
RAPPORT

Att inom Barnhälsovården i Landstinget Värmland och Region Örebro län fråga om våld i nära relationer

Cristina Gillå, Maria Lind, Anna Lindgren Fändriks, Åsa Källström,
Agneta Anderzen-Carlsson, Kjerstin Almqvist

Working Papers and Reports Social work 12 | ÖREBRO 2018



Editors: Anders Bruhn and Åsa Källström

FN:s konvention om barns rättigheter

Artikel 3

”Barnets bästa skall komma i främsta rummet vid alla beslut som rör barn”

Artikel 19

”Varje barn har rätt att skyddas mot fysiskt eller psykiskt våld, övergrepp, vanvård eller utnyttjande av föräldrar eller annan som har hand om barnet”

Inledning

På Barnrättsdagarna 2013 lyssnade två av författarna till denna rapport (Cristina Gillå och Maria Lind, som är verksamhetsutvecklare för barnhälsovården vid Landstinget Värmland respektive Region Örebro län) på en föreläsning om barn som bevittnar våld i nära relation. I Värmland fanns då redan planer på att initiera ett arbete för att förebygga våld i nära relation, som barnhälsovården (BHV) var delaktig i. Vi frågade oss: ”Skulle det vara möjligt att rutinmässigt ställa en fråga om våld i nära relation inom barnhälsovårdens verksamhet?” På mödravårdscentralerna inom Örebro och Värmlands län har man ställt frågan om våld i mer än 15 år, men nationell forskning saknades om det skulle kunna vara till nytta att följa upp frågan inom barnhälsovården. Med detta som utgångspunkt väcktes tanken om att ett pilotprojekt för att ta reda på det, i samverkan mellan Landstinget Värmland och Region Örebro län.

Ett möte bokades med Kjerstin Almqvist, professor i medicinsk psykologi på Karlstad universitet med forskningserfarenhet inom området. Hon presenterade två validerade formulär och som skulle kunna användas inom barnhälsovårdens verksamhet och som hon tidigare hade använt i forskning. Till nästa möte bjöds även två mödra- och barnhälsovårdspsykologer in. Anna Lindgren Fändriks, som är ännu en av rapportens författare, har en sådan roll. Till den projektgrupp som därefter bildades värvades ytterligare två forskare; Agneta Anderzén Carlsson, docent i medicinsk vetenskap, inriktning hälso- och vårdvetenskap, och Åsa Källström, professor i socialt arbete, båda vid Örebro universitet. Projektgruppen kom därmed att bestå av sammanlagt sju personer som representerade Karlstads och Örebro universitet samt barnhälsovårdsenheterna i Landstinget i Värmland och Region Örebro län. På grund av att Agneta är anställd inom forskningsorganisationen inom Region Örebro län blev även denna verksamhet representerad i arbetet.

Den här rapporten handlar om resultatet av detta projekt, som alltså innebar att testa och utvärdera en intervention om att fråga om våld i nära relationer på barnavårdscentraler i Landstinget Värmland och Region Örebro Län. Syftet var att beskriva hur mammor som på BVC tillfrågades om våld i sin nära relation uppfattade och reagerade på detta, samt beskriva BHV-sjuksköterskornas upplevelse av att ställa frågan om våld i nära relation, med hjälp av formulär. I detta ingick också att utvärdera hur detta eventuellt påverkade BHV-sjuksköterskornas arbete och allians med föräldrarna. Ett sekundärt syfte var att beskriva utfallet av hur de inkluderade mammorna besvarade frågorna om våldsutsatthet.

Våld i nära relation och barn som lever i sådana familjekonstellationer

I Sverige anmäls 10.000-tals misshandelsbrott mot kvinnor utförda av en man som kvinnan lever eller har levt tillsammans med, varje år (BRÅ 2009). Det grova våldet mot kvinnor, som leder till sjukhusvistelse, kulminerar i åldrarna 25–44 år, d.v.s. i de åldrar då kvinnorna är mammor till förskolebarn och yngre skolbarn (Janson m.fl. 2011). Om paret har barn, kan det vara svårare för kvinnan att lämna den destruktiva och farliga relationen (Krug m.fl. 2002). Därmed riskerar våldet att pågå under längre tid i kvinnans (och barnets) liv.

Alla som är utsatta för våld i nära relation har rätt till stöd och skydd från samhället. Både kvinnor och män kan utöva våld i nära relation, men det är vanligare att kvinnor utsätts för grövre våld och utsatta kvinnor har betydligt större behov av hjälp och stödinsatser än utsatta män (BRÅ 2009). Det är också pappors våld mot mammor som verkar ha de mest negativa konsekvenserna för barnen (Miller m.fl. 2014). Samhällets satsningar och socialtjänstlagen fokuserar därför på kvinnors utsatthet. I linje med detta så har den svenska regeringen tillsatt medel

för att kvalitetsutveckla arbetet mot våld i nära relationer, stödet till våldsutsatta kvinnor och barn, barn som har bevittnat våld samt arbetet med våldsutövare.

Barndomsupplevelser av våld i föräldrarnas nära relation innebär en risk för att barnet ska utveckla symtom på exempelvis posttraumatisk stress, ångest och depression (Cater m.fl. 2014, Kitzmann m.fl. 2003, Wolfe m.fl. 2003), liksom beteendemässiga problem, problem i sociala relationer och skola samt en ökad risk för kroniska sjukdomstillstånd (Kitzmann m.fl. 2003, Wolfe m.fl. 2003). Om föräldrarelationen redan när barnet föds präglas av konflikter och våld, riskerar barnets anknytning till båda föräldrarna att bli otrygg (Godbout m.fl. 2009). Ur ett anknytningsperspektiv innebär föräldrars våld i hemmet att barnet inte kan vara säker på att föräldrarna finns tillgängliga och är lyhörda för dess behov. En våldsam familjemiljö minskar också föräldrarnas omsorgsförmåga och risken att barnet själv ska utsättas för direkta övergrepp är dessutom betydligt större i familjer där mamman utsätts för våld (t.ex. Broberg m.fl. 2011, Annerbäck m.fl. 2012).

Våld i nära relationer sker oftast i hemmet där det saknas utomstående vittnen. Barn berättar sällan för andra om våld i sin familj, bland annat på grund av rädsla och förvirring, lojalitet, skuld och skam. Det finns därför risk för att deras utsatthet inte uppmärksammas. Den svenska brottsoffermyndigheten har dock under senare år poängterat att barn som bevittnar våld i nära relation är att betrakta som ett brottsoffer, vilket kanske kan leda till en större allmän medvetenhet om problemet. Under 2015 anmäldes drygt 4.070 misshandelsbrott mot barn i åldern 0–6 år. Det är svårt att veta den egentliga omfattningen av barnmisshandel eftersom våldet ofta inte polisanmäls när det gäller små barn. I statistiken över barn som utsatts för misshandel anges inte om barnet och den som misshandlar har en nära relation (BRÅ 2017). Det finns ingen tillgänglig statistik avseende hur många barn som årligen bevittnar våld inom familjen.

Våld i nära relationer är ett samhällsproblem som får konsekvenser för folkhälsan. Våldet är alltid en kränkning av mänskliga rättigheter, både för den som direkt utsatts, men också för de eventuella barn som bevittnar sådant våld. Med denna bakgrund kan antas att tidig upptäckt av våld i nära relation kan utgöra en skyddande faktor för både kvinnor och barn och att BVC skulle kunna vara en arena där frågor om våld skulle kunna ställas.

Mödra- och barnhälsovården och våld i nära relation

På senare år har ett antal studier visat att graviditeten är en tid då risken för våld är förhöjd (t.ex. Huth-Bocks m.fl. 2011). Att detta innebär att många barn riskerar att drabbas av våld redan innan födelsen eller att våldet utvecklas under barnets första levnadsår är visat i andra studier (Macy m.fl. 2007, Stenson m.fl. 2001). Å andra sidan finns det också forskning som har påvisat att kvinnor är mer benägna att ta sig ur våldsamma relationer när de blivit mödrar (Holmberg & Enander 2011) och en av de viktigaste anledningarna till att kvinnor bryter sig loss från en relation där de misshandlas är att de förstår att situationen påverkar barnen negativt (Krug m.fl. 2002).

