

Att uppmärksamma våld i nära relationer – Tycker sjuksköterskor att det är hanterbart?


Delrapport 1

Ett pilotprojekt inom Barnhälsovården i Stockholms läns landsting

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**

Box 1497, 171 29 Solna



ces@sll.se



Rapport 2015:3

ISBN 978-91-87691-20-1



Författare: Lene Lindberg

Layout: Viktoria Jonze

Stockholm maj 2015

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se

Förord

Våld i nära relationer har på nationell nivå lyfts fram som ett folkhälsoproblem. Samtidigt saknas evidensbaserade metoder för att upptäcka och förebygga familjevåld som berör barn inom hälso- och sjukvården. Barnhälsovården möter nästan alla familjer med barn i åldrarna 0–6 år, och har därför möjlighet att tidigt uppmärksamma barn som utsätts för våld i nära relationer.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (CES) har fått i uppdrag att utvärdera ett pilotprojekt inom barnhälsovården om att uppmärksamma våld i nära relationer. I denna rapport beskrivs styrkor och problem med olika arbetssätt, utifrån sjuksköterskors dokumentation. Vi hoppas att resultaten kommer att användas som underlag för fortsatt forskning om hur barnhälsovården kan arbeta med att identifiera barn som exponeras för våld i nära relationer.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin Stockholms läns landsting, SLSO

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund	6
Effekter.....	6
Arbetsätt för att uppmärksamma våld i nära relationer inom barnhälsovården.....	8
Tillvägagångssätt.....	10
Deltagare	10
Utvärdering.....	10
Analyser.....	10
Resultat.....	11
Hembesök	11
Vad tog sjuksköterskorna upp?.....	11
Hur upplevde sjuksköterskorna att det gick med att informera?	11
Hur reagerade föräldrarna?	12
Besök på BVC när barnet är 6–8 veckor	12
Vad tog sjuksköterskorna upp?.....	12
Hur reagerade mammorna på att få frågor om våld i nära relationer?	13
Hur upplevde sjuksköterskorna att det gick att ställa frågor om våld i nära relationer?.	13
Föräldrträff.....	13
Hur presenterade och kommenterade sjuksköterskorna diskussionsämnet?	14
Hur reagerade föräldrarna på diskussionsämnet?	14
Vad diskuterade föräldrarna?	14
Hur upplevde sjuksköterskorna att det gick att ta upp våld i nära relationer som ett diskussionsämne?.....	14
Diskussion och förslag till fortsatt arbete	15
Etiska aspekter.....	16
Projektets brister och förslag till fortsatt arbete	17
Referenser.....	18
Bilagor.....	21
Bilaga 1. Dokumentationsblanketter för hembesök, BVC-besök och föräldrträff.....	21

Sammanfattning

Barn som exponeras för våld i nära relationer i Sverige uppskattas till mellan 6 och 12,5 procent. Det är ett folkhälsoproblem som bör uppmärksammas inom hälso- och sjukvården då det kan ha långsiktigt negativa konsekvenser för barns hälsa och utveckling. Sjuksköterskor inom barnhälsovården har en unik möjlighet att uppmärksamma problemet då de träffar så gott som alla barn i åldrarna 0 till 6 år. Antal barn som uppmärksammas när det gäller våld i nära relationer inom barnhälsovården i Stockholms läns landsting genom anmälan till eller samverkan med socialtjänsten enligt den årliga statistik som samlas in motsvarar dock endast några promille. Det finns därför anledning att undersöka om och hur barnhälsovården kan öka förutsättningarna för att identifiera barn som är utsatta för våld i nära relationer.

I föreliggande rapport presenteras ett pilotprojekt utvecklat av sex Barnavårdscentrals(BVC)-sjuksköterskor inom barnhälsovården i Stockholms läns landsting. BVC-sjuksköterskorna har valt att informera föräldrar om våld i nära relationer vid hembesök under barnets första levnadsår, att ställa frågor om våld till mammor vid besök på BVC när barnet är 6–8 veckor gammalt, och att diskutera ämnet vid en gruppträff med föräldrar. Utifrån sjuksköterskornas dokumentation vid hembesök, BVC-besök och föräldraträffar har användbarheten av arbetsättet för att uppmärksamma våld i nära relationer utvärderats och analyserats. Resultaten visar att det har varit praktiskt möjligt för sjuksköterskorna att informera och ställa frågor om våld i nära relationer. Erfarenheterna av att ta upp våld i nära relationer för diskussion i grupp visar att underlaget behöver utvecklas ytterligare och att sjuksköterskorna kan behöva mer kompetens för att arbeta med gruppdynamik och gruppprocesser. En underlättande faktor för att informera, ställa frågor och diskutera för sjuksköterskorna var om de lyckades få till stånd en dialog med föräldrarna. En aspekt som försvårade för sjuksköterskorna i att informera, ställa frågor eller diskutera var tidsfaktorn.

När det gäller att identifiera våld i nära relationer så reflekterade tre föräldrar över vad de hade blivit utsatta för under sin egen barndom vid hembesöket. Vid besöket på BVC uppgav fem mammor att de hade varit utsatta för våld i en tidigare relation, tre uppgav att det hade förekommit våld i den nuvarande relationen innan barnets födelse och två mammor berättade att det förekom konflikter, bråk och gräl med barnens pappa vid tiden för besöket. Ytterligare utvärdering behövs för att kartlägga om rutinmässiga frågor alternativt att ställa frågor vid misstanke är effektivt för att identifiera våld i nära relationer. Vidare är det av intresse att utröna om information och diskussion bidrar till ökad uppmärksamhet av, kunskap om och förändrade attityder till våld i nära relationer.

Bakgrund

Att växa upp med våld i nära relationer har påvisats ha negativa effekter på barns hälsa och utveckling [1]. Våld i nära relationer kan enligt WHO definieras som alla former av beteende i nära förhållanden som innebär fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp och/eller kränkningar. När det gäller våld mellan närstående är det vanligaste att förövaren är man och offret kvinna [2]. För barn innebär våld i nära relationer att de utsätts indirekt för våld genom att uppleva och exponeras för våld i hemmet mellan föräldrar, men det medför också en ökad risk för att barnet också blir direkt utsatt för våld [1, 3].

