

Kränkningar i vården är vanligt förekommande

VIKTIGT MED AKTIVT ARBETE MOT ATT PATIENTER KRÄNKES

Trots goda intentioner hos vårdpersonal upplever patienter ofta möten i vården som misslyckade. Det kan vara möten där patienten har fått en helt korrekt medicinsk behandling, men av andra anledningar upplever sig kränkt eller överkörd. Ofta lägger vårdgivare inte ens märke till att det sker. Om patienten i efterhand försöker få upprättelse är det heller inte säkert att ett sådant samtal når sitt syfte. Ämnet kränkningar i vården är tabubelagt och känslomässigt laddat. För att ge legitimitet åt insatser att hjälpa personal att motverka kränkningar behövs därför en god kunskapsbas.

Med denna utgångspunkt startades för 20 år sedan ett nytt forskningsfält om kränkningar i vården vid enheten för genus och medicin, Linköpings universitet. I denna artikel redovisar forskargruppen några av sina resultat och lärdomar.

MATERIAL OCH METODER

1. Kartläggande forskning

a. Definition och avgränsning mot medicinska misstag. Kränkningar i vården har definierats utifrån patienters individuella upplevelser [1]. Många gånger har patienter upplevt sig kränkta utan att vårdgivaren är medveten om det [1].

b. Förekomst (enkätstudier). Dessa studier baseras på frågeformuläret NorAQ (Norvold abuse questionnaire) [2] som kartlägger förekomst av olika former av övergrepp (emotionella, fysiska och sexuella) samt kränkningar i vården med hjälp av konkreta exempel på vad olika övergrepp och kränkningar kan innebära, och där respondenten tar ställning till om hen upplevt någon av dessa situationer. Tre frågor täcker in förekomst av livstidsupplevelser av kränkningar i vården (Fakta 1). Frågorna är validerade i svenska intervjustudier av både män och kvinnor, och resultaten visar på god överensstämmelse [2-5].

Patienturvalet har bestått av kvinnliga patienter från 3 gynekologiska kliniker i Sverige (n = 2 439) [6] och av manliga patienter från 6 olika kliniker på ett svenskt universitetssjukhus (n = 1 767) [5]. Med samma metoder har förekomst också studerats i slumpvisa urval från den kvinnliga (n = 1 168) [4] och manliga (n = 2 924) [7] befolkningen i Sverige.

c. Patienters upplevelser av att ha blivit kränkta (intervjustudier). Informanter till de kvalitativa intervjustudierna rekryterades bland dem som uppgett sig ha upplevt kränkning i vården enligt NorAQ. I intervjustudierna bland kvinnliga patienter från två olika kliniker deltog 10 [8] respektive 12 informanter [9] och bland

Barbro Wijma, senior professor, med dr, gynekolog, Genus och medicin, IKE, Linköpings universitet
● barbro.wijma@liu.se

Alma Persson, fil dr, lektor, Tema Genus, Linköpings universitet

Marlene Ockander, med dr, lektor, Jönköping Academy for Improvement of Health and Welfare, Jönköping University

Jelmer Brüggemann, med dr, bitr lektor, Tema Teknik och social förändring, Linköpings universitet

manliga patienter 13 informanter [10]. Data analyserades med hjälp av kvalitativa metoder.

d. Personalens upplevelser av att patienter kränks (intervjustudier). Data om personalens upplevelser inhämtades i samband med de interventioner som genomfördes på ett flertal olika kliniker, se nedan under 2 b.

2. Interventionsforskning

a. Teoretisk grund och pedagogiska verktyg: våldstriangeln och moraliska resurser. I Galtung's våldstriangel kan en kränkning (direkt våld i Figur 1A [11]) ses som ett hörn i en triangel som för sin existens är beroende av de två andra hörnen: den struktur och den kultur i vilken kränkningen sker, vilka möjliggör och legitimerar kränkningen.

