



INSTITUTIONEN FÖR SOCIALT ARBETE

FRÅN STATEN UTSÄNDA FÖR ATT UPPTÄCKA VÅLD

**En kvalitativ studie om barnmorskors
upplevelser av att fråga gravida kvinnor om våld**

SQ4562, Vetenskapligt arbete i socialt arbete, 15 hp

Scientific Work in Social Work, 15 higher education
credits

Kandidatnivå

Termin: VT-17

Författare: Isabel Klasson och Ronja Wahlsten

Handledare: Mari Brännvall

Abstract

Titel: Från staten utsända för att upptäcka våld : En kvalitativ studie om barnmorskors inställning, strategier och beredskap för att identifiera våldsutsatta gravida kvinnor.

Författare: Isabel Klasson och Ronja Wahlsten

Nyckelord: MVC, våldsscreening, mäns våld mot kvinnor, handlingsutrymme

Syftet med studien var att undersöka barnmorskors upplevelser av och förhållningssätt till att genomföra våldsscreening på MVC. Det empiriska materialet består av fem kvalitativa intervjuer med barnmorskor som arbetar på MVC inom Västra Götalandsregionen. Materialet behandlades genom en tematisk analys där vi fann tio olika teman som var relevanta i förhållande till studiens frågeställningar. Materialet analyserades utifrån Lipskys teori om gräsrotsbyråkrater samt de teoretiska begreppen yrkesroll, jämställdhetsdiskurs och avvikelседiskurs. Studien visar att barnmorskorna överlag har en positiv inställning till att genomföra våldsscreening. Barnmorskorna har en rad olika strategier för att genomföra våldsscreening, till exempel vill de skapa en relation med kvinnan innan de ställer frågor om våld. Att be mannen att gå och avsaknaden av riktlinjer från arbetsgivaren är något som barnmorskorna upplever som problematiskt vid genomförandet av våldsscreeningen. Vidare lyfter barnmorskorna hur viktiga handlingsplanerna är för att de ska veta hur de ska agera om de upptäcker att en kvinna är utsatt för våld.

Innehåll

Förord	6
Tack	7
1. Inledning	8
1.1 Problemformulering	8
1.2 Syfte och frågeställningar	9
1.3 Studiens relevans för socialt arbete	10
1.4 Avgränsning	10
1.5 Arbetsfördelning	11
1.6 Uppsatsens fortsatta disposition	11
2. Bakgrund	12
2.1 Mäns våld mot kvinnor i nära relationer	12
2.2 Förekomst	13
2.3 Statens ansvar	13
2.4 Lagstiftning	15
2.5 MVC	15
2.6 Att ställa frågor om våld - Våldsscreening	16
3. Tidigare forskning	18
3.1 Våldsutsatthet under graviditeten	18
3.2 Kvinnors upplevelser av att bli tillfrågade	20
3.3 Att fråga om våld på MVC och barnmorskornas upplevelser av att fråga	22
3.4 Kunskapsluckor uppsatsen ämnar fylla	24
4. Teoretiskt ramverk och begrepp	26
4.1 Gräsrotsbyråkrati	26
4.1.1 Gräsrotsbyråkrat	26
4.1.2 Handlingsutrymme	28
4.2 Yrkesroll	28
4.3 Jämställdhetsdiskurs/avvikelsediskurs	29
5. Metod och metodologiska överväganden	31
5.1 Metodval	31
5.2 Urvalsprocess	32
5.3 Intervjuguide	33
5.4 Genomförande av intervjustudien	34
5.5 Bearbetning av empirin	35
5.6 Analysmetod	36
5.7 Forskningsetiska överväganden	36
5.7.1 Studiens konsekvenser	37
5.7.2 Informerat samtycke	37
5.7.3 Konfidentialitet	38

5.7.4 Forskarens roll	39
5.7.5 Nyttjandekravet	40
5.8 Förförståelse	40
5.9 Studiens tillförlitlighet	41
6. Resultat och analys	43
6.1 Barnmorskornas definition av våld	43
6.2 En Personlig glöd	44
6.3 En fråga i mängden	45
6.4 Att be mannen gå	46
6.5 Att få i uppdrag att genomföra våldsscreening	48
6.6 "Vi frågar alla"	49
6.7 Relationens betydelse	51
6.8 Hjälpmedel för att genomföra våldsscreeningen	53
6.9 Förutsättningar för att kunna agera	55
6.10 Kunskap och utbildning	57
6.11 Att kunna individualisera	58
7. Avslutande diskussion	62
7.1 Studiens frågeställningar	62
7.1.1 Vilken inställning har barnmorskorna till att genomföra en våldsscreening?	62
7.1.2 Vilka strategier används vid genomförandet av våldsscreeningen?	63
7.1.3 Vilken beredskap har barnmorskorna för att kunna agera vid upptäckt av våld?	63
7.2. Vidare forskning	64
7.3 Förbättringsområden	64
Slutord.....	66
Referenslista	67
Bilagor	70
Bilaga 1: Informationsbrev till respondenter	70
Bilaga 2: Samtyckesblankett.....	71
Bilaga 3: Intervjuguide	72

Förord

Vi som författare var inför uppstarten av studien okända för varandra, vi fick kontakt genom en annonsering av önskad uppsatspartner. När vi träffades för att diskutera vilket ämne vi ville beröra beskrev en av författarna en affisch hon tidigare i veckan hade sett på MVC. På affischen stod det att MVC var en plats där kvinnor blir tillfrågade om våld. Vidare kom vi då in på våld i nära relation och det visade sig att båda hade ett intresse för mäns våld mot kvinnor. Vi kom också fram till att våra personliga erfarenheter av våldsscreening på MVC var att alla inte blev tillfrågade och vi var också kritiska till hur frågan om våld ibland ställdes. Vi var överens om att våldsscreening på MVC var en viktig del av mödravården och vi blev nyfikna på hur detta upplevdes av barnmorskorna själva. På detta sätt väcktes idén till uppsatsen fram och ganska snabbt var vi överens om vad vi ville undersöka.

Tack

Ett stort tack till de barnmorskor som ställt upp på att bli intervjuade, utan er medverkan hade inte uppsatsidén varit genomförbar. Vidare vill vi tacka vår handledare, Mari Brännvall, som engagerat sig och givit oss feedback under uppsatsens gång.

1. Inledning

I det första och inledande avsnittet presenteras studiens problemformulering. Därefter redogörs studiens syfte och frågeställningar samt studiens relevans för socialt arbete. Vidare följer en presentation av avgränsningar som gjorts. Därefter diskuteras vår ansvarsfördelning. Kapitlet avslutas med en genomgång av uppsatsens fortsatta disposition.