Förekomst

I en internationell kartläggning av våld i nära relationer, där kvinnor har utsatts för våld av män, rapporteras en genomsnittlig livstidsförekomst om 30 procent med en variation från ca 25 procent till 68 procent [4]. I svenska studier varierar förekomsten för kvinnor under det senaste året mellan 0,5 och 24 procent och under livstiden mellan 9 och 46 procent [5]. För män utsatta för våld i nära relationer är omfattningen inte lika väl studerad och förekomsten uppges variera mellan 0,2 och 24 procent under senaste året och livstidsförekomsten mellan 1 och 37 procent [5, 6]. Den stora spridningen i förekomst kan delvis förklaras av att det förekommit olika definitioner i olika undersökningar. Psykiskt våld tycks vara den vanligaste formen för både kvinnor och män medan det fysiska våldet antas vara grövre för kvinnor [5].

När det gäller andelen barn som är utsatta för våld i nära relationer, indirekt och/eller direkt, varierar det inte enbart på grund av definitioner utan även på dels om det är barnet själv eller om det är föräldern som tillfrågas, dels på barnets ålder [7, 8]. I internationella studier rapporteras förekomsten variera från fyra procent till 32 procent [8–13] medan omfattningen i Sverige har en spridning mellan 6 och 12,5 procent [14–16].

Effekter

Förutom de direkta fysiska skador, ibland med dödlig utgång, som kvinnor utsätts för i samband med våld i nära relationer löper de också risk för att drabbas av långvariga fysiska och psykiska problem eller andra konsekvenser [4, 17–19]. Om kvinnan är gravid finns en ökad risk för prematuritet alternativt låg födelsevikt hos barnet [4]. Enligt resultaten från en meta-analys är risken för depression under spädbarnsperioden fyra gånger högre för mamman om hon har utsatts för våld i nära relation under graviditeten [20]. I en studie där förekomst av våld i nära relationer och depressiva symtom mättes hos mammor vid fyra tillfällen, från det att barnet var nyfött tills barnet var 6 månader. Resultatet visade att av de mammor som uppgav våldsutsatthet och depressiva symtom så gjorde flertalet det redan när barnet var nyfött [21]. Av de mammor som uppgav att de var utsatta för våld hade sextio procent också depressiva symtom.

Dokumenterade kort- och långsiktiga effekter för barn som exponeras indirekt och/eller direkt för våld i nära relationer är bland annat tillväxtavvikelse, beteendeproblem, PTSD, alkohol- och drogproblem, kriminalitet och en ökad risk att själv bli utövare av eller offer för våld [3, 11, 19, 22, 23].

Åtgärder

Med anledning av omfattningen av våld i nära relationer och de konsekvenser som hittills har påvisats anser WHO att hälso- och sjukvården är en viktig instans för att vidta åtgärder [24]. En viktig åtgärd enligt WHO är att utbilda och handleda personal samt att erbjuda stöd och/eller insatser inom primärvården. Om våld i nära relationer ska identifieras genom generell screening, det vill säga rutinmässigt ställa frågor, eller genom att ställa frågor vid misstanke inom hälso- och sjukvården är omdiskuterat. Skäl till detta är att rutinmässigt ställa frågor hitintills inte har visat sig minska förekomsten av våld i nära relationer eller förbättra den våldsutsattas hälsa, även om antalet fall som identifieras ökar. Skadliga effekter av att rutinmässigt ställa frågor om våld har inte påvisats [25].

Förutsättningar för att rutinmässigt ställa frågor är att personalen har stöd inom organisationen, adekvat utbildning och handledning, att det finns effektiva instrument för upptäckt, samt att personalen kan erbjuda stöd och/eller omedelbara insatser [26–29].

I en randomiserad studie från Storbritannien visade resultatet att när personalen inom primärvården erhöll utbildning och handledning för att ställa frågor om våld i nära relationer, i det här fallet kopplat till vissa diagnoser, så ökade både antalet identifierade fall av våld i nära relationer och antalet hänvisningar till olika instanser markant [30]. Liknande studier saknas generellt vad gäller att rutinmässigt ställa frågor kopplat till utfall i form av ökad identifikation och ökat antal hänvisningar.

Enligt WHO ska hjälp erbjudas direkt när våld i nära relationer har identifierats [24]. Hjälpen som beskrivs kan definieras i termer av att bemöta, ge stöd och informera om vilken ytterligare hjälp som finns med hänsyn till de behov den våldsutsatte uttrycker. Nästa steg är att hänvisa vidare för olika former av insatser och åtgärder. Beroende på vilka effekter våldet har medfört och vilken risk den våldsutsatta löper kan insatser och åtgärder finnas inom olika instanser i samhället. Forskningsstödet för WHO:s föreslagna insatser är över lag svagt och en slutsats är att omfattande forskning behövs. WHO:s sammanställning har framför allt fokus på kvinnor som utsätts för våld i nära relationer och till viss del barn som är utsatta.

Forskning som kan relateras till barnhälsovården i Sverige synes vara begränsad till två Australienska studier, dels en översikt med fokus på screening, dels ett protokoll som beskriver en pågående studie, båda artiklarna inkluderar mödra- och barnhälsovård [31, 32]. Genomgående för flertalet studier var att hinder identifierades såsom svårigheter att få prata med en förälder i enrum, och att avgöra vilket besök som bäst lämpar sig för att ställa frågor om våld. Andra hinder var bristande kunskap och/eller kompetens hos sjuksköterskan i att bedöma hur stor risken för omedelbar fara var för den våldsutsatte föräldern och barnet, i att identifiera tillgängligt skydd och att hänvisa för vidare åtgärder. Ett antal studier identifierade också faktorer som underlättade screening. Dessa var kliniska riktlinjer, tydliga anvisningar för vilka åtgärder eller instanser som sjuksköterskan kan hänvisa till, stödjande organisationsstrukturer som erbjuder utbildning och handledning. Hinder och underlättande faktorer tycks därför vara desamma som identifierats generellt för hälso- och sjukvård [37]. I det publicerade studieprotokollet av den pågående studien i Australien är avsikten att undersöka om rutinmässiga frågor är effektiva för att identifiera våld i nära relationer och om fler föräldrar blir hänvisade till rätta instanser [32]. I studien ingår också att undersöka faktorer som kan påverka om och hur sjuksköterskor identifierar våld i nära relationer.

Sammanfattningsvis behövs ytterligare kunskap för att klarlägga hur våld i nära relationer ska identifieras inom inom barnhälsovården som är en instans som träffar i stort sett alla barn under de sex första levnadsåren. Inom barnhälsovården finns ett ansvar för att upptäcka och ge stöd till barn som riskerar att fara illa och enligt Socialtjänstlagen också en skyldighet att anmäla till socialtjänsten om misstanke finns att ett barn riskerar att fara illa. I barnhälsovårdens årsrapport från 2013 i Stockholms län redovisas i vilken omfattning som sjuksköterskor anmäler och/eller samarbetar med socialtjänsten. Förhållandevis få barn (~0,2 procent) anmäls medan det finns ett samarbete med socialtjänsten kring något fler barn (~0,7 procent) [33].