Socialstyrelsen (2014) rekommenderar hälso- och sjukvården att alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovården bör tillfrågas om erfarenhet av våld. Det vetenskapliga stödet för denna rekommendation är forskning som visar att rutinfrågor inom mödrahälsovården markant ökar upptäckten av våld, samt att mödrahälsovården har en central roll för kvinnor i denna period av livet (Socialstyrelsen 2014). Kvinnor har i de allra flesta fall inget emot att bli tillfrågade om våldsutsatthet av personal inom kvinnosjukvård och familjeplanering, men om man inte frågar kommer de flesta kvinnor inte att spontant berätta om sina erfarenheter av våld och övergrepp

(Ramseden & Bonner 2002), inte ens om de har en lång och förtroendefull relation till vårdpersonalen (jfr NCK 2011). Svensk forskning (Stenson m.fl. 2005) har belyst barnmorskors upplevelser av att samtala om våld under graviditet. Där framkommer att barnmorskor ansåg att uppgiften att samtala om våld var viktig, men att olika svårigheter påverkade hur, och om de frågade. Stenson med kollegor konstaterar att det viktigt att få in frågor om våld som en naturlig del av vården för gravida kvinnor och att det skulle underlätta om vården organiseras så att varje kvinna får ett enskilt besök hos barnmorskan. Vidare menar hon att barnmorskorna som ska ställa frågorna behöver utbildning, fortbildning och handledning.

Barnhälsovårdens mål är att bidra till bästa möjliga fysiska, psykiska och sociala hälsa för barn genom att främja barns hälsa och utveckling, förebygga ohälsa hos barn samt tidigt identifiera och initiera åtgärder vid problem i barns hälsa, utveckling och uppväxtmiljö. Barnhälsovården ska erbjuda insatser till alla barn och föräldrar och rikta förstärkta insatser till barn och föräldrar med särskilda behov, hälsoövervakning och individuellt utformad hjälp till barn som löper högre risk att drabbas av ohälsa samt vara uppmärksam på förhållanden i familjens närmiljö (Socialstyrelsen 2014). Rikshandboken för barnhälsovård understryker vikten av att uppmärksamma barn i familjer med våld i nära relationer utifrån ett riskperspektiv. Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården är skyldiga att ställa frågan om våld på indikation. På en direkt fråga till BHV-sjuksköterskor visar det sig att det är få eller ingen som gjort det. Barnhälsovården träffar alla familjer med barn upp till sex år och lämpar sig därför väl för att för sprida generell kunskap kring våld i nära relationer och för att tidigt identifiera och initiera åtgärder vid upptäckt av våld i nära relation i småbarnsfamiljer.

Beroende på att kvinnan vid olika tidpunkter kan vara mer eller mindre benägen att ta sig ur en våldsamt relation kan det ha betydelse att frågan upprepas. Det kan därför vara aktuellt att ställa frågan om våld på BVC, även om den ställts av barnmorskan inom mödravården under graviditeten.

Syfte

Projektet hade flera syften:

- att inom organisationen pröva möjligheten att ställa frågor om utsatthet för våld i nära relation till nyblivna mammor,
- att kartlägga förekomst av våldsutsatthet bland mammor,
- att utvärdera mammors uppfattning om hur det var att vid ett besök i barnhälsovården bli tillfrågad om våldsutsatthet i sin nära relation, samt
- att analysera BHV-sköterskornas erfarenhet av att ställa frågor till mammor.

Metod

Barnhälsovårdens personal möter i stort sett alla barn 0–6 år och deras föräldrar (Blennow & Sundelin 2014). Därmed finns en unik möjlighet att synliggöra och uppmärksamma barn som lever med våld i nära relationer. Mot denna bakgrund avsågs att i projektform utvärdera en intervention på barnavårdscentraler inom Landstinget i Värmland och Region Örebro län, som syftade till att strukturerat samtala om förekomst av våld i familjen. Det ansågs vara viktigt att frågan skulle ställas vid ett ordinarie besök, och vi valde åttamånadersbesöket då sjuk-

sköterskorna enligt det nationella programmet för barnhälsovården bland annat informerar om risker i barnets uppväxtmiljö.

Deltagande BHV-sjuksköterskor och studiekontext

Sammanlagt femton BHV-sjuksköterskor rekryterades från de båda länen. Information om projektet gavs av de två verksamhetsutvecklarna. Därefter anmälde BHV-sjuksköterskorna själva sitt intresse av att delta. Innan dess hade de fått sitt deltagande sanktionerat av respektive vårdcentralschef. Två BHV-sjuksköterskor avbröt sitt engagemang i projektet innan det hann starta, så totalt deltog tretton BHV-sjuksköterskor från tolv BVC i projektet. Fyra av dessa BVC ingick som del i en familjecentral. Barnunderlaget varierade från 35 till 362 nyfödda barn per år per BVC.

BHV-sjuksköterskorna som deltog hade arbetat på BVC mellan 2–13 år. Alla var specialistsjuksköterskor; tre var barnsjuksköterskor och tio distriktssköterskor. De inkluderade BVC representerade olika sociodemografiska områden och kan ses som representera ett genomsnitt av de båda länen där projektet genomfördes.

Intervention riktad till BHV-sjuksköterskor

Projektet inleddes med en utbildningsintervention för de berörda BHV-sjuksköterskor som innehöll två föreläsningar. Kjerstin Almqvist beskrev *anknytning, psykisk hälsa och utveckling och erfarenheter av att prata om våld inom hälso- och sjukvård*. Åsa Källström föreläste om vad *våld i föräldrarnas parrelation innebär för barnen*. Utbildningen avslutades med reflektion och frågor.

Två månader senare träffade alla BHV-sjuksköterskorna projektgruppen igen och fick en detaljerad genomgång av studiens upplägg och fick möjlighet att ställa frågor och lämna synpunkter avseende det planerade upplägget.

De båda psykologerna som ingick i projektgruppen arbetade fram en utbildning i studie-cirkelform som de genomförde med sjuksköterskorna i respektive län under projektets gång. Bland annat användes material framtaget av Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK 2011). Omfattningen av studiecirkeln var fyra tillfällen à 2½ timme, för varje grupp.

Syftet med studiecirkeln var att fördjupa BHV-sjuksköterskornas kunskaper om riskfaktorer och våldets konsekvenser för alla inblandade. Särskilt fokus lades på barnets utsatthet och konsekvenser för föräldrarollen. Det var viktigt att öka förståelsen för hur sammansatt och mångfacetterad problematiken är, både hos mannen som våldsutövare och hos kvinnan som offer. Inom ramen för studiecirkeln fick också BHV-sjuksköterskorna information om de rutiner som fanns i händelse av att de skulle identifiera någon mamma som var utsatt för våld i nära relation. Under projektets gång fick sjuksköterskorna regelbunden konsultation med psykologer inom barnhälsovården, där våld i nära relation specifikt gavs utrymme för diskussion.

Studiedeltagare

Alla mammor på de inkluderade barnavårdscentralerna tillfrågades när barnen var 4–6 månader om samtycke att ingå i studien. De fick muntlig och skriftlig information om att studiedeltagandet innebar att de skulle fylla i ett eller två formulär om våld i nära relation i samband med 8-månaders-besöket.

När mammorna sedan kom med barnet för ordinarie åtta-månaders besök inkluderades de mammor som tidigare lämnat samtycke till att delta. Om partnern var med vid besöket ombads han

att vänta utanför medan mamman fyllde i formuläret. Om mannen kom ensam så kontaktades mamman och tillfrågades om hon kunde komma vid ett senare tillfälle för att besvara frågorna om våld i nära relation.

Under perioden juli 2014 till maj 2015 (inklusionsperioden) var 338 barn i rätt ålder för studien registrerade på BVC. Fördelningen av pojkar och flickor var jämt fördelad. Av mammorna var övervägande del svenska, 4 % kom från övriga Europa och 10 % var utomeuropeiska. Andelen förstföderskor var 39 %, de flesta av barnen levde med båda sina biologiska föräldrar (95 %). Endast 3 % av mammorna hade enskild vårdnad. Av de 243 mammor som tillfrågades om deltagande i studien accepterade 221 (91 %) att delta. Slutligen deltog 198 mammor i studien och 128 av dessa blev telefonintervjuade. Dessa mammor skilde sig inte signifikant från populationen avseende hennes födelseland, antal syskon till barnet och vårdnad.