1.1 Problemformulering

Enligt Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) är mäns våld mot kvinnor ett samhällsproblem som tenderar att växa (NCK 2014:9). Världshälsoorganisationen WHO (2013: 31) konstaterade år 2013 att våld mot kvinnor i nära relationer är ett av de allvarligaste hoten gentemot kvinnors hälsa världen över. Det har genom historien inte varit olagligt att utöva våld i hemmet. Fram till år 1734 fanns det ingenting i lagstiftningen som reglerade mäns våld mot kvinnor i nära relationer (Eliasson, Ellgrim & Sveriges kommuner och landsting 2006:12). Det har sedan dess skett en rad rättsliga reformer och det finns idag en omfattande lagstiftning, som enligt en statlig utredning ger stora möjligheter i arbetet mot mäns våld mot kvinnor vad gäller preventivt arbete, synliggörande och vidtagande av åtgärder (SOU 2015:55). Vidare menar utredarna att bristerna till stor del ligger i hur myndigheterna tillämpar de lagar och förordningar som finns och inte, i första hand, lagstiftningen i sig.

Den svenska staten har tagit på sig ett ansvar när det gäller att mäns våld mot kvinnor skall upphöra. Det har varit aktuellt i jämställdhetspolitiken sedan år 1990 och det har sedan dess skett en rad politiska reformer. Detta sedan man börjat uppmärksamma våldet och slutat se det som något privat som inte samhället skall blanda sig i (SOU 2015:55: 55f). Mäns våld mot kvinnor ansågs i regeringens Prop. 1993/94: 147 vara omfattande och utspritt och antogs därför som ett jämställdhetspolitiskt mål. Staten har sedan dess lagt ner omfattande resurser för att våldet skall upphöra. Trots detta är mäns våld mot kvinnor fortfarande ett utbrett samhällsproblem, många kvinnor är än idag utsatta och mörkertalen beräknas vara höga (NCK 2014).

I regeringens skrivelse 2016/17:10 framkommer det att mäns våld mot kvinnor är omfattande och kostsamt i synnerhet för de utsatta kvinnorna men även för samhället. Det framkommer att insatserna från samhället hittills främst har inriktat sig på att hantera konsekvenserna av våldet istället för att fokusera på dess orsaker. År 2012-2013 gjordes en nationell tillsyn av

Inspektionen för vård och omsorg (IVO) för att utvärdera hur hälso- och sjukvården arbetade för att identifiera våldsutsatta kvinnor. Tillsynen visade att det inom hälso- och sjukvården fanns brister när det gällde att identifiera våldsutsatta kvinnor och barn som upplevt våld samt att det inom landet fanns stora skillnader på hur detta hanterades (IVO 2014)

För att kunna upptäcka mammor/blivande mammor som är utsatta för våld har Socialstyrelsen (2014a: 7) givit rekommendationer till hälso- och sjukvården att alla kvinnor som besöker mödrahälsovården bör få frågor av barnmorskan som berör våldsutsatthet, det vill säga genomgå en så kallad våldsscreening. Inom Västra Götalandsregionen finns det regionala riktlinjer gällande våldsscreening på MVC, som säger att våldsscreening bör genomföras på BVC och MVC (Västra Götalandsregionen 2015). Tidigare forskning har visat att våldsscreening är ett effektivt verktyg för att identifiera våldsutsatta blivande mödrar (Bacchus et al 2004).

I Sverige ges gravida kvinnor möjligheten att få vård under sin graviditet genom mödravården via en mödravårdscentral (MVC) eller barnmorskemottagning (Friedmann 2015). På MVC möter barnmorskorna den gravida kvinnan regelbundet och under en längre period, vården är riktad till kvinnan, och barnmorskorna har därmed stora möjligheter att fånga upp våldsutsatta kvinnor. Tidigare forskning visar att gravida kvinnor som är utsatta för våld riskerar att drabbas av ångest och depression i större utsträckning än andra gravida kvinnor (Widding Hedin 1999). Ett stort ansvar för att upptäcka våldsutsatthet hos kvinnor har lagts på MVC och barnmorskorna. Utifrån den bakgrunden frågar vi oss hur detta upplevs av barnmorskorna? Finns det något inom verksamheten som kan göras annorlunda för att i större utsträckning upptäcka våldsutsatthet och därmed förhindra fortsatt våld? Svaret på de här, och andra frågor, ämnar vi ta reda på genom kvalitativa intervjuer med barnmorskor.

1.2 Syfte och frågeställningar

Syftet med studien är att undersöka barnmorskors *upplevelser av och förhållningssätt till* att fråga gravida kvinnor om våld i nära relationer. Detta för att skapa en djupare förståelse för barnmorskornas arbete med våldsscreening.

Frågeställningar:

- Vilken inställning har barnmorskorna till att genomföra en våldsscreening?
- Vilka strategier används vid genomförandet av våldsscreeningen?

– Vilken beredskap har barnmorskorna för att kunna agera vid upptäckt av våld?

1.3 Studiens relevans för socialt arbete

Uppsatsen har hög relevans för socialt arbete, på grund av att mäns våld mot kvinnor är ett historiskt och nutida socialt problem (NCK 2014). Våldsscreening inom MVC är viktigt för att upptäcka våld mot kvinnor eftersom att de flesta kvinnor blir gravida och därför besöker MVC (Socialstyrelsen 2014a: 7). Gravida kvinnor är också en särskilt sårbar grupp och barnet kvinnan bär på riskerar att fara illa genom att mamma utsatts för våld (Finnbogadottir, Dykes, Wann-Hansson 2014). Att identifiera våldsutsatthet hos gravida kvinnor ger barnmorskorna möjlighet att hänvisa den våldsutsatta kvinnan till socialtjänsten, där hon och hennes ofödda barn kan få stöd, hjälp och skydd mot våldet. Ett övergripande mål med uppsatsen är att den på något vis skall bidra till utveckling inom det berörda området, vilket också bidrar till att uppsatsen anses ha en hög relevans för socialt arbete.

1.4 Avgränsning

Vår studie är avgränsad till att handla om barnmorskor som frågar gravida kvinnor om våld på MVC inom Västra Götalandsregionen. Vi har valt att studera MVC eftersom att det är en verksamhet som träffar nästintill alla gravida kvinnor i Sverige. Utifrån egna erfarenheter vet vi också att det är tänkt att de inom verksamheten ska fråga om våldsutsatthet. Vi har valt att fokusera på våldsscreening under graviditeten eftersom att kvinnan då besöker MVC regelbundet och ofta träffar samma barnmorska under en längre period. Vi har därmed valt bort de som besöker MVC av andra orsaker, så som för preventivmedelsrådgivning och dylikt. Vi känner till andra vårdinstanser som frågar kvinnor om våld, exempelvis BVC, men vi har valt att enbart fokusera på MVC. Vidare har vi valt att endast fokusera på barnmorskornas upplevelser av att fråga och har därmed valt bort annan vårdpersonal så som läkare och undersköterskor som också arbetar på MVC. Vi gjorde på det sättet av den anledningen att barnmorskorna, genom att de träffar de gravida under en lång och sammanhängande period, har större möjlighet till ett relationsskapande med kvinnan. Skälet till att vi begränsade oss till enbart Västra Götalandsregionen och därmed medvetet valde bort andra regioner och landsting är på grund av att vi vet att det finns regionstäckande riktlinjer beträffande screening, alltså riktlinjer som är gemensamma för den specifika regionen. Avslutningsvis har vi avgränsat oss till att undersöka mäns våld mot kvinnor och bortser därmed från våld som förekommer i icke heterosexuella parförhållanden.