I föreliggande pilotprojekt är ett övergripande mål att utveckla arbets sätt som kan användas inom barnhälsovården i Stockholms län för att uppmärksamma våld i nära relationer. Syftet med denna rapport är att undersöka om ett förfarande med att informera om, rutinmässigt ställa frågor om och diskutera våld i nära relationer är en användbar metod för sjuksköterskor inom barnhälsovården för att identifiera våld.

Arbets sätt för att uppmärksamma våld i nära relationer inom barnhälsovården

Arbetsgruppen, som förutom sex BVC-sjuksköterskor har bestått av projektledaren för Kunskapscentrum om våld i nära relationer inom Stockholms läns landsting, två vårdutvecklare från Barnhälsovårdsenhet Nord, utvärderaren från CES och BHV-överläkaren i Uppsala läns landsting, bildades för att underlätta sjuksköterskornas arbete. Arbetsgruppens roll har i pilotprojektet varit att utgöra ett stöd inom organisationen för utbildning, handledning och framtagande av lokala riktlinjer. Upplägget av interventionsfasen arbetades fram av de sex sjuksköterskor som har medverkat i pilotprojektet för att rutinmässigt uppmärksamma våld i nära relationer. Inför starten av interventionsfasen har alla medverkande BVC-sjuksköterskor tagit fram lokala riktlinjer för hur de ska agera i första linjen och hänvisa vidare, om det framkommer att något barn är utsatt för våld i nära relationer. Interventionsfasen har genomförts inom ramen av barnhälsovårdens basprogram när barnet är 0–6 månader. Basprogrammet omfattar då att sjuksköterskan gör ett hembesök, föräldrarna har möjlighet att besöka BVC och träffar sjuksköterskan cirka sex gånger och föräldrarna erbjuds att delta i föräldragrupp fyra gånger [33].

Interventionsfasen var uppbyggd i tre steg:

1. BVC-sjuksköterskan genomförde ett ordinaire hembesök under barnets första levnadsveckor. Vid hembesöket presenterades verksamheten vid BVC och föräldrarna fick information om bland annat barnets hälsa, barnsäkerhet, amning och vaccinationer. Vid detta tillfälle fick föräldrarna även information om hur våld i nära relationer påverkar barn genom att sjuksköterskan t ex delade ut boken "Leva med barn" [34] och nämnde att det finns ett kapitel som tar upp ämnet som föräldrarna uppmanades att läsa. Sjuksköterskan nämnde också att våld i nära relationer kommer att tas upp i samband med andra besök på BVC.
2. I samband med BVC-besöket när barnet var 6–8 veckor gammalt tillfrågades modern om förekomst av våld i nära relationer under förutsättning att hon kom själv med barnet, alternativt att sjuksköterskan kunde diskutera enskilt med modern. De frågor som skulle ställas var:
Hur har du det hemma?
Har du någon gång varit utsatt för våld? Om ja – vill du berätta?

Har du varit utsatt för psykisk eller fysisk misshandel av din partner eller någon annan i din familj?

3. Under föräldragruppsträff 4 visades filmen "Den behövande människan" framtagen av Barnombudsmannen som tar upp föräldrars ansvar att ge barn trygghet och skydd. Till filmen finns en handledning för sjuksköterskan med förslag på samtalsämnen att ta upp i gruppen med avsikt att få föräldrar att reflektera tillsammans över hur barn påverkas och vilka alternativa strategier till våld som kan finnas.

Tillvägagångssätt

Deltagare

I pilotstudien har sex BVC-sjuksköterskor deltagit utifrån att de har anmält intresse för att medverka i en arbetsgrupp inom barnhälsovården som utvecklar arbetet för barn som lever med våld i nära relationer. Sjuksköterskorna har varit verksamma i Österåker, Kungsängen, Sollentuna, Blackeberg, Skärholmen och Vantör. Under projektperioden slutade en sjuksköterska i Sollentuna och började arbeta i Kungsängen som då fick två sjuksköterskor som medverkade i projektet. De kommuner och stadsdelar som sjuksköterskorna har arbetat i har utifrån barnhälsovårdens årsrapport från 2013 [33] andel barn 0–5 år som tillhör familjer med låg köpkraft motsvarande runt tolv procent i Österåker, cirka 22 procent i Kungsängen, ungefär 15 procent i Sollentuna, cirka elva procent i Blackeberg (Bromma), runt 52 procent i Skärholmen och 27 procent i Högdalen (Enskede-Årsta-Vantör). För hela Stockholms län är andelen barn 0–5 år som tillhör familjer med låg köpkraft cirka 22 procent. I jämförelse kan deltagande BVC bedömas spegla områden i länet där andelen barnfamiljer med låg köpkraft har en spridning som ligger lägre, lika högt som eller högre än länet. Sjuksköterskorna påbörjade planering av sitt arbete under våren 2013, under hösten 2013 (15 september till 30 november) och våren 2014 (9 april till 18 juni) informerade, ställde de frågor om och diskuterade våld i nära relationer med föräldrar.

Under projekttiden dokumenterade sjuksköterskorna 81 tillfällen då de informerade/avsåg att informera föräldrar om våld i nära relationer. När det gäller att ställa frågor om våld har de medverkande sjuksköterskorna dokumenterat 55 tillfällen då de avsåg att ställa frågan/ställde frågan. Tillfällen för att diskutera våld i nära relationer har sjuksköterskorna haft vid sju gruppstillfällen där 43 föräldrar medverkade.

Utvärdering

BVC-sjuksköterskan dokumenterade varje tillfälle enligt en särskild blankett (Bilaga 1). För att studera hur många mammor som berättar att de har varit eller är utsatta för våld i nära relationer har sjuksköterskornas dokumentation använts. I de fall sjuksköterskorna identifierade barn som var utsatta för våld i nära relationer under interventionsfasen fanns en plan att kontakta ansvarig utvärderare inom 72 timmar för att följa upp insatser. Ansvarig utvärderare skulle också kontinuerligt genomföra uppföljning med den sjuksköterska som identifierat barnet under interventionsfasen.