De 13 BHV-sjuksköterskor som deltog i interventionen tillfrågades om att efter studieperioden delta i en individuell intervju. Samtliga tackade ja till att delta.

Formulär

Det formulär som samtliga deltagande kvinnor besvarade var "Våld i Familjen" (ViF) (Broberg m.fl. 2015). ViF är en vidareutveckling från formuläret Partner Violence Screening Formulär, (PVS, Feldhaus m.fl. 1997). PVS är ett kartläggningsformulär som utprövats internationellt och använts i tidigare svenska studier (då benämnt ViF) med gott resultat (Broberg m.fl. 2011). Det är ett formulär med 3–5 frågor om våld i familjen som tar ca 1–2 minuter att fylla i och som visat sig vara väl accepterat hos de mammor som besvarat formuläret, liksom hos och yrkesverksamma. Den är välfungerande i praktisk verksamhet (Hultmann m.fl. 2014).

Vid åttamånadersbesöket på BVC uppmanades mamman att besvara ViF-V (Bilaga 1 ViF-V), medan BHV-sjuksköterskan var kvar i rummet. När mamman var klar samtalade sjuksköterskan med mamman om de svar som lämnats. Om ViF-V indikerade att mamman utsatts för våld eller känt otrygghet i sin nära relation så gick sjuksköterskan vidare och erbjöd ytterligare ett frågeformulär, CTS-kort, för att få ett bättre underlag att bedöma fortsatt handläggning.

CTS-kort (CTS-k) är kortversionen av The Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2, Straus m.fl., 1996). Formuläret omfattar 10 frågor som beskriver vad, i det här fallet mamman utsatts för och om barnet då varit närvarande (Bilaga 2 CTS-k). Originalformuläret är ett av de mest använda skalorna internationellt, för att bedöma förekomsten av våld i nära relationer. Det är översatt till svenska och har använts i en rad studier. Kortversionen har visat motsvarande psykometriska egenskaper, som ursprungsformuläret och har använts i svenska studier (Broberg m.fl. 2011). Formuläret används på samma sätt som ViF-V.

Om mammornas svar på CTS-k indikerade att hon varit utsatt för våld under det senaste året handlade BHV-sjuksköterskan ärendet enligt det vårdprogram som finns framtaget för respektive landsting och i enlighet med den vårdrutin som finns för verksamheten. Om någon mamma uttryckte behov av stöd erbjöds hon kontakt med psykolog inom mödra- och barnhälsovården. I de fall mamman inte kunde tillräckligt bra svenska för att kunna besvara formulären så skulle auktoriserad tolk användas. För alla mammor som inkluderades så dokumenterades barnets BVC-journal att frågan om våld i nära relation ställts i enlighet med studieprotokoll. All eventuell övrig dokumentation gjordes i mammans journal på den aktuella vårdcentralen. För studien dokumenterades bakgrundsfakta om mammorna i ett basdatablad (Bilaga 3 Basdata) (t.ex. om antal syskon till barnet, mammans födelseland o.s.v.)

Datainsamling

För att samla in mammornas erfarenheter av att på BVC besvara frågor om våld i nära relationer inom barnhälsovården så tillfrågades de inkluderade mammorna om de som ett andra steg i projektet kunde tänka sig att bli uppringda för en kort telefonintervju cirka en vecka efter det aktuella BVC-besöket. De som samtyckte till detta blev uppringda av en oberoende forskningsassistent. Intervjuerna tog 15–20 min. Mammorna fick svara på 17 frågor, varav de flesta hade en öppen struktur som möjliggjorde för mammorna att kortfattat men fritt berätta om sin upplevelse. Andra frågor hade fasta svarsalternativ, eller var av den karaktären att mamman kunde skatta sin upplevelse på en skala mellan 1–10.

Efter forskningsprojektets avslut intervjuades samtliga BHV-sjuksköterskor individuellt kring deras upplevelse av att ställa frågan om ”våld i nära relation” och om utbildningsinterventionen, med hjälp av en semistrukturerad intervjuguide. Dessa intervjuer genomfördes av två av forskarna i projektet, på de deltagande BHV-sjuksköterskornas arbetsplats eller på ett bibliotek, baserat på BVC-sjuksköterskornas önskemål. Innan intervjuerna fick de muntlig och skriftlig information om studien och att deltagandet var frivilligt. Innan intervjuerna undertecknade ett informerat samtycke. Intervjuerna spelades in på digitalt ljudmedia.

Data-analys

För statistiska analyser av svaren på frågeformulären ViF-V och CTS-k och de skapade numeriska kategorierna för telefonintervjudata användes IBM SPSS Statistics V22.0-programvara (IBM Corp. 2013) (för en mer detaljerad beskrivning, se Almqvist m.fl. 2018).

Mammornas svar på de öppna intervjufrågorna analyserades med en tematisk analys informerad av Braun och Clarke (2006). Analysen styrdes av syftet att utforska mammornas erfarenheter av, och tankar om, att på BVC ha blivit frågade om utsatthet för våld i nära relation och beskriver både dominerande åsikter och variansen på varje fråga (för en mer detaljerad beskrivning, se Almqvist m.fl. 2018).

De inspelade intervjuerna med sjuksköterskorna transkriberades ordagrant. Därefter analyserades texten med hjälp av en tematisk analys (Burnard m.fl. 2008). Först lästes alla intervjuer igenom i sin helhet av två av forskarna, samtidigt som de gjorde kortfattade noteringar om innehållet som relaterade till den kvalitativa delstudiens syfte. Noteringarna förfinades och benämndes med etiketter, så kallade koder. Koderna sammanfördes därefter i kategorier med inbördes lika innehåll. Därefter gick forskarna tillbaka till intervjuerna och kategoriserade allt innehållet med utgångspunkt i de kategorier som identifierades i förgående steg (för en mer detaljerad beskrivning, se Anderzen-Carlsson m.fl. 2018).

Projektet genomgick en forskningsetisk prövning vid Regionala Etikprövningsnämnden i Uppsala (diarienummer 2014/463) innan det startade.

Resultat

Här presenteras först hur vanligt det var att mammorna rapporterade att de utsatts för våld i nära relation, därefter vad de tyckte och tänkte om att ha tillfrågats om det och avslutningsvis BHV-sjuksköterskornas erfarenheter av att ha frågat nyblivna mammor om utsatthet för våld i nära relation. Resultaten i detta avsnitt bygger på Almquist m.fl. (2018) och Anderzen-Carlsson m.fl. (2017).

Hur vanligt var det att mammor som kommer till BVC har utsatts för våld i nära relation?

På frågan ”Har du blivit slagen, sparkad, slagen eller på annat sätt skadad av någon?” i ViF-V-formuläret svarade 32 (16 %) av de deltagande 198 mammorna att de hade blivit utsatta för våld från en partner. Av dessa hade 27 (13 %) utsatts för mer än tre år sedan, fem (2,5 %) för ett till tre år sedan och en mamma (0,5 %) under det senaste året. Av dessa 32 uppgav sig 30 (15 % av alla 198) enligt frågorna i CTS-k-formuläret ha utsatts för psykologiskt våld, 21 (10,5 %) för fysiskt och 9 (4 %) för sexuellt våld. Alla mammor, utom tre rapporterade att de utsatts av en före detta partner, det vill säga inte den biologiska pappan till det nyfödda barnet. En mamma beskrev att hon var otrygg med sitt barns pappa, och två mammor kände sig fortfarande otrygga i förhållande till en tidigare partner.

Fastän endast några få mammor rapporterade om våld från en partner i sitt nuvarande förhållande, ligger deras totala utsatthet (16 %) nära den förekomst av våld i nära relation under sin livstid som kvinnor i Sverige rapporterar (14 %) (Andersson m.fl. 2015).

Vad tyckte och tänkte mammorna om att ha tillfrågats om våld i nära relation av BHV-sjuksköterskan?

De flesta av de 128 intervjuade mammorna (71 %) uppskattade att ha blivit tillfrågade av BHV-sjuksköterskan om huruvida de hade utsatts för våld från en partner och beskrev sin erfarenhet som mycket positiv eller positiv. Några få (5 %) var tveksamma till om BVC var rätt plats att ställa frågan på, men inte helt negativa, medan resten (24 %) beskrev erfarenheten som neutral.