Förutom att vården har en etisk värdegrund bär varje individ på en inneboende etik och moral som det gäller för individen och systemet att vårda och stärka [12]. Systemet och yttre omständigheter kan få en person att tillåta sig ta ett litet steg av »omoral«, vilket efter flera sådana, nästan omärkliga steg innebär att personen glidit så långt från sina moraliska ideal som hen kanske inte skulle ha gjort om beslutet skulle ha tagits som »ett kliv« (Figur 1B) [12].

b. Interventioner med forumspel och uppföljningar. Forumspel är en variant av dramatiker Augusto Bools teaterform »Theatre of the oppressed« [13]. Med hjälp av en dramapedagog har personal i grupp utforskat kränkande situationer med moraliska dilemman för den som bevittnar händelsen. Ett forumspel inleds med att alla deltagare berättar om situationer de minns där en patient kränkts. Gruppen iscensätter

HUVUDBUDSKAP

- Cirka var femte kvinnlig och var trettonde manlig patient har någon gång upplevt sig så kränkt i vården att de efteråt lidit av händelsen. Tidigare erfarenheter av övergrepp ökar risken för att som vuxen uppleva sig kränkt i vården.
- De flesta vårdgivare har upplevt att en patient kränkts, men ämnet omges av tystnad från både personal och patienter.
- Ledare i vården bör se till att personal har förutsättningar, beredskap och verktyg för att agera förebyggande mot att patienter kränks. Vårdgivare bör också ha kompetens att på ett bra sätt kunna samtala med en patient som upplever sig ha blivit kränkt.

FAKTA 1. Definitioner av kränkningar i vården baserade på the Norvold abuse questionnaire (NorAQ)

LINDRIG FORM

Har du någon gång i sjukvården känt dig kränkt eller grovt förnedrad, känt att någon utövat utpressning mot dig eller inte visat respekt för dina åsikter på ett sådant sätt att du efteråt plågats eller störts av upplevelsen?

MELLANFORM

Har du varit med om att en »normal« händelse i sjukvården plötsligt blivit en oerhört hemsk och kränkande upplevelse, utan att du riktigt kunde förstå hur det gick till?

SVÅR FORM

Har du varit med om att någon i sjukvården medvetet – som du uppfattat det – gjort dig illa kroppsligt eller psykiskt, grovt skändat dig eller utnyttjat din kropp och ditt underläge för eget syfte?

Anmärkning: Ett jakande svar på någon av dessa tre frågor bedömdes i prevalensstudierna som att respondenten varit utsatt för kränkningar i vården.

sedan några scener ur det som berättats i enkla rollspel, där kränkningen av patienten tydligt framgår, liksom det moraliska dilemmat för den som bevittnar händelsen. Därefter utforskar gruppen i handling olika sätt att agera, ifall de skulle hamna i en liknande situation.

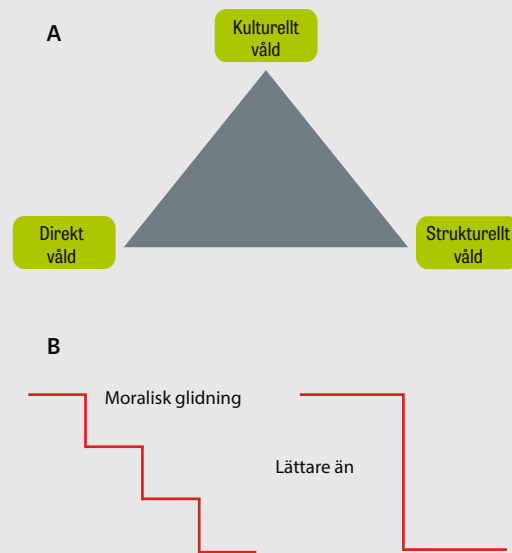
Interventioner med forumspel har gjorts i fyra olika miljöer med totalt 27 seminarier där cirka 160 vårdanställda deltagit. Ett seminarium omfattade 0,5–1 arbetsdag. I många seminarier deltog någon från forskargruppen som observatör.

- På en kvinnoklinik hölls 16 seminarier. Personal från alla yrkesgrupper intervjuades såväl före (n = 21) [14, 15] som efter (n = 10 av 14 tillgängliga) interventionen [16–18].
- På en njurmedicinsk klinik intervjuades personal (n = 14) från olika yrkesgrupper efter en intervention bestående av 2 seminarier [19].
- På en klinik för palliativ vård har forumspel av all personal genomförts med 4 seminarier och följts genom gruppintervjuer och observationer under seminarierna [20].
- Efter en kurs på fem seminarier för 10 etikombud från olika kliniker (vårdanställda med uppdrag att bevaka etiska frågor och stimulera fortbildning i etik) intervjuades deltagarna om sina upplevelser av träning i att leda forumspel [21].