1.5 Arbetsfördelning

När vi skrivit uppsatsen har vi till stor del träffats för att skriva tillsammans. Det har gett oss möjlighet att diskutera vad de olika kapitlen och avsnitten ska innehålla och hur de ska formuleras. I de olika kapitlen har vi delat upp avsnitten emellan oss. Vi har sedan försökt bearbeta varandras texter, främst av två anledningar, dels för att ha kunskap om avsnittens innehåll och dels för att kontrollera varandras språkbruk. Exempelvis delade vi upp läsningen inför den tidigare forskningen mellan oss och skrev sammanfattningar utifrån det vi läst. När vi därefter redogjorde för den tidigare forskningen använde vi oss sedan av varandras sammanfattningar för att hitta användbara delar. Vid redigeringen av texterna bytte vi texter med varandra och redigerade därmed varandras texter.

Vid genomförandet av intervjuerna delade vi upp ansvaret mellan oss. Den ena av oss höll i intervjun och ställde frågor och den andra hade en mer iakttagande roll och blev inbjuden i slutet. Vi bytte roller mellan intervjuerna. Transkriberingen delade vi upp mellan oss på så sätt att man transkriberade den intervjun där man haft som roll att iaktta.

Vi båda är nöjda med hur arbetsfördelningen har sett ut. Vi är av uppfattningen att vi båda har bidragit lika mycket till uppsatsen och vi har getts lika stort utrymme att komma till tals i diskussioner. Att någon har bättre kunskap om en viss del av uppsatsen kommer vi troligtvis aldrig ifrån, men vi har i största möjliga mån försökt ha likvärdig kännedom om alla delar i uppsatsen.

1.6 Uppsatsens fortsatta disposition

Nästkommande kapitel, kapitel 2, är ett omfattande bakgrundskapitel vars syfte är att ge en bakgrund till problematiken om mäns våld mot kvinnor samt beskriva hur MVC och våldsscreening är kopplat till arbetet med att motverka detta våld. Därefter presenteras i kapitel tre tidigare forskningar som är förknippat med våldsutsatta kvinnor och våldsscreening på MVC. I kapitel fyra presenteras de teoretiska utgångspunkter vår analys har. Metod och tillvägagångssätt presenteras i kapitel fem. Här presenteras förutom olika processer och metodval också våra etiska överväganden och vår förförståelse. Därefter, i kapitel sex, presenteras studiens resultat och empirin analyseras och sätts i förhållande till den tidigare forskningen. I kapitel sju återges svar på våra frågeställningar och avslutningsvis presenteras förbättringsförslag och vidare forskning.

2. Bakgrund

I det här kapitlet vill vi ge en övergripande bild av mäns våld mot kvinnor i nära relationer och samhället/statens ansvar för att motverka våldet. Inledningsvis definieras våldet och därefter presenteras våldets förekomst där vi bland annat jämför våldsutsatthet hos kvinnor och män. Därefter beskrivs statens ansvar och rådande lagstiftning presenteras.

Avslutningsvis presenteras MVC som organisation och riktlinjer kring våldsscreening.

2.1 Mäns våld mot kvinnor i nära relationer

När vi skriver om våld utgår vi från en bred definition av våld som, förutom fysiskt våld, också inkluderar psykiskt våld, sexuellt våld och försummelse. Socialstyrelsen publicerade 2016 en handbok för våld som riktar sig till personal inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. I denna handbok använder de sig av WHO:s definition av våld (Socialstyrelsen 2016: 16f). Enligt WHO (2002:5) innebär våld att en person använder sig av makt, fysiskt våld eller hot om våld som skadar, eller riskerar att fysiskt eller psykiskt skada, eller döda en annan person. Det är således intentionen med handlandet som är avgörande för vad som är våld och inte de faktiska konsekvenserna. I begreppet våld inkluderar WHO (2002: 5) fysiskt våld, psykiskt våld, sexuellt våld och försummelse. Socialstyrelsen (2016) menar vidare att våld många gånger är ett mönster av agerande och tillägger att ekonomisk begränsning samt materiellt våld kan ses som en del i detta mönster. När vi skriver om våld inkluderar vi det som WHO definierat som våld samt den ekonomiska kontrollen och det materiella våldet som Socialstyrelsen (2016) kompletterar med.

Det finns många olika begrepp som kan användas för att tala om att människor blir utsatta för våld, exempelvis våld i nära relationer, mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck. Det är omdiskuterat vad dessa olika benämningar innebär. Vissa menar att våld i nära relation är mer inkluderande och könsneutralt och är därför det rätta att använda sig av. Andra menar att mäns våld mot kvinnor är den korrekta benämningen eftersom att det inkluderar alla former av våld som kvinnor utsätts för, oavsett vilken man det är som utsätter (SOU 2015:55; 49ff). Vi kommer i denna studie att utgå ifrån mäns våld mot kvinnor i nära relationer. I "nära relationer" inkluderar vi partner och före detta partner. Vi kommer vidare i studien att använda oss av mäns våld mot kvinnor, vi syftar då på mäns våld mot kvinnor i nära relationer.

En fråga som är vanligt förekommande när det gäller mäns våld mot kvinnor i nära relationer är: Varför stannar hon? Lundgren (2004), som myntade begreppet våldets normaliseringsprocess, menar att det kan användas för att förklara varför kvinnor stannar i relationer där de blir utsatta för våld av sin partner. Det som händer i processen är att mannen i sin våldsutövning använder sig av olika kontrollmekanismer. Kontrollmekanismerna resulterar i att den utsatta kvinnan allteftersom slutar se vad som är kärlek och våld, gott och ont. I slutändan är våldet normaliserat och kvinnan ser det som en del av vardagen.

2.2 Förekomst

BRÅs nationella trygghetsundersökning (BRÅ 2017) visar att kvinnor i större utsträckning än män utsätts för våld i hemmet. Undersökningen visar också att det är vanligare att kvinnor utsätts för våld av någon i sin närhet medan män oftare utsätts av en okänd. En annan skillnad mellan könen är att män i större utsträckning utsätts av någon som är påverkad av alkohol eller narkotika (BRÅ 2017). Tre omfångsundersökningar har visat på att nästan hälften av alla kvinnor i Sverige, 46 % har utsatts för våld av en man. (FRA 2014; NCK 2014; Lundgren et al 2001). En stor del av detta våld sker i nära relationer. Enligt NCK (2014) uppger ungefär 45 % av de kvinnor som vittnar om att de varit utsatta för hot om fysiskt våld eller fysiskt våld under våren 2011- våren 2012 att det är en aktuell partner som har utsatt dem. 8 % av de utsatta kvinnorna uppger att de varit utsatta av en före detta partner. Över hälften av kvinnorna, 53 %, uppger att de utsatts för våld i en nära relation. 8 % av kvinnorna uppger att förövaren är för dem okänd. Resterande uppger att de blivit utsatta av en manlig familjemedlem eller släkting eller någon de träffat vid jobbet, exempelvis en patient (NCK 2014).

