

# ”Söker du, så finner du”

**Barnmorskors erfarenheter av att upptäcka  
våld, bemöta kvinnor och handlägga vården  
vid våld i nära relation**

FÖRFATTARE	Josefin Rosengren Karin Schönemann
PROGRAM/KURS	Barnmorskeprogrammet HK 2008
OMFATTNING	15 högskolepoäng
HANDLEDARE	Marie Berg
EXAMINATOR	Tone Ahlborg

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



## **FÖRORD**

*Vi vill börja med att tacka vår handledare Marie Berg som varit ett oerhört stort stöd under arbetets gång. Tack för alla tips och ditt stora engagemang med studien.*

*Vi vill även passa på att tacka Anita Kruse, chefför VKV Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, som intresserat sig och hjälpt oss på vägen. Tack för ditt bidrag med kuvert, lån av datorer och goda råd.*

*Tack Patrik Schönemann för tekniskt support.*

*Slutligen ett stort tack till alla deltagande barnmorskor som gjort det möjligt att genomföra studien.*

Titel (svensk):	Söker du, så finner du – barnmorskors erfarenheter av att upptäcka våld, bemöta kvinnor och handlägga vården vid våld i nära relation.
Titel (engelsk):	If you seek, you'll find – midwives experiences in discovering violence, meeting- and caring of women who have been exposed to intimate partner violence.
Arbetets art:	Magisteruppsats
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Barnmorskeprogrammet 90 hp/ Reproduktiv och perinatal hälsa Examensarbete II, OM 1660
Arbetets omfattning:	15 Höskolepoäng
Sidantal:	45 sidor
Författare:	Josefin Rosengren Karin Schönemann
Handledare:	Marie Berg
Examinator:	Tone Ahlborg

## SAMMANFATTNING

**Bakgrund:** Forskning visar att våld mot kvinnor i nära relation är ett dolt problem med ett stort mörkertal. Våldet riktas mot kvinnor i alla åldrar och samhällsklasser och utgör ett av de största hoten mot kvinnors liv och hälsa. Hälso- och sjukvårdspersonal har en unik möjlighet att kunna identifiera våld i nära relation genom att aktivt fråga kvinnor om de utsatts för denna typ av övergrepp. Kommunikation är ett viktigt redskap för barnmorskan och en förutsättning för att skapa trygghet i mötet med kvinnan.

**Syfte:** Studiens syfte var att undersöka vilken erfarenhet barnmorskor på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar i Västra Götaland har av att upptäcka våld, bemöta kvinnor och handlägga vården vid våld i nära relation.

**Metod:** En enkätundersökning bestående av strukturella och öppna frågor skickades till 32 barnmorskor. Enkäten besvarades av 28 barnmorskor; 17 arbetade på barnmorskemottagningar och 11 på ungdomsmottagningar. De strukturella frågorna analyserades med hjälp av SPSS 17,0 samt Microsoft Office Excel och de öppna frågorna utifrån kvalitativ innehållsanalys.

**Resultat:** Majoriteten av barnmorskorna (92,6%) hade någon gång träffat en kvinna som utsatts för våld i nära relation. Hälften angav att de alltid frågar kvinnorna medan övriga endast frågar ibland, om de fattar misstanke eller aldrig. De barnmorskor som alltid frågar upptäcker våldutsatta kvinnor mer frekvent. Det framkom att ensambesök på mottagningen underlättar våldscreening. Orsaker till varför frågan ställs var våldscreening, barnmorskans intuition samt fysiska tecken på kvinnan. Tidsbrist, okunskap om ämnet och att partnern var med vid besöken var hinder som upplevdes

försvåra möjligheten att ställa frågan. Det efterfrågas mer kunskap om ämnet våld genom kontinuerlig handledning, utbildning och tydligt utformade pm.

**Diskussion/konklusion.** Författarna anser att ökat samarbete mellan olika instanser som arbetar med våldutsatta kvinnor är angeläget, likaså samverkan mellan berörda verksamheter för att utbyta kunskap. Det behövs en större kartläggning över barnmorskors erfarenhet av att bemöta kvinnor som utsätts för våld i nära relation för att specificera vilka insatser som krävs på alla mottagningar för att förbättra omhändertagandet av dessa kvinnor.

**Nyckelord:** våld, våld i nära relation, barnmorska, kvinna, våldscreening, bemötande.

## **ABSTRACT**

**Background:** Research shows that intimate partner violence (IPV) is a concealed problem with a large number of hidden statistics. Women are victim to this kind of violence regardless of age and social class. IPV constitutes one of the largest threats against women's lives and health. Healthcare-providers have a unique opportunity to identify IPV through screening for violence. Communication is an important instrument when midwives are to create a feeling of safety when meeting with the abused woman.

**Aim:** The aim of the study was to investigate the experiences that midwives in primary-care settings in the Västra Götaland region had in detecting violence, meeting and caring of women who, in the present or in the past, have been exposed to IPV.

**Method:** A questionnaire made out from both structured and open questions was sent to 32 different midwives in the Västra Götaland region. 28 informants returned filled-in questionnaires; 17 from maternity welfare centers and 11 from guidance-centers for young people. The structured questions were analyzed by means of SPSS version 17.0 and Microsoft Office Excel, and the open questions with a qualitative analysis of content.

**Result:** The majority of the participants had met a woman who had been exposed to IPV. Half of them always screened for violence while the rest either asked their patients about abuse if they suspected IPV or never asked. The informants who always screened discovered abused women more frequently. Visits without the company of the woman's partner facilitated screening. Reasons for asking questions about IPV was screening for violence, the concerned midwives' intuition and/or physical signs of abuse. Midwives experienced that limited time, lack of knowledge and the presence of the woman's partner were obstacles for screening. The informants asked for more knowledge about IPV through continuous guidance, education and distinctly elaborated promemorias.

**Discussion/conclusion:** The authors believe that an increased cooperation between authorities that deal with IPV is essential, as well as an increased cooperation between primary-care settings, in order to exchange knowledge and experiences. There is need of a larger survey to map out midwives' experiences of meeting women exposed for IPV to specify which measures need to be taken for implementing better care at all primary-care settings.

**Keywords:** violence, intimate partner violence, midwife, woman, screening, meeting.

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

<b>INLEDNING</b>	1
<b>BAKGRUND</b>	1
ARTIKELSÖKNING	2
BARNMORSKANS PROFESSION	2
Hälso- och sjukvårdens ansvar för kvinnor som utsatts för våld i nära relation	3
HÄLSA	4
Reproduktiv hälsa	4
Parrelationens inverkan på kvinnors hälsa	6
VÅLD	6
Våld i nära relation	7
Mörkertal och prevalens	8
Våldets normaliseringsprocess	9
Mäns våld mot kvinnor under graviditet	9
Screening om våld i nära relation under graviditet	10
KOMMUNIKATION	11
Konsten att samtala med den våldutsatta kvinnan	11
Bemötandet av den våldutsatta kvinnan	13
PROBLEMFÖRMULERING	13
<b>SYFTE</b>	14
<b>METOD</b>	14
ENKÄTFRÅGOR	14
VALIDITET OCH RELIABILITET	15
URVAL	16
DATAINSAMLING	17
DATAANALYS	17
Kvalitativ innehållsanalys	18
Analys av enkätsvaren	18
FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN	19
Bearbetning av de etiska kraven i studien	20
Risker för forskningspersonerna som deltar i studien	20
Nytta för forskningspersonerna som deltar i studien	20
Etikprövning	21
<b>RESULTAT</b>	21
BAKGRUNDSFAKTA	21
BARNMORSKANS FÖRFRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION	23
Hur, när och på vilket sätt som frågan om kvinnan blivit utsatt för våld framställs	24
Orsaker till att frågan inte alltid ställs	25
IDENTIFIERING AV VÅLDUTSATT KVINNOR	26
Hur barnmorskan får reda på att en kvinna utsatts för våld i nära relation	26

Hur frekvent barnmorskorna träffar en våldutsatt kvinna	26
PM/HANDLINGSPROGRAM OM VÅLDSCREENING	28
BEMÖTANDE OCH OMHÄNDERTAGANDE AV VÅLD- UTSATTA KVINNOR	29
HANDLEDNING OCH UTBILDNING PÅ VERKSAMHETERNA	30
Handledning	30
Utbildning om våld i nära relation	30
INSATSER SOM KAN UNDERLÄTTA BARNMORSKANS ARBETE ATT IDENTIFIERA FLICKOR/KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION	31
<b>DISKUSSION</b>	32
METODDISKUSSION	32
Enkätfrågorna	32
Validitet och reliabilitet	33
Urvalet	33
Datainsamlingsmetoden	34
Dataanalysen	34
RESULTATDISKUSSION	34
KONKLUSION	38
<b>REFERENSER</b>	40
<b>BILAGOR</b>	
1. Enkät till barnmorskor på ungdomsmottagning	
2. Enkät till barnmorskor på barnmorskemottagning	
3. Forskningspersonsinformation till ansvariga	
4. Forskningspersonsinformation till barnmorskorna	
5. Meny-agenda	

## **INLEDNING**

Våld i nära relation är idag ett stort samhälls- och folkhälsoproblem. Våldet orsakar fysiskt och psykiskt lidande för både kvinnor, barn och män. Våldutsatta kvinnors hälsa påverkas negativt både kortsiktigt och långsiktigt vilket innebär stora kostnader för samhället (1). Våldet sker överallt oavsett kvinnans nationalitet eller etniska, religiösa och kulturella bakgrund. Det riktas mot kvinnor i alla åldrar och samhällsklasser och utgör ett av de största hoten mot kvinnors liv och hälsa (2). Såväl svenska som internationella undersökningar visar att våld mot kvinnor i nära relation är ett dolt problem med stort mörkertal (3).

Hälso- och sjukvården är den aktör i samhället som borde ha de största möjligheterna att upptäcka våld i nära relation. I flera länder har olika metoder prövats för att i hälso- och sjukvårdens kontakt med kvinnor få vetskap om vilka som är eller har varit utsatta för våld. I Sverige har det hittills bara gjorts sådana här undersökningar i mindre omfattning (4). Under vår verksamhetsförlagda utbildning inom barnmorskeprogrammet har vi iakttagit att barnmorskor arbetar olika gällande våldsscreening och arbete med våldutsatta kvinnor. Vi vill med denna studie kartlägga vad barnmorskan gör eller kan göra på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar för att identifiera dessa kvinnor så att de blir upptäckta och kan få hjälp.

Studien är en del av ett större projekt där VKV, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer, ska kartlägga vilka erfarenheter personal på ungdomsmottagningar, mödravårdscentraler och gynekologiska mottagningar i Västra Götalandsregionen har när det gäller identifiering och bemötande av våldutsatta kvinnor i nära relation.

## **BAKGRUND**

Följande avsnitt börjar med en redogörelse för hur tidigare forskning i ämnet söks. Därefter beskrivs barnmorskans profession och hälso- och sjukvårdens ansvar för våldutsatta kvinnor. Avslutningsvis presenteras tre utifrån ämnet centrala begrepp – Hälsa, Våld och Kommunikation - som ger läsaren en djupare förståelse för studiens syfte.

## **ARTIKELSÖKNING**

För att få mer kunskap om problemområdet söktes artiklar via databaserna Cinahl och Pubmed. Sökorden som användes var: antenatal, screening, trust, midwifery, violence, domestic, intimate, abuse, health, reproductive health, relationship, woman, communication, Sweden och pregnant. Sökningen gjordes på engelska med sökorden var för sig och i olika kombinationer. Begränsning angående publiceringsår var från och med 1999. Endast artiklar skrivna på svenska och engelska inkluderades. Sökkriterierna innefattade studier som var gjorda nationellt och internationellt. De artiklar som sökningarna resulterade i granskades först utifrån abstrakt. De artiklar som fortfarande ansågs relevanta för syftet efter att abstraktet lästs valdes ut för vidare granskning. De artiklar som exkluderades var inte relevanta för studiens syfte. Alla valda artiklar var peer reviewed och granskades innehållsmässigt. Tio artiklar valdes ut efter systematisk sökning och granskning. Fyra artiklar valdes ut osystematiskt via manuell sökning utifrån referenslistor från andra artiklar och avhandlingar som stämde väl överens med studiens syfte.

## **BARNMORSKANS PROFESSION**

I kompetensbeskrivningen för legitimerad barnmorska står det att i barnmorskans yrkesutövning ingår förebyggande såväl som sjukvårdande åtgärder. Barnmorskan ska se patienten ur ett helhetsperspektiv och kunna identifiera och aktivt förebygga psykiska och sociala hälsorisker. Hon ska ta initiativ till och utföra åtgärder som främjar hälsan hos enskilda individer (5).

Huvudområdet inom barnmorskans profession är reproduktiv hälsa. Barnmorskan har en skyldighet att förebygga ohälsa och lindra lidande, hon ska kunna identifiera och tillämpa kunskaper om faktorer som påverkar hälsa, sexualitet och samlevnad i ett livscykelperspektiv (5). Barnmorskan ska enligt hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) kunna ta initiativ till att vidta åtgärder som syftar till att främja hälsa och förebygga ohälsa. Hon ska kunna identifiera fysiska, psykiska och sociala hälsorisker och bedöma vilka förebyggande insatser som behöver göras, enskilt eller i grupp (6).

I den etiska koden för barnmorskor betonas att barnmorskan ska förstå de skadande konsekvenser som våld emot etiska och mänskliga rättigheter har på kvinnor och barns hälsa och arbeta för att eliminera sådant våld (7). I socialstyrelsens kunskapsöversikt om våldutsatta kvinnor (8) framkommer det att all vårdpersonal är skyldig att känna igen och förstå våldet,



vara lyhörd och erbjuda stöd och behandling till de utsatta kvinnorna. Trots detta har personal inom hälso- och sjukvården endast i liten utsträckning uppmärksammat våldutsatta kvinnor. Att möta en kvinna som utsatts för våld kan framkalla starka känslor hos personalen. Kunskap och erfarenhet om att kommunicera med våldutsatta kvinnor är essentiellt för en god omvårdnad och ett bra omhändertagande. Kommunikation är ett viktigt redskap för barnmorskorna när de ska identifiera och kartlägga vilka kvinnor som utsätts för våld i nära relation (8).

### **Hälso- och sjukvårdens ansvar för kvinnor som utsatts för våld i nära relation**

När det gäller att upptäcka och identifiera kvinnor som blivit utsatta för våld har hälso- och sjukvården ett stort ansvar liksom de har ett ansvar att ge ett adekvat psykologiskt och medicinskt omhändertagande (1). Målet för hälso- och sjukvården som det står skrivet i § 2 i hälso- och sjukvårdslagen 1982:763 ”är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen” (6).

Barnmorskan skall vara lyhörd för kvinnans psykiska, fysiska, emotionella och andliga behov. I de fall då kvinnans behov av vård överskrider barnmorskans kompetens skall barnmorskan konsultera och remittera till andra hälsoprofessioner. Barnmorskan skall erbjuda vård till kvinnor oavsett kulturella olikheter samt eliminera skadliga åtgärder inom respektive kultur (7).

LYHS, Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område, behandlar frågan om tystnadsplikt och vilka skyldigheter som hälso- och sjukvårdspersonal har när det gäller att lämna upplysning om patient. I LYHS 1998:531 står det att hälso- och sjukvård skall utövas enligt vetenskap och beprövad erfarenhet samt bygga på omtanke och respekt.

Sjukvårdspersonal får inte röja en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden om det kan antas att det finns en risk för att den som lämnat uppgiften eller att någon närstående till uppgiftslämnaren utsätts för våld eller annan allvarlig skada om uppgiften röjs (6).

Offentlighets- och sekretesslagen 2009:400 innefattar att ingen information om en patients hälsotillstånd eller levnadsförhållande får lämnas ut. Patienten kan själv ge sitt tillstånd till att sekretessen bryts. När vårdpersonal har behov av att komma i kontakt med andra myndigheter måste kvinnan ge samtycke till detta. Under vissa omständigheter kan eller ska sekretessen

brytas om brottet är av den graden att påföljden är minst ett års fängelse i straffskalan. När en patient söker vård efter fysiskt våld och det är uppenbart av sjukvårdspersonal att ett brott har begåtts kan frågan om sekretess uppstå. Det finns en möjlighet men inte en skyldighet att anmäla vissa brott till polisen. Det är dock alltid bäst om kvinnan själv gör anmälan då hennes medverkan i det fortsatta rättsliga förloppet är av största vikt (6).