Mammorna som var positiva till att bli tillfrågade beskrev det som relevant och naturligt att på BVC ta upp våld i nära relation och rapporterade att de kände sig trygga med att tala om våld där:

”Jag tycker att det är bra att ta upp detta på BVC, det är viktigt. Vissa människor inser inte att de lever i ett våldsamt förhållande innan de får barn”.

Mammorna såg det som viktigt att mammor som utsätts för våld i nära relation blir synliggjorda, och de uppskattade att deras sjuksköterska tog upp sådana frågor. De betonade värdet av att alla mammor får information om den negativa inverkan på barns välbefinnande och utveckling som våld i nära relation kan få och hur man kan få hjälp, eftersom det inte är allmänt känt. Mammorna jämförde denna information med vad de hade fått höra om andra risker för barns hälsa och utveckling, och de uppgav att de ansåg att informationen om våld i nära relation var lika viktig:

”Frågan om våld måste ställas – barnets bästa måste gå i första hand”.

Enligt de positiva mammorna kan det medföra att denna information ökar sannolikheten för att en utsatt mamma berättar om sin situation. Totalt sett bedömde de intervjuade mammorna att

riskan att en mamma inte längre skulle besöka BVC på grund av att man frågade om våld i nära relation som låg.

Några av de tvivlande mammorna förklarade att det var lite deprimerande att påminnas om att vissa barn utsätts för risker på grund av våldsamma föräldrar, och vissa var ovana att tillfrågas om sådana privata angelägenheter. Dock uppgav de allra flesta (93 %) att ingenting i de frågor de svarat på var skrämmande, medan ett fåtal (7 %) beskrev initiala känslor av att bli negativt bedömd eller betraktad med misstankar.

Majoriteten av de intervjuade mammorna tyckte att det var nödvändigt att fråga om våld i nära relation på BVC:

”Vem kan annars fråga? Barnhälsovård är viktigt. Det gäller ju de minsta barnen”.

De flesta mammorna (ca 70 %) rapporterade att de aldrig tidigare hade tillfrågats om utsatthet för våld, medan 30 procent uppgav hade blivit tillfrågade av sin barnmorska under graviditeten.

Åsikterna varierade om det bästa sättet att utforma frågor om våld i nära relation. Majoriteten (90 %) var positiva till ViF-V-formuläret, som de beskrev som lätt att förstå och som tog rimlig tid i anspråk. CTS-k-formuläret, som endast gavs till de mammor som i ViF-V-formuläret uppgivit att de utsatts för våld i nära relation, var inte så uppskattat. Endast 7 (22 %) av de 32 mammorna som svarat på formuläret var positiva till det, medan resten av mammorna beskrev det som otydligt och svårt att förstå.

En del mammor skulle föredra att tillfrågas när barnet var yngre. Några av dessa mammor föreslog att samtalet om våld i nära relation skulle kunna genomföras vid samma tillfälle som de besvarade EPDS (skattningsskala rörande nedstämdhet efter förlossning); när barnet var ungefär 2 månader gammalt. Vid den tidpunkten var mammorna ensamma med BHV-sjuksköterskan. Mammor som föredrog att bli tillfrågade senare betonade å andra sidan att ha ett nytt barn är en stor förändring i en kvinnas liv och så småningom kommer hon att bygga en närmare allians med sin BHV-sjuksköterska, vilket var en god grund för att samtala om våld i nära relation. Nästan alla mammor var överens om att mammor skulle bli tillfrågade om utsatthet för våld i nära relation när hon var ensam med BHV-sjuksköterskan. Annars skulle det vara omöjligt för dem att berätta sanningen. Flera mammor föreslog emellertid också att pappor skulle tillfrågas om våld i nära relation, eftersom män också kan utsättas och uppgav att pappor också behöver information om våldets inverkan på barns hälsa och utveckling.

Enligt mammorna är en förutsättning för att införa frågor om våld i nära relation inom barnhälsovården att det görs rutinmässigt, för att undvika stigmatisering. BHV-sjuksköterskor måste också vara välinformerade om våld i nära relation och kunna hantera en situation med en utsatt mamma som har berättat om sin situation. Mammorna beskrev att BHV-sjuksköterskor som ska fråga om våld i nära relation måste vara empatiska och ödmjuka. Två ytterligare krav var avskildhet och tillräcklig tid för samtalet. Ett förslag till förbättrade rutiner kring våld i nära relation inbegrep att ge mammor mer information om våld, särskilt om hur våldet riskerar att påverka barn negativt, hur lagstiftningen ser ut och var man kan få stöd och skydd.

Vilka erfarenheter av att fråga nyblivna mammor om våld beskrev BHV-sjuksköterskorna?

I intervjuerna med BHV-sjuksköterskorna identifierades fem kategorier av svar, vilka utgör grunden för hur detta avsnitt struktureras: *Att använda formulär i två steg, vikten av att fråga om*

våld i nära relation, att vara trygg i sin professionella roll och med att fråga om våld i nära relation, betydelsen av tid och rum för att fråga om våld i nära relation och ”spill-over-effekter”.

Att använda formulär i två steg

Sjuksköterskorna på BVC var generellt positiva till att använda strukturerade frågeformulär för att ta upp ämnet våld i nära relation. De var bekanta med denna metodik från rutinen att fråga mammor om postnatal depression vid 2-månaders-besöket. Vissa sjuksköterskor nämnde uttryckligen att ett formulär kan leda till mer ärliga svar än att bara fråga mamman om hon någonsin varit utsatt för våld i nära relation. Att använda formuläret bidrog också till att hålla sjuksköterskorna mer strukturerade.

ViF-V-formuläret visade sig vara lätt och relevant att använda, och det sågs som en isbrytare för att inleda ett samtal om våld i nära relation, även i de fall där mamman inte hade utsatts för sådant våld. Några mammor nämnde att de kände andra kvinnor som utsatts för våld i nära relation, och flera mammor visade sig villiga att samtala om tidigare erfarenheter av att ha varit utsatt för våld. I dessa fall kände sjuksköterskorna att den delade kunskapen fördjupade relationen med mamman och fördjupade förståelsen av mammans nuvarande situation som mamma.

”Vi har ju pratat om det men vi har aldrig pratat så djupt om det, vad som egentligen hänt, för det har hon aldrig sagt, nu vet jag ju mer, vad det är som har hänt tidigare, och kan förstå mycket av hennes oro och såhär”. (A2)

Några gånger verkade samtalen om erfarenheter av våld i nära relation ha utlöst smärtsamma minnen hos mammor, men sjuksköterskorna sa ändå att ämnet var viktigt. För mammor som inte kunde läsa svenska flytande använde ViF-V-formuläret för att istället introducera ett samtal om innehållet. Det enda som förvirrat BHV-sjuksköterskorna var hur de skulle hantera utfall av arbetsrelaterat våld: Var denna information relevant för beslutet att gå vidare till CTS-k?

De övergripande kommentarerna om CTS-k var mer negativa. Formuläret upplevdes som komplicerat att besvara, och frågorna och svarsalternativen ansågs vara alltför detaljerade. Sjuksköterskorna ifrågasatte om de behövde all kunskap som detta formulär gav dem. Eftersom de själva fann formuläret svårt att besvara, var det också svårt för dem att stödja mammor i att besvara det. Några av sjuksköterskorna hade dock inte använt CTS-k-formuläret under projektet, eftersom ingen av mammorna de arbetade med hade gett positiva svar på ViF-V.

Vikten av att fråga om våld i nära relation

Alla BHV-sjuksköterskorna som deltog i projektet ansåg att det var viktigt att inom BHV fråga om våld i nära relation. Även om de fann ett lågt utfall av pågående våld i nära relation under projektet pekade de på den pedagogiska poängen med att fråga. Genom att fråga hade de angett att BVC var en plats som mammor kunde vända sig till om de skulle utsättas för våld i nära relation.