2.3 Statens ansvar

Mäns våld mot kvinnor är inte ett nytt samhällsproblem: män har alltid utsatt kvinnor för olika former av våld. Våldet har tidigare ansetts vara en privat angelägenhet och ingenting som samhället skall engagera sig i. En viktig faktor för den förändrade synen på våldet var kvinnorörelsen under 1970-talet, då den visade på att våldet var ett samhällsproblem som främst drabbade kvinnor och barn. När mäns våld mot kvinnors synliggjordes och började ses som ett samhällsproblem kunde man också se ett samband mellan våldet och samhällets normer och värderingar om maskulinitet och femininet. Kvinnorörelsen framgångar var en av anledningarna till att regeringen år 1990 antog mäns våld mot kvinnor som en jämställdhetspolitisk fråga och år 1993 blev könsrelaterat våld ett jämställdhetspolitiskt

delmål (SOU 2015:55: 55f). År 1993 var också året då FN:s deklaration om att eliminera våld mot kvinnor antogs. Deklarationen belyser våld som begås av staten, våld i samhället samt våld som sker i hemmet eller inom familjen (United Nations 1994). År 2011 antog Europarådet (2011) en konvention vars syfte bland annat är att skydda kvinnor från våld, eliminera våld mot kvinnor och våld i hemmet, samt arbeta för jämställdhet mellan kvinnor och män. Att mäns våld mot kvinnor skall upphöra är fortfarande ett av de jämställdhetspolitiska delmålen. Med bakgrund i SOU 2015:55 har regeringen arbetat fram en tioårig nationell strategi för att börja arbeta förebyggande mot mäns våld mot kvinnor (Regeringens skrivelse 2016/17:10: 109). Vidare presenteras det i SOU:2015:55 att det är anmärkningsvärt att kurser som berör mäns våld mot kvinnor inte är obligatoriska i utbildningar till yrken där studenterna i sitt arbete kommer att möta våldsutsatta kvinnor och barn. Regeringen avser därför att ändra examensbeskrivningarna i högskoleförordningen (1993:100) och införa obligatoriska kurser som berör mäns våld mot kvinnor och våld i nära relation i dessa utbildningar (Regeringens skrivelse 2016/17:10).

Vidare vill regeringen genom sin strategi hitta effektiva åtgärder för att förebygga våldet samt arbeta för att våld som redan ägt rum inte skall upprepas. Regeringen menar att alla verksamheter som i samhället kan komma i kontakt med våldsutsatta kvinnor, behöver bli bättre på att upptäcka det (Regeringens skrivelse 2016/17:10). En annan åtgärd som beskrivs i den framtagna strategin är att arbetet för att förebygga våldet behöver vara mer samordnat än vad det är idag och att kunskapen hos de yrkesverksamma som möter våldsutsatta kvinnor behöver bli bredare. Regeringen behöver ta till åtgärder på en central nivå, för att kunna ge varje landsting och kommun möjlighet till ett välfungerande samarbete mellan samhällsaktörer på olika nivåer. Hälso- och sjukvården beskrivs som en viktig aktör i samhället gällande arbetet mot mäns våld mot kvinnor (Regeringens skrivelse 2016/17:10).

Regeringen har i budgetpropositionen föreslagit att 600 miljoner kronor mellan åren 2017-2020 ska gå till olika åtgärder som är kopplade till ovannämnda strategi. Dessa 600 miljoner kronor är utöver en satsning där regeringen avsätter 425 miljoner kronor för att ge stöd till kvinnojourer mellan åren 2015-2019 (Regeringens skrivelse 2016/17:10: 126). Sveriges regering har vidtagit flera åtgärder för att öka möjligheten att upptäcka våldsutsatthet inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Bland annat fick NCK år 2008 i uppdrag att ta fram förslag på hur man bättre kan upptäcka kvinnor som är utsatta för våld. Några år senare, år 2012 fick Socialstyrelsen i uppdrag att vidareutveckla arbetet med att upptäcka våldsutsatta

kvinnor. När uppdragen har genomförts har det tagits fram olika förslag och rekommendationer. En av rekommendationerna är att alla kvinnor som kommer till mödrahälsovården bör få frågan om våldsutsatthet. Det är dock oklart vad dessa förslag och rekommendationer har lett till och det togs ett regeringsbeslut den 22 oktober år 2015 om att kartlägga omfattningen och genomförandet av våldsscreening inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården (Regeringsbeslut 11:2 2015)

2.4 Lagstiftning

Historiskt sett har mannen alltid varit den som styr i hemmet, han har även enligt lagstiftning haft tillåtelse att använda sig av husaga och utöva våld mot hustru, barn och andra som bodde i hemmet. Första lagändringen på vägen mot en fri och självständig kvinna kom år 1734, då förbjöds män att aga sin fru i sådan omfattning att kvinnan allvarligt skadades eller avled. 130 år senare, år 1864, blev det förbjudet för mannen att utöva våld mot sin hustru och husagan avskaffades. År 1915 kom första möjligheten för kvinnor att ta sig ur äktenskap, dock med restriktioner. År 1965 förbjöds våldtäkt inom äktenskapet, år 1982 blev kvinnomisshandel placerat under allmänt åtal och år 1988 kom lagen om kontaktförbud. År 1998 antog regeringen betänkandet kvinnofridsreformen vilket ledde till att lagstiftningen skärptes ytterligare, bland annat infördes brottet grov kvinnofridskränkning i brottsbalken och begreppet våldtäkt kom att omfatta all sexuell kontakt som varit påtvingad (Eliasson, Ellgrim & Sveriges kommuner och landsting 2006: 12, 14).

Det finns idag en stark lagstiftning i Sverige vars syfte är att skydda våldsutsatta kvinnor. Mycket av det våld som förekommer är olagligt och lagstiftningen har förändrats för att ytterligare kunna skydda våldsutsatta (SOU 2015:55: 207). Som tidigare nämnts konstateras det i SOU 2015:55 att lagstiftningen som finns idag till stor del är tillräckligt bra för att kunna arbeta mot mäns våld mot kvinnor vad gäller att förebygga, synliggöra och vidta åtgärder. För att nå en förändring och minska mäns våld mot kvinnor krävs således en förändring av hur rådande lagstiftning tillämpas. För att till fullo utnyttja den lagstiftning som finns krävs även en förändring av berörda verksamheters resurser, prioriteringar och kunskap (SOU 2015:55: 207).

2.5 MVC

Enligt 1177 vårdguidens hemsida arbetar MVC med vård under graviditet, preventivmedelsrådgivning, gynekologisk cellprovtagning och sjukdomar som smittar via sex. På MVC arbetar både barnmorskor och läkare. Besöken på MVC under graviditet är

kostnadsfria och frivilliga. MVC erbjuder fosterdiagnostik och vård för att kontrollera att den gravida kvinnan och det ofödda barnet mår bra genom exempelvis kontroll av blodtryck, urinprov, barnets hjärtljud och tillväxt. MVC erbjuder även föräldrastöd i form av exempelvis föräldrautbildningar och föräldragrupper under graviditeten (Friedmann 2015).