Analyser

Bearbetning av insamlat material har genomförts med framför allt deskriptiva analyser. Faktorer som kan påverka användbarheten har analyserats och kodats tematiskt för att identifiera gemensamma mönster [35]. Resultaten från analyserna får dock anses vara tentativa och tjänar som underlag för utformning av det fortsatta arbetet med hur barnhälsovården kan uppmärksamma våld i nära relationer.

Resultat

Hembesök

Mättnad i dokumentation av sjuksköterskornas hembesök ansågs vara nådd efter att sjuksköterskorna hade sänt in dokumentation från 81 hembesök. Det mönster som då sågs var upprepning av den information som skrevs ner i dokumentationen. I 74 fall hade sjuksköterskorna informerat om våld i nära relationer vid hembesöket, eller på BVC vid tidsbrist under hembesöket, alternativt att inget hembesök gjordes.

I sju fall hade sjuksköterskorna dokumenterat att de inte hade informerat föräldrarna. Skälen som hade noterats var tidsbrist för sjuksköterskan eller föräldrarna, för många närvarande förutom föräldrarna vid hembesöket, språksvårigheter på grund av att tolken inte kom, eller att sjuksköterskan glömde att ta upp våld i nära relationer.

För 79 hembesök fanns noterat vilka som var närvarande. Vanligast var att båda föräldrarna deltog i hembesöket (n=47), följt av enbart modern (n=19) eller föräldrarna alternativt mamman tillsammans med andra (n=13) såsom morföräldrar, äldre syskon till barnet, släktingar till föräldrarna, "medföräldrar", väninnor, tolk eller sjuksköterskestudent.

Vad tog sjuksköterskorna upp?

I regel närmade sig sjuksköterskan ämnet våld i nära relationer utifrån flera olika aspekter. Ibland (n=28) valde sjuksköterskorna att utgå ifrån ett skriftligt material som föräldrarna fick behålla såsom boken "Leva med barn" [14], och/eller broschyrer om barnkonventionen, skrik och skakvåld.

Vanligt (n=51) var att sjuksköterskorna valde att prata utifrån barnkonventionens artikel 19 med fokus på barns rättighet att växa upp i en trygg miljö utan fysiskt och/eller psykiskt våld. Det var också ganska vanligt (n=41) att sjuksköterskorna nämnde fakta om barn och våld i nära relationer som "*ett av tio barn i Sverige upplever våld i hemmet*".

Ibland (n=24) kopplade sjuksköterskorna samman våld i nära relationer till skakvåld, att det kan uppstå situationer med barnet som kan vara svåra att hantera för en förälder men att det kan finnas andra sätt att agera än att skaka barnet. Det hände (n=19) också att konsekvenser av våld i nära relationer för barns hälsa och utveckling nämndes.

Någon gång (n=9) valde sjuksköterskorna att ta upp att det pågick ett projekt om hur barnhälsovården kan uppmärksamma våld i nära relationer. Det förekom (n=4) också att sjuksköterskorna nämnde BVC:s roll i förhållande till våld i nära relationer, till exempel att BVC har ett ansvar för att uppmärksamma om barn far illa och att BVC kan ge stöd om det förekommer våld i nära relationer.

Hur upplevde sjuksköterskorna att det gick med att informera?

För det mesta (n=57) upplevde sjuksköterskorna det som positivt att informera om våld i nära relationer. Kommentarer som: "*Bra; OK; gick fint; kändes bra; lätt; kändes naturligt; rätt lätt; lättare än jag trodde*" hade då dokumenterats.

Mindre vanligt (n=11) var att sjuksköterskorna ansåg att det kändes negativt att informera. Orsakerna till negativa upplevelser var enligt dokumentationen att det inte blev något samtal om ämnet, sjuksköterskan fick ge informationen på engelska som kändes svårt, föräldrarnas uteblivna reaktioner eller ointresse.

Blandade erfarenheter förekom inte så ofta (n=6). I de fallen hade sjuksköterskorna noterat att det kändes både "lätt och svårt; både lugnt och nervöst; lite haltande; lite nervöst".

Hur reagerade föräldrarna?

Noteringar om föräldrarnas reaktioner hade gjorts vid 51 hembesök. Positiva reaktioner från föräldrarna hade sjuksköterskorna noterat för hälften (n=38) av hembesöken. Noteringar om att föräldrarna var positiva till eller intresserade av att ämnet togs upp förekom. Vidare att föräldrarna kommenterade eller relaterade till egna erfarenheter, liksom att de deltog i samtalet eller lyssnade aktivt. Vid två hembesök tog föräldrarna upp egna erfarenheter från sina egna uppväxtförhållanden, en förälder hade upplevt konflikter i hemmet och två föräldrar hade varit utsatta för misshandel.

Mindre vanliga (n=11) var reaktioner som kunde tolkas som negativa. Dessa var att föräldrarna inte var intresserade av informationen, eller att de var oroad för andra saker eller upplevde andra problem. Det förekom också att föräldrarna uppgav att de inte ville prata om så obehagliga saker eller att någon såg väldigt allvarlig ut.

Minst vanligt (n=2) var att föräldrarna var neutrala i sina reaktioner. Det var om de inte visade någon reaktion alls eller att sjuksköterskan inte kunde avgöra hur föräldrarna reagerade.

Besök på BVC när barnet är 6–8 veckor

Direkta frågor om våld ställdes till mamman i samband med 6–8 veckors besöket på BVC. Totalt fanns dokumentation från 55 tillfällen, 46 mammor hade fått frågor om våld, varav en mamma fick frågorna vid ett annat besök. Vid nio tillfällen hade sjuksköterskorna avstått från att fråga på grund av tidsbrist, mamman hade andra bekymmer, sjuksköterskan glömde bort att fråga, mamman levde ensam eller att den tolk som medverkade kände mamman privat.

För det mesta (n=39) kom modern utan vuxet sällskap till BVC-besöket medan några mammor (n=6) hade sällskap av pappan (n=3), alternativt pappa och äldre barn (n=3), de som kom i sällskap fick vara i väntrummet under tiden som sjuksköterskan pratade med mamman om depressiva symtom (Edinburgh Postnatal Depression Scale – EPDS) och våld i nära relationer. Två mammor hade tolk närvarande under besöket.

Vad tog sjuksköterskorna upp?