”... ja, på något sätt så skickar man ju ändå en signal för framtiden och så kanske man tänker att, här är det en som har frågat mig, och om man kommer till en gräns när man känner att man ska försöka ta sig ur, då kanske man kan vända sig till en som har frågat, och be om hjälp...” (B1)

Genom att fråga om våld gjorde de också klart för mammor att våld i nära relation inte är acceptabelt i det svenska samhället och att forskningen har visat att barn som växer upp i en familj med våld i nära relation själva kan skadas. BHV-sjuksköterskorna uppskattade också att inom projektet få tillfråga alla mammor, inte bara dem de misstänkte kunde ha utsatts.

BHV-sjuksköterskorna hade fått många positiva kommentarer om betydelsen av det pågående projektet från mammor som deltog, vilket ytterligare stödde deras egna positiva erfarenheter. Men de hade också upplevt en tvekan från några mammor, som inte var villiga att samtala om tidigare utsatthet av våld i nära relation eller var rädda för att förlora vårdnaden om sitt barn om socialtjänsten skulle omhänderta barnet, om de avslöjade att de utsatts för våld i nära relation. Vissa mammor hade också undrat om dessa typer av frågor skulle leda till ärliga svar.

På grund av den upplevda betydelsen av projektet, poängterade vissa BHV-sjuksköterskor särskilt vikten av att nå ut till icke svensktalande familjer och familjer med annan kulturell bakgrund. De hade erfarenhet av vissa svårigheter att inkludera dessa familjer i projektet. De nämnde också en viss oro för ojämlikhet, eftersom den viktiga frågan om våld i nära relation endast ställdes till den ena föräldern i en relation. BHV-sjuksköterskorna uppmanade forskarna att i framtida studier och i klinisk verksamhet erbjuda enskilda samtal även till partners, både i hetero- och homosexuella relationer.

Att vara bekväm i sin professionella roll och med att fråga om våld i nära relation

BHV-sjuksköterskorna betonade vikten av att vara bekväm i sin professionella roll och med att fråga om våld i nära relation, innan man börjar fråga mammor om de utsatts. I detta ingår både en känsla av vikten av trygghet före genomförandet av projektet och den ökade känsla av att känna sig bekväm som inträdde under projektets gång.

Några BHV-sjuksköterskor berättade om tidigare yrkesrelaterat intresse för våld i nära relation. En sjuksköterska hade även deltagit i utbildning i ämnet, och vissa hade tidigare yrkeserfarenhet av att ha identifierat våld i nära relation och vidtagit adekvata åtgärder. Alla dessa tidigare erfarenheter, tillsammans med den utbildning som gavs inom projektet, gjorde att BHV-sjuksköterskorna kände sig trygga och motiverade till att ställa frågor om våld i nära relation.

Det var också viktigt att ha en trygg bas för BHV-sjuksköterskorna att vända sig till om en mamma identifierades som varande utsatt för våld. I projektets inledningsfas var en central fråga vad man ska göra om man mötte en mamma som utsatts för våld:

”...och det jag var mest fundersam över det var ju vad gör jag nu då om jag faktiskt hittar någon som kommer hit och säger att det är jättejobbigt, för då måste man ju ta i det, och det är klart det är därför vi ställer frågan, det är ju för att vi ska kunna hjälpa dem, men det är ju, det är det svåra, ställa frågan är inte så svårt, det svåra är att agera sen om man väl kommer dit...” (B1)

Vartefter som BHV-sjuksköterskorna fortsatte att fråga om våld i nära relation så blev de allt säkrare i sin roll. De blev medvetna om lokala rutiner att följa om de identifierade en mamma som utsatts för våld, och de hittade stöd i de lokala studiecirkelarna som genomfördes inom ramen för projektet. Där kunde de samtala om frågor om våld i nära relation i samband med sin yrkesutövning, i en trygg miljö.

Nästan alla BHV-sjuksköterskorna hade använt det faktum att mamman hade blivit tillfrågad om våld i nära relation under graviditeten, på barnmorskemottagningen, som ett sätt att ta upp ämnet och diskutera det i det aktuella projektet:

”Då har jag sagt rakt upp och ner, att du kanske kommer ihåg att du blev tillfrågad av barnmorskan när du väntade barn och det här är på samma sätt, fast nu är barnet litet och barnet blir negativt påverkat av våld i familjen och det har jag inte tyckt var något konstigt.” (B5)

Betydelsen av tid och rum för att fråga om våld i nära relation

Baserat på sina erfarenheter av att ha deltagit i projektet hade BHV-sjuksköterskorna många olika åsikter om när och var samtal och frågor om våld i nära relation skulle initieras. Besökets övriga innehåll nämndes som viktigt, liksom barnets ålder, eftersom detta hade en inverkan på kontaktfrekvensen. Dessutom måste lokalerna vara optimala för besöket; Det fanns ett behov av en lugn och privat zon.

Det fanns ingen absolut konsensus mellan sjuksköterskorna om vilken den optimala tidpunkten var, men BVC betraktades allmänt som rätt plats att fråga om våld i nära relation:

... eftersom det är barn med i bilden här så tror jag att det är rätt ställe att fråga om. Vi värnar ju om familjen och barnen att de mår bra. Skulle det vara våld i familjen så mår ju inte barnen bra.” (B7)

Eftersom den svenska barnhälsovården är frivillig, påminde sjuksköterskorna dock om att de inte kan tvinga någon att svara på specifika frågor. De kan endast bjuda in, och sedan vara tvungna att respektera eventuellt nekande:

”...vill du berätta, det kan man fråga, vill du berätta så kan de säga ja eller nej.” (B2)

De flesta BHV-sjuksköterskor tyckte att det var för sent att fråga om våld i nära relation vid 8-månadersbesöket. Den vanligaste orsaken till detta var att när barnet var 8 månader så hade några mammor återgått till sitt arbete och i stället var det papporna som kom med barnen till BVC. En annan anledning var att rutinbesök var mindre frekvent vid cirka 8 månader, jämfört med tidigare i barnets liv. Sjuksköterskorna kände sig närmare mammorna när rutinbesöken var frekventare och sa att sådan närhet var bättre för att prata om känsliga saker. Men de betonade också vikten av att ha tid att etablera ett tillräckligt nära förhållande till mamman innan frågor om våld i nära relation initieras, så frågorna bör heller inte ställas för tidigt.

En annan anledning att inte fråga om våld i nära relation vid 8-månadersbesöket var att barnhälsovården i vissa områden nyligen hade initierat hembesök vid detta tillfälle. Ingen av sjuksköterskorna tyckte att det var en bra idé att fråga om våld i nära relation under ett hembesök. Det är svårt att erbjuda tillräckligt med integritet i hemmet för detta känsliga ämne och eventuellt svårare för mammor att avslöja våld i nära relation i sin hemmiljö. Det var också svårt för BHV-sjuksköterskorna att i stunden agera och vidta fortsatta åtgärder, om mamman berättade att hon var utsatt för våld. Dessutom kunde gärningsmannen vara närvarande, vilket var en ytterligare försvårande faktor. Sålunda föredrog de att fråga om våld i nära relation, på BVC.

Att fråga om våld i nära relation under det besök där man bl.a. pratar om andra risker i barnets miljö betraktades inte heller som optimalt. Det ledde till ett splittrat besök, med mycket information för sjuksköterskan att ge och för mammorna att ta emot. Att lägga till våld i nära relation, i synnerhet om svaret är positivt, skulle göra besöket omöjligt att genomföra. Istället föreslog vissa sjuksköterskor att frågan om våld i nära relation skulle erbjudas när barnet är ungefär två månader gammalt, och att frågeformulären då administrerades i samband med frågorna om nedstämdhet efter förlossning (EPDS).

”Jag upplever att det skulle ligga bra vid EPDS samtalet, för att då pratar man om, alltså, privat och hur man har det i familjen, så att det känns som att det skulle höra dit.” (A1)

Två anledningar låg bakom detta förslag: (1) det möjliga sambandet mellan depression och våld i nära relation, och (2) att eftersom pappan då redan har informerats om att en del av besöket är reserverad för frågor om mammas hälsa, så fanns ett personligt utrymme.

Sjuksköterskorna beskrev det som viktigt att ha en lugn atmosfär när man frågar om våld i nära relation. Därför anpassade sjuksköterskorna besöket, så att frågan ställdes vid en tidpunkt under besöket när barnet var lugnt och andra ämnen, som mammorna eller sjuksköterskorna hade på hjärtat, hade behandlats. Vissa sjuksköterskor planerade medvetet in besöket, så att utrymme fanns för att möjliggöra för spontana samtal.

