. Baianstovu R, Strid S, Cinthio H, Särnstedt E, Enelo J-M. *Det hedersrelaterade våldets och förtryckets uttryck och Samhällets utmaningar- En kartläggning i Göteborg, Malmö, Stockholm* (Internet). Stockholm, Göteborg, Malmö: Örebro Universitet; 2018. (Citerad 2019-03-16) Hämtad från: https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/665/Kartl%C3%A4ggnig_heder_2017-2018.pdf
11. Länsstyrelsen Östergötland. *Våga göra skillnad: En vägledning för skydd, stöd och rehabilitering av unga som utsatts för hedersrelaterat våld- och förtryck*. Linköping: Länsstyrelsen Östergötland; 2010. (Citerad 2019-03-16). Hämtad från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.1dfa69ad1630328ad7c2fea2/1526067828654/V%C3%A5gaG%C3%B6raSkillnad2014.pdf>
12. Frenzel A. *Brott i nära relationer. En Nationell kartläggning* (Internet). Stockholm: Brottsförebyggande rådet; 2014. (Citerad 2019-03-16). Hämtad från: https://www.bra.se/download/18.9eaaede145606cc8651ff/1399015861526/2014_8_Brott_i_nara_relationer.pdf
13. Länsstyrelsen i Stockholms län. *Skyddat boende för personer som utsätts för hedersvåld. Dokumentation från ett nationellt samråd*. Stockholm; Länsstyrelsen i Stockholms län: 2008; Dnr 801-08-73607.

14. Lurie L. *Stress och trauma. En undersökning av förekomsten av PTSD hos personer utsatta för hedersrelaterat våld* (Internet). Länsstyrelsen i Västra Götaland; 2009:20. (Citerad 2019-03-16). Hämtad från: <https://www.lansstyrelsen.se/download/18.4e0415ee166afb59324b19d/1541401921500/2009-20.pdf>
15. Schlytter A, Linell H. *Hedersrelaterade traditioner i en svensk kontext. En studie av omhändertagna flickor* (internet). Stockholm: FoU Nordväst; 2008. (citerad 2019-03-16). Hämtad från: https://www.fou-nordvast.se/wp-content/uploads/2017/12/forskningsrapport_2008_nr_2_hedersrelaterade-traditioner.pdf
16. Håkansson P-A. Frihet och familj- en uppföljning av skyddade boenden för personer som hotas av hedersrelaterat våld (Internet). Stockholm: Socialstyrelsen; 2007- 112- 3. (citerad 2019-03-16). Hämtad från: http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/9038/2007-112-3_20071123.pdf
17. Feder G, Hutson M, Ramsay J, Taket A. *Women exposed to Intimate Partner Violence*. Arch Intern Medicine. 2006; 166 (9): 22-37.
18. Stockholms Läns Landsting. 117 Vårdguidens e-tjänster (Internet). Stockholm: Vårdgivarguiden; 2017 (Uppdaterad 2018-11-22; citerad 2019-03-16) Hämtad från: <https://www.1177.se/Stockholm/Tema/E-tjanster/Artiklar/Las-din-journal-via-natet3/>
19. Hägglund M, Scandurra I. *Patients' online access to Electronic Health Records – current status and experiences from the implementation in Sweden*. Conference: Medinfo2017; At Hangzhou; China.
20. Moll J, Rexhepi H, Cajander Å, Grünloh C, Huvila I, Hägglund M et al. *Patients' Experiences of Accessing Their Electronic Health Records: National Patient Survey in Sweden*. J Med Internet Res 2018; 20 (11): 278.
21. Mold F, de Lusignan S, Sheikh A, Majeed A, Wyatt JC, Quinn T et al. Patients' online access to their electronic health records and linked online services: a systematic review in primary care. Br J Gen Pract 2015; 65 (632): 141-151.
22. Fernández- Alemán JL, Senor IC, Lozoya PAO, Toval A. Security and privacy in public health records: A systematic literature review. Journal of Biomedical Informatics. 2013; 46: 541-562.
23. Bayer R, Santelli J, Klitzman R. *New challenges for electronic health records: confidentiality and access to sensitive health information about parents and adolescents*. JAMA. 2015; 313(1):29-30.
24. Woodman J, Hardip Sohal A, Gilbert R, Feder G. Online acces to medical records: Finding ways to minimize harms. Br J Gen Pract 2015; 65 (635): 280-281.
25. Drinkwater J, Stanley N, Szilassy E, Larkins C, Hester M, Feder G. Juggling confidentiality and safety- a qualitative study of how general practice clinicians document domestic violence in families with children. Brittish Journal of General Practice. 2017; June: 437-443.
26. Dossa A, Welch LC. *GPs' approaches to documenting stigmatising information: a qualitative study*. Br J Gen Pract. 2015; 65 (635): 372-378.
27. Braun V, Clarke V. *Using thematic analysis in psychology*. Qualitative Research in Psychology 2006; 3 (2): 77-101.
28. Lindblom P, Castrén M, Kurland L. *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Akutsjukvård och utsatta kvinnor*. NCK- rapport; 2010:04.
29. Glass N, Hopkins J, Dearwater S, Campbell J. *Intimate partner Violence Screening and Intervention: data from Eleven pennsylvania and California Community Hospital Emergency departments*. Journal of Emergency Nursing. 2001;27 (2):141-149.

30. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP. *Medical and psychosocial diagnoses in Women With a History of Intimate partner Violence*. Arch Intern Med. 2009; 169 (18): 1692–1697.

Hej!

Mitt namn är Camilla Starck och jag är ST-läkare i Psykiatri. Denna enkät är en del i mitt vetenskapliga arbete inom ramen för min ST.

Enkäten undersöker medvetenheten om hedersrelaterat våld och förtryck hos vårdpersonal med tanke på journalföringen och det faktum att journalen går att läsa på nätet hemifrån, vilket utgör en risk för denna patientgrupp. Enkäten delas ut till personal både inom både somatisk och psykiatrisk vård.

Enkäten har inledningsvis fyra informativa frågor där du ska ange i vilken utsträckning informationen är ny för dig eller inte. **Läs frågorna noga!** Avslutningsvis får du ta ställning till ett påstående som är relaterat till de tidigare frågorna i enkäten.

Deltagandet är frivilligt och helt anonymt. Analysen av enkäten kommer också ske anonymt. Längst ned på detta blad finns möjlighet att fylla i dina kontaktuppgifter för att delta i en intervju lunchtid (lunchen ingår) så att intervjun inte tar tid från arbetet. Om fördjupad kunskap om detta ämne önskas erbjuds kostnadsfri utbildning i ett projekt finansierat av Socialstyrelsen under 2018.

Vid frågor eller synpunkter, tag gärna kontakt med mig.

Camilla Starck
ST-läkare i Psykiatri
telefon 0736232515
email: camilla.h.starck@gmail.com

Varmt tack för ditt deltagande!

Vill du delta i en intervju och bli bjuden på lunch? Ange dina kontaktuppgifter nedan. Lämna detta papper separat.

Enkät om medvetenheten om risker med nätjournal för patienter som lever i hedersförtryck

Personalkategori (ex sjuksköterska, läkare, kurator, skötare mm):

Kvinna ☐ Man ☐

Nedan följer några stycken informativ text. Markera med ☒

I vilken grad är informationen som står ny kunskap för dig, dvs som du inte haft kännedom om innan denna enkät?

1. Hedersförtryck innebär att familjen har traditionella normer som begränsar den drabbade i olika grad. Flickornas oskuld måste bevaras innan äktenskapet och allt som kan sätta hennes oskuld på spel kontrolleras, ofta genom fysiskt eller psykiskt våld och/eller hot. Pojkar kan också tvingas kontrollera sina systrar. Några exempel kan vara att man inte får välja vänner, inte får ha kärleksrelationer, inte får klä sig hur man vill eller att man riskerar bli gift mot sin vilja. Telefonen kan kontrolleras liksom väskan vid hemkomst. ID-handlingar, busskort eller pengar kan förvaras av anhöriga. Man får kanske inte söka vård utan anhöriga. Eftersom en utsatt individ kan sakna integritet i hemmet kan anhöriga vilja läsa nätjournalen genom att tvinga den utsatta att logga in. I vilken grad är denna information ny för dig?

Helt ny ☐ Mestadels ny ☐ Delvis ny ☐ Inte alls ny ☐

2. Patienter vi möter inom vården (oavsett om de söker för yrsel, buksmärta, depression eller annat) kan leva i ett hedersförtryck. Regeringens särskilda utredare uppskattade 2014 att ca 10 % av den yngre befolkningen mellan 15 och 25 år kunde vara utsatt för hedersförtryck i olika grad. Därtill kommer individer över 25 år. Det är därmed flera av våra patienter som är drabbade av hedersförtryck, som söker vård av alla kategorier och som inte säkert nämner själva vid besöket att de är utsatta. I vilken grad är denna information ny för dig?