Allt arbete med journalhantering skall utföras på ett säkert och tryggt sett enligt Patientjournalagen 1985:562 (6). Vid arbete med våldutsatta kvinnors journaler bör personal särskilt ta i beaktning att det kan finnas intresse från gärningsmannens sida att få tillgång till journalen och på så sätt ta reda på vad kvinnan sagt och var hon befinner sig (1).

## **HÄLSA**

Ordet hälsa definieras enligt WHO som ett tillstånd av fullständigt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande och inte bara frånvaro av sjukdom och handikapp (9). Detta styrker nationalencyklopedins begreppsförklaring ur antropologiska perspektiv där hälsa metaforiskt kan uttryckas genom goda relationer mellan människor samt mellan människor och deras resurser. Hälsa kan vara ett tillstånd av balans och jämvikt mellan de komponenter som påverkar människan (10).

Hälsa kan förklaras utifrån diverse perspektiv. Ur ett holistiskt perspektiv ses människans funktion som en helhet. Karaktäristika för detta är att människan upplever en känsla av välbefinnande, kan fungera i sitt sociala sammanhang samt har förmåga till handling (11). Antonovsky (2005) ser hälsa ur ett salutogent perspektiv, ett hälsobringande synsätt. Fokus ligger på vad som bevarar och skapar god hälsa i hela individens livssituation. Han använder sig av begreppet KASAM, känsla av sammanhang, som ett redskap för att uppnå hälsa. Enligt KASAM ska livet vara meningsfullt, begripligt och hanterligt för att människan ska erhålla hälsa. Människor befinner sig någonstans mellan två motpoler, hälsa och ohälsa (12).

## **Reproduktiv hälsa**

WHO:s definition av reproduktiv hälsa är den som idag är gällande i samtliga delar av världen. Den lyder:

*A state of physical, mental and social wellbeing in all matters relating to the reproductive system at all stages of life. Reproductive health implies that people are able to have a satisfying and safe sex life and that they have the capability to reproduce and the freedom to decide if, when and how often to do it. Implicit in this are the right of men and women to be informed and have access to safe, effective, affordable and acceptable methods of familyplanning of their choice, and the right to appropriate healthcare-services that enable women to safely go through pregnancy and childbirth. Reproductive health-care is defined as the constellations of methods, techniques and services that contribute to reproductive health and well-being by preventing and solving reproductive health-problems. It also includes sexual health, the purpose of which is the enhancement of life and personal relations, and not merely counselling and care related to reproduction and sexually transmitted infections (9).*

I Sverige handlar inte sexuell och reproduktiv hälsa enbart om hälsa utan om demokrati, rättvisa, jämställdhet och en hållbar ekonomisk utveckling (13). En reproduktiv hälsa omfattar kvinnors rättighet till att självständigt få bestämma om sin egen fertilitet. Reproduktiv och sexuell hälsa strävar mot att höja kvinnors livskvalitet. I praktiken syftar reproduktiv hälsa till familjeplanering, reproduktiv hälsovård, graviditetsövervakning, säker förlossningsvård, god amningsvård, barnhälsovård, prevention och behandling av infertilitet, information, diagnostisering och behandling om STI (sexuellt överförbara infektioner) samt säker abortsjukvård (14).

Kvinnors hälsotillstånd försämras drastiskt av att vara i en relation som inkluderar fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. I WHO:s rapport om våld och hälsa beskrivs våldets omedelbara skador samt sena effekter, exempelvis oönskade graviditeter, försämrat immunförsvar, HIV och andra sexuellt överförbara infektioner (15). Våld som utövas av kvinnans partner påverkar alla delar av hennes liv. Hennes förmåga att kunna fungera i dagligt liv och ta hand om sig själv och eventuella barn försämras. Kronisk värk, magbesvär, högt blodtryck, depression, ångest, posttraumatiskt stresssymptom samt gynekologiska problem som vaginalblödning, kronisk bäckensmärta, bäckeninflammationstillstånd och urinvägsinfektioner är några väl dokumenterade effekter av regelbunden misshandel (4). I en amerikansk studie där sambandet mellan hälsorisker och våldsutsatta kvinnor undersöktes, framkommer det tydligt att misshandlade kvinnor var mer benägna att rapportera dålig

psykisk och fysisk hälsa än de kvinnor som inte blivit utsatta för våld (16). En tvärsnittundersökning utförd på 345 kvinnor i Mexiko City styrker även den att sexuellt våld är starkt sammankopplat med psykisk ohälsa såsom depression, suicidförsök och ökad användning av alkohol och narkotika (17).

### **Parrelationens inverkan på kvinnors hälsa**

En av de mest positiva komponenterna i en människas liv är att få leva i en kärleksfull relation. En meningsfull kärleksrelation innebär kärlek, vänskap, sällskap, trygghet och lycka. Att leva i en bra parrelation leder till välbefinnande och är i hög grad hälsofrämjande. En dålig parrelation i sin tur kan ha förödande konsekvenser på hälsan (18). Glenn & Weavers (1981) påpekar i sin studie att en lycklig parrelation har den enskilt största betydelsen för människans lycka och välbefinnande. Trots detta är de individer som lever ensamstående vid bättre hälsa än de människor som lever i en dålig parrelation (19). Att leva i en parrelation där våld förekommer eller där hot om våld förekommer innebär en svår stress för kvinnan (20).

### **VÅLD**

Det finns flera definitioner på vad våld är. Enligt Nationalencyklopedin (10) definieras våld som *”användning av fysisk styrka som påtrycknings- eller bestraffningsmedel mot ngn”*. Förenta Nationerna (FN) definierar våld mot kvinnor så här: *”Begreppet våld mot kvinnor innefattar varje våldshandling som är baserad på kön och som resulterar i, eller som sannolikt resulterar i, fysisk, sexuell eller psykisk skada eller lidande för kvinnor, inklusive hot om sådana handlingar, tvång eller godtyckliga frihetsberövanden, vare sig det sker i det offentliga eller det privata livet”* (21).

Våld mot kvinnor kan delas upp i tre kategorier. Det fysiska våldet som kännetecknas av slag, sparkar, örfilar, kraftiga knuffar, strypgrepp, tillhyggen och vapen. Det psykiska våldet som innefattar hot om fysiskt eller sexuellt våld, mordhot, hot mot kvinnans närstående, kränkning och kontrollerande beteenden samt det sexuella våldet där ofrivillig sexuell beröring, sexlekar, våldtäkt samt våld riktat mot underliv och bröst ingår. Gränserna mellan de olika formerna av våld är flytande och ofta förekommer fysisk misshandel i kombination med hot och sexuella övergrepp (2).

I studien ”Slagen Dam, Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning” (22) tillfrågades 10 000 kvinnor i Sverige i åldrarna 18-64 år om

förekomsten av mäns våld mot kvinnor. I studiens resultat framkom det att nästan hälften av kvinnorna, 46 %, har utsatts för våld av en man någon gång efter sin 15-årsdag och 56 % har blivit sexuellt trakasserade. Det bekräftades även det som annan forskning visar att många kvinnor utsätts för våld i sin parrelation men det framkom även i resultatet att våldet ofta förekommer utanför nära relationer. Mäns våld mot kvinnor sker överallt. Det sker i kvinnornas hem, på deras arbetsplatser, liksom på gator och torg (22).

### **Våld i nära relation**

Våld i nära relation, som främst innefattar mäns våld mot kvinnor, är ett stort globalt samhällsproblem. Problemet har funnits länge men det var först på 1990-talet som det började uppmärksammas på allvar. Tidigare uppfattades våld mot kvinnor som skedde i hemmet som en privat angelägenhet (23). Mäns våld mot kvinnor sker i alla länder och inom alla grupper av människor oavsett religion eller samhällsklass. Studier har dock visat att det är mer vanligt i länder där kvinnors rättigheter är mer ifrågasatta och i de länder där de som utöver denna form av brott sällan ställs inför rätta (24). En undersökning på 270 kvinnor i Israel visar att förekomsten av våld påverkas av parets socioekonomiska status, arbete, religion samt olika psykosociala faktorer (25). Fattigdom ökar risken för våld i nära relation på grund av ökade konflikter inom familjen. Mannens frustration över att inte kunna försörja familjen utmynnar i våldshandlingar. Tydligast är våldsökningen om kvinnan har rollen som familjeförsörjare och mannen är hemma. I de extremt fattiga familjerna där försörjningen sker på andras bekostnad minskar våldet (26).

FN:s arbete internationellt fokuserar mycket på att avskaffa våld mot kvinnor. I *Deklarationen om avskaffande av våld mot kvinnor 1993* uttalar sig FN bland annat att mäns våld mot kvinnor är ett uttryck för ojämlika maktförhållanden mellan män och kvinnor och en kränkning av kvinnors rättigheter och grundläggande friheter (23). I omfångsundersökningen ”Slagen Dam” framkommer det dock att mäns våld mot kvinnor är mycket utbrett även här i Sverige som trots allt är ett land som internationellt sett anses mer jämställt än många andra länder (22). I den fjärde globala kvinnokonferensen som hölls i Beijing i Kina 1995 antogs en handlingsplan för jämställdhet vilket blev startskottet för ett nytt tänkande och ett grundläggande dokument i internationellt arbete om våld mot kvinnor. Under denna konferens betonades att våld mot kvinnor inte bara är en hälsofråga utan en fråga om rättigheter. Efter detta har fokus lagts på att även belysa och beskriva problemen i samhället där våldet sker och

inte bara fokusera på konsekvenserna av övergreppen. Genom att få ökad förståelse om varför våldet sker och dess orsaker blir det lättare att arbeta förebyggande (23).

I Sverige och i många andra länder har mannen sedan länge varit hushållets överhuvud. Det var han som bestämde över hustru och barn och det var han som hade rätt att utöva husaga. Det var inte förrän 1864 som husagan avskaffades i Sverige. Gift kvinna blev myndig först 1920 och fick rösträtt 1921. 1965 fick Sverige, som första land i världen, en lag mot våldtäkt inom äktenskapet. 1998 kom kvinnofridsreformen och lagstiftningen gällande mäns våld mot kvinnor skärptes. Det nya brottet grov kvinnofridskränkning infördes som även inkluderade psykiskt och sexuellt våld. Våldtäkt gäller nu alla former av påtvingade sexuella tjänster (23).

Våld mot kvinnor i nära relation skiljer sig på många sätt ifrån andra våldsbrott, då förövaren har eller har haft en intim relation till kvinnan. De båda delar eller har delat en del av sitt liv ihop och i många fall har de även barn ihop (2). Många gånger är kvinnorna dessutom ekonomiskt och praktiskt beroende av sin föröväre (20). Dessa faktorer tenderar till att benägenheten för att polisanmäla förövaren blir mycket lägre. Många kvinnor bagatelliserar våldet och tycker att händelserna är för obetydliga. Flertalet skyller på att det är av familjeskäl våldsbrotten sker och att detta inte angår någon annan. På grund av rädsla för att utsättas för mer våld avstår en del kvinnor från att polisanmäla förövaren. Det förekommer även hot om att barnen kommer fråntas kvinnan. Kvinnomisshandel handlar om ett tillitsbrott och kvinnan förlorar sin tillit till mannen när han misshandlar henne och efterhand leder detta till att hon även förlorar sin tillit till omvärlden som inte ingriper (2).

### **Mörkertal och prevalens**

Våld är den vanligaste förekommande dödsorsaken bland människor i åldrarna 15-44 år. Majoriteten av allt våld utövas så att det är osynligt för allmänheten (4). Den anmälda misshandeln mot kvinnor i Sverige har ökat med 34 % de senaste tio åren, till 26 000 anmälningar år 2008. Antalet fall av misshandel mot kvinnor i Västra Götalandsregionen rapporterades vara 3567 fall år 2008 (27). Enligt BRÅ:s rapport "Våld mot kvinnor i nära relationer" (2002) beror det ökade antalet anmälningar troligen på att kvinnor i dag i högre grad än tidigare anmäler misshandel som de utsatts för, men också på att det faktiska våldet har ökat (28). I 73 % av de anmälda fallen var kvinnan bekant med den misstänkte gärningsmannen år 2007. Den senaste BRÅ-rapporten 2007:6, om dödligt våld mot kvinnor, visar bland annat att antalet dödsfall kopplat till mäns våld mot kvinnor legat stabilt på

ungefär 15-20 fall per år sedan 1990 och att denna nivå innebär en tydlig minskning jämfört med nivåerna på 1970-talet. Mörkertalet när det gäller våld mot kvinnor är dock stort. BRÅ uppskattar att endast mellan 20 och 25 % av våldet mot kvinnor i nära relation anmäls till polisen idag (29).

### **Våldets normaliseringsprocess**

Våldets normaliseringsprocess är en teoretisk förklaringsmodell, som Eva Lundgren professor i sociologi vid Uppsala universitet har utvecklat, för att förstå och förklara hur misshandlade kvinnor gradvis bryts ned och finner sig i den våldsamma situationen. Enligt Lundgren (2003) bör våld ses som en aktiv process i vilken gränser förskjuts och det till synes extrema börjar framstå som normalt. Våldet blir ett normalt inslag i vardagen som till slut accepteras och även försvaras (30).

Lundgren beskriver att maktrelationen mellan de två parterna i en misshandelsrelation står i förbindelse med övergripande maktstrukturer i samhället. Mannen försöker, enligt Lundgren (2003), uppnå vissa mål genom att kontrollera kvinnan, detta gör han dels genom kontrollerad isolering och dels genom att växla mellan våld och värme. Han ser till att kvinnan stegvis avskärmas från sin omgivning så att det slutligen bara är mannen som är hennes centrala punkt i livet som hon kan relatera sina upplevelser med. Mannen uppträder växelvis som öm och kärleksfull och växelvis som våldsam och aggressiv. Denna växling mellan värme och våld leder till att kvinnan utvecklar ett känslomässigt beroende av mannen tills hon uppfattar våldet som något normalt. Det som mannen upplever som sant blir sant även för kvinnan och hennes självkänsla sinar. Till en början upplevs våldet som oacceptabelt men så småningom kommer det vara något som kvinnan förväntar sig. För att bemästra våldet anpassar sig kvinnan efter mannen och tillslut ser hon på sig själv utifrån mannens ögon. Hon lägger orsaken till våldet och skulden på sig själv (30).

### **Mäns våld mot kvinnor under graviditet**

I samband med kvinnans första graviditet kan fysiskt våld debutera. I de fall där våldet redan har startat finns det risk att det accelererar under graviditeten. Det väntade barnet kan uppfattas som en konkurrent av mannen. Han kan uppleva att han inte får tillgång till sin kvinna på samma sätt som tidigare och detta i sin tur kan utlösa våldet (4). I en studie från 2004, där alla kvinnor som skrev in sig på mödrahälsovården under ett halvår i Uppsala blev tillfrågade om våld, framkom det att fysiskt våld förekom hos ungefär tre procent av

kvinnorna året före eller under graviditeten. Denna siffra är jämförbar med den för diabetes och för högt blodtryck som drabbar kvinnor under graviditet och som kontrolleras regelbundet på alla barnmorskemottagningar (31).

Den våldutsatta kvinnans fysiska hälsa påverkas och även den psykiska hälsan hotas av den svåra stress som hon lever under. Kvinnor som blir gravida kan ofta avstå från rökning, alkohol och läkemedel som skadar fostret, misshandlade kvinnor däremot har svårare med att avstå från detta (32). Våldet i sig kan direkt hota fostret då det kan förorsaka missfall, placentaavlossning och för tidig vattenavgång. Hos våldutsatta kvinnor förekommer även anemi, sämre viktuppgång, genitala infektioner och dålig mathållning under graviditeten i större utsträckning än hos de kvinnor som inte blivit utsatta för våld (31).

För friska kvinnor kan graviditeten vara den enda tiden i livet som kvinnan har regelbunden kontakt med hälso- och sjukvården och det är därför ett bra tillfälle att fråga kvinnan om hon utsatts för våld. Om ämnet tas upp får kvinnan kunskap om hur vanligt förekommande det är, genom att problematiken synliggörs kan en preventiv effekt uppstå även för de kvinnor som inte blivit utsatta för våld (31).