Allt empiriskt material har inhämtats och analyserats med kvalitativa metoder. Från ovan nämnda kvinnoklinik finns också en kvantitativ uppföljning av personalens upplevelser [22].

c. Patientintervention via nätet. På en njurmedicinsk klinik deltog 48 patienter i en intervention via nätet där deltagarna fick sätta sig in i möjliga handlingsalternativ om de skulle hamna i en kränkande vårdssituation. Interventionen utvärderades med enkäter direkt efteråt och 1–2 månader senare [23].

FIGUR 1. Två pedagogiska verktyg i utbildningarna: Galtungs våldstriangel och »moralisk glidning«.



► A. Galtungs våldstriangel. En kränkning (direkt våld) kan ses som ett hörn i en triangel som för sin existens är beroende av de två andra hörnen. Från Galtung J, 1990 [11].

B: I små steg kan en person lättare glida från sina moraliska ideal än i »ett kliv«. Från Glover J, 2001 [12].

Grafik: LT

Samtliga studier för vilka granskning i etikprövningsnämnd erfordras har genomgått granskning och godkänts.

RESULTAT

Förekomst och riskfaktorer

Livstidsprevalensen av upplevd kränkning var cirka 8 procent hos manliga och cirka 20 procent hos kvinnliga patienter [5, 6]. I en studie hade 2/3 av kvinnliga patienter som kränkts inte berättat om sin upplevelse för någon i vården [24]. Tidigare övergrepp av sexuell, fysisk eller emotionell natur visade sig vara en riskfaktor för att som vuxen uppleva sig kränkt i vården. Av de kränkta patienterna hade hälften av de manliga och 1/3 av de kvinnliga en sådan bakgrund [25, 26].

Patienters upplevelser

Både kvinnor och män som kränkts i vården upplevde att de varit maktlösa, kände att de förlorat sitt värde och sin värdighet som människa och hade lidit av händelsen under lång tid efteråt. Kvinnor tenderade att vända dessa känslor inåt och känna sig tillintetgjorda, och de beskrev kränkningen som ett resultat av en förlorad maktkamp [8, 9]. Män upplevde i stället frustration över sin maktlöshet och beskrev sig som mentalt vingklippta [10].

Personalens upplevelser

Kränkningar omgavs ofta av tystnad, både av patienter och anställda [24, 27, 28], vilket gjorde problemet osynligt och svårt att hantera. Personal definierade kränkningar som etiska misstag som tyvärr inträffa-

TABELL 1. Fyra exempel på situationer där vårdgivare/ansvariga hanterar kränkningar av patienter

Situation	Tidsaspekt av kränkningen	Signal	Inre vägval: Alternativ 1	Inre vägval: Alternativ 2	Illustration	Vad krävs för att fullfölja alternativ 2?	Vem behöver kunna?
1. VG samtalar med patienten som har blivit kränkt ¹	Dåtid Har hänt	Vag känsla av att bli »taggad« (skam?)	Går i försvar, rättfärdigar – kan bli en ny kränkning	Lyssnar, lever sig in i, »jag är så ledsen, detta var inte min avsikt«	Fakta 2	Närvaro, medkänsla, medvetenhet och kunskap	Alla VG och alla andra som tar emot klagomål och berättelser från patienten
2. VG kränker en patient	Nutid Pågår	Vag känsla av obehag (skam?)	Hänvisar till medicinska skäl och sin auktoritet, fortsätter eventuellt åtgärden	Inser att patienten kränks, avbryter/försöker efteråt ställa till rätta	Figur 2	Närvaro, medkänsla, medvetenhet och kunskap	Alla VG – i alla fall i efterhand inse vad som hände. Se situation 1.
3. VG bevittnar att en patient kränks	Nutid Pågår	Upprörd men handlingsförlamad	»Borde göra något, men vet inte vad, vågar inte ingripa«, förblir passiv	Försöker aktivt hitta en väg ut ur dilemmat som är värdig för alla involverade		Närvaro, medkänsla, mod, medvetenhet, kunskap	Alla VG – i alla fall i efterhand inse vad som hände. Se situation 1.
4. Chefer, arbetsgivare, myndigheter, personer som skapar riktlinjer	Förhindra framtida kränkning	Ingen Klagomål Svåravgränsat/svårbegripligt fall (»Moraliskt«) stressad personal?	Blundar, »alla är ju kränkta nu för tiden«, »vårt uppdrag är att ge ett gott medicinskt omhändertagande«	Vårdar VG:s moraliska resurser genom att erbjuda utbildning och ge verktyg att hantera		Mod, medvetenhet, kunskap, förändrade strukturer för systematiskt arbete mot kränkningar	VG i ledande ställning