Ett annat uppdrag mödrahälsovården i Sverige har, är att främja hälsa samt förebygga ohälsa och risker för både den gravida kvinnan och det ofödda barnet under och strax efter graviditeten (Socialstyrelsen 2014b). Statens folkhälsoinstitut (årtal saknas) menar i sin folder *Alkoholfri graviditet Kvalitetssäkring av arbetet inom mödrahälsovården* att barnmorskorna, tack vare att de träffar den gravida kvinnan många gånger under en graviditet, har möjlighet att skapa en relation till henne. Detta möjliggör att barnmorskan kan prata med den gravida kvinnan om ämnen som annars inte hade gått att prata om.

2.6 Att ställa frågor om våld - Våldsscreening

Av Socialstyrelsens (2014a: 7) rekommendationer till hälso- och sjukvården framgår att alla kvinnor som besöker mödrahälsovården bör få frågor som berör erfarenheter av våld.

Socialstyrelsen grundar denna rekommendation på forskning de tagit del av som visar att rutinfrågor inom mödrahälsovården ger stora möjligheter till att upptäcka våldsutsatthet hos kvinnor. Dock framkommer det enligt Socialstyrelsen (2014a) att det inte räcker att bara ställa frågor om våld. Om det saknas strategier hos personal för att följa upp och hänvisa de våldsutsatta vidare till rätt instans, så kommer inte heller våldsutsattheten minska

Socialstyrelsen (2014a: 17) lyfter att en av anledningarna till att personal inom hälso- och sjukvården inte alltid ställer frågor om våld kan vara att det saknas kunskap hos personalen. Socialstyrelsen menar att det därför är av stor vikt att personal inom hälso- och sjukvården ges möjlighet att få adekvat kunskap om våld och våldsutsatthet. Socialstyrelsen rekommenderar att personal inom hälso- sjukvården genom utbildning ska få övergripande kunskaper om våld i nära relationer, om vilket ansvar de har gentemot våldsutsatta, om hur de ska bemöta våldsutsatta samt kunskaper om vilka verksamheter i samhället som ger stöd till dem som utsätts för våld. Vidare rekommenderar Socialstyrelsen också att utbildningen ska ge personal verktyg för att kunna se tecken på våldsutsatthet samt kunskap om när och hur man ska ställa frågor om våld.

Socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2014:4) ger varje enskild vårdgivare möjlighet att själva utforma sitt arbete med våldsutsatta och barn som upplevt våld. Av riktlinjerna framgår att vårdgivarna själva ansvarar för att ta fram rutiner kring kvalitetsarbetet och våldsscreeningen.

Västra Götalandsregionen (2015) har tagit fram regionala riktlinjer gällande våldsscreening av våld i nära relationer. Av riktlinjerna framgår att man på MVC och BVC *bör* fråga kvinnor om våld. Riktlinjerna antogs 2015 och är gällande fram till oktober 2017. Syftet med riktlinjerna är att kunna identifiera och erbjuda stöd till fler patienter som är eller har varit utsatta för våld i nära relationer. I riktlinjerna framgår att gravida kvinnor är en grupp som anses vara extra sårbara när det gäller våldsutsatthet, det är därför viktigt att vara extra uppmärksam. För att kunna bemöta de våldsutsatta krävs det kunskap om de behov som kan uppstå vid eventuell våldsutsatthet.

Av ovan beskrivna riktlinjer framgår att det är viktigt att våldsscreeningen genomförs när patienten är ensam och inte när exempelvis en partner är närvarande. För att den som är utsatt ska söka hjälp krävs det att den professionellas bemötande är gott, att den som berättar om våldsutsatthet ges utrymme att prata samt att dennes berättelse tas på största allvar. I riktlinjerna presenteras också några faktorer som kan indikera på att en kvinna är utsatt för våld. En av dessa faktorer är en partner som upplevs vara kontrollerande. Dessa skall vårdgivaren vara extra uppmärksam kring. Om en patient berättar om våldsutsatthet finns det i riktlinjerna uppmaningar om att den professionella skall göra en riskbedömning, informera om vilket stöd och hjälp som finns och ge patienten information om hur våldet patienten utsätts för kan påverka hälsan och barnet.

3. Tidigare forskning

I det här kapitlet redogör vi för en del av den forskning som är aktuell inom det valda ämnet. Forskningen har vi funnit genom att söka i Göteborgs universitetsbiblioteks databas och på NCK:s hemsida. I sökningarna har vi använt oss av begrepp så som våld, graviditet, MVC, våldsscreening och barnmorskor, på både svenska och engelska. Den tidigare forskningen visar till viss del även på utgångspunkten för vår egen studie. Vi har funnit relativt mycket forskning på ämnet vilket kan tänkas visa på att ämnet är relevant att studera inom socialt arbete.

Kapitlet är uppdelat i fyra olika delar. Inledningsvis beskrivs forskning om våldsutsatthet under graviditet. Det omfattar forskning om kvinnors upplevelser av våld under graviditet och våldets konsekvenser för kvinnan och det ofödda barnet. I avsnitt 3.2 presenteras forskning om kvinnors upplevelser av att bli tillfrågade om våld, eller av att inte bli tillfrågade. Här presenteras forskning som berör "alla" kvinnor och forskning som är inriktad på gravida och våldsutsatta kvinnor. I det tredje avsnittet 3.3 presenteras forskning som berör barnmorskor och deras upplevelser av att fråga om våld, samt forskning som visar på hur viktig MVC är som en instans för våldsscreening. I avsnitt 3 presenteras de kunskapsluckor uppsatsen ämnar fylla.

3.1 Våldsutsatthet under graviditeten

Flera tidigare studier visar att kvinnor som blivit utsatta för våld före sin graviditet löper större risk att utsättas för våld även under graviditeten. I en brittisk studie om att rutinmässigt fråga om våld på MVC kunde Bacchus et al. (2004) se att kvinnor som blivit utsatta för våld före sin graviditet löpte större risk att utsättas för våld även under graviditeten. Den ökade risken var något som också visade sig i en svensk studie om gravida kvinnors erfarenhet av våldsutsatthet i Sverige som är gjord av Stensson (2004). Stensson (2004) kom fram till att 2,8 % av kvinnorna varit utsatta för våld av en närstående någon gång under året innan, eller under graviditeten. 1,3 % berättade att de utsattes för våld under sin graviditet och fram till efterkontrollen, alltså efter att barnet fötts. Ytterligare en svensk studie om våldsutsatthet under graviditeten av Finnbogadottir (2014) visar att det är vanligt att en kvinna som tidigare utsatts för våld även utsätts för våld under sin graviditet. 35,5 % av kvinnorna i studien uppger att de blivit utsatta för våld någon gång under livets gång och 34,5 % uppger att de blivit utsatta under graviditeten. Detta innebär att nästan lika många kvinnor uppger att de varit utsatta för våld innan som under graviditeten.

Stensson (2004) poängterar att det troligen finns ett stort mörkertal då många kvinnor väljer att inte berätta om våldsutsatthet. En del kvinnor fanns det inte heller någon möjlighet att fråga på grund av att mannen var med under varje besök, vilket också kan vara en bidragande faktor till att fler inte uppgav att de var utsatta för våld. Vidare skriver Stensson (2004) att hon tagit del av andra studier som visar på att det i de fall då våldet upphör under graviditeten, är risken stor att våldet återupptas efter graviditeten.