Ingen tidpunkt för rutinfrågor om våld i nära relation bedömdes kategoriskt som överlägsen någon annan. De olika BHV-sjuksköterskorna föreslog olika tidpunkter, från nästan alla rutinbesök från 2-månadersbesöket till 8-månadersbesöket. Olika praktiska skäl till detta som angavs var att hålla ett tydligt fokus på innehållet i besöket, att det tar tid att etablera en relation och anpassa sig till när mamman mest sannolikt var föräldraledig. Det som var viktigt var att välja rätt tid för varje enskild kvinna för att miljön skulle vara lugn och säker.

”Spill-over”-effekter

BHV-sjuksköterskorna rapporterade också att projektet hade fått spill-over-effekter på personlig, professionell och organisatorisk nivå. För en BHV-sjuksköterska var kunskapen som hon tillgodogjort inom projektet en ögonöppnare, som fick henne att inse att någon hon hade en privat relation till, nästan säkert hade blivit utsatt för våld i nära relation. Andra BHV-sjuksköterskor beskrev att projektet hade gjort dem mer medvetna om förekomsten av våld i nära relation, och att våld i nära relation kan vara orsaken till en del av sådana hälsoproblem som de tidigare uppmärksammat hos barn och mammor på BVC, men som de då inte hade satt i samband med våldsutsatthet. De berättelser de hade hört under projektet gjorde det tydligt för dem att våld i nära relation kunde finnas i vilken familj som helst, vilket orsakade viss känslomässig turbulens för några av sjuksköterskorna:

”Det har varit omvälvande, och man tar ju till sig historier, ändå, så på något sätt nu när jag träffar de här mammorna som har berättat en massa saker, så har jag med mig litegrann när jag träffar dem, och just det här kanske att det kan hända vem som helst... för det här är ju ganska, väletablerade och social-, eh, vad ska man säga, man pratar ju inte om socialgrupper längre, men, i det övre skiktet, många som bor här, och även de har varit med om det här, har varit utsatta... Annars har man kanske en bild om, det är kanske mer problemfamiljer som det händer, men det behöver inte vara så.” (A1)

Den ökade medvetenheten gjorde BHV-sjuksköterskorna mer uppmärksamma i sina möten med mammor på BVC. Kunskapen om att vilken kvinna som helst kan vara våldsutsatt gjorde BHV-sjuksköterskorna mer alerta för att aktivt leta efter tecken. Medvetenheten om att barn också kan vara utsatta för våld om mamman lever i en sådan relation, uppmärksammade de mer när de undersökte barn i alla åldrar. Vissa blev också mer kunniga om de formella riktlinjerna för hantering av våld i nära relation. Dessa rutiner hade tidigare varit okända för dem.

BHV-sjuksköterskornas ökade kunskap och ökade förtrogenhet med att hantera våld i nära relation hade också spill-over-effekter i några av de organisationer där de arbetade. De delade med sig av sin kunskap om våld i nära relation och sin nyvunna kunskap om riktlinjerna för att hantera misstänkt, eller identifierat, våld i nära relation. Några till och med ingrep i bedömningar gjorda av sina kollegor, när det kom till deras kännedom att en kvinna hade blivit utsatt för våld i nära relation och att den ansvariga kollegan på vårdcentralen inte hade handlat in enligt gällande riktlinjer och svensk lagstiftning:

”... jag försöker ju prata om det är projektet på APT och så där och jag försöker ju påminna dem att får ni in en mamma som säger att hon har trillat från en stol så säg ”det är inte så att du har blivit utsatt för våld?”, att man vågar ställa de frågorna om de har minderåriga barn hemma,

om det är så att de är utsatta för våld. Det var en kvinna som hade fått stryk när hon var gravid, brutalt misshandlad hade hon blivit... .. och hon hade ju varit till doktorn på vårdcentralen och han hade ju inte gjort någon orosanmälan ens en gång, han hade inte frågat om hon hade barn.” (B6)

Diskussion

Sammanfattningsvis visar resultaten av projektet att rutinfrågor om utsatthet för våld i nära relation är väl accepterat av de flesta mammor som går på BVC. Detta bekräftar Stenson med kollegors (2001) resultat om att de allra flesta kvinnor finner det acceptabelt att tillfrågas om våldsupplevelser och endast enstaka anser det oacceptabelt. Det kan vara så att kvinnor i Sverige är mer benägna att berätta om våldsupplevelser till hälsovårdspersonal än i andra länder (jfr O'Doherty m.fl. 2015). Information om riskerna med våld i nära relation för barns välbefinnande och utveckling efterfrågades av mammorna i denna studie och ansågs viktigt för båda föräldrarna. Fastän endast få mammor rapporterade om våld i sin nuvarande relation, så hade ca 16 % utsatts tidigare, vilket ungefär motsvarar andra studier om livstidsprevalens i Sverige (Andersson m.fl. 2015).

Även BHV-sjuksköterskorna var positiva till att fråga om våld, under förutsättning att ämnet tas upp vid ett tillfälle då mammans partner inte är närvarande och att de själva känner sig trygga i sin roll och med att ta upp frågan. BHV-sjuksköterskorna i denna studie ansåg att kunskap om våld i nära relation är viktig och att barnhälsovården är en lämplig plats för att prata om det. Resultaten tyder också på att det kan vara viktigt att fråga nyblivna mammor om utsatthet för våld i nära relation, även om de under graviditeten blivit tillfrågade på mödravårdscentralen. Genom att frågan upprepas ökar man mammans medvetenhet om vad som kan klassas som våld och att ingen form av våld i nära relation är OK. Likaså kan upprepade frågor erbjuda eventuellt utsatta mammor fler möjligheter att be om stöd och hjälp. Att ställa frågan till alla på ett ordinarie besök underlättade för BVC-sjuksköterskan att ta upp detta ämne, då det ansågs minska stigmatisering.

Under studien ställdes frågan om våld vid 8-månadersbesöket. Flera av BHV-sjuksköterskorna tyckte att det var för sent, bland annat för att flera mammor återgått till sitt arbete och papporna istället följde barnen till BVC. En annan anledning var att några BVC initierat hembesök vid denna tidpunkt. Att ställa frågan om våld i samband med hembesök var något som BHV-sjuksköterskorna i projektet inte kände sig bekväma med.

Att alla mammor som ingick i studien erbjöds att fylla i ett kort frågeformulär, ansåg BHV-sjuksköterskorna var en bra metod för att introducera ett samtal om våld i nära relation. De var redan vana vid det arbetssättet, eftersom frågor om nedstämdhet vid förlossning (EPDS) sedan många år tillbaka introduceras på ett liknande sätt. Det första formuläret, ViF-V, som erbjöds alla mammor var, enligt både BHV-sjuksköterskor och mammor, lätt att använda. Däremot ansågs CTS-k-formuläret som komplicerat och svårt att fylla i. Eftersom depression kan vara kopplat till våld i nära relation så ansågs det extra lämpligt att i framtida implementering använda de båda formulären (ViF-V och EPDS) vid ett och samma besök på BVC, och att inte alls använda CTS-k.

I studiens inledande skede uttryckte BVC-sjuksköterskorna mest oro för hur de skulle hantera en eventuell upptäckt av pågående våld i familjen. När projektet var slutfört kände sig alla mer säkra och trygga då de hade fått kontinuerlig handledning, utbildning via studiecirkel samt fått kännedom om lokala rutiner. Studiecirkelarna gjorde att de kunde dela erfarenheter med andra BHV-sjuksköterskor och det var mycket viktigt.

Den ökade kunskapen som genererats genom deltagande i projektet har också bidragit till att BHV-sjuksköterskorna kunnat sprida den i sin egen verksamhet. Dessutom har man sett att de riktlinjer och vårdrutiner som finns inte alltid följts, och har agerat när detta uppmärksammats. Detta kan ses som ett mervärde för de båda hälso- och sjukvårdsorganisationerna som varit delaktiga i projektet.