VG = vårdgivare

¹Kan vara av VG som för samtalet eller av annan VG

de, men för vilka de inte tog på sig fullt ansvar [14]. Deras medvetenhet om att kränkningar existerar varierade och ökade när de uppfattade sig ha möjlighet att ingripa [15].

Evaluering av interventioner

I dessa studier beskrev personal att de fått en ökad medvetenhet om att kränkningar förekommer [19], att de hade lättare att ta ansvar för en kränkande situation [16, 21] och såg fler möjligheter att agera [17, 22], att ämnet förlorat sin tabustatus [16, 18] samt hur de »navigerade sig fram« i knepiga situationer för att undvika att kränka en patient [20].

I patientinterventionen rapporterade deltagarna en ökad förmåga att identifiera möjligheter att agera i en kränkande situation [23].

Lärdomar från arbetet med interventionerna

a. Olika situationer – olika aktörer – olika strategier.

Kränkningar sker i olika situationer, och även om den anställde ställs inför ett »vägval« finns i dessa situationer olika roller. Olika strategier krävs därför för att hantera situationen på ett för patienten välgörande sätt. Tabell 1 visar detta kortfattat, och Figur 2 illustrerar hur vägvalet kan se ut när den anställde själv är på väg att kränka en patient.

b. Erfarenheter och observationer under seminarier med forumspel [28].

I nästan alla grupper berättade samtliga individer om kränkningar de varit med om eller hört talas om. Grupperna hittade under forumspelen en rad alternativa sätt att handla i den situation som nyss tycktes »omöjlig«. Skam och skuld över att inte ha ingripit lättade när deltagarna insåg att de inte bara delade dessa upplevelser med de andra i gruppen utan också kunde hjälpa varandra att hitta sätt att ingripa. Ånger framstod som något positivt, en signal det gällde att känna igen, till exempel som ett vagt

obehag, och agera på (Figur 2). Tidsbrist och hierarkiska strukturer kom ofta upp som faktorer som bidragit till att patienter kränkts.

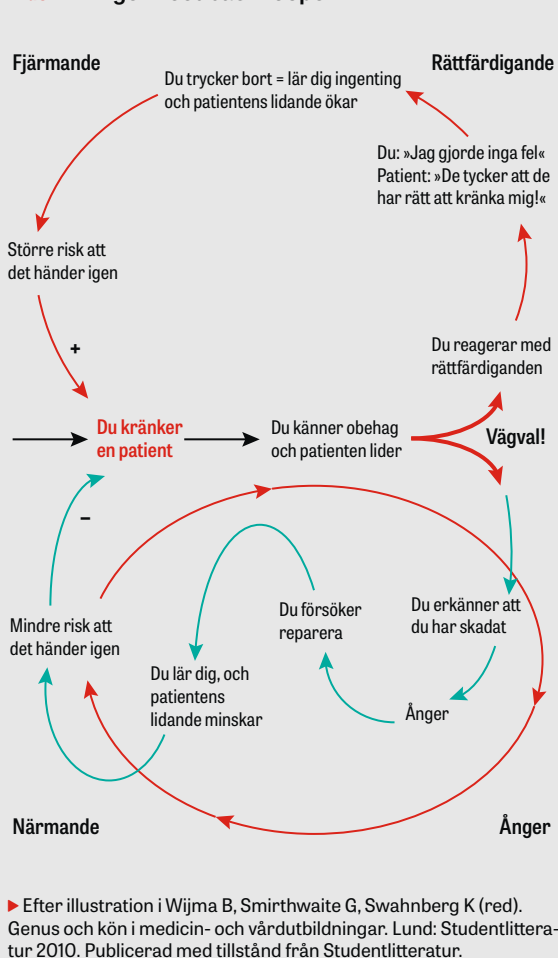
c. Samtal med en patient som blivit kränkt. När en patient klagar över att ha blivit kränkt finns en risk att den anställdes försvarsreaktioner provoceras och förleder hen att argumentera för att inga medicinska fel begåtts i stället för att försöka förstå patientens upplevelse av att ha blivit kränkt [29]. I Fakta 2 finns några enkla råd för hur ett samtal med en kränkt patient kan föras.