### **Screening om våld i nära relation under graviditet**

Enligt flera undersökningar är kvinnorna positiva till att barnmorskan aktivt frågar alla om våld eller övergrepp under graviditeten (32). I Stensons studie där samtliga kvinnor inom mödrahälsovården i Uppsala tillfrågades om våld i nära relation framkom det att fyra av fem kvinnor som blev tillfrågade om våld före och under graviditeten var positiva till att de fått frågan och endast tre procent upplevde det obehagligt och besvärande att de blivit tillfrågade (31). Kvinnor upplever i många fall en känsla av befrielse då de blir tillfrågade om våld. De får då ett tillfälle för reflektion och ett första steg till hjälp. Kvinnorna upplever det som att någon bryr sig om dem. Information om att det är vanligt förekommande med våld upplevs också som en lättnad när kvinnorna får höra att det inte är deras eget fel att de blir slagna. Kvinnorna blir medvetna om sitt problem utan att skuldbelägga sig själva (33).

Barnmorskor som aktivt frågat kvinnor om de blivit utsatta för våld i nära relation har upplevt hinder med detta. Det har upplevts som ett känsligt ämne att ta upp och barnmorskorna tycker även att det varit svårt att hitta ett bra tillfälle då frågan kan ställas. På många mottagningar är partnern välkommen på alla besök på barnmorskemottagningen och då kan det vara svårt att



få tillfälle att fråga kvinnan (34). Andra negativa faktorer som framkommit i studier om våldscreening är tidsbrist, språksvårigheter och okunskap om ämnet (34, 35).

Studier har visat att barnmorskornas positiva upplevelser med våldscreening är att de får en djupare relation med kvinnan, de utvecklar sina färdigheter till att fråga om våld samt att de inte bara representerar en vårdinstans som bryr sig om kvinnans medicinska välmående utan om kvinnans hela livssituation (34, 36). För att underlätta våldscreening inom kvinnohälsovård har studier visat att det behövs mer utbildning för barnmorskor i ämnet våld och även utbildning i hur ett samtal om våld genomförs. Det krävs att barnmorskan får kunskap om vart hon ska hänvisa kvinnan för ytterligare hjälp och stöd. För att underlätta för barnmorskorna att få tid och möjlighet att ställa frågan kan ett planerat enskilt samtal med kvinnan där partnern inte får närvara vara befogat. Barnmorskor som utfört våldscreening har även en önskan om att få regelbunden handledning och reflektion kring ämnet (33,34,35).

## **KOMMUNIKATION**

Redan som liten har människan ett primärt behov av att kommunicera, detta är grunden för en fullvärdig psykisk, social och kulturell utveckling (10). Kommunikation kan ses som en ömsesidig process där tankar och känslor förmedlas och delas. Kommunikationen är en av de viktigaste redskapen vårdpersonal har för att hjälpa patienten att bemästra lidande och finna mening i sin upplevelse (37). Människan kommunicerar inte bara verbalt i tal och skrift utan även med kroppsspråket genom rörelser, ansiktsuttryck och gester. Det är endast 10 % av kommunikationen som utgörs av det verbala språket. En orolig kvinna kan göras lugnare genom att kroppsspråkets signaler utnyttjas (38).

### **Konsten att samtala med den våldutsatta kvinnan**

Sjukvårdspersonal kan uppleva det svårt att fråga kvinnan om hon blivit utsatt för våld. Organisatoriska, strukturella och individuella hinder kan vara orsaken till detta. Personalens oförmåga att ta upp frågan samt kvinnans oförmåga att berätta om våldet kan leda till en ond cirkel som leder till att ämnet aldrig tas upp. Ett sätt att lösa detta är att sjukvårdspersonal tar på sig ansvaret för kommunikationen och alltid aktivt ställer frågan (39).

En god kommunikation mellan barnmorskan och kvinnan leder till att ömsesidig förståelse, tilltro och trygghet skapas i mötet (40). Att samtala är en konst och fast vi alla har lärt oss att kommunicera redan som spädbarn finns det mycket som kan tränas och vidareutvecklas när

det gäller att lära sig kommunicera. Grunden i kommunikation är att lyssna aktivt, att respektera den andre och vara öppen (41). Kommunikationen är inlärd och genom att ta emot och ge information lär vi oss att kommunicera. Kommunikationen kan liknas vid en kultur, hur vi kommunicerar och vad som sägs uttrycker vår kultur (42). Olika kommunikationssituationer hanteras olika beroende på vilken profession personen i fråga tillhör samt på vem patienten är. Varje patient är unik och har unika behov varför det inte går att få ett konkret recept på hur kommunikationen ska ske i det enskilda samtalet (41).

Det krävs kunskap och känsla för att kommunikationen ska bli bra enligt omvårdnadsteoretikern Joyce Travelbee. Travelbee fokuserar i sin teori på mötet mellan sjuksköterska och patient. Centralt i mötet är att sjuksköterskan utgår ifrån patientens upplevelser och erfarenheter, vilka är överordnade diagnos. Genom kommunikationen lär sjuksköterskan känna patienten och hjälper honom/henne att finna mening med lidandet. Patientens isolering kan med hjälp av kommunikationen antingen förstärkas eller förminsas. Patienten ska enligt Travelbee ses som en enskild individ och sjuksköterskan ska lägga sina egna erfarenheter och upplevelser åt sidan. Individerna ska försöka bortse från begreppen ”vårdare” och ”patient” då dessa respektive roller kan förhindra de båda att skapa en mellanmänsklig relation. En mellanmänsklig process är, enligt teorin, ett möte mellan konkreta personer och inte roller (37).

Om en ömsesidig relation skapas där barnmorskan inte utgår från sina egna upplevelser kan den våldutsatta kvinnan uppleva ett större spelrum för att vilja berätta om sina erfarenheter. Barnmorskan uttrycker inte sina egna känslor eller dömer kvinnans berättelse, hon möter kvinnan där hon befinner sig. Om barnmorskan ställer en fråga till kvinnan om hon utsätts för våld i sin relation och kvinnan bemöter detta kan hon och barnmorskan gemensamt finna en mening i vad detta innebär för kvinnans välmående och hälsa (1). Det är av stort vikt att vårdpersonalen inte dikterar villkoren för hur kvinnan skall lösa sin situation utan istället vägleder kvinnan. Kvinnan skall vara den som själv aktivt tar tag i problemet med hjälp och stöd från vårdpersonal (43). Kvinnan kan därefter bemästra situationen med hjälp av vidare stöd av professionell personal som arbetar med kvinnor som blir eller har blivit utsatta för våld i nära relation (1).

### **Bemötandet av den våldutsatta kvinnan**

En viktig del i konsten att samtala handlar om bemötandet. I samtalet talar och lyssnar vi om vartannat. För att en kontakt ska skapas krävs det att båda parterna vill medverka och att båda lyssnar på vad motparten har att säga (44). En stor del av de misshandlade kvinnorna söker sig till hälso- och sjukvården för att få hjälp (8). Många kvinnor är rädda för att inte bli betrodda eller att hälso- och sjukvårdspersonalen inte ska förstå dem. Förtroende från personalen är därför avgörande för bemötandet. Alla omvårdnadsåtgärder bör syfta till att stärka kvinnans självförtroende och minimera hennes skuldkänslor. Det är viktigt att klargöra vilka möjligheter det finns till hjälp och aldrig lova något som inte kan hållas (1).

Ett bra bemötande kan göra att kvinnan vågar berätta om sin situation vilket är nödvändigt för att kunna identifiera våldet så att ytterligare skador förhindras. Barnmorskan måste gå varsamt fram när hon ställer frågan. Under samtalet med kvinnan skall barnmorskan hjälpa kvinnan att samtala om våldet utan att skuldbelägga henne för dessa händelser. Normalisering av samtalsämnet våld kan göras genom att förklara att det är idag vanligt förekommande. Våld är en brottslig handling och alltid förövarens ansvar. Barnmorskan skall skapa en tillit genom att visa respekt för kvinnans integritet. Hon kan visa med ord att det är tillåtet att känna rädsla, ångest, frustration och ilska. I de fall där det är uppenbart att kvinnan varit utsatt för våld och hon ändå väljer att inte berätta för barnmorskan bör barnmorskan ändå tala om för kvinnan vilket stöd och vilken hjälp det finns att få. Kvinnan kan då, om hon upplever att bemötandet var bra, komma tillbaka vid ett senare tillfälle och berätta vad hon varit med om (1).

### **PROBLEMFÖRMULERING**

Sammanfattningsvis noteras att det sedan tidigare finns forskning om att våldscreening är betydelsefullt och att många kvinnor som blivit tillfrågade om våld av vårdpersonal är positiva till att få frågan. Regelbunden våldscreening har testats under korta perioder i Sverige och det har visat sig att de barnmorskor som använt sig av detta är positiva till att aktivt ställa frågan om våld. De upplever det svårt att diskutera ämnet på grund av organisatoriska svårigheter samt okunskap i ämnet. Inga studier som vi funnit har kartlagt hur och om barnmorskorna på barnmorskemottagningar (BMM) och ungdomsmottagningar (UM) ute i landet identifierar vilka de utsatta kvinnorna är. Vi har inte heller funnit studier som belyser hur barnmorskorna bemöter kvinnor som blivit utsatta för våld i nära relation. Vi frågar oss därför om barnmorskor har som rutin att ställa frågan om kvinnan blivit utsatt för våld i nära

relation samt hur de bemöter och handlägger vårderna för de kvinnor som visar sig vara utsatta för våld?

VKV, Västra Götalands Kompetenscentrum för våld i nära relationer, har också uppmärksammat detta och planerar att göra en omfattande totalundersökning av samtliga BMM, UM, gynekologiska mottagningar och eventuellt även barnvårdscentraler där de ska kartlägga vilken erfarenhet personalen har när det gäller identifiering, bemötande och omhändertagande av kvinnor som utsätts/utsatts för våld i nära relation. I studien ska det ges möjlighet för personalen att framföra sina egna tankar kring möjligheter och hinder för att kunna fokusera på våld i nära relation i mötet med kvinnor. Vår studie är tänkt som en förstudie för den planerade större undersökningen.

## **SYFTE**

Syftet med studien är att på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen undersöka barnmorskors erfarenheter av att upptäcka våld, bemöta kvinnor och handlägga vårderna vid våld i nära relation.

## **METOD**

Metoden som valdes var en kvantitativ enkätundersökning med kvalitativa inslag i form av flera öppna frågor i semistrukturerad form. Den kvantitativa delen består av beskrivande och viss jämförande statistik.

## **ENKÄTFRÅGOR**

Enkäter är en teknik för att samla information som bygger på frågor. En enkät bygger på individens villighet att svara. Stor vikt läggs på att motivera individen till att se nyttan med att delta. Syftet ska klargöras tydligt och betoning på individens roll av att delta skall tydliggöras. Vid enkätundersökningar är det särskilt viktigt att poängtera om deltagandet är anonymt eller om enkäten är konfidentiell. Vid anonymitet finns varken namn, nummer eller något annat som kan härleda till den medverkande. Vid en konfidentiell enkät är författarna till studien medvetna om vem som besvarat enkäten, till exempel genom siffernumrering på varje utskickad enkät. Författarna kan med hjälp av numreringen skicka ut påminnelser till de deltagare som inte svarat. Namnlistan måste förstöras vid slutförd datainsamling. Då en enkät skickas ut måste all viktig information som motiverar individen att delta vara nerskrivet i ett

brev som medföljer enkäten. Detta så kallade missiv måste vara korrekt utformat (45). Frågorna i en enkät ska vara lätta att förstå, vara neutralt formulerade och bestå av etablerade ord och begrepp. Dessa faktorer gör att det blir lättare för deltagarna att fylla i enkäten vilket medför en högre svarsfrekvens (46).

Enkätfrågor har i denna studie utarbetats och skickats ut till 32 barnmorskor som arbetar på BMM och UM inom Västra Götalandsregionen. Två separata enkäter har skickats ut, en till barnmorskor som arbetar på BMM och en till barnmorskor som arbetar på UM. Enkäten till BMM består av 17 frågor och den till UM består av 16 frågor. Tio respektive nio av enkätfrågorna är helt strukturerade och har fasta svarsalternativ medan sju av frågorna är öppna vilket ger respondenterna möjlighet att fritt formulera svaren. Enkäterna är utformade på så sätt att de passar respektive mottagningsverksamhet, frågorna är snarlika så att svaren ska kunna jämföras med varandra. Enkäten till BMM består av en extra fråga där vi vill få klarhet om barnmorskorna erbjuder ett besök på BMM där kvinnan skall komma ensam utan sin partner. Vanligtvis kommer flickorna/kvinnorna ensamma till UM varför denna fråga inte ställs dit.

Frågorna ger en samlad bild av barnmorskornas erfarenheter av att fråga kvinnor om de blivit utsatta för våld i nära relation. De öppna frågor som enkäten innefattar ger den deltagande barnmorskan möjlighet till reflektion kring hur hon gör/inte gör vid bemötandet av de våldutsatta kvinnorna och vad som kan förbättras (se Bilaga 1 och 2).

## **VALIDITET OCH RELIABILITET**

Vid enkätundersökningar ställs alltid frågan om det erhållna resultatet är riktigt och vad resultatet egentligen representerar. Om frågorna i enkäten är korrekt ställda och om det finns en hög svarsfrekvens eller inte diskuteras. Är det många som hoppat över att svara på en eller flera frågor bör resonemang kring detta föras. Begreppen validitet och reliabilitet används då diskussion förs beträffande säkerheten i studiens undersökningsinstrument. Validitet är ett mått på mätinstrumentets - i det här fallet enkätens - förmåga att mäta det som avsetts att mäta. Hög validitet innebär frånvaro av systematiska mätfel. Vid enkäter valideras inte frågorna eller frågeformuläret för sig utan i relation till studiens syfte. Tre olika typer av validitet brukar användas när kvantitativa studier utförs; kriterievaliditet, innehållsvaliditet och begreppsvaliditet. Hög kriterievaliditet innebär ett starkt samband mellan det frågan mäter och det uppsatta kriterium som frågan ämnas spegla. Innehållsvaliditet mäter den grad med

vilket ett instrument verkar spegla det huvudsakliga innehållet i det aktuella fenomenet eller området. Oftast förklaras detta med att instrumentet mäter ”korrekt” utifrån experters samstämmiga värdering. Begreppsvaliditet nås genom att frågorna som formulerats för att återspegla begreppet har påvisats ur relevant teori i form av hypoteser. Forskaren bör överväga hur mätningen av det utvalda begreppet ska relateras till andra mått på samma fenomen (47).

Med instrumentets reliabilitet, tillförlitlighet, menas hur väl instrumentet motstår slumpinflytanden av olika slag. Reliabiliteten kan påverkas av omgivningen kring mätningen. Vid hög reliabilitet ska upprepade mätningar ge samma resultat. Dåligt konstruerade frågor kan ge stor slumpmässig variation av svaren varför även reliabiliteten är beroende av att frågorna ställs på ett korrekt sätt. Reliabiliteten kan kontrolleras på olika sätt. Ett sätt är test-retest vilket innebär att enkäten testas på samma kontrollgrupp en tid efter första undersökningen. Resultaten jämförs med varandra och reliabiliteten anses hög om svaren överensstämmer. För att få fram så tillförlitliga svar som möjligt krävs både hög validitet och hög reliabilitet (47).

## **URVAL**

Urvalet utgjordes av barnmorskor som arbetar på BMM och UM inom Västra Götalandsregionen. Vi önskade få en geografiskt representativ fördelning inom de fem stora primärvårdsområdena Fyrbodal, Skaraborg, Södra Älvsborg, Södra Bohuslän och Göteborg. Vår tanke var att skicka ut 30 enkäter totalt. Tre enkäter skulle skickas ut till BMM och tre till UM inom varje primärvårdsområde. Mottagningarna valdes ut efter storlek på upptagningsområde så att det blev en jämn fördelning mellan stora och små mottagningar. Kontakt togs sedan med respektive verksamhetschef via mejl och telefon.

På grund av tidsbrist i väntan på godkännande att få genomföra studien kontaktades andra mottagningar än de som först var planerade där vi fick ett snabbare godkännande. Detta gjorde att fördelningen mellan de respektive primärvårdsområdena blev ojämn. Totalt skickades 32 enkäter ut till 19 barnmorskemottagningar och 13 ungdomsmottagningar. Det skickades två enkäter mer än vad som från början var tänkt beroende på att godkännande kom sent från dessa då redan 30 enkäter skickats ut. Verksamhetsansvarig fick enkäten och forskningspersonsinformation (bilaga 3) skickat till sig varefter han/hon delade ut enkäten och forskningspersonsinformation (bilaga 4) till en valfri barnmorska på sin mottagning.