Helt ny ☐ Mestadels ny ☐ Delvis ny ☐ Inte alls ny ☐

3. Graviditetstest som tas rutinmässigt för att utesluta akuta tillstånd (eller av annan anledning) kan potentiellt sett öka hotbilden mot patienter som lever i hedersförtryck eftersom anhöriga som läser nätjournalen då kan misstänka att patienten har haft sex, även om testet är negativt. Det är därför viktigt att du alltid frågar om och utesluter att förekomst av ett graviditetstest i journalen kan skada patienten innan du journalför detta. I vilken grad är denna information ny för dig?

Helt ny ☐ Mestadels ny ☐ Delvis ny ☐ Inte alls ny ☐

4. Information som rör sociala förhållanden, medföljande personer vid besöket, relationer, läkemedel, tidigare sjukdomar, fritid, fysisk aktivitet, alkohol eller rökning, levnadsvanor mm kan vara information som kan öka hotbilden mot en patient om den läses av anhöriga i nätjournalen. Det är därför viktigt att ta reda på om patienten lever i hedersförtryck eller kontrolleras hemma innan du journalför, även om patienten själv inte nämner något om det. Därefter kan du behöva spärta nätjournalen helt eller använda dolda sökord för ovanstående anamnesuppgifter när du journalför besöket. I vilken grad är denna information ny för dig?

Helt ny ☐ Mestadels ny ☐ Delvis ny ☐ Inte alls ny ☐

Nedanstående påstående är relaterat till de ovanstående informativa frågorna i enkäten, det är därför viktigt att du läst de tidigare frågorna noga och tar ställning till hur väl påståendet nedan stämmer in på dig.

5. Jag har i mitt arbete, sedan införandet av nätjournal, arbetat i enighet med ovanstående aspekter när jag bemöter patienter och journalför patientbesök. Hur väl stämmer detta påstående in på dig?

Inte alls ☐ Delvis ☐ I hög grad ☐ Helt ☐

Eventuella kommentarer:

Intervjumall

I vilken verksamhet jobbar du?

Vad har du för yrke?

Hur längre har du arbetat inom vården?

Efter att du hade gjort enkäten, vad tänkte du om detta ämne?

Vad fick dig att vilja delta i intervjun?

Var några delar av den information som gavs i enkäten ny för dig, i så fall vilka?

Frågorna i enkäten berörde olika områden. Bland annat risker med graviditetstester och anamnesuppgifter som kanske kan skada patienter om vi journalför dem. Det kan också vara så att patienten inte själv vet att journalen går att läsa hemifrån och därför kanske inte nämner något om att hen är hotad eller kontrollerad. Om anhöriga försöker ta reda på vad som sagts under sjukvårdsbesök och får kännedom om att man kan läsa journalen hemifrån så kan detta öka hotbilden mot patienten. Personalen måste därför se tecknen och fråga patienterna om dessa risker innan journalföring för att undvika att öka hotbilden.

Hur ser din egen erfarenhet ut av att möta patienter som uppgett att de är utsatta för hedersrelaterat våld eller förtryck och fortsatt lever i ett sådant hem (alltså inte har skyddat- ID)?

Hur ser din erfarenhet ut av att möta patienter som skulle kunna leva i hedersvåld eller förtryck men som inte uppenbart är våldsutsatta eller själva sagt något om det vid besöket?

Har du någon gång själv misstänkt att en patient lever i hedersvåld eller förtryck men patienten inte själv har sagt något och hur hanterade du i så fall det?

Vad är din uppfattning om hur medveten vårdpersonalen är om att ett graviditetstest i journalen kan öka hotbilden för en del patienter? Tror du att vårdpersonalen frågar patienterna om detta innan de tar ett graviditetstest?

När det gäller andra anamnesuppgifter, enligt ovan, fritid, relationer, levnadsvanor, läkemedel mm. Hur medvetna tror du att vårdpersonal är om att dessa uppgifter kan skada en del av de patienter som söker om det syns i journal via nätet?

Med tanke på att vårdpersonal ska kunna journalföra patientbesök på ett säkert sätt utifrån att journalen kan läsas hemifrån via nätet, hur tror du att kunskapsnivån ser ut om denna patientgrupp inom vården?

Hur tror du att kunskapsnivån ser ut kring hur man spärrar journal via nätet eller döljer uppgifter så som graviditetstest eller sociala faktorer i den bland vårdpersonal?

Tror du att patienterna är medvetna om att journalen kan läsas via nätet?

Vad tror du skulle vara en bra åtgärd för att se till att information anhöriga inte ska ha kommer dem till handa?