DISKUSSION

Kränkningar i vården är ett begrepp som kan täcka ett brett spektrum av händelser. Samtidigt var det ett begrepp som fångade väsentliga upplevelser bland patienterna i våra intervjustudier – trots väldigt olika vårdssituationer var känslan av att bli tillintetgjord och förlora sitt människovärde gemensam. Denna upplevelse liknar också andras analyser av liknande incidenter, där beskrivna som identitetshot [30] eller som bristande respekt för patienten som människa [31]. Djupet av upplevelsen av att bli kränkt, det lidande kränkningen kan innebära samt den höga livstidsprevalensen gör kränkningar oacceptabla.

En särskilt sårbar grupp tycks vara patienter som tidigare har varit utsatta för emotionella, fysiska och/eller sexuella övergrepp. I studier bland gynekologiska patienter hade nästan inga med en sådan bakgrund berättat om denna för vårdgivare [6, 32], vilket betyder att i dessa situationer är denna riskfaktor för att uppleva sig kränkt nästan alltid okänd. Detta försvårar arbetet med att undvika att kränka denna patientgrupp. Traumatiserade patienter kan reagera på »normala« situationer och stimuli med vad personal kan uppfatta som överdrivna, oförklarligt aggressiva eller helt oväntade beteenden, på grund av att de tolkar ett

FIGUR 2. Ånger-feedback-loopen



FAKTA 2. Samtal med en patient som blivit kränkt: 8 råd för vårdgivaren.

(1–3 gäller generellt, oberoende av vem som kränkte patienten. 4–8 handlar om situationen när den som kränkte också är den som för samtalet.)

1. Be patienten berätta i detalj vad som hände och hur hen kände. Lyssna och ställ frågor så att du får en så komplett bild som möjligt om vad hen upplevt.
2. Ta emot patientens version utan att argumentera. Undvik att ge dina omdömen eller kommentarer om inte patienten envist frågar efter dem.
3. Reflektera över hur du föreställer dig att patienten kände när kränkningen skedde/hade skett. När du känner att du vill bekräfta att hens värdighet kränkts – försök visa just detta, också i ditt kroppsspråk.
4. Leta inom dig efter din medkänsla med patientens utsatthet så att du genuint vill säga någonting som: »Jag är så ledsen att det blev så här för dig. Det var verkligen inte alls vad jag ville. Jag ville absolut inte skada dig. Jag är ledsen över det som hänt.« Detta har ingenting att göra med om åtgärden var medicinskt rätt eller fel, indicerad eller ej. Den diskussionen ska man som vårdgivare undvika. Patienten vill få upprättelse för kränkningen. Om vårdgivaren då argumenterar för att det var en medicinskt korrekt åtgärd kör de två parterna olika spår som

inte möts, och en konflikt riskerar att byggas upp [29].

5. Se upp med riskerna med att gå i försvar och att börja rättfärdiga dina handlingar. Risken är då att patienten kan konkludera att du som vårdgivare tycker att du hade rätt att kränka hen. Detta leder ofta till att patienten känner sig än mer kränkt och maktlös. I den aktuella situationen är det du som har makt, vilken ska användas till att återupprätta patientens värdighet, inte till att vinna en strid om tolkningsföreträde.