Tabell 1 visar vilka mottagningar som enkäterna skickades till samt vilka som tillslut svarade och deltog i studien.

Tabell 1: Geografisk fördelning av de mottagningar där deltagande barnmorskor arbetar.

Primärvårdsområde	Barnmorskemottagning	Svarade	Ungdomsmottagning	Svarade
Skaraborg	10	9	1	1
Fyrbodal	2	2	3	2
Södra Älvsborg	1	0	3	3
Södra Bohuslän	3	3	3	2
Göteborg	3	3	3	3
Totalt	19	17	13	11

## **DATAINSAMLING**

Enkäterna kodades med siffror innan utskick gjordes för att kunna identifiera vilka som svarat. Barnmorskorna fick information om att deltagandet var frivilligt och att de när som helst kunde avbryta sin medverkan. De fick även information om att svaren behandlades konfidentiellt och att det endast var ansvariga för studien som hade tillgång till svaren (se bilaga 3 och 4). Frågorna besvarades personligen av varje enskild barnmorska som deltog. Efter genomförandet skickades enkätsvaren till författarna i ett bifogat frankerat kuvert. Datainsamlingen genomfördes mellan 26 augusti och 6 november 2009. Påminnelser via telefon till de barnmorskor som inte svarat utfördes under oktober månad 2009. När datainsamlingen var avslutad hade 28 svar inkommit, vilket innebär en svarsfrekvens på 87,5 %. Det totala bortfallet uppgick till 4 personer.

## **DATAANALYS**

De strukturerade frågorna, den kvantitativa delen av materialet, sammanställdes i tabeller för att få en lätt överskådlig bild av svaren. Analys av svaren gjordes genom bearbetning i SPSS 17,0 och Microsoft Office Excel. Den egenskap som studeras i en kvantitativ enkät är alltid en variabel. Variabeln kan befinna sig på olika skalnivåer; nominalskala, ordinalskala, intervallskala och kvotskala. De skalnivåer som använts i denna studie är nominalskala och kvotskala. I nominalskalan indelas mätvärdena i kategorier eller grupper utan att på något sätt rangordnas sinsemellan. Det är den lägsta datanivån och innebär en ren klassificering av data. Det som kännetecknar en kvotskala är att den har en nollpunkt. När det finns en nollpunkt kan kvoter beräknas, exempelvis antal besök per år. Mätvärdena i kvotskalan ger en rangordning (48). Signifikanttestning har inte gjorts och T-test har inte använts på grund av att variablerna inte var normalfördelade och antalet deltagare var få. Standardavvikelser (SD), som är ett mått på hur

stor spridningen är på de enskilda värdenas differens i förhållande till medelvärdet, har använts i studien. Ett högt värde innebär att spridningen är stor och ett lågt värde att spridningen är liten (48). Svaren på de öppna frågorna analyserades kvalitativt utifrån innehåll men även kvantitativt då antalet svarande i respektive fråga beräknades och sammanställdes.

### **Kvalitativ innehållsanalys**

Det finns många olika metoder på hur kvalitativ innehållsanalys ska utföras. Vi har valt att använda oss av en metod som utvecklats av Graneheim och Lundman (2004) där innehållsanalysen bygger på en kondenseringsprocess där kärnan kännetecknas av att skapa kategorier. Kvalitativ innehållsanalys innebär en tolkning av det konkreta och synliga innehållet i texten men även en tolkning av det abstrakta, det skylda såsom t ex känslor. De centrala begreppen som används för att beskriva analysprocessen är analysenhet, domän, meningsenhet, kondensering, abstraktion, kod, kategori och tema. Analysenheten är det som ska analyseras, i vår studie är det enkätsvaren. En domän är en del av texten som utgör ett område - en fråga alternativt två frågor som berör samma del i syftet. Meningsenheten som är grunden för analysen, är den meningsbärande delen av texten som utgörs av ord eller meningar. Kondensering innebär att texten görs mer lätthanterlig och förkortas vid behov. Vid kondensering är det viktigt att det centrala innehållet inte går förlorat. Genom abstrahering förs innehållet över till en mer logisk nivå som lättare kan förstås. En kod innebär en rubrik på de meningsbärande enheter som beskriver innehållet i texten. Dessa koder bildar subkategorier eller underkategorier som tillsammans skapar en kategori. I kondenseringsprocessen kan i slutändan ett gemensamt tema väljas ut som kan sammanfatta samtliga funna kategorier (49).

### **Analys av enkätsvaren**

Analysen började med att alla svar på de öppna frågorna i enkäten skrevs ner i ett samlat dokument för att få en bättre överblick. Svaren grupperades efter frågorna och alla svar på samma fråga skrevs ihop. Bearbetning utfördes fråga för fråga. Det var lätt att hitta en struktur på arbetet eftersom frågorna i enkäten indirekt även delade upp svaren i meningsbärande enheter som svarade på studiens syfte. De meningsbärande enheterna fördes därefter in i tabeller där de kondenserades och abstraherades. Texterna lästes igenom flera gånger för att utesluta att någon meningsbärande enhet gått förlorad. I nästa steg framkom tydligt underkategorier som redovisas i resultatet. Eftersom våra texter var strukturerade och lätthanterliga stannade analysen vid underkategorier. Analysen genomfördes av författarna gemensamt.



## **FORSKNINGSETISKA ÖVERVÄGANDEN**

Enligt FN:s deklaration för mänskliga rättigheter har alla människor rätt till tankefrihet, samvetsfrihet och religionsfrihet. Alla människor är födda lika i värde och rättigheter. De har utrustats med förnuft och samvete och bör handla gentemot varandra i en anda av gemenskap. Då kvinnor blir utsatta för våld i nära relation frångår förövaren den lika rätten till värde då han/hon kränker en medmänniska och gör henne illa (50).

Studien utfördes i enlighet med Helsingforsdeklarationens krav på information, frivillighet, möjlighet att avbryta och krav på konfidentialitet. Vetenskapsrådets forskningsetiska riktlinjer för humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning ansluter till grundtankarna i Helsingforsdeklarationen och förtydligar kraven på information, samtycke, konfidentialitet samt hur forskningsmaterial får utnyttjas inom dessa forskningsområden (51). De forskningsetiska principerna har som uppgift att skapa normer mellan forskare och uppgiftslämnare. De skall användas som vägvisare för forskaren inför kommande etiska dilemman. Det grundläggande kravet är individskyddskravet som kan åskådliggöras i fyra samfällade krav på forskning.

- Informationskravet: Information skall lämnas till deltagare och uppgiftslämnare i projektet. De skall upplysas om vad deras uppgift är och vilka krav och villkor som gäller. Eventuella risker för obehag och skada ska redovisas. Deltagarna ska även informeras om att medverkan är frivillig och att de när som helst kan avbryta sin medverkan.
- Samtyckeskravet: Alla deltagare som medverkar i ett projekt där de behöver vara aktiva själva ska lämna sitt samtycke till detta. Vid stora grupper där t ex postenkät skall skickas ut krävs inte samtycke i förhand då kan information medfölja utskicket och returneras vid ifyllt svar. Om undersökningen inte innefattar något privat eller av etisk känslig natur kan en företrädare såsom en arbetsledare eller verksamhetschef ge samtycke. Kravet är då att medverkan kan ske under ordinarie arbetstid.
- Konfidentialitetskravet: Forskare i alla undersökningar som använder sig av etiska känsliga uppgifter om enskilda identifierbara personer skall ingå en förbindelse om tystnadsplikt. Utgångspunkten skall vara vad som är etiskt känsligt för de berörda, kan de uppleva obehag eller känna sig kränkta efter redovisningen av studien? Alla uppgifter

om identifierbara personer skall antecknas, lagras och avrapporteras så att det är en omöjlighet för obehörig att identifiera enskilda individer.

- Nyttjandekravet: Fakta om enskilda personer får endast användas i samband med aktuell forskning. De får inte utlånas för kommersiella ändamål eller syften som inte är vetenskapliga (52).

### **Bearbetning av de etiska kraven i studien**

I studien har det tagits vara på individens självbestämmande genom att tydlig skriftlig information om frivilligt deltagande lämnats av ansvariga för studien. I forskningspersonsinformation har studiens syfte klargjorts och författarna har lämnat uppgifter om vad som krävs av deltagarna. Deltagarnas identifikation har skyddats genom att barnmorskorna avidentifierats i form av sifferkoder. Enkätsvaren har behandlats konfidentiellt. Författarna har ingen avsikt att lämna ut enkätsvaren till någon annan efter genomförd studie. Svaren kommer förstöras vid avslutad bearbetning. Studien kommer förhoppningsvis att vara till nytta för de barnmorskor som deltar genom att den kan bidra med kunskap om hur och på vilket sätt barnmorskor kan identifiera och bemöta våldutsatta kvinnor. Forskningen kommer inte ha skadlig inverkan på deltagarna.

### **Risker för forskningspersonerna som deltar i studien**

I studien har reflektion över eventuell skadeverkan gjorts. Den skaderisk vi bedömde fanns var de deltagandes eventuella negativa erfarenheter av våld i nära relation både som de mött i yrkeslivet och privat. Då enkäten riktar sig mot hur barnmorskorna upptäcker och bemöter andra kvinnor kan minnen från deras tidigare erfarenheter väckas till liv. Här har vi varit tydliga med att de kunnat avbryta studien om de upplevde det för svårt att delta. Forskningspersonerna fick dessutom namn, telefonnummer och e-postadress till ansvariga om de hade frågor eller andra funderingar de önskade ta upp.

### **Nytta för forskningspersonerna som deltar i studien**

Den kunskap som kan tillhandahållas efter enkätstudiens utförande kan tydligt komma att göra skillnad både för de barnmorskor som arbetar med kvinnor som utsätts för våld i nära relation och för kvinnorna själva. Förhoppningsvis kan ny kunskap framkomma om hur våldscreeningen inom VG regionen kan förbättras och hur barnmorskor kan förbättra handläggningen av dessa utsatta kvinnor. Studien kan leda till ökad medvetenhet om hur

vanligt förekommande våld i nära relation är vilket i sin tur kan bidra till att det tysta våldet snabbare uppmärksammas av vårdpersonal. De våldutsatta kvinnorna kan få stöd i sina upplevelser av adekvat utbildad personal och förhoppningsvis kan de få hjälp att ändra sin livssituation.

### **Etikprövning**

Lagen (2003:460) om etisk prövning av forskning som avser människor innebär att forskaren ska ansöka om etikprövning hos etiska prövningsnämnden EPN innan studien påbörjas. Lagen syftar till att skydda den enskilda individen och respektera människovärdet vid forskning. Informanterna ska få tillgång till adekvat information om studien för att själva kunna samtycka till att delta i den. Enligt § 2 i denna lag behöver inte vetenskapligt arbete som sker inom högskoleutbildning på grund- och avancerad nivå någon prövning av etiska nämnden för att utföras (53). Någon ansökan om prövning av etiska nämnden har därför inte gjorts.

## **RESULTAT**

Resultatredovisningen följer enkätens struktur där frågorna är indelade efter bakgrunds fakta, förfrågan om våld, identifiering av våldutsatta kvinnor, pm/handlingsprogram om våldscreening, bemötande och omhändertagande av våldutsatta kvinnor, handledning och utbildning på verksamheten samt förbättringsinsatser. De respektive enkäterna var lika och svaren gick att jämföra. I resultatet har BMM och UM framställts som en hel grupp förutom vid enstaka frågor då uppdelning ansetts befogat. Fördelningen mellan primärvårdsområdena var ojämn vilket emellanåt påverkade resultatet. Indelning utifrån primärvårdsområdena har gjorts där detta ansetts relevant för resultatredovisningen.

### **BAKGRUNDSFAKTA**

Barnmorskorna som ingick i studien var mellan 33 och 64 år, med en medelålder på 51,5 år (SD 7,67). De hade arbetat som barnmorskor i genomsnitt 21 år (SD 8,51) och inom nuvarande verksamhet i genomsnitt 13 år (SD 7,11). Nedanstående tabell ger en översikt av informanternas bakgrund.

Tabell 2: Bakgrundsfakta om deltagande barnmorskor (n=28).

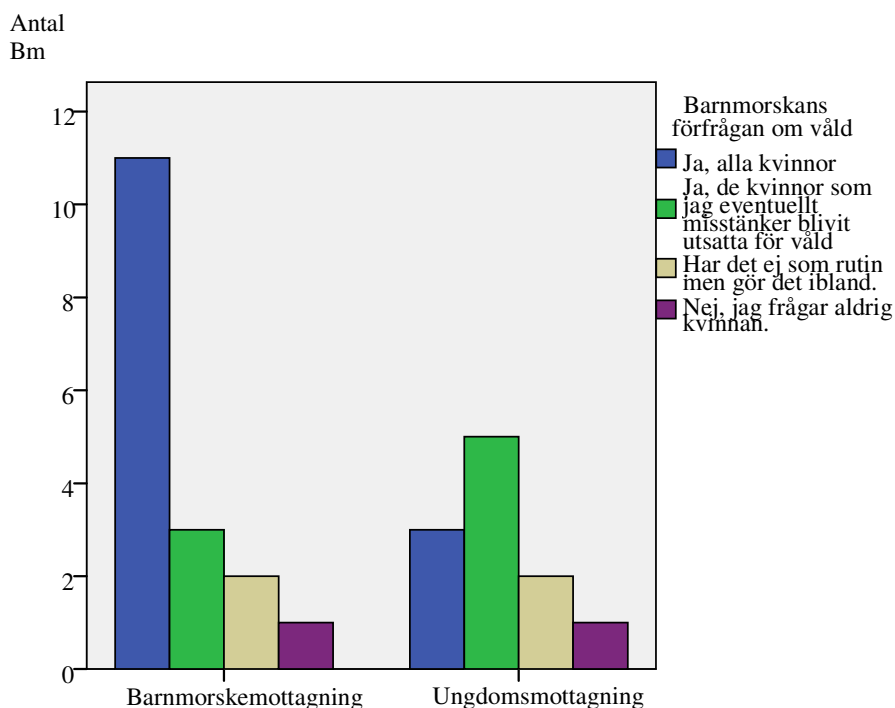
Id	Bm ålder	Antal yrkesår	Verksamhet	Antal yrkesår inom verksamheten	Antal kvinnor/ år och bm	Erbjuder ensambesök
1	56	22	BMM	19	110	Ja, ett tillfälle
2	57	23	BMM	23	70	Nej
3	56	32	BMM	24	70	Ja, flera tillfällen
5	54	29	UM	19	820	
6	33	4	UM	2		
7	54	28	BMM	8	250	Nej
8	53	13	BMM	13	70	Nej
9	63	40	BMM	25	40	Ja, flera tillfällen
10	56	31	BMM	19	90	Ja, ett tillfälle
11	46	16	BMM	1	100	Ja, ett tillfälle
12	54	24	UM	22	225	
13	42	16	UM	9	1400	
14	44	19	BMM	6	75	Ja, ett tillfälle
15	53	20	BMM	15	60	Nej
17	52	15	UM	14	300	
18	62		UM	17	600	
19	53	23	BMM	21	75	Nej
21	47	12	BMM	5	100	Nej
22	53	26	BMM	10	100	Ja, flera tillfällen
23	44	17	BMM	7	110	Nej
24	58	20	UM	11	1000	
25	39	7	UM	7	700	
26	36	9	UM	7	500	
27	64	34	BMM	25	90	Ja, ett tillfälle
29	54	14	BMM	13	100	Ja, flera tillfällen
30	51	23	UM	15	500	
31	51	19	BMM	9	100	Nej
32	57	27	UM	8	2000	

Id=Barnmorskorna i studien; BMM=barnmorskemottagning (n=17); UM=ungdomsmottagning (n=11); Bm=Barnmorskan.

Barnmorskor som arbetar på UM träffar mellan 225 och 2000 kvinnor/år vilket blir ett genomsnitt på 805 kvinnor/år (SD 542,71) (n=10) medan de som arbetar på BMM träffar mellan 40 och 250 kvinnor/år, vilket blir ett genomsnitt på 95 kvinnor/år (SD 44,42) (n=17). Under graviditet erbjuder 53 % (9/17) av barnmorskorna (UM inte tillfrågade) kvinnorna minst ett ensambesök där partnern inte får närvara.