I sjuksköterskornas dokumentation framkommer flera olika exempel på hur de närmar sig ämnet våld i nära relationer. I de fall som sjuksköterskan hade informerat om våld vid hembesöket så kopplade de tillbaka till vad som sades då och frågade sedan om mamman är eller har varit utsatt för våld. En ansats var att berätta att sjuksköterskan deltar i ett projekt om hur barnhälsovården kan upptäcka våld i nära relationer och därför ställs frågorna om våld. En sjuksköterska valde att i samband med att hon informerade om projektet också fråga mamman vad hon tyckte om att BVC-sjuksköterskan skulle ställa frågor om våld och sedan ställde sjuksköterskan frågorna om våld riktade till mamman. En annan ansats var att först informera om hur många barn som är utsatta för våld i nära relationer, eller om kvinnovåld och kränkande behandling. Ytterligare sätt var att ta upp barnkonventionen, BVC:s uppgift att upptäcka barn som far illa eller definiera våld i nära relationer och berätta vilket stöd och vilka åtgärder som finns. Några sjuksköterskor valde också att fråga om tillåtelse från mamman att informera och fråga om våld i nära relationer.

Sjuksköterskorna har specificerat i sin dokumentation hur frågorna om våld ställdes. Det förekom flera olika sätt att formulera frågorna: "Förekommer det fysiskt eller psykiskt våld i ditt hem?; Förekommer det våld?; Har du någon gång blivit utsatt för våld?; Har du varit med om våld i din relation?; Har du upplevt fysiskt eller psykiskt våld av din partner eller någon annan?; Har du blivit utsatt för våld i nuvarande eller tidigare relation?; Har du någon gång upplevt våld i nära relation?; Hur har du det i din relation och har du varit utsatt för våld?; Känner du dig trygg hemma?; Har du varit utsatt för någon form av hot våld eller kränkning?".

I två fall var det mammorna själva som tog upp ämnet om våld i nära relationer, en mamma berättade att det var jobbigt hemma och sjuksköterskan frågade då om de bråkade hemma och hur de bråkade. I det andra fallet tog mamman också själv upp ämnet och sjuksköterskan frågade då om det förekom våld hemma.

Hur reagerade mammorna på att få frågor om våld i nära relationer?

Sjuksköterskorna angav i något mindre än hälften (n=20 av 46) av sin dokumentation att mammorna reagerade uttryckligen positivt på att få frågorna om våld, att de tyckte att det var bra eller viktigt att ämnet togs upp. I nästan lika stor omfattning (n=19) hade sjuksköterskorna noterat att mamman inte visade någon reaktion. I några (n=5) fall hade sjuksköterskorna skrivit att mamman såg förvånad ut. Negativa reaktioner som dokumenterades var ett tillfälle då mamman frågade varför sjuksköterskan tog upp detta och i ett annat fall hade sjuksköterskan noterat att mamman skruvade på sig.

De flesta mammor svarade nej på frågorna om våld i nära relationer hade förekommit eller var aktuellt. Totalt tio mammor uppgav att det hade förekommit våld i nära relationer. Fem mammor berättade att de hade varit utsatta i en tidigare relation, tre mammor angav att det hade förekommit i nuvarande relation innan barnet föddes, en mamma berättade att gräl med exmaken som är far till hennes barn förekommer och ytterligare en mamma uppgav att det förekommer bråk och gräl i nuvarande relation.

Hur upplevde sjuksköterskorna att det gick att ställa frågor om våld i nära relationer?

Runt hälften (n=28) av gångerna så hade sjuksköterskorna noterat att det gick bra att ställa frågor om våld i nära relationer. Ibland (n=9) hade sjuksköterskorna antecknat att det var blandade upplevelser med inslag av nervositet i det positiva, att tiden skulle ha varit för kort om mamman hade svarat ja på frågan, eller att det hade varit relativt lätt men att det inte kändes lika lätt med mammans svar om att det hade förekommit våld innan barnet föddes. Det förekom också ibland (n=8) att sjuksköterskorna inte hade noterat sina upplevelser. I ett fall hade sjuksköterskan angivit att det hade känts svårt för att det var en mamma med "stark integritet".

Föräldrträff

På den fjärde föräldrträffen var avsikten att sjuksköterskorna skulle visa och diskutera filmen "Den behövande människan" från Barnombudsmannen. I praktiken förekom det att ämnet togs upp och diskuterades på den tredje istället för fjärde föräldrträffen. Tre sjuksköterskor hade tillfälle att hålla föräldragrupp under projektiden. Av de övriga tre sjuksköterskorna hade två inga föräldragrupper under projektiden och en sjuksköterska erbjöd föräldragrupp i form av spädbarnsmassage och ansåg inte att det var lämpligt att i det sammanhanget ta upp och diskutera våld i nära relationer. Dokumentation fanns från sju föräldrträffar med 43 medverkande föräldrar, 40 mammor och tre pappor.

Hur presenterade och kommenterade sjuksköterskorna diskussionsämnet?

Vid fyra av de sju dokumenterade träffarna visades filmen "Den behövande människan". Vid de två övriga träffar saknades apparatur för att visa filmen och vid en träff hann filmen inte visas utan våld i nära relationer diskuterades i samband med att en film om alkohol "Vad ska du dricka när du blir stor" visades.

De träffar där inte någon film visades, presenterade sjuksköterskan barnkonventionen och rätten till en våldsfri miljö, föräldrarna fick broschyren "Det viktigaste av allt". Vid en träff där film visades frågade sjuksköterskan vad föräldrarna tyckte om filmen. Den föräldraträff där filmen om alkohol visades tog sjuksköterskan upp hur barn kan uppleva vuxna som är berusade.

I samband med fem av de sju träffarna har sjuksköterskorna beskrivit att det blev en dialog eller samtal kring ämnet. Vid ett tillfälle blev sjuksköterskan lite nervös av tystnaden och rädd för att ämnet var för allvarligt eller oklart.

Hur reagerade föräldrarna på diskussionsämnet?

Vid tre av de sju dokumenterade träffarna har sjuksköterskorna noterat att föräldrarna reagerade med tystnad, sedan kom enstaka kommentarer om vikten av att ta upp ämnet. För två träffar finns beskrivet att det blev en bra diskussion med reflektioner. Dokumentation saknades från två träffar.

Vad diskuterade föräldrarna?

På en gruppträff diskuterade föräldrarna barns rättigheter, hur man som förälder får bråka inför barnen och hur arg man får bli. Vid två träffar kom det upp hur en anmälan till socialtjänsten kan göras om ett barn far illa, vid den ena träffen diskuterades också signaler på att barn far illa och hur signalerna kan upptäckas. På en gruppträff diskuterades definitionen av våld i nära relationer och om lagstiftningen verkligen fungerar samt vad det går att göra om myndigheter gör fel vid till exempel umgängesrätt. Vid en träff har sjuksköterskan noterat att det inte blev någon diskussion vilket kan bero på att föräldrarna inte fick tid för att diskutera.