6. Många patienter kan acceptera att fel har begåtts om bara personalen är ödmjuk och hederlig och inte väjer undan för sin skuld i det som hände. Att bli kränkt är något helt annat, och inget patienter ska acceptera.

7. Inbjud patienten att tillsammans med dig utforska vad du borde ha gjort annorlunda; när, var och hur. Patienter som kränkts är ofta måna om att ingen annan ska behöva utsättas för vad de varit med om.

8. Behåll kontakt med patienten tills hen känner att kränkningen är utredd mellan er. Motivera detta inför patienten med att du vill lära dig av vad som hände, så att du minimerar risken att göra om det. ○

visst skeende som extremt hotfullt. När vårdgivare inte känner till detta samband löper patienterna risk att bli bemötta på sätt som de kan uppfatta som nya kränkningar [29, 33].

Patienter berättar sällan att de upplevt sig kränkta [24], vilket minskar personalens möjligheter till lärande. Eftersom personal också tycks omge kränkningar med tystnad bidrar båda parter till en tystnadskultur som behöver brytas för att åstadkomma förändring.

I kontrast till detta beskrev deltagarna i forumspelsseminarierna den förlösande effekten av att klä kränkningen i ord som skam och skuld och att dela upplevelsen med arbetskamrater. I stället för uppgivenhet inför en omöjlig situation fylldes rummet med positiv energi och iver att testa olika vägar ut ur dilemman.

Deltagarna rapporterade efter seminarierna en ökad förmåga att ingripa i situationer med hotande kränkning, men vad detta beror på vet vi inte. Det kan hänga samman med forumspelen, men också med att man ägnat 0,5–1 dag åt att tala om kränkningar, det vill säga brutit tystnadskulturen, delat erfarenheter och upplevt att arbetsgruppen kan hjälpas åt att motverka att kränkningar sker.

Under interventionen hänvisade personal ofta till

»Positiva begrepp är lättare att samarbeta runt än att sträva efter att eliminera negativa beteenden.«

våldstriangelns enkla modell som för dem tydliggjorde att skulden inte bara var individens: möjligheterna att agera så som ens moral bjuder skapas av arbetsplatsens kultur och strukturer, vilka därför måste inkluderas i ett förändringsarbete.

Begreppet »att vårda och stärka moraliska resurser« fyllde funktionen att sätta ord på en önskad positiv förändring och blev flitigt använt under interventionerna. Positiva begrepp är lättare att samarbeta runt än att sträva efter att eliminera negativa beteenden [34]. Ett annat exempel på detta är hur ånger hantades under seminarierna, vilket förändrades från att ha uppfattats som något skamligt som förtigs till att ses som en försummad men potentiellt positiv resurs i vården, eftersom igenkännandet av ånger skulle

kunna hjälpa vårdgivaren att försöka reparera skadan (använda »ånger-feedback-loopen« i Figur 2), så att ett lärande kan ske.

Hur kan vården motverka att patienter kränks?

Tala om kränkningar. Att all personal, inklusive chefer, involveras är av största betydelse, eftersom det signalerar att kliniken tar ställning för att aktivt motverka kränkningar. Eftersom alla anställda sannolikt möter problemet (Tabell 1) behöver personalgruppen prata om hur man kan agera. Ett sätt kan vara att arbeta fram egna policydokument och pm om hur man på arbetsplatsen bestämt sig för att konkret motverka att patienter kränks. Genom att också tala med patienter om kränkningar kan anställda ta vara på deras erfarenheter och vilja att bidra.

Jobba i bakvänd ordning: Efter → under → före. Eftersom det gäller att börja med uppnåeliga mål blir det viktigaste initialt att märka att det har hänt och försöka lindra den skada som har skett. »Inte kränka« handlar därför inte bara/främst om att undvika att delta i våldstriangeln utan också om att ta väl hand om de kränkningar som trots allt uppstår (Tabell 1). Anställda bör kunna hantera ett samtal med en kränkt patient så att det inte skapar konflikt utan initierar läkning [29].