## BARNMORSKANS FÖRFRÅGAN OM VÅLD I NÄRA RELATION

Av hela gruppen som studerats frågar 50 % (14/28) alltid kvinnan om hon någon gång utsatts för våld i nära relation oavsett misstanke eller inte. Det är 43 % (12/28) som frågar vid misstanke eller ibland och 7 % (2/28) som aldrig frågar. Vid uppdelning mellan verksamheterna blir det uppenbart att det är fler på BMM 65 % (11/17) än vad det är på UM 27 % (3/11) som alltid ställer frågan. Figur 1 redogör för barnmorskornas frågefrekvens avseende våld i nära relation indelat efter vilken verksamhet respektive barnmorska arbetar på.



Figur 1: Barnmorskornas frågefrekvens (n=28).

Hur hög frågefrekvensen är visade sig vara beroende av vilket primärvårdsområde som barnmorskan arbetar inom. För att tydliggöra resultatet och belysa variationerna har uppdelning gjorts utifrån frågefrekvens och primärvårdsområde, tabell 3 åskådliggör detta. Det framkommer att Skaraborg är representativt när det gäller våldscreening då 71,4% (10/14) av de som alltid frågar kommer därifrån.

Tabell 3: Barnmorskornas frågefrequens i respektive primärvårdsområde (n=28).

Primärvårdsområde	Ja, alla kvinnor.	Ja, de kvinnor som jag misstänker.	Ej som rutin men gör det ibland.	Nej, jag frågar aldrig kvinnorna.
Skaraborg	10			
Fyrbodalen		3		1
Södra Älvsborg		1	1	1
Södra Bohuslän	3	2		
Göteborg	1	2	3	

### Hur, när och på vilket sätt som frågan om kvinnan blivit utsatt för våld framställs

Det kategoriserades tre olika förutsättningar till varför frågan om våld ställs; screening, intuition och fysiska tecken. Hur, när och på vilket sätt barnmorskorna ställer frågan skildras nedan.

Screening: Av de som alltid frågar flickan/kvinnan är det 78,6 % (11/14) som har som rutin att fråga alla kvinnor om våld som söker på mottagningen. Utarbetade pm och/eller lathundar om hur frågan ska tas upp erhålls här. Hur och när frågan ställs ser lite olika ut. Merparten börjar med några inledande meningar om våld och ställer därefter direkta frågor om hur det ser ut i kvinnans liv och om våld är något som hon kommit i kontakt med. Vårdscreening utförs under kvinnans ordinarie besök. Det är en fördel om barnmorskan träffar kvinnan på mottagningen vid något eller några besök innan frågan ställs, så att ett förtroende dem emellan hinner skapas.

Vid våldscreening frågar barnmorskan oavsett om hon misstänker att våld förekommer eller inte. Av de som alltid ställer frågan erbjuder 50 % (7/14) kvinnan ett ensambesök på mottagningen där partnern eller nära vän inte får medverka. Vid detta besök brukar frågan om våld ställas. Exempel på direkta frågor:

*Eftersom våld är vanligt idag i många människors liv och det finns hjälp att få så frågar vi alla gravida kvinnor om deras erfarenhet om våld. Hur är det för dig....*

*Jag pratar om psykiskt, fysiskt och sexuellt våld.*

*I alla relationer förekommer bråk.....Hur ser det ut när ni bråkar? Har du någon gång känt dig kränkt/ojust behandlad av din partner?*

*Jag vet inte om det är ett problem för dig men en del kvinnor jag möter lever i relationer där de utsätts för psykiskt /fysiskt våld. Många är rädda att ta upp frågan - därför frågar vi alla på MVC.*

*Har du någon gång känt dig hotad eller blivit påhoppad/angripen/attackerad?*

Intuition/magkänsla: De som frågar kvinnorna vid misstanke om våld går på sin egen intuition eller ”magkänsla” när de väljer ut vilka de ska fråga. Under samtalets gång med kvinnan får barnmorskan en uppfattning om hur hon mår. Olika uttryck som kvinnan har kan ge barnmorskan misstanke om att relationen inte är god varför frågan ställs. Exempel på frågor som barnmorskorna ställer då de misstänker att våld förekommer:

*Är han/hon snäll? På vilket sätt? Har det hänt att du blivit rädd för din partner någon gång? Har du varit utsatt för våld någon gång överhuvudtaget? Blir han/hon ofta sur när du träffar dina kompisar? Arg?*

Fysiska tecken: Fysiska tecken i form av blåmärken, rivmärken och sår på kvinnan inger misstanke om att våld förekommer vilket leder till att barnmorskorna aktivt frågar:

*Jag ser blåmärken... Vad har hänt? Vem har gjort dig illa? Vill du berätta?  
Har han/hon tagit hårt i dig? Har detta hänt förut? Händer det ofta?*

De som har erfarenhet av att ställa frågor om våld uppger att kvinnorna själva är positiva och många gånger mycket tacksamma för att bli tillfrågade. En kvinna hade uttryckt det så här till en av barnmorskorna:

*Du är den enda som någon gång frågat mig. Du ska veta vilken befrielse jag kände av att få berätta.*

### **Orsaker till att frågan inte alltid ställs**

Det finns olika anledningar till varför inte alltid frågan om våld ställs. En orsak är tidsbrist. Besökstiden upptas många gånger av kvinnornas egna frågor. En barnmorska uttryckte:

*Ibland har jag mycket att göra, hinner inte ta emot ett svar.  
Orkar inte!*

En annan orsak är upplevelsen av att det känns obekvämt och påfluget att ställa frågan. Även för lite kunskap om ämnet, för lite erfarenhet att hantera svaret samt att flickan/kvinnan inte kommer ensam på besöket är anledningar till att frågan inte ställs. Om sambon eller barn är närvarande anser flera av barnmorskorna att det är svårt att ta upp ämnet. Två barnmorskor exemplifierar hur de brukar göra när sambon är med:

*Ibland när blivande pappan alltid är med blir det svårare. Händer dock att vi alla tre pratar kring våld.*

*Om mannen alltid är med vid besöket, frågar jag kvinnan i t ex gynundersökningsrummet.*

## **IDENTIFIERING AV VÅLDUTSATT KVINNOR**

Av barnmorskorna uppger 92,6 % (25/27) att de någon gång i sitt arbete träffat en kvinna som utsatts för våld i nära relation, endast 7,4 % (2/27) har sålunda aldrig mött någon våldutsatt kvinna i arbetet.

### **Hur barnmorskan får reda på att en kvinna utsatts för våld i nära relation**

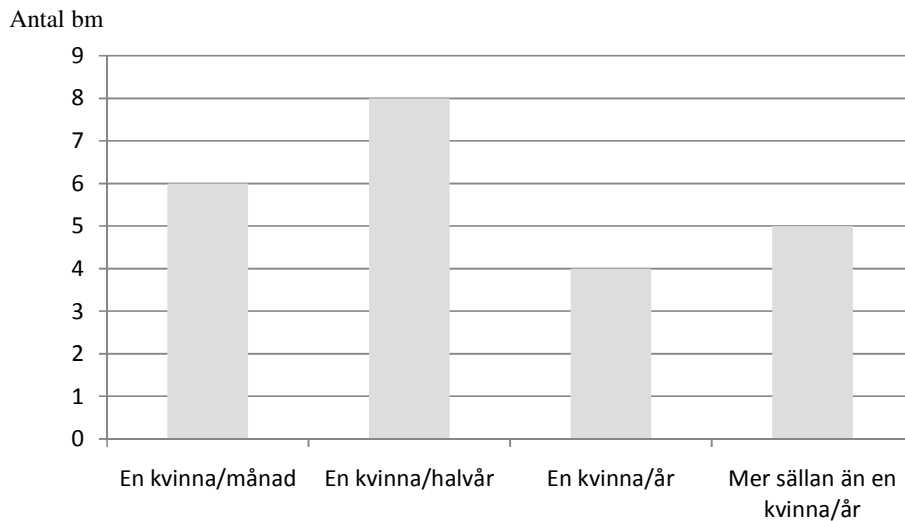
Det förekommer tre olika tillvägagångssätt hur identifiering av våldutsatta kvinnor går till. Majoriteten identifierar de utsatta kvinnorna efter det att de aktivt frågar om våld. Våldet uppdagas även efter det att flickan/kvinnan själv spontant berättar och i andra fall upptäcks det när barnmorskan ifråga ser fysiska tecken såsom blåmärken, brännmärken mm och ifrågasätter hur de fysiska skadorna uppkommit.

### **Hur frekvent barnmorskorna träffar en våldutsatt kvinna**

Hur många våldutsatta kvinnor som barnmorskorna träffat på mottagningen varierar stort. Allt från en till 250 kvinnor. Informanterna i studien uppgav att de i genomsnitt träffat 48 (SD=75,83) våldutsatta kvinnor var under sitt yrkesliv. Antal yrkesår, mängden kvinnor som barnmorskan möter på sin mottagning varje år samt vilken vana hon har av våldscreening är faktorer som påverkar detta.

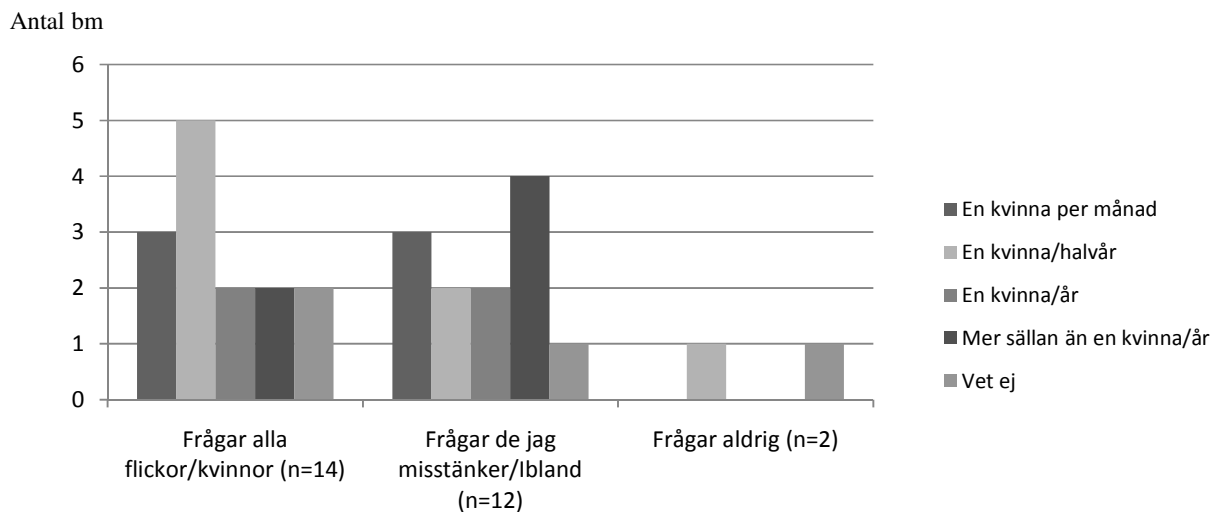
Flertalet barnmorskor, 34,8 % (8/23), uppger att de träffar en våldutsatt kvinna/halvår. Ett mindre antal, 26,1 % (6/23), träffar en kvinna/månad medan resterande uppger att identifiering av en våldutsatt kvinna förekommer en gång/år eller mer sällan. Figur 2 ger en översikt över hur frekvent våldutsatta kvinnor upptäcks på BMM/UM.





Figur 2: Hur ofta bm upptäcker en våldutsatt kvinna (n=23).

Sammanställning över hur ofta barnmorskan frågar i relation till hur ofta hon upptäcker en våldutsatt kvinna belyses i figur 3. I figuren har de som frågar vid misstanke och de som gör det ibland lagts ihop för att på ett tydligare sätt åskådliggöra sambandet mellan frågefrekvens och antal upptäckta fall.



Figur 3: Översikt över hur ofta bm träffar en våldutsatt kvinna i förhållande till hur ofta hon frågar (n=28).

Figuren visar att 21,4 % (3/14) av de som alltid frågar upptäcker en våldutsatt kvinna/månad och 35,7 % (5/14) upptäcker en kvinna/halvår. Detta kan jämföras med de som bara frågar vid misstanke eller ibland där det är 25 % (3/12) som upptäcker en kvinna/månad, men endast 16,7 % (2/12) som upptäcker en kvinna/halvår. Det bör uppmärksammas att det endast är två

informanter som aldrig ställer frågan. Den ena av dem vet inte hur många hon identifierar, medan den andra uppger att hon identifierar en kvinna/halvår och får reda på det genom att kvinnan själv berättar.

### **PM/HANDLINGSPROGRAM OM VÅLDSCREENING**

Utarbetade PM om hur frågan om våld i nära relation ska presenteras finns på 55,6 % (15/27) av mottagningarna, tio av dessa ligger i Skaraborgs primärvårdsområde där screening utförs. Av de som alltid frågar har 85,7 % (12/14) PM. Handlingsprogram/PM används mer frekvent på BMM, där 75 % (12/16) av mottagningarna har det, än på UM där det endast förekommer på 27,3 % (3/11) av mottagningarna.

De flesta PM innehåller en bakgrund eller inledning som beskriver våldets utbredning i samhället. Bakgrundens syfte är att öka personalens medvetenhet om kvinnors våldutsatthet. PM:en upplyser om att mottagningarna har en central roll som hälsovårdsgivare och en betydelsefull funktion när det gäller att upptäcka och hjälpa kvinnor som blir utsatta för våld, samt i det förebyggande arbetet.

I PM:en ges konstruktiva förslag på inledande frågor som kan användas vid screening. Det ingår även uppslag på vad barnmorskan bör tänka på vid bemötandet av en våldutsatt kvinna. I regel innehåller PM:en viktiga telefonnummer dit den våldutsatta kvinnan kan hänvisas eller dit barnmorskan kan ringa för rådgivning och hjälp. Vid ABCD-inskrivningen, som är det första besöket då den gravida kvinnan skrivs in på BMM, ställs det på de flesta mottagningar i landet frågor utifrån en ”meny-agenda”. Barnmorskan tar reda på vilket förhållande kvinnan har till alkohol, droger, mediciner och rökning genom att utgå från diskussionsämnena i ”meny-agendan”. På 35,7 % (10/28) av mottagningarna har våld lagts till som ett diskussionsämne i ”meny-agendan” (se bilaga 5).

Diskreta informationsblad där det står vart kvinnan kan vända sig om hon utsätts för våld har arbetats fram på några mottagningar. Informationsbladen har satts upp på verksamheternas toaletter och andra diskreta ställen så att de är lättillgängliga för kvinnorna utan att de behöver synliggöras för omgivningen.

## **BEMÖTANDE OCH OMHÄNDERTAGANDE AV VÅLDUTSATT KVINNOR**

De centrala delarna i handläggningen när barnmorskan möter en kvinna som utsatts för våld i nära relation beskrivs av responderande barnmorskor utifrån fyra steg:

1. Akut riskbedömning.
2. Utökat stöd.
3. Hjälp från andra instanser.
4. Skyldigheter och ansvar mot samhället.

**Akut riskbedömning:** Till att börja med görs en akut riskbedömning. Barnmorskan kartlägger hur kvinnans situation ser ut i dagsläget. Återbesök erbjuds inom kort om kvinnan förnekar våld trots stark misstanke. Frågan upprepas vid återbesöket om misstanke kvarstår.

Barnmorskan försöker klarlägga om det i nuläget pågår våldshandlingar eller inte. Hon utreder vem som utsätts, om det bara är kvinnan eller om det även innefattar barnen och andra närstående. Hon försöker få klarhet i om någon i kvinnans omgivning vet om situationen, hur kvinnans sociala nätverk ser ut, kvinnans egna önskemål samt om hon vill anmäla våldsutövaren eller inte. För att kvinnan ska känna att hon blir väl omhändertagen ska barnmorskan, enligt informanterna i studien, lyssna, bekräfta, fråga och sammanfatta det kvinnan berättar.

**Utökat stöd/kontakt:** I nästa steg erbjuds kvinnan utökat stöd genom upprepade och längre återbesök. Nästkommande besök bör vara redan påföljande dag. Barnmorskan lyssnar aktivt och ger kvinnan stöttning i sina beslut. Egna värderingar bör undvikas. Samtalskontakt med psykolog eller kurator erbjuds.