Hur upplevde sjuksköterskorna att det gick att ta upp våld i nära relationer som ett diskussionsämne?

I samband med fem av de sju träffarna har sjuksköterskorna dokumenterat sina egna upplevelser. Frustration förekom då ljudet på den visade filmen var dåligt vid en föräldraträff och i samband med en annan träff saknades apparatur för att visa filmen. Vid en gruppträff där det inte blev någon diskussion har sjuksköterskan noterat att filmen bör visas i början träffen och att hon ska pröva med att vänta ut föräldrarnas tystnad mer. På en annan träff har sjuksköterskan kommenterat att det var lätt att se filmen tillsammans med föräldrarna men svårt att få igång ett samtal på grund av föräldrarnas tystnad. Vid en träff har sjuksköterskan noterat att upplevelsen var positiv då filmen blev ett bra underlag för vidare diskussion i gruppen.

Diskussion och förslag till fortsatt arbete

Det övergripande målet med föreliggande pilotprojekt har varit att utveckla arbetsmetoder för att uppmärksamma våld i nära relationer. Utvecklingen av arbetssätt har genomförts av de BVC-sjuksköterskor som har ingått i arbetsgruppen. Sjuksköterskorna har använt sig av information, frågor och diskussioner för att inom barnhälsovården uppmärksamma våld i nära relationer.

Syftet med utvärderingen har varit att pröva om de framtagna arbetsmetoderna med att informera, ställa frågor och diskutera är användbara för att uppmärksamma våld i nära relationer. Utifrån sjuksköterskornas dokumentation har det varit praktiskt möjligt att informera om våld i nära relationer vid första hembesöket. För sjuksköterskorna var det vanligt att informera utifrån barnkonventionen eller att informera utifrån fakta om hur många barn som upplever våld i nära relationer. Utifrån de direkta frågorna om våld som ställdes i samband med besök på BVC identifierade sjuksköterskorna förekomst för tio mammor, varav fem hade varit utsatta i en tidigare relation, tre fall gällde nuvarande relation innan barnets födelse och två mammor uppgav att det förekom bråk och konflikter när frågan ställdes. De tre frågor som sjuksköterskorna hade formulerat i förväg tycks inte alltid ha använts, i dokumentationen framkom olika formuleringar. Användbarheten vad gäller att diskutera våld i nära relationer på föräldraträffar är svår att fastställa utifrån ett litet underlag.

Faktorer som underlättade för sjuksköterskorna att informera var att sjuksköterskorna kände föräldrarna sedan tidigare barn, att föräldrarna redan var insatta i ämnet eller att föräldrarna visade intresse och deltog aktivt i samtal under hembesöket. Faktorer som försvårade informationen var att det inte blev en dialog, föräldrarna inte visade något intresse eller om sjuksköterskan behövde informera på engelska istället för på svenska. Sjuksköterskorna uppgav att det antingen gick bra eller att de hade blandade upplevelser av att ställa frågor om våld. Det senare kunde bero på att sjuksköterskan var nervös men att det sedan gick bra att ställa frågorna eller att det var svårt att läsa av mammans reaktion på att få frågan. Faktorer som påverkade möjligheten till diskussioner i samband med föräldraträffarna var föräldrarnas reaktioner på ämnet, alternativt att möjlighet fanns att visa en film som underlag för diskussionerna. En unison underlättande faktor för att informera, ställa frågor om och diskutera våld i nära relationer tycks vara att sjuksköterskorna lyckas väcka föräldrarnas intresse så att det blir en dialog.

Ett gemensamt praktiskt hinder för att såväl informera, ställa frågor och diskutera var tidsbrist. Vid hembesöket, 6–8 veckors besöket på BVC och på föräldraträffarna är det andra ämnen som också ska tas upp varför det kan vara svårt för sjuksköterskan att hinna med allt. Likaså kan det ha betydelse när under besöken eller träffarna som våld i nära relationer tas upp, så att det finns tidsutrymme för föräldrarna att delta aktivt i samtal, alternativt om en mamma svarar jakande på förekomst av våld måste sjuksköterskan ha tidsutrymme för att följa upp svaret och eventuellt vidta åtgärder.

Kan tillvägagångssättet med att informera, ställa frågor och diskutera våld i nära relationer vara effektivt inom barnhälsovården? Utifrån sjuksköterskornas dokumentation om hembesöken var det ett fåtal föräldrar som relaterade till vad de hade upplevt själva som barn vad gäller våld i nära relationer. I samband med att frågor ställdes om våld i nära relationer på BVC så var det förhållandevis många kvinnor som

berättade att de hade varit utsatta i tidigare relationer eller i nuvarande relation innan barnet föddes. Ett fåtal mammor tog själva upp att de för närvarande hade konflikter med barnets andra förälder. I samband med föräldraträffarna tycks föräldrarna utifrån sjuksköterskornas dokumentation ha diskuterat ämnet mer generellt.

Sammanfattningsvis så tycks det framför allt vara när föräldern får direkta frågor om våld som sjuksköterskorna kan identifiera förekomsten. Information och diskussion kan möjligen vara effektivt för att få föräldrar att reflektera om hur olika former av våld i nära relationer kan påverka barn. Upplägget i pilotprojektet med att informeras, ställa frågor och diskutera kan ses som en motsvarighet till hur Garcia-Moreno m fl [28] föreslår att bland annat hälso- och sjukvården ska uppmärksamma våld i nära relationer genom att skapa medvetenhet, identifiera och ge långsiktigt stöd.

Etiska aspekter

På nationell såväl som internationell nivå har olika etiska aspekter med att uppmärksamma våld lyfts fram [36–38]. I samband med att Socialstyrelsen har tagit fram en vägledning för att identifiera våld i nära relationer [39] fick två forskare i uppdrag att belysa etiska aspekter på att systematiskt ställa frågor om våld/screening [36]. Forskarna gör en analys bland annat utifrån för- och nackdelar med att rutinmässigt ställa frågor om våld. De slutsatser som presenteras är att det i dagsläget inte är motiverat med att rutinmässigt ställa frågor eller genomföra screening då det saknas evidens för screening relaterat till våld i nära relationer. Forskarnas analys har mött viss kritik [40] då det till exempel saknas en etisk analys av vilka konsekvenser våldet får för de som är direkt utsatta och för olika instanser i samhället som till exempel hälso- och sjukvården.