I en svensk studie om kvinnors erfarenheter av att vara utsatta för våld under graviditeten visar Edin et al. (2010) att graviditet inte kunde ses som ett skydd mot våld. I 5 av 14 graviditeter som undersöktes var graviditeten snarare en utlösande faktor för våld, eller om våldet upphört sedan tidigare återupptogs det under graviditeten. I de övriga undersökta graviditeterna pågick våldet fortlöpande under graviditeten och i vissa fall blev våldet även grövre. Det våld kvinnorna utsattes för under graviditeten var fysiskt, sexuellt och psykiskt. Likt Edin et al. (2010) kommer även Finnbogadottir (2014) fram till att graviditeten kan vara en utlösande faktor för våld. Resultaten i studien visar att 2,5 % uppger att de blivit utsatta under den pågående graviditeten och av dessa uppger 39,5 % att de blivit utsatta för våld för första gången under just denna graviditet.

En del av de kvinnor som deltog i Edin et al. (2010) vittnade om att de vart utsatta för grovt våld. Det kunde vara grovt fysiskt våld, sexuellt våld och/eller hot om grovt våld. Några av kvinnorna vittnar om att deras partner utsatt dem för grovt fysiskt våld i form av slag, sparkar eller hopp mot buken. En av kvinnorna berättar att hennes partner sparkade henne i magen när hon inte diskat som han förväntat sig. I en svensk studie om kvinnors våldsutsatthet under graviditeten av Widding Hedin (1999) kom man fram till att gravida kvinnor som utsätts för våld oftast blir utsatta på överarmar, underarmar samt kring ansiktet och nacke. De två studierna presenterar två olika resultat. Edin et al. (2010) lyfter fram berättelser om det grova våld några av kvinnorna varit utsatta för medan Widding Hedin (1999) presenterar det vanligaste fysiska våldet. Även om våldet vanligtvis riktas mot överarmar, underarmar och kring ansikte och nacke visar Edin et al. (2010) på att det även förekommer grovt våld som riktas direkt mot magen och det ofödda barnet.

Edin et al. (2010) visar att, förutom det sexuella våldet, upplevde kvinnorna det psykiska våldet som värst. Några vittnar om att deras partner hotat att döda dem eller kidnappa barnet.

Majoriteten av kvinnorna hade fått kommentarer om hur värdelösa de var som föräldrar och att barnet var oönskat och ett misstag. Kvinnorna uppgav vidare hur dessa nedvärderande kommentarer och den psykiska misshandeln påverkade deras självkänsla mycket negativt. Många av kvinnorna berättade att deras partner behandlade dem som ägodelar och kontrollerade dem. De flesta av kvinnorna upplevde också att den våldsutövande partnern inte var stöttande under graviditeten. Partners agerande fick kvinnorna att känna sig ensamma, isolerade, olyckliga, maktlösa och trötta. Bacchus et al. (2004) kom fram till att våld mot en gravid kvinna påverkade både den gravida kvinnan men också barnet negativt. Widding Hedin (1999) menade i sin studie att våldet även påverkade barnet i magen. Detta visade sig genom att man mätte barnets hälsa vid födseln utifrån ett poängsystem en och fem minuter efter födseln. De barn vars mödrar varit våldsutsatta under graviditeten hade betydligt lägre hälsopoäng än de barnen vars mödrar inte varit utsatta. Ovannämnda studier visar hur våldet mot den gravida på olika sätt har negativt påverkan på både den gravida kvinnan och det ofödda barnet.

Edin et al. (2010) återger kvinnornas beskrivningar av sina relationer och hur de upplevde det att leva i en relation med en våldsutövande partner. Kvinnorna berättade att deras kärlekshistoria började precis som vilken som helst. Drömmen om den kärleksfulla relationen fanns kvar men några av kvinnorna beskriver istället sitt liv som våldsutsatt i nära relation som en mardröm eftersom att våldet alltmer genomsyrade både relationen och livet. Vidare berättar kvinnorna att de inte visste när och var de skulle bli utsatta, det kunde vara småsaker som gjorde deras partner så arg att han slog till henne. Kvinnorna beskriver detta som att gå och vänta på en bomb som skall explodera eller att åka med i en oförutsägbar berg- och dalbana. De visste att partnern någon gång kommer att utsätta dem för våld, men de visste inte exakt var och när. Många kvinnor berättar om hur de efter hand lärde sig vad som var utlösande faktorer för våld och började undvika dessa. Det kunde exempelvis vara att bete sig på ett visst sätt eller säga en viss sak. Vissa av kvinnorna tog sig ur relationen och andra stannade kvar. De som stannade kvar var noga med att inte visa någonting utåt, varken för barnmorskor eller för andra, vissa av dem väntade på rätt tillfälle för att kunna lämna sin partner.

3.2 Kvinnors upplevelser av att bli tillfrågade

Stensson (2004) undersökte även i sin studie hur gravida kvinnor upplevde att bli tillfrågade om våld av sin barnmorska på MVC. I studien svarade 879 av 1039 deltagare på en öppen

fråga om hur de upplevde det att bli tillfrågade om våld. 80 % av dem svarade att de enbart upplevde det positivt, 12 % ställde sig neutrala, 5 % upplevde det både positivt och negativt samtidigt som 3 % upplevde att det var obehagligt och negativt att bli tillfrågade. När svaren jämfördes med frågorna om våldsutsatthet visade resultatet att de flesta av de kvinnorna som varit utsatta för våld ställde sig positiva inför att bli tillfrågade om våldsutsatthet, trots att frågan i vissa fall väckte obehag hos dem.

I studien av Edin et al (2010) framgår att deltagarna inte hade några bra och givande erfarenheter av sin relation till barnmorskan under graviditeten. Ingen av kvinnorna hade blivit frågade om våld och besöken på MVC beskrevs snarare som situationer och möten där kvinnorna dolde sin utsatthet. Ett fåtal av kvinnorna berättade att deras barnmorska var medveten om utsattheten men bara en av dem kände att det var till hjälp för henne. Kvinnorna dolde sina blåmärken och berättade ingenting för sin barnmorska av flera anledningar. Dels ville de hålla uppe en fasad utåt för att ingen skulle få reda på att just de var våldsutsatta. De höll också uppe en fasad gentemot sin barnmorska för att de inte kände sig tillräckligt trygga med att prata med hen om sin situation. Vissa av kvinnorna ville inte berätta för barnmorskan eftersom att hen stod för auktoritet och det skapade en rädsla och osäkerhet kring vad som skulle hända om barnmorskan fick reda på det. Kvinnorna hade olika strategier för att undvika att avslöja sin utsatthet, vissa kom på lögnen om sina blåmärken medan andra undvek att dyka upp på besöken.