**Hjälp från andra instanser:** Som tredje åtgärd informeras kvinnan om att våld är oacceptabelt och att hon kan få hjälp så att det upphör. Hänvisning till andra instanser ges där kvinnan kan få fortsatt stöd. Kontakt med läkare, socialtjänst, polis, kvinnojourer, UTVÄG eller liknande instanser tas om så krävs. Det är viktigt att barnmorskan meddelar att hon kan hjälpa till med alla kontakter men att ingenting görs utan samråd med kvinnan.

**Skyldigheter och ansvar mot samhället:** Om minderårig utsätts för våld eller hot informerar barnmorskan om att anmälan måste ske till socialtjänst enligt lag. I de fall där pågående våld förekommer mot minderårig måste anmälan akut lämnas in så att flickan inte utsätts för vidare

hot och risker. Information ges om sekretesslagen och om att det finns ett förbud mot aga i Sverige. Barnmorskan dokumenterar det som kvinnan berättar. Ibland får kvinnan hjälp med polisanmälan om behov för detta finns.

## **HANDLEDNING OCH UTBILDNING PÅ VERKSAMHETERNA**

### **Handledning**

Handledning förekommer på 66,7 % (18/27) av mottagningarna, det är således 33,3 % (9/27) som saknar detta. På en av mottagningarna anger barnmorskan att arbetsgruppen fungerar väl trots att handledning saknas och att arbetskamraterna stöttar varandra väl. Övriga som saknar handledning har valt att inte kommentera detta.

Handledning med psykolog förekommer på 48,1 % (13/27) av mottagningarna. Hur regelbunden handledningen är och huruvida träffarna är givande anges inte. Endast en informant uppger att handledningen sker en gång/månad. Samverkansgrupper på arbetsplatsen där olika yrkesprofessioner medverkar finns på 18,5 % (5/27) av mottagningarna. I samverkansgrupperna ingår barnmorskor, sjuksköterskor, läkare, psykolog samt socionom/kurator. Vid handledningen på en av mottagningarna medverkar en socionom som är specialiserad på våld mot kvinnan samt hedersrelaterat våld.

### **Utbildning om våld i nära relation**

En stor andel, 85,2 % (23/27), uppger att de har fått utbildning om våld i nära relation. Endast 14,8 % (4/27) anger att de inte har fått någon utbildning i ämnet. Tabell 4 visar antalet barnmorskor som fått utbildning på de respektive verksamheterna.

Tabell 4: Antal bm som fått utbildning om våld i nära relation (n=27).

Verksamhet	Ja	Nej	Totalt
Barnmorskemottagning	14	2	16
Ungdomsmottagning	9	2	11
Totalt	23	4	27

Vilken utbildning som erbjudits skiljer sig åt beroende på arbetsplats. Vissa arbetsplatser har endast haft enstaka föreläsningar om våld medan andra har erbjudits kontinuerlig interaktiv fortbildning. De enstaka föreläsningarna har förekommit sällan, antingen endast vid ett tillfälle alternativt utspridda satsningar utan kontinuitet. Föreläsningarna har utförts av

informeranter från olika instanser såsom polis, kvinnojourer, socialtjänst, jurister och psykologer. Två av informanterna uppgav att de endast kommit i kontakt med ämnet under barnmorskeutbildningen.

Kontinuerlig interaktiv fortbildning äger rum på 18,5 % (5/27) av mottagningarna. Personalen erbjuds där upprepade föreläsningar med kontinuitet. De får interagera själva i kunskapsprocessen genom att vara med och utforma material som stöd för våldscreening. Utbildning i att ställa rätt frågor har förekommit på 37 % (10/27) av mottagningarna. De kunskapsformer som använts förutom föreläsningss dagar har varit studiecirkel, träning i samtalsmetodik och nätverksträffar.

Barnmorskorna söker även själva kunskap om ämnet. Information hämtas från internet, olika informationsfilmer samt läroböcker inom området. Kunskap erhålls även efter samtal med kvinnor som varit utsatta för våld i nära relation.

### **INSATSER SOM KAN UNDERLÄTTA BARNMORSKANS ARBETE ATT IDENTIFIERA FLICKOR/KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION**

Mer utbildning om våld är en av insatserna som 96,3 % (26/27) av barnmorskorna tror skulle kunna underlätta deras arbete när det gäller att identifiera våldutsatta kvinnor. Tydliga pm/handlingsprogram kan skapa bättre förutsättningar för arbetet anser 85,2 % (23/27) och 96,3 % (26/27) bedömer att mer information skulle hjälpa. Tabell 5 visar vilka insatser barnmorskorna tror skulle underlätta deras arbete att identifiera våldutsatta kvinnor.

Tabell 5: Insatser som barnmorskorna bedömer kan underlätta deras arbete (n=27).

Insatser	Ja	Nej
Utbildning	26	1
PM/Handlingsprogram	23	4
Information	26	1

Utöver ovanstående ges förslag på andra insatser som skulle kunna underlätta arbetet. Det föreslås mer avsatt tid till besöken för att minska stressen på mottagningarna. Längre besök ger mer tid att lyssna och mer utrymme för information. Önskan finns om att få utarbetade lathundar som skulle kunna användas som arbetsredskap. Flera efterfrågar utökat samarbete och stöd från sociala myndigheter gärna i form av regelbundet nätverksarbete. Regelbundna och återkommande utbildningsdagar om våld i nära relation efterfrågas också. Att införa regelbunden tvärprofessionell handledning ansåg flera som viktigt. Mer samarbete mellan

kollegor så att ett öppet klimat skapas vilket kan underlätta samtal kring våld i nära relation betonas. Någon tog upp vikten av att chefen regelbundet lyfter frågan så att ämnet våld blir lika självklart att prata om som rökning, alkohol och droger är idag i arbetet med att förebygga ohälsa och främja kvinnors välbefinnande.

## **DISKUSSION**

### **METODDISKUSSION**

Metoden som valdes anser vi var relevant för att få svar på studiens syfte. Genom en konfidentiell enkät är författarna medvetna om vem som besvarat respektive enkät men de är inte närvarande vid genomförandet (45). Fördelen med att respondenten får svara i enskildhet tror vi är att mer sanningsenliga svar då ges. Diskussion har förts om huruvida det är lättare att formulera i ord än i skrift hur bemötandet av en våldutsatt kvinna går till vilket möjligtvis skulle kunna föranleda att använda intervju istället. Risker med individuell intervju är dock att informanten kan bli pressad av intervjuarens närvaro och därför inte ge lika sanningsenliga svar. I fokusgruppsdiskussioner däremot påverkas deltagarna av varandra vilket skulle kunna medföra nya dimensioner för resultatet men även här finns risk att någon informants åsikt inte framkommer på grund av övriga deltagares närvaro.

### **Enkätfrågorna**

Antalet frågor kändes rimliga och upplägget med både fasta och öppna svarsalternativ var bra. Efter genomförd studie finns synpunkter på två av frågorna. Den ena är frågan om det erbjuds ensambesök eller inte. Denna fråga ställdes inte till UM vilket vi i efterhand kommit fram till att den kunnat. Det är inte självklart att kvinnan kommer ensam till UM, hon kan ha både förälder, partner eller väninna med sig. Den andra frågan är den om barnmorskan har någon uppfattning om hur många våldutsatta kvinnor som hon träffat under sin tid på mottagningen. Resultatet av denna fråga är svårt att värdera då svaren är beroende av antal yrkesår barnmorskan har bakom sig samt antal kvinnor som besöker mottagningen varje år. För informanten kan det även vara svårt att göra en korrekt bedömning av hur många våldutsatta kvinnor som hon identifierat under sitt yrkesliv. Frågan besvarades endast av 21 barnmorskor vilket vi tror beror på att den är svår att bemöta.

## **Validitet och reliabilitet**

Inför genomförandet av studien fanns inte någon utarbetad validerad enkät att tillgå som belyste studiens syfte varför en ny enkät skapades. Svaren som erhöles uppfyllde de kriterier som satts upp för det som studien hade som avsikt att mäta varför vi anser att hög kriterievaliditet uppnåtts. För att säkra innehållsvaliditeten granskades enkäten innan utskick av vår handledare, en mödravårdsöverläkare från ett av primärvårdsområdena samt chefen för VKV. Litteraturen framhäver att ett sätt att säkerställa just innehållsvaliditet är genom att låta någon som är väl insatt i problemområdet få granska instrumentet (45). Under arbetets gång gjordes återkopplingar till studiens syfte för att försäkra att resultatet speglade det avsedda ändamålet. Vi anser det svårt att belysa hur hög begreppsvaliditeten är då det är komplicerat att bedöma om begreppen som varit fokus i undersökningen operationaliserats adekvat.

Beträffande reliabilitet så är enkät det mätinstrument som ger minst möjlighet att kontrollera reliabiliteten/tillförlitligheten i förväg. Vid utformandet av en enkät bör instruktioner och enskilda frågor utarbetas så att det blir enkelt för informanten att svara (46). Efter det att vi tillhandahållit svaren gjordes bedömningen att enkätfrågorna och medföljande instruktioner var lättförstådda. Svarsfrekvensen låg på 87,5 % (28/32), vilket måste anses som ett bra resultat. Även svarsfrekvensen på majoriteten av frågorna var hög. Ingen fråga missuppfattades av informanterna. Diskussion har förts om deltagarna kan ha påverkats av sin omgivning genom att de pratat med kollegor om deras arbets- och förhållningssätt och sedan överfört deras svar som sina egna. Detta är något som aldrig går att kontrollera. Reliabiliteten i denna studie har inte testats varför det är svårt att avgöra om den bedöms hög eller inte.

Enligt litteraturen handlar reliabilitet även om hur användbart eller överförbart resultatet är på en större grupp (47). Det är svårt att värdera om vårt resultat är överförbart på en större population då urvalet är litet. I det fall enkäten skulle återanvändas i en större studie anser vi att frågan om hur många våldutsatta kvinnor barnmorskan mött under sin tid på mottagningen kan tas bort och att frågan om barnmorskan erbjuder ensambesök eller inte kan ställas även till UM.

## **Urvalet**

Urvalet blev inte optimalt då den planerade jämna geografiska fördelningen med mottagningar från de fem primärvårdsområdena inte gick att utföra på grund av tidsbrist. Vi anser att resultatet ändå framställts på ett sådant sätt att skillnader som kunnat bero på

snedfördelningen synliggjorts. Snedfördelningen med fler barnmorskor från BMM (17) än från UM (11) har också tagits hänsyn till i resultatredovisningen då uppdelning av verksamheterna genomförts så att resultatet tydliggjorts.

### **Datainsamlingsmetoden**

Enkäterna skickades ut via post vilket underlättade returneringen av alla pm/handlingsprogram som önskades sammanställas i resultatet. Fördelen med brev var även att underskrifterna från forskningspersonsinformation kunde sändas tillbaka. Genom att enkäterna var kodade kunde påminnelser skickas ut till de som inte svarat vilket ledde till att svarsfrekvensen blev hög.

### **Dataanalysen**

I dataanalysen användes relativ frekvens vid framställandet av jämförelser mellan BMM och UM och förhållandet mellan olika variabler. Relativ frekvens innebär att frekvenserna i relation till stickprovets eller populationens storlek skildras. Vanligast är att relativ frekvens beräknas som procent men det kan också beräknas utifrån proportioner (45). Vid presentation av resultatet användes både procentsatser och proportioner. Procentsatsen skrevs först och därefter proportionerna inom parentes. Vi är medvetna om att procentsatser inte bör användas vid mätvärden som understiger 50 då procent kan ge en felaktig bild av fördelningen vid ett för litet antal mätvärden (45).

Innehållsanalysen utfördes tillsammans. Hänsyn togs utifrån bådats tolkningar av materialet vilket vi anser ger ett mer tillförlitligt svar än om analysen utförts av en person. Resultatet kunde framställas på ett överskådligt sätt efter det att dataanalysen utförts. För att undvika att viktig information gick förlorad under analysprocessen läste vi de nedskrivna svaren på frågorna gång på gång både innan och efter resultatets framställning.

## **RESULTATDISKUSSION**

Medelåldern på de deltagande barnmorskorna i studien var 51,5 år, vilket får anses som en relativt hög genomsnittsålder. Valet av informanter kunde inte påverkas då det var respektive verksamhetschefs uppgift att utse vilken barnmorska som skulle delta. Det hade varit intressant att undersöka om resultatet blivit annorlunda om deltagarnas ålder och yrkesverksamma tid varit lägre. Genomsnittsåldern på deltagarna speglar emellertid hur det



ser ut i verksamheterna idag, där personal inom primärvården har en relativt hög medelålder (34).

Resultatet visade att en fjärdedel av barnmorskorna träffar en våldutsatt kvinna i månaden och en dryg tredjedel en våldutsatt kvinna/halvår. Ingen av de tillfrågade angav att de träffar en våldutsatt kvinna/vecka. Enligt statistiken är det 46 % av alla kvinnor som vid något tillfälle varit utsatt för någon form av våld utfört av en man. Majoriteten av detta våld sker i nära relation (22). Det talar sitt tydliga språk att barnmorskornas uppskattning om hur ofta de möter en våldutsatt kvinna inte är jämförbart med hur våldstatistiken på kvinnor ser ut i dagens samhälle. Enligt denna statistik borde barnmorskorna upptäcka våldutsatta kvinnor oftare än de uppger att de gör.

Vårdsscreening var mer förekommande på BMM än på UM vilket föranleder en diskussion om varför det ser ut så. Vi ställer oss frågande till om vårt resultat är överförbart på hela populationen eller om urvalet är för litet och för snedfördelat för att representera verkligheten. Endast 11 barnmorskor kom från UM och 17 från BMM vilket kan spegla resultatet. Majoriteten av barnmorskorna kom från BMM inom Skaraborg där våldsscreening idag utförs. En orsak till att frågan om våldutsatthet så sällan ställs på UM kan bero på att ingen relation mellan barnmorskan och kvinnan hinner skapas där då besöken är korta och sker sporadiskt. På BMM sker regelbundna besök då kvinnan är gravid vilket ger utrymme till att relationer hinner skapas. Varje besök är dessutom minst 30 minuter långt. Ett annat skäl kan vara att kvinnor som kommer till UM och som har behov av samtalskontakt ofta följs upp av kuratorn vilket kan leda till att det är hon och inte barnmorskan som får reda på om våld i nära relation existerar eller inte. Det framkom i resultatet att det finns mer PM utarbetade på BMM än på UM vilket också kan vara en bidragande orsak till snedfördelningen då ett arbetsredskap som detta kan underlätta att ställa frågan om våld.

Studier har visat att personal uttrycker stor respekt för integritetskränkning om frågan ställs innan en relation skapats. Svårigheter med att formulera frågan och att det känts irrelevant att ställa den har uttryckts. Just personalens attityd och respons har visat sig vara oerhört betydelsefullt för kvinnan i valet om hon önskar berätta om sina upplevelser eller inte (54,55). En svensk studie utförd av Eva Wendt m fl (2009), där unga kvinnors attityder kring att bli tillfrågade om sexualitet och sexuella övergrepp undersökts, visar på att kvinnorna själva är mycket positiva till att bli tillfrågade om dessa ämnen. Kvinnorna upplever att barnmorskan

och doktorn är trygga och neutrala yrkespersoner och som dessutom har tystnadsplikt. Kvinnorna uttrycker en lättnad över att få berätta om sina erfarenheter men poängterar att det underlättar att berätta om de får en direkt fråga. I studien framkommer det även att kvinnorna tycker det är relevant att få frågan i samband med att de kommer för att göra en gynekologisk undersökning (56). Vi anser att det är viktigt att vårdpersonal får information om att kvinnor önskar bli tillfrågade om våld då vi tror att vetskapen om detta kan göra att mångas farhågor över att ställa frågan elimineras. Barnmorskorna kan även, med stöd av ovanstående forskning, ställa frågan i samband med att kvinnan kommer för en gynekologisk undersökning som många unga kvinnor gör på UM men även på BMM.