Det är givetvis av yttersta vikt att belysa olika etiska aspekter kopplat till hur hälso- och sjukvården ska arbeta med att uppmärksamma och intervensera vad gäller våld i nära relationer. Respekt för individens integritet är ett måste och screening eller förebyggande insatser är inte ett tvång idag inom hälso- och sjukvården, utan individen kan avstå från till exempel mammografi eller vaccinationer. Däremot är det av samhälleligt intresse att upprätthålla en viss täckningsnivå av en metod som erbjuds alla för att insatsen ska vara verksam.

En viktig etisk aspekt att uppmärksamma när det gäller att identifiera våld är om det kan finnas en risk för upptrappat våld genom att ställa frågor. Enligt WHO:s riktlinjer [24] minimeras skaderisken för kvinnor om inte våldsutövaren är närvarande när frågor ställs, om den som ställer frågor har kompetens att fråga och kan agera adekvat, samt om det finns rutiner och riktlinjer för åtgärder. Riskperspektivet är givetvis viktigt även när det gäller information och diskussion om våld där det också hypotetiskt kan finnas en risk för upptrappat våld om en våldsutövare är närvarande.

Ytterligare en aspekt att uppmärksamma etiskt är om sjuksköterskan bör informera om anmälningsskyldigheten enligt Socialtjänstlagen om det framkommer att barnet exponeras för våld i nära relationer. Om en mamma anger att det förekommer våld så är sjuksköterskan skyldig att göra en anmälan. Det är rimligt att anta att om mamman känner till anmälningsskyldigheten så kan det påverka hennes svar [41, 42].

Projektets brister och förslag till fortsatt arbete

Då det i forskningen är oklart vilka metoder som är lämpliga för att upptäcka våld i nära relationer har det varit av vikt att pröva frågan med en studie för att sedan kunna gå vidare med en fall-kontrollstudie och/eller randomiserad kontrollstudie. Det är av största intresse att klarlägga om mer våld i nära relationer identifieras genom att systematiskt ställa frågor jämfört med att fråga vid misstanke. Föreliggande pilotprojekt kan inte klarlägga detta och har främst relevans som underlag för hur barnhälsovården i Stockholms län kan vidareutveckla metoder att identifiera barn som är utsatta för våld i nära relationer men kan också vara av intresse på nationell nivå.

Inför fortsatt forskning och arbete med att uppmärksamma våld i nära relationer bör vissa svagheter i föreliggande projekt beaktas. Utifrån sjuksköterskornas dokumentation i projektet så tycks inte frågorna om våld i nära relationer ha ställts så som de formulerades i förväg. I fortsatt forskning är det angeläget att ha standardiserade frågor som alla använder. Likaså bör det fångas upp hur våld i nära relationer definieras av sjuksköterskor respektive föräldrar. Frivilligheten för mödrar att svara på frågor om våld kan förtydligas och genomföras som några sjuksköterskor i projektet hade dokumenterat att de gjorde, det vill säga be om tillåtelse att informera och ställa frågor.

Utfallsmättet är viktigt att specificera, att i dagsläget använda antal anmälningar till eller samarbete med socialtjänsten är av begränsat värde då detta är ett ovanligt fenomen som kräver en markant ökning eller tusentals medverkande sjuksköterskor för att uppnå statistiskt signifikanta skillnader. Det är därför mer relevant att använda antal föräldrar som berättar att de har varit utsatta för eller är utsatta för våld i nära relationer när frågor om våld ställs. Det kan också vara av intresse att undersöka hänvisningar till andra instanser såsom till exempel primärvård, psykiatri och beroendevård. Vid hembesök och föräldraträffar kan andra utfallsmått behöva definieras.

För att diskutera våld i nära relationer i föräldragrupp kan sjuksköterskor behöva mer kunskap om grupprocesser och hur frågor kan formuleras för att väcka reflektion. Denna kunskap och kompetens är givetvis relevant för andra teman som tas upp i föräldragrupper och är inte något som ingår sjuksköterskornas utbildning.

En svaghet i utvärderingen av pilotprojektet var utformningen av studien så att alla sjuksköterskor informerades, ställde frågor och diskuterade våld i nära relationer. I fortsatta studier bör olika grupper av sjuksköterskor pröva olika tillvägagångssätt med längre uppföljningstid av utfallsmått.

Referenser

1. MacMillan, H.L., Wathen, C.N. *Children's exposure to intimate partner violence*. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am, 2014. 23(2): 295–308, viii–ix.
2. WHO. *Intimate partner violence*, in *Understanding and addressing violence against women*, S. Ramsey, Editor. 2012: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/rhr12_36/en/index.html. p. 12.
3. Holt, S., Buckley, H., & Whelan S. *The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature*. Child Abuse Negl, 2008. 32(8): 797–810.
4. WHO, London School of Hygiene and Tropical Medicine, South African Medical Research Council. *Global and regional estimates of violence against women: Prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. World Health Organisation. 2012: Geneva.
5. Brottsförebyggande rådet. *Brott i nära relationer. En nationell kartläggning*. 2014, Brottsförebyggande rådet: Stockholm.
6. Swan, S.C., Gambone, L.J., Caldwell, J.E., Sullivan, T.P., Snow, D.L. *A review of research on women's use of violence with male intimate partners*. Violence Vict, 2008. 23(3): 301–14.
7. Grip, K. *The Damage Done: Children Exposed to Intimate Partner Violence and their Mothers*. University of Gothenburg. 2012: Gothenburg.
8. Berman, H., Lewis, H.J. O'Connor, A., Humphreys, J. *Childhood exposure to intimate partner violence*. In *Family violence and nursing practice*, Janice Humphreys, Editor. Springer Publishing Company. 2010: New York. p. 279–318.
9. Meltzer, H., Doos, L., Vostanis, P., Ford, T., Goodman, R., *The mental health of children who witness domestic violence*. Child & Family Social Work, 2009. 14(4): 491–501.
10. Dong, M., et al., *The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction*. Child Abuse Negl, 2004. 28(7): 771–84.
11. Gilbert, R., Widom, C.S., Ferguson, D., Webb, E., Janson, S. *Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries*. Lancet, 2009. 373(9657): 68–81.
12. Zinzow, H.M., et al., *Prevalence and mental health correlates of witnessed parental and community violence in a national sample of adolescents*. J Child Psychol Psychiatry, 2009. 50(4): 441–50.
13. Turner, H.A., Finkelhor, D., Ormrod, R., Harmby, S.L. *Infant victimization in a nationally representative sample*. Pediatrics, 2010. 126(1): 44–52.
14. Annerback, E.M., Wingren, G., Svedin, C.G., Gustafsson, P.A *Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey*. Acta Paediatr, 2010. 99(8): 1229–36.