En begränsning med projektet var att det var svårt att inkludera mammor med annan kulturell bakgrund, och BHV-sjuksköterskorna poängterade vikten av att i framtida projekt eller implementering försöka att beakta detta ytterligare. Särskilt svårt var det att lyckas inkludera dem i telefonuppföljning, trots att tolk erbjöds. Vid tolkning av resultaten är det viktigt att ta i beaktande att vi inte vet något om de mammors åsikter som inte deltog i telefonintervjuerna. När det gäller sköterskorna, så är det viktigt att komma ihåg att de deltagit i projektet frivilligt, vilket kan påverka resultatet. Ytterligare en viktig punkt att beakta i framtida studier och implementering är inkludering av partners, både i hetero- och homosexuella relationer.

Kliniska implikationer och vidare forskning

Vid ett tidigt besök (första hembesöket) träffar BHV-sjuksköterskan oftast båda föräldrarna. Då, och vid senare besök, informerar sjuksköterskan om sådant som främjar barnets hälsa till exempel barnets rätt till en uppväxt utan våld, liksom om risker i barnets uppväxtmiljö. Till exempel informeras om risker med rökning och alkohol, och i denna studie tillkommer risker förknippat med att växa upp i en familj där våld förekommer. För att BHV-sjuksköterskorna ska känna sig trygga behöver de kunskap i samtalsteknik, liksom kunskap om det de ska prata om. Vi ser att det behövs mer kunskap och utbildning till BHV-sjuksköterskorna om konsekvenserna av våld i nära relation på barnets hälsa, innan en implementering avseende att på BVC fråga om våld i nära relationer sker i större skala. Det blir en grund för att senare ställa frågan om våld och känna sig trygg med det. Detta är i linje med erfarenheter från andra länder, där vikten av kontinuerlig utbildning poängterats av sjuksköterskor som deltog i screening för våld i nära relation inom mödra- och barnhälsovården (Hooker m.fl. 2015). Nyckelfaktorer för att underlätta att rutinmässigt initiera ämnet våld i nära relation anses vara sjuksköterskor och läkares utbildning och beredskap (Gutmanis m.fl. 2007).

Barnhälsovårdsenheterna i Landstinget i Värmland och Region Örebro län planerar nu att implementera en rutin där alla BHV-sjuksköterskor under 2017–2018 ska börja fråga alla mammor som kommer till BVC om våld i nära relation. Eftersom ViF-V-formuläret i projektet beskrevs som lätt att använda så kommer det att användas. CTS kommer däremot inte att användas. I det kommande införandet kommer mammor att bli tillfrågade om våld i nära relation när deras barn är 6–8 veckor, i samband med screeningen med EPDS för nedstämdhet efter förlossning.

Alla BHV-sjuksköterskor i de två länen kommer att utbildas på ett sätt som liknar det som användes i detta projekt. Även tidigare internationella studier (Hooker m.fl. 2015, Gutmanis m.fl. 2007) har visat att utbildning är viktig för ett framgångsrikt införande av rutinmässiga frågor om våld i nära relationer. Grunden i den utbildning som kommer att erbjudas i Landstinget i Värmland och Region Örebro Län består av information om normaliseringsprocessen (d.v.s. kvinnans anpassning till mannens kontroll av henne, vilket leder till att våldet till slut nästan känns normalt), uppbrottsprocessen och våldets konsekvenser för barnet och familjen. Därutöver erbjuds två föreläsningar om våld i nära relation och dess effekter på barn, familjer, anknytning och hälsa. BHV-sjuksköterskorna betonade i projektet vikten av att vara bekväm i sin professionella roll och de uppskattade stödet de fått genom projektets studiecirkel, där de också kunde samtala om frågor om våld i nära relation. Som tidigare kommer därför särskild tid av

ordinarie psykologkonsultationen att avsätts för frågor som rör ämnet våld i nära relation. Detta eliminerar dock inte risken att vissa BHV-sjuksköterskor kan komma att känna visst obehag att ställa dessa frågor, åtminstone initialt.

Många BHV-sjuksköterskor upplever att det känns exkluderande att inte erbjuda pappa eller partner ett enskilt samtal. För de som var med i pilotprojektet blev detta ännu mer påtagligt.

Under 2017 har det fattats ett nationellt beslut inom barnhälsovården att införa ett enskilt samtal med pappa eller partner. Detta kommer att ske under 2018 och ingå i ett ordinarie besök. Kanske kan man i ett sådant samtal inkludera frågor om utsatthet för våld i nära relation.

Inför framtida implementering är viktigt att ha ett bra underlag för hur rutinen att samtala om våld utifrån ett strukturerat formulär kan fungera i praxis. Barnhälsovården är redan idag skyldiga att särskilt uppmärksamma barn som lever i en familj där det förekommer våld, varför studier även kring ett generellt införande om att ställa frågan om våld i nära relation på rutin, anses viktiga att genomföra. En fungerande rutin skulle kunna bidra till att förebygga ohälsa hos en sårbar grupp av barn och kvinnor och skulle också kunna bidra till en ökad livskvalitet för dem. En uppföljande implementeringsstudie skulle också kunna mäta hur väl en rutin implementeras, då det är viktigt att ha kunskap om i vilken grad en rutin faktiskt har implementerats, inte bara kunskap om vad som är beslutat ska implementeras.

Det är känt att det är viktigt att vara lyhörd i arbetet med våldsutsatta, och utrymme för egna reflektioner över attityder, värderingar, obehag och motstånd, kommer i de båda länen att ges kontinuerligt för att underlätta en professionalisering i bemötandet.

Frågan om våld i nära relation är viktig och är lyft på samhällsnivå och alla BHV-sjuksköterskor som deltog i studien tyckte att frågan var mycket viktig. Även de BHV-sjuksköterskor som inte hade identifierat någon kvinna som var våldsutsatt, ansåg det pedagogiskt att lyfta frågan, för om något händer senare i livet vet man att BHV är en plats man kan vända sig till för att få hjälp. Genom att börja fråga visar man också att det på samhällsnivå inte är acceptabelt med våld i nära relationer. Projektet indikerar dock också att användningen av rutinfrågor om våld i nära relation på BVC bör utvärderas ytterligare, eftersom internationell evidens för universell screening inom hälso- och sjukvården fortfarande betraktas som otillräcklig (MacMillan m.fl. 2009, O'Doherty m.fl. 2015).

Referenser

- Almqvist, K., Källström, Å., Appell, P., & Anderzen-Carlsson, A. (2018) Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*.
- Andersson, T., Heimer, G. & Lucas, S. (2015) *Violence and health in Sweden: a national prevalence study on exposure to violence among women and men and its association to health*. Report, National Centre for Knowledge on Men's Violence against Women, Uppsala University, Sweden.
- Anderzen-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., Lindgren Fändriks, A. & Källström, Å. (2017) Child health care nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence, *Journal of Clinical Nursing*.
- Andersson, T., Heimer, G. & Lucas, S. (2015) *Violence and health in Sweden: a national prevalence study on exposure to violence among women and men and its association to health*. Report, National Centre for Knowledge on Men's Violence against Women, Uppsala University, Sweden.
- Annerbäck, E.-M., Sahlqvist, L., Svedin, C. G., Wingren, G., & Gustafsson, P. A. (2012) Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—associations with health and risk behaviors. *Child Abuse and Neglect*, 36, 585–595.
- Blennow, M., & Sundelin, C. (2014) Swedish child health services: Facts and challenges. In M. McKee(Ed). *For the sake of the children: Social paediatrics in action* (pp. 127–140). Karlstad, Sweden: Karlstad University Press.
- Broberg, A., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å. K., Draxler, H., Eriksson, M., Grip, K., Hjärthag, F., Hultmann, O., Iversen, C. & Röbbäck de Souza, K. (2015) *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*. Göteborg: Göteborgs University.
- Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Grip, K., Almqvist, K., Sharifi, U., Cater, Å. K., Forssell, A., Eriksson, M. & Iversen, C. (2011) *Stöd till barn som upplevt våld mot mamma – Resultat från en nationell utvärdering*, Göteborg: Göteborgs University.
- Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) (2009) *Våld mot kvinnor och män i nära relationer – våldets karaktär och offrens erfarenheter av kontakter med rättsväsendet*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet. Rapport 2009:12.
- Brottsförebyggande Rådet (BRÅ) (2017) *Kriminalstatistik 2017 Anmälda brott, Slutlig statistik*. Stockholm: Brottsförebyggande Rådet. Rapport 2009:12.
- Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008) Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204, 429–432.
- Cater, Å. K., Miller-Graff, L. E., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. (2015) Childhood Exposure to Intimate Partner Violence (IPV) and Adult Health: Age, Gender and Violence Characteristics, *Journal of Family Violence* (30)7, 875–886.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y. & Sabourin, S. (2009) Early exposure to violence domestic violence, attachment representations, and marital adjustment. *Personal Relationships*, 16 (2009), 365–384.