Majoriteten av informanterna som frekvent frågar kvinnorna om våld kommer från mottagningar där de infört rutinmässig våldsscreening. Vi tror att det fordras ett beslut om att införa våldsscreening för att öka frågefrekvensen hos alla. I vår studie framkom det att något mindre än hälften av barnmorskorna enbart frågar ibland eller vid misstanke om att kvinnan utsätts för våld. Andra studier har även de tydliggjort att hälsopersonal regelbundet selekterar och väljer att enbart fråga ibland. Undersökningar visar att selektering sker utifrån individens egen inställning och kunskap (34,57,58). Det kan antas att barnmorskorna i vår studie har en stark tro på sin egen förmåga att se vem som är utsatt för våld eller inte då det är en avsevärd stor del som endast frågar vid misstanke eller ibland. Från betraktarens öga upplevs detta som att individen har djupt grundade värderingar i hur samhället ser ut och kan förutsätta vilka som är i riskzonen för att träffa en våldsam partner. Vår bestämda åsikt är att det är omöjligt att vid mötet med en kvinna avgöra om hon blivit utsatt för våld eller inte, vi anser därför att frågan bör ställas till alla.

Kunskap om samtalsmetodik har betydelse för barnmorskans förmåga att våldscreena. Det framkom att det finns olika tillvägagångssätt att föra ämnet våld i nära relation på tal. Informanten kan inleda samtalet med att normalisera och generalisera kring ämnet våld och samtala om hur vanligt förekommande det är. Ett annat sätt är att ställa en rak fråga till kvinnan om hon någon gång blivit utsatt för våld. Det kan diskuteras om kvinnans upplevelse av att få frågan underlättas om hon får en inledning om ämnet eller om det inte spelar någon roll hur frågan ställs. Vi tror att en inledning underlättar hur frågan tolkas. I en rad undersökningar styrks detta då majoriteten våldutsatta kvinnor uttrycker att de vill bli tillfrågade bara personalen inleder samtalet. (54, 59, 60). God kommunikation är en förutsättning för att kvinnan skall ta steget och samtala om sina upplevelser. Enligt Lundsbye

m fl (2000) innefattar kommunikation inte bara samtalet utan även kroppsspråket, känslor, miner, tempo och tonfall. Den våldutsatta kvinnan önskar en återkoppling på det hon berättar men framförallt vill hon känna att den som ställer frågan bryr sig om svaret (61).

Varför våldscreening inte alltid sker visade sig bero på att kvinnan inte kom ensam till barnmorskan, tidsbrist, känslan av obehag att ställa frågan samt okunskap om ämnet. Det framkom att de som inte erbjuder ensambesök inte heller frågar lika frekvent. Enligt Peckover (2003) är ensambesök betydelsefullt då kvinnorna själva efterfrågar enskildhet, kontinuitet och tid med hälsopersonalen utan att medföljande partner är med på samtalet (60). Nio av barnmorskorna i studien erbjuder ensambesök vid minst ett tillfälle. Det borde inte vara något hinder att erbjuda detta på alla mottagningar. På BMM där paret ofta kommer tillsammans på besöken kan exempelvis barnmorskorna informera om att de har som rutin på mottagningen att ett av besöken endast är för kvinnan eftersom det finns samtalsämnen som är lättare att ta upp då inte partnern är närvarande. Ges information om att detta ensambesök är rutin på mottagningen så tror inte vi att det upplevs som något märkvärdigt. De informanter i studien som har erfarenhet av ensambesök upplever att detta brukar accepteras av de allra flesta. På UM kan barnmorskan även där informera om att kvinnan har rätt att komma ensam på besöken.

Beträffande tidsbristen som var en av orsakerna till att frågan inte ställdes vill vi belysa att ställa frågan i sig inte tar mycket tid i anspråk men att ta emot svaret kan vara tidskrävande. Likaväl som en kvinna med alkoholproblem fordrar mer tid så anser vi att acceptansen borde vara lika stor när det gäller en våldutsatt kvinna. För att interagera frågan om våld i till exempel "ABCD-samtalet" som förekommer på de flesta BMM (inte på UM) i landet idag har några barnmorskor tydliggjort att de har satt in ordet bland övriga samtalsämnen i Meny-agendan. Samtalet har genom detta strukturerats på ett effektivt sätt. Genom att titta på Meny-agendan får kvinnan information om vad som skall föranleda samtalet vilket leder till att hon är förberedd samtidigt som hon har möjlighet att välja egna ämnen att ta upp till diskussion (62). Vi anser att detta arbetsredskap är utmärkt för att avdramatisera ämnet våld till att bli en rutinfråga likvärdig med frågor som ställs angående droger, alkohol och tobak men vi upplever ändå att det inte är helt optimalt att ta upp frågan vid detta besök då ofta partnern är närvarande vid detta tillfälle. Vi tror att det bästa är om kvinnan erbjuds ett ensambesök kring vecka 12. I denna vecka är kvinnan fortfarande i början av graviditeten men har ändå hunnit träffa barnmorskan vid två tillfällen innan och förhoppningsvis hunnit skapa en relation.

Att lägga ABCD-samtalet vid första besöket med kvinnan då ingen relation har skapats kan även det diskuteras. Kvinnan kommer vid detta besök till mottagningen för att berätta att hon är gravid, vilket i de allra flesta fall är en glädjande nyhet. Det första hon möts av är en barnmorska som ger förmaningar om hur hon bör förhålla sig till tobak, alkohol, droger mm och eventuellt även frågar om hon blivit utsatt för våld i nära relation. Vi upplever att glädjen över graviditeten kommer lite i skymundan vid detta besök något som vi tycker borde framhävas vid första mötet. Samtidigt är vi väl medvetna om att kvinnan behöver få information i tidig graviditet om vad som kan orsaka skador hos fostret så hon kan undvika att utsätta sig själv och barnet för onödiga risker. Exempelvis skulle ABCD-samtalet istället kunna läggas som ett andra besök tätt efter inskrivningen. För att undvika att kvinnan och fostret utsätts för onödiga risker kan exempelvis informationspapper om det som diskuteras i ABCD-samtalet skickas hem till kvinnan vid samma tillfälle som hon ringer och bokar tid för inskrivning. På UM tycker vi att frågan om våld bör ställas vid varje besök i samband med anamnes.

Varför det kan kännas obekvämt att ställa frågan kan diskuteras. Kan det bero på okunskap om ämnet eller att det finns en rädsla över att ta emot svaret? Finns det för lite kunskap om vart kvinnan kan hänvisas för att få hjälp som gör att det känns otillfredsställande att ställa frågan? Detta är svårt att svara på men majoriteten av deltagarna upplever att information, kontinuerlig handledning och utbildning samt välarbetade PM skulle underlätta deras arbete med att identifiera och bemöta kvinnor som utsatts för våld i nära relation. Vi tycker att Sverige borde kunna förbättra skyddsnetet för de våldutsatta kvinnorna då ett stort antal studier poängterar att våld i nära relation är en stor hälsorisk (8, 15, 21, 22, 31, 33). Efter att ha studerat ämnet våld mot kvinnor och våld i nära relation, bedömer vi att det finns mycket som tyder på att det är enkla men strukturella åtgärder som behövs för att våldet ska uppdagas.

## **KONKLUSION**

I studien framkom det att så gott som alla av informanterna någon gång mött en våldutsatt kvinna, men att endast hälften våldscreenar. De som inte våldscreenar går på sin egen intuition, de frågar bara ibland och de kvinnor som de misstänker blivit utsatta för våld. Då studier visat att det är svårt att se på en kvinna om hon utsatts för våld eller inte är det viktigt att screening införs. I resultatet framkom att de som frågar alla kvinnor även mer frekvent upptäcker de som utsatts för våld. Med tydligt utformade handlingsprogram/PM samt

kontinuerlig handledning och utbildning kan våldscreening införas och bli ett naturligt moment som är hanterbart för alla. Ökat samarbete mellan verksamheterna i hela regionen samt samverkan med andra instanser som har den utökade kompetensen kan underlätta genomförandet. Det krävs organisation, struktur och kunskap för att få bukt med detta omfattande samhälls- och folkhälsoproblem som kostar samhället oerhört mycket pengar och som skapar så mycket lidande för de utsatta kvinnorna. Vi anser att en omfattande undersökning om hur barnmorskor i Västra Götalandsregionen upptäcker våld, bemöter kvinnor och handlägger vården vid våld i nära relation skulle behöva utföras för att kartlägga de specifika insatser som krävs för att identifiera dessa kvinnor och förbättra vården för dem.

## REFERENSER

1. Heimer G, Sandberg D. Våldsutsatta kvinnor – samhällets ansvar. 2 uppl. Lund: Författarna & Studentlitteratur; 2008.
2. Amnesty. Våld mot kvinnor i nära relationer – en sammansättning om situationen i Sverige. [http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/\\$File/svenskrappport.pdf](http://www2.amnesty.se/svaw.nsf/19april2004/$File/svenskrappport.pdf) (senast tillgänglig 26 maj 2009).
3. Brottsförebyggande rådet. TEMA-våld mot kvinnor; 2008. [http://www.bra.se/extra/news/?module\\_instance=2&id=37](http://www.bra.se/extra/news/?module_instance=2&id=37) (senast tillgänglig 3/9 2009).
4. Heimer G, Posse B, Tønnesen E. Våld i nära relationer – vårdens ansvar. I: Hovelius B, Johansson E E. Kropp och Genus i medicinen. Lund: Studentlitteratur; 2004. s. 421-438.
5. Socialstyrelsen. Kompetensbeskrivningar för legitimerad barnmorska. Stockholm: Socialstyrelsen; 2006. [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se) (senast tillgänglig 3/9 2009).
6. Författningshandbok för personal inom hälso- och sjukvården. Stockholm: Socialstyrelsen, 2009.
7. International Confederation of Midwives. Den internationella etiska koden för barnmorskor. [http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska\\_koden.doc](http://www.barnmorskeforbundet.se/images/content/documents/forbundet/etiska_koden.doc) (senast tillgänglig 3/9 2009).
8. Socialstyrelsen. Våldsutsatta kvinnor. Ett utbildningsmaterial för hälso- och sjukvårdens personal. Stockholm: Socialstyrelsen, 2003.
9. The WHO Definition of Reproductive Health. WHO, 1998. <http://www.who.int/reproductive-health/publications/strategy.pdf> (senast tillgänglig 3/9 2009).
10. Nationalencyklopedins ordbok. Tredje bandet. Höganäs: Bokförlaget Bra Böcker AB; 1996.

11. Nordenfeldt L. Hälsa och värde, studier i hälso- och sjukvårdens teori och praktik. Karlshamn: Bokförlaget Thales; 1991.
12. Antonovsky A. Hälsans mysterium. Stockholm: Natur & Kultur; 2005.
13. Regeringskansliet. Sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter -svensk politik för det internationella arbetet: UD-faktablad, 6/6-2006.  
[www.regeringen.se/content/1/c6/06/57/43/c8624680.pdf](http://www.regeringen.se/content/1/c6/06/57/43/c8624680.pdf) (senast tillgänglig 3/9 2009).
14. Shaw D, Faundes A. What is the relevance of women's sexual and reproductive rights to the practising obstetrician/gynecologist. Best practice & research clinical obstetrics and gynecology. 2006;20:299-309.
15. Krug E G, Dahlberg L L, Mercy J A, Zwi A B, Lozano R. The world report on violence and health. Geneva: WHO; 2002.
16. Hurwitz E J, Gupta J, Liu R, Silverman J G, Raj A. Intimate partner violence associated with poor health outcomes in U.S South Asian women. J.Immigr Minor Health. 2006;8(3):251-61.
17. Martin S L, Beaumont J L, Kupper L L. Substance use before and during pregnancy: links to intimate partner violence. Am J Drug Alcohol Abuse. 2003;29(3):599-617.
18. Markey C N, Markey P M, Gray H F. Romantic relationships and health: an examination of individuals' perceptions of their romantic partners' influences on their health. Sex Roles. 2007; 57: 435-445.
19. Glenn N D, Weaver C N. The contribution of marital happiness to global happiness. Journ of marriage and the family. 1981;43(1):161-168.
20. Stenson K, Heimer G. Mäns våld mot kvinnor i nära relationer i: Sjögren B. Psykosocial Obstetrik – Kropp och själ och barnafödande.1:a uppl. Lund:Studentlitteratur;2005. s. 207-213.

21. Förenta Nationerna (FN). [http://web.abo.fi/instut/kvinnis/naislinja/FN's\\_definition.htm](http://web.abo.fi/instut/kvinnis/naislinja/FN's_definition.htm) (senast tillgänglig 3/9 2009).
22. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M. Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige – en omfångsundersökning. Stockholm: Fritzes Offentliga Publikationer; 2001.
23. Eliasson M, Ellgrim B. En kunskapsöversikt - Mäns våld mot kvinnor i nära relationer. Sveriges kommuner och landsting; 2006.
24. Study of the UN Secretary General. Ending violence against women. From words to action. New York; 2006 Oct. [http://www.zonta.org/site/DocServer/v\\_a\\_w-unmetE-use.pdf?docID=12586](http://www.zonta.org/site/DocServer/v_a_w-unmetE-use.pdf?docID=12586) (senast tillgänglig 3/9 2009).
25. Fisher M, Yassour-Borochowitz D, Neter E. Domestic abuse in pregnancy: results from a phone survey in northern Israel. *Isr Med Assoc J.* 2003;5(1):35-9.
26. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. *Lancet* 2002;359:1423-1429.
27. Brottsförebyggande rådet: Statistik; 2008.  
[http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod\\_show&module\\_instance=21&id=486&statsType=100&statsCounty=14&Year=2008&type=1](http://www.bra.se/extra/pod/?action=pod_show&module_instance=21&id=486&statsType=100&statsCounty=14&Year=2008&type=1) (senast tillgänglig 3/9 2009).
28. Nilsson L. Våld mot kvinnor i nära relationer - En Kartläggning. Brottsförebyggande rådet: Stockholm; 2002.
29. Rying M. Dödligt våld mot kvinnor i nära relationer. Brottsförebyggande rådet: Stockholm; 2007:6.
30. Lundgren E. Våldets Normaliseringsprocess. Stockholm: ROKS; 2003.
31. Stenson K. Men´s violence against women – a challenge in antenatal care (dissertation). Uppsala: Uppsala universitet. Institutionen för kvinnors och barns hälsa; 2004.
32. Hagberg H, Marsál K, Westgren M. Obstetrik. Lund: Studentlitteratur; 2008.



33. Stenson K, Saarinen H, Heimer G, Sidenvall B. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*. 2001;17:2-10.
34. Stenson K, Sidenvall B, Heimer G. Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*. 2005;21:311-321.
35. Mezey G, Bacchus L, Haworth A, Bewley S. Midwives perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG*. 2003;110(8):744-52.
36. Jones C, Bonner M. Screening for domestic violence in an antenatal clinic. *Aust J Midwifery*. 2002;15(1):14-20.
37. Kirkevold M. *Omvårdnadsteorier – analys och utvärdering*. Lund: Studentlitteratur; 2000.
38. Faxelid E, Hogg B, Kaplan A, Nissen E. *Lärobok för barnmorskor*. 2 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2001.
39. Rönnerberg A-K, Hammarström A. Barriers within the health care system to dealing with sexualized violence: a literature review. *Scand.journ.of public health*. 2000;28(2):222-229.
40. Dahlberg K, Segersten K, Nyström M, Suserud B-O, Fagerberg I. *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur; 2003.
41. Eide H, Eide T. *Omvårdnadsorienterad kommunikation - Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. 2:a uppl. Lund: Studentlitteratur; 2009.
42. Fossum B. *Kommunikation, samtal och bemötande i vården*. Lund: Studentlitteratur; 2007.
43. Chang J, Cluss P, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D. Healthcare interventions for intimate partner violence: What women want? *Women's health Issues*. 2005,15(1):21-30.
44. Damgaard I, Norrelykke H. *Det personliga samtalet, en introduktion*. 1:a uppl. Stockholm: Liber; 2000.

45. Patel R, Davidson B. Forskningsmetodikens grunder – Att planera, genomföra och rapportera en undersökning. 3 uppl. Lund: Studentlitteratur; 2003.
46. Trost J. Enkätboken. Lund: Studentlitteratur AB; 2007.
47. Ejlertsson G. Enkäten i praktiken – En handbok i enkätmetodik (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur; 2005.
48. Ejlertsson G. Statistik för hälsovetenskaperna. Lund: Studentlitteratur; 2003.
49. Graneheim U-L, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Education Today. 2004;24(2):105-12.
50. FN:s allmänna råd om mänskliga rättigheter. [www.manskligarattigheter.gov.se](http://www.manskligarattigheter.gov.se) (senast tillgänglig 11/12 2009).
51. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects.  
URL: <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm> (senast tillgänglig 3/9-2009).
52. Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning.  
[www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf](http://www.codex.uu.se/texts/HSFR.pdf) (senast tillgänglig 4/12 2009)
53. Lag (2003:460) om etikprövning av forskning som avser människor. Riksdagen:  
<http://www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=3911&bet=2003:460> (senast tillgänglig 3/9 2009).
54. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. Health and Social Care in the Community. 2003;11(1):10-18.
55. Tower M. Intimate Partner Violence and the Health Care Response: A Postmodern Critique. Health Care for Women International. 2007;28: 438-452.