15. Jansson, S., Jernbro, C., Långberg, B., *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige – en nationell kartläggning 2011*. Allmänna Barnhuset. 2011: Stockholm.
16. Annerback, E.M., Sahlqvist, L., Svedin, C.G., Wingren, G., Gustafsson, P.A. *Child physical abuse and concurrence of other types of child abuse in Sweden—Associations with health and risk behaviors*. Child Abuse & Neglect, 2012. 36(7–8): 585–595.
17. Campbell, J.C. *Health consequences of intimate partner violence*. Lancet, 2002. 359(9314): 1331–1336.
18. Woods, S.J., Gill, J. *Family violence: Long-term health consequences of trauma*, in *Family violence and nursing practice*, J.C.C. Janice Humphreys, Editor. Springer Publishing Company. 2010: New York. p. 29–40.
19. Nationellt centrum för kvinnofrid. *Väld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnor och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. NCK. 2014: Uppsala.
20. Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., Feder, G. *Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis*. PLoS Med, 2013. 10(5): p. e1001452.
21. Kornfeld, B.D. , Bair-Merritt, M.H., Frosch, E., Solomon, B.S. *Postpartum depression and intimate partner violence in urban mothers: co-occurrence and child healthcare utilization*. J Pediatr, 2012. 161(2): 348–353.
22. Bair-Merritt, M.H., Blackstone, M. Feudtner, C. *Physical health outcomes of childhood exposure to intimate partner violence: a systematic review*. Pediatrics, 2006. 117(2): 278–290.
23. Foster, H., Brooks-Gunn, J. *Toward a stress process model of children's exposure to physical family and community violence*. Clin Child Fam Psychol Rev, 2009. 12(2): 71–94.
24. WHO, *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organisation. 2013: Geneva.
25. O'Doherty, L.J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L.L., Feder, G. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis*. BMJ, 2014. 348: doi: 10.1136/bmj.g2913 .
26. Sprague, S., et al., *Barriers to and facilitators for screening women for intimate partner violence in surgical fracture clinics: a qualitative descriptive approach*. BMC Musculoskelet Disord, 2013. 14: doi: 10.1186/1471-2474-14-122.
27. Ghandour, R.M., Campbell, J.C., Lloyd, J. *Screening and Counseling for Intimate Partner Violence: A Vision for the Future*. J Womens Health (Larchmt), 2014. 24(1): 57–61.
28. Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., d'Oliviera, A.F., Koziol-MacLain, J., Colombini, M., Feder, G. *The health-systems response to violence against women*. Lancet, 2015. 18(385): 1685–1695.
29. O'Campo, P., Kirst, M., Tsamis, C., Chambers, C., Ahmad, F. *Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings:*

- evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med*, 2011. 72(6): 855–866.
30. Feder, G., et al., *Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial*. *Lancet*, 2011. 378(9805): 1788–1795.
 31. Hooker, L., Ward, B., Verrinder, G. *Domestic violence screening in maternal and child health nursing practice: a scoping review*. *Contemp Nurse*, 2012. 42(2): 198–215.
 32. Taft, A.J., et al., *Enhanced maternal and child health nurse care for women experiencing intimate partner/family violence: protocol for MOVE, a cluster randomised trial of screening and referral in primary health care*. *BMC Public Health*, 2012. 12: doi: 10.1186/1471-2458-12-811.
 33. Barnhälsovårdsenhet S. *Årsrapport 2012, barnhälsovården i Stockholms län*. Barnhälsovården .i Stockholms läns landsting. 2013: Stockholm.
 34. Köhler, M., Reuter, A., Tell, J., *Leva med barn*. Tolfte upplagan ed. Gothia Förlag. 2013: Stockholm.
 35. Braun, V., Clarke, V., *Using thematic analysis in psychology*. *Qualitative Research in Psychology*, 2006. 3: 77–101.
 36. Juth, N., Munthe, C., *Etiska aspekter på rutinfrågor om våldsutsatthet i hälsa- och sjukvården samt socialtjänsten*, in *Philosophical Communications, Web Series 58*. University of Gothenburg. 2012: Göteborg.
 37. Btoush, R., Campbell, J.C. *Ethical conduct in intimate partner violence research: challenges and strategies*. *Nurs Outlook*, 2009. 57(4): 210–216.
 38. Cook, R.J., Dickens, B.M. *Dilemmas in intimate partner violence*. *Int J Gynaecol Obstet*, 2009. 106(1): 72–75.
 39. Socialstyrelsen, *Att vilja se, vilja veta och våga fråga – Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Socialstyrelsen. 2014: Stockholm.
 40. Beausang, A. et al. *Möjligheten att rädda några av dessa kvinnors liv har inte vägts in*. *Dagens Medicin* 2014.
 41. Chang, J.C., Decker, M., Moracco, K.E., Martin, S.L., Petersen, R., Frasier, P.Y., *What happens when health care providers ask about intimate partner violence? A description of consequences from the perspective of female survivors*. *Journal Am Med Women's Ass*, 2003. 58(2): 76–81.
 42. Stockl, H., et al., *Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2013. 13: doi:10.1186/1471-2393-13-77.

Bilagor

Bilaga 1. Dokumentationsblanketter för hembesök, BVC-besök och föräldraträff

Hembesök

Information vid hembesök Ja _____ Nej _____

Om nej, varför?

Vilka var närvarande vid hembesöket?

Vad sa jag?

Hur upplevde jag att det var att informera?

6–8 veckors besök på BVC

Ställt frågan om våld i nära relationer? Ja _____ Nej _____

Om nej, varför?

Kom mamman i sällskap med någon?

Nej _____

Ja med

Vad sa jag?

Reaktion från mamman?

Nej _____

Ja _____

Vad svarade mamman?

Hur agerade jag utifrån mammans svar?

Hur upplevde jag att det var att ställa frågan?

Föräldragruppsträff

Visades filmen "Den behövande människan" från Barnombudsmannens material "Viktigast av allt?"

Ja _____ Nej _____

Om nej, varför?

Hur många föräldrar deltog i träffen?

Antal par _____

Antal mammor _____

Antal pappor _____

Hur reagerade föräldrarna på filmen?

Hur agerade jag på föräldrarnas reaktioner?

Vad diskuterade föräldrarna utifrån filmen?

Hur upplevde jag att det vara att visa filmen?

ISBN 978-91-87691-20-1