I en rapport från socialstyrelsen (2002) om våldsscreening på ungdomsmottagningar och MVC framkommer det att 90 % av kvinnorna ställer sig positiva till att få frågan om våld. Ungefär 20 % av de kvinnor som blev tillfrågade uppgav att de varit, eller är, utsatta för våld. Några av de kommentarer som presenteras i rapporten säger att det är bra att man frågar för att det är viktigt att upptäcka kvinnor som är utsatta för våld. Det är också flera som har kommenterat att de tror att frågan är viktig eftersom många kvinnor troligtvis själva har svårt att ta upp ämnet och att det därför krävs att personalen frågar. I rapporten framgår också att de flesta som svarat på enkäten uppger att de har ett gott förtroende för de båda verksamheterna som undersökts.

Kvinnorna som deltog i Stensson (2004) var till stor del positivt inställda till att bli tillfrågade om våld, även de kvinnor som varit utsatta, trots att det kunde väcka obehagskänslor. Även i socialstyrelsens rapport (2002) visade det sig att majoriteten av kvinnorna, inklusive de som

är eller har varit utsatta, ställde sig positiva till våldsscreening. Som nämnt ovan berättar kvinnorna i Edin et al (2010) om hur de inte ville bli påkomna eller själva berätta om sin utsatthet. Det är dock viktigt att poängtera att de inte uppger att de tror det hade varit negativt för dem att få frågan, ovanbeskrivna studier säger därför inte helt emot varandra.

De få som i Edin et al (2010) hade en barnmorska som var medveten om våldsutsattheten hade till stor del inga bra erfarenheter av vad det ledde till för stöd och hjälp. Studierna ovan visar på att det är viktigt att fråga kvinnorna för att fånga upp dem då de inte berättar själva men det är nästan ännu viktigare att den gravida känner förtroende för sin barnmorska och får den hjälp och det stöd som hon behöver när hon tar sig mod att berätta. Till skillnad från Edin et al (2010) visar Socialstyrelsens rapport (2002) att kvinnorna har ett stort förtroende för verksamheterna. Det skiljer sig därmed i kvinnornas upplevda förtroende för verksamheten, vilket skulle kunna bero på att Socialstyrelsens rapport även frågar kvinnor som inte är utsatta och därmed inte upplever samma rädsla för vad som händer om någonting kommer fram som de våldsutsatta kvinnorna i Edin et al (2010) berättar om.

Stensson (2004) och Socialstyrelsen (2002) poängterar kvinnornas positiva inställning till våldsscreening. Samtidigt skriver Edin et al. (2010) att utsatta kvinnor inte hade tillräckligt med förtroende för sin barnmorska för att berätta om sin utsatthet. Dessa olika forskningsresultat kan ses som tvetydiga, dels att kvinnor är positiva till att bli tillfrågade men också att det finns en osäkerhet hos våldsutsatta kvinnor att anförtro sig till barnmorskorna.

3.3 Att fråga om våld på MVC och barnmorskornas upplevelser av att fråga

I Bacchus et al. (2004) framkommer det att MVC är en viktig verksamhet när det kommer till att identifiera våldsutsatta kvinnor och att rutinmässiga frågor är nödvändiga. Vidare visar resultaten att införandet av screeningfrågor, alltså att rutinmässigt fråga gravida kvinnor om våld, ökar chanserna för att identifiera våldsutsatthet. Bacchus et al. (2004) menar att om inte kvinnorna blir direkt tillfrågade om våld är chansen minimal att de utsatta kvinnorna själva kommer att berätta om våldet. I resultatet går det även att se att utan utbildning hos barnmorskorna i att rutinmässigt fråga om våld så finns det en osäkerhet när det gäller att ställa frågorna, vilket gör att frågorna ofta uteblir.

Även i Stensson (2004) framkommer det att MVC är en viktig instans när det gäller att identifiera våldsutsatthet hos kvinnor. Stensson hävdar att det i allra högsta grad ingår i

MVC:s mål och riktlinjer att identifiera och förebygga våldsutsatthet hos den gravida kvinnan. I enlighet med Bacchus et al.(2004) påtalar även Stensson att det krävs utbildning hos barnmorskorna i att ställa frågor om våld.

I likhet med Bacchus et al. (2004) visar Edin och Högbergs (2002) studie att barnmorskorna föredrog att använda sig av rutinmässiga frågeformulär när det gällde frågor om känsliga ämnen. Barnmorskorna i Edin och Högberg (2002) upplevde att de utan riktlinjer att använda sig av i sitt arbete saknade en trygg bas som stöd i arbetet med våldsutsatta gravida kvinnor. Barnmorskorna upplevde också att det var svårt att prata med kvinnorna om sin eventuella våldsutsatthet eftersom våldsutsattheten ofta är förknippad med skam och att många kvinnor ofta beskyller sig själva och skäms. För att barnmorskorna skulle fråga krävdes vidare att de hade en nära relation till sin patient och att det fanns tydliga anledningar till att fråga. Studien visade också att barnmorskorna många gånger försökte läsa mellan raderna i det som de gravida kvinnorna berättade, de var lyhörda och försökte upptäcka det som inte direkt sades under besöken. De kvinnor som var reserverade och verkade ovilliga att prata gavs mer tid och engagemang för att öka chansen att de skulle berätta om eventuell utsatthet.

Vidare visar Stensson (2004) att barnmorskorna upplevde hinder med att ställa frågor om våld på grund av ämnets svåra natur. Då barnmorskorna upplevde ämnet som känsligt ville de ha möjlighet att ställa frågorna i ett sammanhang, gärna i samband med att andra frågor om exempelvis livsstil och hälsa diskuterades. Flera av barnmorskorna upplevde att det var svårt att ha en rutin på när frågorna skulles ställas på grund av att mannen var välkommen vid samtliga besök. Barnmorskorna berättade även att det var frustrerande om de var tvungna att ställa frågorna sent i graviditeten eftersom de då ofta hade lärt känna mannen, vilket i sin tur gjorde det svårt att tänka sig att han skulle vara våldsam. Mannens närvaro nämns också som problematisk i Edin och Högbergs (2002) studie. Barnmorskorna i den studien menade att en riskfaktor de såg var att en manlig partner ständigt var närvarande och svarade på frågor som var riktade mot den gravida kvinnan. Detta gjorde att barnmorskorna funderade över mannens kontrollbehov och därför blev misstänksamma kring om kvinnan var utsatt för våld. Även i Socialstyrelsens rapport (2002) så nämns det att männens närvaro kan bli ett problem. Bland annat ansåg barnmorskorna att det vara en riskfaktor och något som väckte misstankar om våld, när en manlig partner som de upplevde kontrollerande ständigt var närvarande vid besöken.

Vidare uppmärksammar Stensson (2004) andra hinder till att barnmorskor frågar om våld. Ett sådant är att tiden inte alltid räckte till för att kunna ställa frågorna. Andra hinder är att arbetsuppgiften ibland föll i glömska eller att barnmorskorna fått motstridiga krav. Ytterligare hinder är svårigheter med språket samt att det ibland fanns förutfattade meningar om vem som kunde tänkas vara utsatt för våld. I Socialstyrelsens rapport (2002) beskrivs också olika hinder som barnmorskorna upplevde med att ställa frågor om våld. Precis som i Stenssons (2004) studie nämns tidspress som ett hinder. Flera barnmorskor upplevde att det kändes fel att ställa frågor om våld när de inte kände att de hade tid för att hantera ett eventuellt ja. Dock framkom det i studien att de barnmorskor som hade längre erfarenhet av att ställa frågor om våld, inte upplevde tidspressen som ett hinder i samma omfattning.