Bilda gemensam front. Arbetsplatsen/kliniken kan legitimera att tala om incidenter som inträffat och lära av dem. Man kan också komma överens om sätt att konkret hjälpas åt att stoppa en hotande kränkning som man bevittnar. Ett exempel: alla har ett tomt gult kort i bröstfickan vilket vid behov kan lyftas upp en aning som en tyst signal: »Nu blir jag rädd att patienten kan uppleva det du gör som en kränkning - ta 'time out' och tänk efter innan du fortsätter!«

Implikationer för ledare inom vården: två exempel

Patientsäkerhetsarbete. Kränkningar i vården kan vara en aspekt av patientskador vilken behöver ges ord och hanteras väl för att minska patientens lidande. »Psykisk skada och lidande« kan mycket väl rymma kränk-

»Ett exempel: alla har ett tomt gult kort i bröstfickan vilket vid behov kan lyftas upp en aning som en tyst signal ...«

ningar. Patienter som drabbats av medicinsk skada kan även känna sig kränkta, och denna del i patientens lidande är då ofta möjlig att lindra.

Klagomålshandling: Eftersom patienten ska framföra klagomål direkt till vården hamnar ansvariga i individuella samtal, med de risker och möjligheter detta innebär om patienten känner sig kränkt (se Fakta 2 och Tabell 1) [29].

KONKLUSION

Enkätstudier i stora urval har visat att kränkningar i vården är vanligt förekommande och kan ge upphov till långvarigt lidande. Eftersom vårdens uppgift är att lindra lidande behövs ett aktivt arbete för att förhindra att patienter kränks. Förändringar av ett arbetsklimat för att motverka att patienter kränks förutsätter att tystnaden runt kränkningar bryts och att det satsas på personalens moraliska resurser. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.

Citera som: Läkartidningen. 2019;116:FDYC

- Projektet har stötts av bidrag från Vetenskapsrådet 2001-2017 och från FORSS 2006-2014.

SUMMARY

Abuse in healthcare – lessons learned during two decades of research

Patients' experience of abuse in health care (AHC) is common, and may cause long-lasting suffering. In Sweden, lifetime prevalence is estimated at 20 per cent among female patients and 8 per cent among male patients, and a background of other abuse is a risk factor. Most health care staff have experience of patients who have been abused, but the topic is surrounded by silence from both patients and caregivers. Models for training staff in groups have been evaluated and a more proactive stance can be fostered. Department heads and health care authorities are responsible for providing staff with options to counteract AHC. Caregivers need training in how to carry out consultations with patients who say they have been abused in health care, and this training should be included in efforts to increase quality of care. Changes are within reach but educational efforts are urgent.