56. Wendt E.K. Lidell E.A. Westerståhl A.K. Marklund B.R. Hildingh C.I. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*. 2009 doi: 10.1016/j.midw.2009.06.08.
57. Edin K.E. Högberg U. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*. 2002(18):268-278.
58. Svavardottir K.E. Orlygsdottir B. Identifying abuse among women: use of clinical guidelines by nurses and midwives. *Journal of advanced nursing*. 2009;65(4):779-788.
59. Helton S.M. Evans G.W. She looked just like me. A domestic violence learning module. *Mental Health Nursing*. 2001;22:503-516.
60. Peckover S. I could have done more with a little more help: an analysis of woman's health seeking from visitors in the context of domestic violence. *Health and Social Care in the Community*. 2003;11(3):275-282.
61. Lundsbye M, Sandell G, Ferm R, Währborg P, Petit B, Fälth T, Holmberg B. *Familjeterapins grunder - ett interaktionistiskt perspektiv, baserat på system-, process- och kommunikationsteori*. 3 uppl. Borås: Natur och Kultur; 2000.
62. Motiverande samtal för barnmorskor. Stöd vid rådgivning om alkoholvanor. Karolinska institutets folkhälsoakademi. 2009:1.  
<http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Alkohol%20och%20droger/Motiverande%20samtal%20of%C3%B6r%20barnmorskor%202009.1.pdf> (senast tillgänglig 7/12 2009).

**Till barnmorskor på ungdomsmottagning:**

**ENKÄT OM DINA ERFARENHETER AV ATT UPPTÄCKA, BEMÖTA OCH  
HANDLÄGGA VÅRDEN AV FLICKOR/KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA  
RELATION**

Om du inte får plats på raderna använd baksidan.

1. Ange din ålder.

\_\_\_\_\_ år

2. Hur många år har du arbetat som barnmorska?

\_\_\_\_\_ år

3. Hur länge har du arbetat på ungdomsmottagning?

\_\_\_\_\_ år

4. Ungefär hur många flickor/kvinnor träffar du på din mottagning totalt under ett år?

\_\_\_\_\_ st

5. Frågar du flickan/kvinnan om hon någon gång utsatts för våld i nära relation, om hon inte själv tar upp ämnet?

- a) Ja, alla flickor/kvinnor.
- b) Ja, de flickor/kvinnor som jag eventuellt misstänker blivit utsatta för våld.
- c) Har det ej som rutin men gör det ibland.
- d) Nej, jag frågar aldrig flickan/kvinnan.

6. Om du frågar om våld i nära relation: Hur ställer du då frågan?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Om du inte alltid frågar flickan/kvinnan om hon utsätts/utsatts för våld i nära relation: vad är det som gör att det blir så?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Har du någon gång i ditt arbete mött en flicka/kvinna på din mottagning som utsatts för våld i nära relation?

- a) Ja.
- b) Nej. Gå vidare till fråga 12.

Om du svarat ja, besvara fråga 9-11.

9. Hur har du fått reda på att flickan/kvinnan har utsatts för våld i nära relation?

---

---

---

---

10. Har du någon uppfattning om hur många flickor/kvinnor som du mött under din tid på ungdomsmottagningen som utsatts för våld i nära relation?

\_\_\_\_\_ st

11. Har du någon uppfattning om hur ofta du i ditt arbete kommer i kontakt med en flicka/kvinna som utsatts för våld i nära relation?

- a) minst en kvinna/vecka.
- b) en kvinna/månad.
- c) en kvinna/halvår.
- d) en kvinna/år.
- e) mer sällan än en kvinna/år.

12. Har ungdomsmottagningen där du arbetar något speciellt handlingsprogram/PM för hur ni ska ta upp frågan om kvinnan utsatts för våld i nära relation?

- a) Ja. Vänligen bifoga en kopia på detta.
- b) Nej.

13. Beskriv kortfattat din handläggning när du i ditt arbete möter en flicka/kvinna som utsätts eller har utsatts för våld i nära relation?

---

---

---

---

14. Har ni någon form av handledning på er mottagning?

- a) Ja.
- b) Nej.

Om ja, hur fungerar det? Ingår olika professioner i handledningen?

---

---

---

---

15. Har du själv fått någon form av utbildning avseende våld i nära relation?

- a) Ja.
- b) Nej.

Om ja, vilken form av utbildning har du fått?

---

---

---

---

16. Vilken typ av insatser tror du skulle kunna underlätta barnmorskans arbete när det gäller att identifiera flickor/kvinnor som utsätts/utsatts för våld i nära relation? Flera svarsalternativ är tillåtet.

a) Utbildning, skriv gärna vilken nedan.

b) Tydliga PM som beskriver hur du ska gå tillväga.

c) Kortfattad information om vilka olika hjälpinsatser som finns i den egna kommunen.

d) Andra exempel, var god ge förslag: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Till barnmorskor på barnmorskemottagning:**

**ENKÄT OM DINA ERFARENHETER AV ATT UPPTÄCKA, BEMÖTA OCH  
HANDLÄGGA VÅRDEN AV KVINNOR UTSATTA FÖR VÅLD I NÄRA RELATION**

Om du inte får plats på raderna använd baksidan.

1. Ange din ålder.

\_\_\_\_\_ år

2. Hur många år har du arbetat som barnmorska?

\_\_\_\_\_ år

3. Hur länge har du arbetat inom mödrahälsovården?

\_\_\_\_\_ år

4. Ungefär hur många gravida kvinnor träffar du på din mottagning totalt under ett år?

\_\_\_\_\_ st

5. Erbjuder du gravida kvinnor att komma ensam vid något besök på barnmorskemottagningen, då partnern eller annan nära anhörig inte får följa med?

a) Ja.

b) Nej, nära anhörig är välkommen på alla besök.

Om ja, vid hur många tillfällen?

Ett tillfälle

Flera tillfällen

6. Frågar du den gravida kvinnan om hon någon gång utsatts för våld i nära relation, även om hon inte själv tar upp ämnet?

a) Ja, alla kvinnor.

b) Ja, de kvinnor som jag eventuellt misstänker blivit utsatta för våld.

c) Har det ej som rutin men gör det ibland.

d) Nej, jag frågar aldrig kvinnan.

7. Om du frågar om våld i nära relation: Hur ställer du då frågan?

---

---

---

---

8. Om du inte alltid frågar kvinnan om hon utsätts/utsatts för våld i nära relation: vad är det som gör att det blir så?

---

---

---

---

9. Har du någon gång i ditt arbete mött en gravid kvinna på din mottagning som du vet utsätts/utsatts för våld i nära relation?

- a) Ja.   
b) Nej. Gå vidare till fråga 13.

Om du svarat ja, besvara fråga 10-12.

10. Hur har du fått reda på att kvinnan utsätts/har utsatts för våld i nära relation?

---

---

---

11. Har du någon uppfattning om hur många kvinnor som du mött under din tid på barnmorskemottagningen som utsätts för våld i nära relation?

\_\_\_\_\_ st

12. Har du någon uppfattning om hur ofta du i ditt arbete kommer i kontakt med en gravid kvinna som utsätts för våld i nära relation?

- a) minst en kvinna/vecka.   
b) en kvinna/månad.   
c) en kvinna/halvår.   
d) en kvinna/år.   
e) mer sällan än en kvinna/år.

13. Har barnmorskemottagningen där du arbetar något speciellt handlingsprogram/PM för hur ni ska ta upp frågan om kvinnan utsätts för våld i nära relation?

- a) Ja. Vänligen bifoga en kopia på detta.   
b) Nej.

14. Beskriv kortfattat din handläggning när du i ditt arbete möter en kvinna som utsätts eller har utsatts för våld i nära relation?

---

---

---

15. Har personalen på din mottagning någon form av handledning eller konsultation?

- a) Ja   
b) Nej

Om ja, hur fungerar det? Ingår olika professioner i handledningen/konsultationen?

---

---

---



16. Har du själv fått någon form av utbildning avseende våld i nära relation?

a) Ja

b) Nej

Om ja, vilken form av utbildning har du fått?

---

---

---

17. Vilken typ av insatser tror du skulle kunna underlätta barnmorskans arbete när det gäller att identifiera kvinnor som utsatts för våld i nära relation? Flera svarsalternativ är tillåtet.

a) Utbildning, skriv gärna vilken nedan

b) Tydliga PM som beskriver hur du ska gå tillväga.

c) Kortfattad information om vilka olika hjälpinsatser som finns i den egna kommunen.

d) Andra exempel, var god ge förslag: \_\_\_\_\_

---

---

---



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet

**FORSKNINGSPROJEKT – Barnmorskors erfarenhet av att upptäcka, bemöta och handlägga vården av kvinnor utsatta för våld i nära relation**

Till verksamhetsansvariga inom mödrahälsovård och ungdomsmottagning i Västra Götalandsregionen.

---

Vi söker härmed tillstånd att få genomföra nedanstående studie.

**Bakgrund och syfte**

Såväl svenska som internationella undersökningar visar att våld mot kvinnor i nära relationer är ett dolt problem med stort mörkertal. Olika metoder har prövats för att i hälso- och sjukvårdens kontakt med kvinnor få vetskap om vilka som är eller har varit utsatta för våld. En viktig yrkesgrupp i detta sammanhang är barnmorskor som kommer i kontakt med ett stort antal kvinnor i sitt arbete.

Som ett led i att öka kunskapen vill vi i vår magisteruppsats på barnmorskeprogrammet studera vilka erfarenheter som barnmorskor inom mödrahälsovård och ungdomsmottagning i Västra Götaland har av att upptäcka, bemöta och handlägga vården av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

**Studiens genomförande**

Studien planeras vända sig till strategiskt valda barnmorskor som arbetar på geografiskt och storleksmässigt spritt skilda barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen. Deltagande barnmorskor ska beskriva sina erfarenheter av att upptäcka, bemöta och handlägga vården av kvinnor utsatta för våld i nära relationer i en enkät.

Enkäten kommer ta ca 15 minuter att besvara och består av strukturerade frågor med fasta svarsalternativ och ett antal öppna frågor. Svaren kommer att kodas och endast ansvariga för studien har tillträde till kodnyckeln. Materialet kommer att förvaras inlåst i säkert förvar så att det enbart är författarna som har tillgång till det. Resultatet kommer att sammanställas, analyseras och redovisas så att det inte går att vare sig identifiera vald barnmorskemottagning eller enskild individ.

**Deltagande**

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. Vid frågor eller mer information kontakta ansvariga för studien, se nedan. Barnmorskor som väljer att delta i studien ombeds att i samband med besvarandet av enkäten skriva under ett samtyckesformulär.

Studien är del av magisteruppsats och redovisas i rapportform vid Göteborgs Universitet .

Med vänliga hälsningar ansvariga:

Karin Schönemann, barnmorskestudent  
Tel: 0737-007249  
E-mail: karin.schonemann@vgregion.se

Josefin Rosengren, barnmorskestudent  
Tel: 0732-105035  
E-mail: josefin.rosengren@vgregion.se

Handledare: Marie Berg, universitetslektor, docent, leg. barnmorska, Göteborgs Universitet  
Tel: 031-7866084  
E-mail: marie.berg@gu.se



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet

Rekrytering av deltagare till ovanstående studie godkänns:

---

Ort och datum

---

Namn

---

Namnförtydligande

---

Funktion/primärvårdsområde

Med vänliga hälsningar ansvariga

Karin Schönemann, barnmorskestudent  
Tel: 0737-007249  
E-mail: karin.schonemann@vgregion.se

Josefin Rosengren, barnmorskestudent  
Tel: 0732-105035  
E-mail: josefin.rosengren@vgregion.se

Handledare: Marie Berg, universitetslektor, docent, leg barnmorska, Göteborgs Universitet  
Tel: 031-786608  
E-mail: marie.berg@gu.se



**GÖTEBORGS UNIVERSITET**  
**SAHLGRENSKA AKADEMIN**  
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa  
Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet

**FORSKNINGSPERSONSINFORMATION**

**Barnmorskors erfarenheter av att upptäcka, bemöta och handlägga vårderna av kvinnor utsatta för våld i nära relation**

**Bakgrund och syfte**

Såväl svenska som internationella undersökningar visar att våld mot kvinnor i nära relation är ett dolt problem med stort mörkertal. Olika metoder har prövats för att i hälso- och sjukvårdens kontakt med kvinnor få vetskap om vilka som är eller har varit utsatta för våld. En viktig yrkesgrupp i detta sammanhang är barnmorskor som kommer i kontakt med ett stort antal kvinnor i sitt arbete.

Som ett led i att öka kunskapen vill vi studera vilka erfarenheter som barnmorskor inom mödrahälsovård och ungdomsmottagning i Västra Götaland har av att upptäcka, bemöta och handlägga vårderna av kvinnor utsatta för våld i nära relation.

**Studiens genomförande**

Studien vänder sig till strategiskt valda barnmorskor som arbetar på geografiskt och storleksmässigt spritt skilda barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen. Studien är godkänd av ansvariga för respektive barnmorskemottagning och ungdomsmottagning. I en för studien konstruerad enkät ombeds deltagande barnmorskor att beskriva sina erfarenheter.

Enkäten tar ca 15 minuter att besvara och består av strukturerade frågor med fasta svarsalternativ och ett antal öppna frågor. Svaren kommer att kodas och endast ansvariga för studien har tillträde till kodnyckeln. Materialet kommer att förvaras inlåst i säkert förvar så att det enbart är författarna som har tillgång till det. Hanteringen av personuppgifterna regleras av Personuppgiftslagen (SFS 1998:204). Resultatet kommer att sammanställas, analyseras och redovisas så att det inte går att vare sig identifiera vald barnmorskemottagning eller enskild individ.

**Deltagande**

Deltagandet är helt frivilligt och kan när som helst avbrytas. För frågor eller mer information kontakta ansvariga för studien, se nedan. Barnmorskor som väljer att delta i studien ombeds att i samband med besvarandet av enkäten skriva under ett samtyckesformulär.

**Information om studiens resultat**

Studien är del av magisteruppsats och redovisas i rapportform vid Göteborgs Universitet. Deltagare som önskar ta del av studieresultatet är välkomna att meddela ansvariga.

Med vänliga hälsningar ansvariga:

Karin Schönemann, barnmorskestudent  
Tel: 0737-007249  
E-mail: karin.schonemann@vgregion.se

Josefin Rosengren, barnmorskestudent  
Tel: 0732-105035  
E-mail: josefin.rosengren@vgregion.se

Handledare: Marie Berg, universitetslektor, docent, leg. barnmorska, Göteborgs Universitet  
Tel: 031-7866084  
E-mail: marie.berg@gu.se



# GÖTEBORGS UNIVERSITET

SAHLGRENSKA AKADEMIN

Institutionen för

Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet

## INFORMERAT SAMTYCKE

### **Barnmorskors erfarenheter av att upptäcka, bemöta och handlägga vården av kvinnor utsatta för våld i nära relation**

Undertecknad har tagit del av forskningsinformationen avseende studien om barnmorskors erfarenheter av att upptäcka, bemöta och handlägga vården av kvinnor som utsätts eller har utsatts för våld i nära relation och samtycker till att delta.

Jag är medveten om att mitt deltagande är helt frivilligt och att jag har möjlighet att avbryta mitt deltagande närhelst jag så önskar utan vidare förklaring.

\_\_\_\_\_  
Ort och datum

\_\_\_\_\_  
Deltagarens namn

\_\_\_\_\_  
Ansvarigas namn

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

\_\_\_\_\_  
Namnförtydligande

Med vänliga hälsningar ansvariga

Karin Schönemann, barnmorskestudent  
Tel: 0737-007249  
E-mail: karin.schonemann@vgregion.se

Josefin Rosengren, barnmorskestudent  
Tel: 0732-105035  
E-mail: josefin.rosengren@vgregion.se

Handledare: Marie Berg, universitetslektor, docent, leg barnmorska, Göteborgs Universitet  
Tel: 031-786608  
E-mail: marie.berg@gu.se

**MENY-AGENDA**