- Gutmanis, I., Beynon, C., Tutty, L., Wathen, C. N., & MacMillan, H. (2007) Factors influencing identification of and response to intimate partner violence: A survey of physicians and nurses. *BMC Public Health*, 7, 12.
- Holmberg, C. & Enander, V. (2011) *Varför går hon?* Studentlitteratur.
- Hooker, L., Small, R., Humphreys, C., Hegarty, K., & Taft, A. (2015) Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: A mixed method process evaluation of a randomized controlled trial. *Implementation Science*, 10, 39.
- Hultmann, O., Möller, J., Ormhaug, S. M., & Broberg, A. (2014) Asking routinely about intimate partner violence in a child and adolescent psychiatric clinic: A qualitative study. *Journal of Family Violence*, 29, 67–78.
- Huth-Bocks, A., Theron, S., Levendosky, A. & Bogat, A. (2011) A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant-mother attachment. *Infant Mental Health*, 32, 405-426.
- IBM Corp (2013) *IBM SPSS Statistics for Windows*, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011) *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003) Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 339–352.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002) Child abuse and neglect by parents and other caregivers, *World report on violence and health*.
- MacMillan, H. L., Wathen, C. N., Jamieson, E., Boyle, M. H., Shannon, H. S., Ford-Gilboe, M., Worster, A., Lent, B., Coben, J., Campbell, J & McNutt, L. A. (2009) Screening for Intimate Partner Violence in Health Care Settings. A Randomized Trial. *Journal of the American Medical Association*, 302, 493–501.
- Macy, R., Martin, S., Kupper, L., Casanueva, C. & Guo, S. (2007) Partner violence among women before, during and after pregnancy: multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues* 17, 290–299.
- Miller, L. E., Cater, Å. K., Howell, K. H. & Graham-Bermann, S. A. (2014) Perpetration patterns and environmental contexts of IPV in Sweden: Relationships with adult mental health. *Child Abuse & Neglect*, 38(1), 147-158.
- Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) (2011) *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*, NCK-rapport 2010:4.
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidsson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7.
- Ramsden, C., & Bonner, M. (2002) An early identification and intervention model for domestic violence. *Australian Emergency Nursing Journal*, 5(1).

- Socialstyrelsen. (2014) *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga – Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Stenson, K., Heimer, G. M., Lundh, C., Nordström, M. L., Saarinen, H., & Wenker, A. J. (2001) The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22, 189–197.
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., & Sidenvall, B. (2001) Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17, 2–10.
- Stenson, K., Sidenvall, B., & Heimer, G. (2005) Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21, 311–321.
- Straus, M., Hamby, S., Boney-McCoy, S., & Sugarman, D. (1996) The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*, 17, 283–316.
- Wolfe, D. A., Crooks, C. V., Lee, V., McIntyre-Smith, A., & Jaffe, P. G. (2003) The effects of children's exposure to domestic violence: A meta-analysis and critique. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 6, 171–187.

Bilagor

Bilaga 1 ViF

Bilaga 2 CTS

Bilaga 3 Basdatablad

BILAGOR

Våld mellan vuxna (VIFV)

1. Har Du som vuxen blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadad på något annat sätt av en vuxen?

- Ja under det senaste året
- Ja, för 1 - 3 år sedan
- Ja, för mer än 3 år sedan
- Nej

Om du blivit skadad av någon, vem var det som skadade dig?

- En person som jag har ett förhållande med nu
- En person från ett tidigare förhållande
- Någon annan

2. Har Du som vuxen blivit hånad, hotad, trakasserad eller skadad på något annat liknande sätt av en vuxen?

- Ja under det senaste året
- Ja, för 1 - 3 år sedan
- Ja, för mer än 3 år sedan
- Nej

Om du blivit skadad av någon, vem var det som skadade dig?

- En person som jag har ett förhållande med nu
- En person från ett tidigare förhållande
- Någon annan

3. Känner du dig trygg i ditt nuvarande förhållande?

- Ja
- Nej, Om nej, vad är det som gör att du känner dig otrygg?

- Har inget förhållande för närvarande

4. Finns det en person från ett tidigare förhållande som gör sådant som får dig att känna dig otrygg för närvarande?

- Nej
- Ja, vad? _____



Verksamhet: _____ Datum: _____ Kodnr: _____

Konflikter och våld mellan vuxna (CTS-2)

Par har olika sätt att lösa sina konflikter på. Här följer en lista på saker som kan inträffa när man har olika uppfattningar. Var vänlig ringa in hur många gånger din partner/ f.d. partner har gjort detta mot dig. Om din partner inte gjort något av detta det senaste året, men det har hänt tidigare, markera 0.

00 = Aldrig	3 = 3-10 gånger
0 = Tidigare men inte senaste året	4 = Minst en gång i månader
1 = En gång	5 = Flera gånger i månaden
2 = Två gånger	6 = Varje vecka eller nästan varje vecka

	00 Aldrig hänt	0 Tidigare men inte senaste året	1 En gång	2 Två gånger	3 3-10 gånger	4 Minst en gång i månaden	5 Flera gånger i månaden	6 Varje vecka eller nästan varje vecka
1. Förklarade sin åsikt eller föreslog en kompromiss när vi inte var överens	00	0	1	2	3	4	5	6
2. Förolämpade, svor eller skrek åt mig	00	0	1	2	3	4	5	6
3. Jag fick en stukning, blåmärke, eller ett litet sår på grund av ett bråk med honom/henne	00	0	1	2	3	4	5	6
4. Han/Hon visade respekt för mina känslor angående en fråga	00	0	1	2	3	4	5	6
5. Han/Hon knuffade eller skuffade undan mig	00	0	1	2	3	4	5	6
6. Han/Hon slog, sparkade eller misshandlade med något som kunde skada	00	0	1	2	3	4	5	6
7. Förstörde något som tillhörde mig med flit	00	0	1	2	3	4	5	6
8. Jag behövde uppsöka en läkare på grund av ett bråk med honom/henne, men gjorde det inte	00	0	1	2	3	4	5	6
9. Han/Hon använde våld (som att slå, hålla fast eller använda ett tillhygge) för att tvinga mig att ha oral- eller analsex	00	0	1	2	3	4	5	6
10. Han/Hon insisterade på att ha sex när jag inte ville (men använde inte fysiskt tvång)	00	0	1	2	3	4	5	6



Kodnummer: _____

Basdata nya kontakter Barnhälsovården

Datum för kontakt: _____ Postnummer: _____

Vid besöket:

Mamma Båda föräldrar Mamma + äldre syskon Mamma + annan vuxen

1 a. Aktualiserat barn Födelseår och månad: _____ Kön: _____

1 b. Äldre syskon 1 Födelseår och månad: _____ Kön: _____

1 c. Äldre syskon 2 Födelseår och månad: _____ Kön: _____

1 d. Äldre syskon 3 Födelseår och månad: _____ Kön: _____

2. Vårdnadssituation, aktualiserat barn

Gemensam Enskild, Mamma Enskild, Pappa

Annat, vad? _____

3. Boendesituation

M+P+B Växelvís M+B P+B

Annat, vad? _____

4. Mammans födelseland:

Sverige Annat nordiskt land Land i Europa Utanför Europa

5. Tillfrågad om att delta i forskningsstudien

Ja Nej

Om nej, kommentar: _____

6. Accepterar att delta i forskningsstudien

Ja Nej

7. Accepterar att bli kontaktad av forskningspersonal för telefonintervju

Ja Nej

Om ja – Fyll i vid 8-månaderskontroll:

Meddelat kontaktperson, Datum: _____ Signatur: _____

Mammans namn: _____ Mammans telefon: _____

Förslag på tid för telefonintervju: _____

Om behov av tolk, vilket språk: _____

Övrigt: _____

Ifyllt av: _____ Datum: _____

Telefon: _____