REFERENSER

1. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Abuse in health care: A concept analysis. *Scand J Caring Sci.* 2012;26(1):123-32.
2. Wijma B, Schei B, Swahnberg K. NorAQ. The NorVold abuse questionnaire. Linköping: Linköpings universitet, Division of Gender and Medicine; 2004.
3. Swahnberg K. NorVold Abuse Questionnaire for Men (m-NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care in male patients. *Gend Med.* 2011;8(2):69-79.
4. Swahnberg K, Wijma B. The NorVold Abuse Questionnaire (No-RAQ): validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. *Eur J Public Health.* 2003;13(4):361-6.
5. Swahnberg K, Hearn J, Wijma B. Prevalence of perceived experiences of emotional, physical, sexual, and health care abuse in a Swedish male patient sample. *Violence Vict.* 2009;24(2):265-79.
6. Swahnberg K, Wijma B, Schei B, et al. Are sociodemographic and regional and sample factors associated with prevalence of abuse? *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2004;83(3):276-88.
7. Swahnberg K, Davidsen-Simmons J, Hearn J, et al. Men's experiences of emotional, physical, and sexual abuse and abuse in health care: a cross-sectional study of a Swedish random male population sample. *Scand J Public Health.* 2012;40(2):191-202.
8. Swahnberg K, Thapar-Björkert S, Berterö C. Nullified: Women's perceptions of being abused in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2007;28(3):161-7.
9. Brüggemann AJ, Swahnberg K. What contributes to abuse in health care? A grounded theory of female patients' stories. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(3):404-12.
10. Swahnberg K, Wijma B, Hearn J, et al. Mentally pinioned: Men's perceptions of being abused in health care. *Int J Mens Health.* 2009;8(1):60-71.
11. Galtung J. Cultural violence. *J Peace Res.* 1990;27(3):291-305.
12. Glover J. *Humanity. A moral history of the twentieth century.* London: Pimlico; 2001.
13. Byréus K. Du har huvudrollen i ditt liv: Om forumspel som pedagogisk metod för frigörelse och förändring. Stockholm: Liber; 2010.
14. Swahnberg K, Zbikowski A, Wijma B. Ethical lapses: Staff's perception of abuse in health care. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2010;31(3):123-9.
15. Swahnberg K, Wijma B. Staff's awareness of abuse in health care varies according to situation and possibilities to act. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2011;32(2):65-71.
16. Swahnberg K, Wijma B. Staff's perception of abuse in healthcare: a Swedish qualitative study. *BMJ Open.* 2012;2(5).
17. Nilsson A. Utvärdering av projektet »kränkningarna i vården»: Linköping: Linköpings universitet, Division of Gender and Medicine; 2010.
18. Swahnberg K, Berterö C. Minimizing human dignity: staff perception of abuse in health care. *Clin Ethics (Abingdon).* 2012;7(1):33-8.
19. Brüggemann AJ, Persson A. Using forum play to prevent abuse in health care organizations: a qualitative study exploring potentials and limitations for learning. *Educ Health (Abingdon).* 2016;29(3):217-22.
20. Brüggemann J, Persson A, Wijma B. Understanding and preventing situations of abuse in health care - Navigation-work in a Swedish palliative care setting. *Soc Sci Med.* 2019;222:52-8.
21. Zbikowski A, Zeiler K, Swahnberg K. Forum Play as a method for learning ethical practice: a qualitative study among Swedish health-care staff. *Clin Ethics.* 2016;11(1):9-18.
22. Zbikowski A. Counteracting abuse in health care from a staff perspective [avhandling]: Linköping: Linköpings universitet; 2014.
23. Brüggemann AJ, Swahnberg K, Wijma B. A first online intervention to increase patients' perceived ability to act in situations of abuse in health care: reports of a Swedish pre-post study. *BMC Med Ethics.* 2015;16:35.
24. Brüggemann AJ, Wijma B, Swahnberg K. Patients' silence following healthcare staff's ethical transgressions. *Nurs Ethics.* 2012;19:750-63.
25. Swahnberg K, Edholm S, Fredman K, et al. Men's perceived experiences of abuse in health care: their relationship to childhood abuse. *Int J Mens Health.* 2012;11:137-49.
26. Swahnberg K, Wijma B, Wingren G, et al. Women's perceived experiences of abuse in the health care system: their relationship to childhood abuse. *BJOG.* 2004;111(12):1429-36.
27. Brüggemann AJ, Swahnberg K. Staff silence about abuse in health care: an exploratory study at a Swedish women's clinic. *Clin Ethics (Abingdon).* 2014;9:71-6.
28. Wijma B, Zbikowski A, Brüggemann AJ. Silence, shame and abuse in health care: Theoretical development on basis of an intervention project among staff. *BMC Med Educ.* 2016;16:75.
29. Wijma B, Gustafsson LE, Thapar-Björkert S, et al. What is an error? *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 2005;26(4):233-5.
30. Coyle J. Exploring the meaning of «dissatisfaction» with health care: the importance of «personal identity threat». *Sociol Health Illn.* 1999;21(1):95-123.
31. Speraw S. »Talk to me - I'm human»: the story of a girl, her personhood, and the failures of health care. *Qual Health Res.* 2009;19(6):732-43.
32. Wijma B, Schei B, Swahnberg K, et al. Nordic cross-sectional study. Emotional, physical, and sexual abuse in patients visiting gynaecology clinics: a Nordic cross-sectional study. *Lancet.* 2003;361(9375):2107-13.
33. Wijma B, Wijma K. Sviter av övergrepp döld sjukdomsorsak. *Läkartidningen.* 1993;90:614-6.
34. Sundel M, Sundel SS. Behavior change in the human services. Behavioral and cognitive principles and applications. Thousand Oaks, CA: Sage; 2005.