Avslutningsvis drog Edin och Högberg (2002) i sin studie slutsatser om att barnmorskorna har mycket teoretisk kunskap och vill skydda kvinnorna så långt det går, men trots detta upptäcks väldigt få fall av våld gentemot kvinnorna. I relation till det menar Stensson (2004) i sin studie att det inte går att mäta MVC:s resultat av att fråga gravida kvinnor om våldsutsatthet genom att studera hur många som berättar om våld. Det handlar istället om hur många som faktiskt ges utrymme till att prata om sin utsatthet samt får medvetenhet om vilken form av stöd och hjälp som finns.

3.4 Kunskapsluckor uppsatsen ämnar fylla

Stensson (2004) och Edin et al. (2010) visar att våld under graviditet är någonting som pågår och skadar både den gravida och det ofödda barnet. Edin et al. (2010) visar även att graviditeten i sig inte är någonting som skyddar en kvinna från våld, i flera fall är det under just graviditeten som våldet startar. I vår studie ämnar vi inte att undersöka de gravida kvinnornas upplevelser av våldsutsatthet eller våldsscreening. Det är däremot en viktig bakgrund att ha med sig, eftersom denna studie syftar till att undersöka hur MVC arbetar med att upptäcka dessa kvinnor.

Bacchus et al. (2004) och Stensson (2004) poängterar att MVC är en viktig instans när det gäller att identifiera och förebygga våldsutsatthet hos kvinnor. Vidare visar Bacchus et al. (2004), Edin och Högberg (2002) och Stensson (2004) att det finns en vilja hos barnmorskorna att på rutin ställa frågor om våld. Likt tidigare forskning ämnar denna studie

också att undersöka hur barnmorskor ställer sig till att genomföra våldsscreening. Det finns därmed en förhoppning om att utveckla kunskap inom området ytterligare.

Socialstyrelsen (2002), Stensson (2004) och Edin och Högberg (2002) lyfter mannens närvaro som ett eventuellt problem med våldsscreeningen. Vidare uppmärksammade Stensson (2004) och Socialstyrelsen (2002) även tidspress hos barnmorskorna som ett hinder till att ställa frågor om våld. Dessa studier presenterar olika hinder som finns till att ställa frågor om våld, det kan tänkas att det även i vår studie framkommer upplevda hinder hos barnmorskorna. Till skillnad från den tidigare forskningen är vårt syfte att undersöka barnmorskornas strategier för att ta sig förbi de hinder som eventuellt finns.

Vår studie ämnar likt tidigare presenterade studier, att undersöka barnmorskors upplevelser av att ställa frågor om våld till gravida kvinnor (Bacchus et al 2004; Edin & Högberg 2002; Stensson 2004; Socialstyrelsen 2002). Något som emellertid skiljer vår studie från övriga är att vi vill göra en djupare analys av barnmorskornas beredskap när det gäller våldsscreening på MVC, detta är någonting vi saknar i den tidigare forskningen. Vår studie är gjord regionalt, barnmorskorna som intervjuas arbetar samtliga inom Västra Götalandsregionen. Studien är gjord efter att Västra Götalandsregionen (2015) infört nya riktlinjer gällande våldsscreening, vilket också kan ses som en kunskapslucka att fylla, i synnerhet med tanke på att studien görs i en tid då riktlinjerna aktivt har beprövats.

4. Teoretiskt ramverk och begrepp

I detta kapitel presenteras den teori och de teoretiska begrepp som kommer stå till grund för vår analys av studiens empiri. Analysen kommer till stor del att utgå ifrån teorin om "street-level bureaucracy" som myntades av Lipsky (2010) i *Street-level bureaucracy – dilemmas of the individual in public services* som först publicerades år 1980. Vi kommer också använda oss av en svensk översättning och tolkning av Lipskys teori som är skriven av Johansson (2007). Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) skriver om begreppet handlingsutrymme som är ett central begrepp i Lipskys teori och vi kommer använda oss av den för att djupare förklara begreppet. Andra teoretiska begrepp som används i analysen är begreppen yrkesroll, jämställdhetsdiskurs och avvikelседiskurs.

4.1 Gräsrotsbyråkrati

Enligt Lipsky (2010: 3) är en gräsrotsbyråkrati detsamma som en organisation inom den offentliga sektorn. Johansson (2007: 41) menar att de offentliga organisationerna är organiserade utifrån hierarkiska ordningar där olika grupper har olika funktioner och ansvarar för olika uppgifter beroende på var i den hierarkiska ordningen man befinner sig. Vidare menar Johansson (2007) att det är de som träffar och har direktkontakt med samhällsmedborgarna som befinner sig längst ner i byråkratin. Utifrån denna definition av en gräsrotsbyråkrati menar vi att MVC kan klassas som en sådan. Organisationen är utformad utifrån en hierarkisk ordning där lagar, förordningar och politiska riktlinjer är styrande. Varje MVC har en chef som ansvarar för mottagningen och Västra Götalandsregionen är de som ansvarar för att den vård som utförs på mottagningen håller hög kvalitet (Thor 2017). På mottagningen är barnmorskorna de som i störst utsträckning möter de gravida kvinnorna och de kan därför beskrivas som en grupp som befinner sig långt ner i den hierarkiska ordningen på MVC.

4.1.1 Gräsrotsbyråkrat

Lipsky (2010: 3) menar att det finns tre kriterier som definierar en gräsrotsbyråkrat, de ska vara offentligt anställda och ha direktkontakt med medborgarna samt ha ett visst handlingsutrymme. Yrkesgrupper som enligt Lipsky (2010: 3) kan ses som gräsrotsbyråkrater är lärare, poliser, socialarbete och vårdarbetare. Utifrån denna definition kan barnmorskorna ses som gräsrotsbyråkrater. En gräsrotsbyråkrats uppgift är att se till att utföra det som politiker har tagit beslut om (Lipsky 2010).

En utmaning inom gräsrotsbyråkratin och för gräsrotsbyråkraterna är att alla invånare ska ha rätt till samma vård, men samtidigt ska det vara möjligt att individanpassa vården i de fall där det är nödvändigt (Lipsky 2010: xii). De gravida kvinnorna som besöker MVC har alla rätt till likvärdig vård, samtidigt som de kan ha olika behov. Barnmorskorna kan därför tänkas behöva individanpassa vården vid behov och därför kan ovanstående teoretiska resonemang vara relevant för vår studie. Vidare menar Lipsky (2010) att en förutsättning för att kunna möta alla patienters olika behov är att personalen har fått utbildning och träning i hur de ska individanpassa vården. Detta kan dock bli problematiskt i arbetssituationer där gräsrotsbyråkrater begränsas utifrån sina arbetsuppgifter och tvingas hänvisa medborgaren till en annan instans.

Lipsky (2010) menar att det finns ett dilemma i att dels vara en representant för organisationen och följa dess krav och att samtidigt vara medmänniska. Uppdraget från organisationen kan ibland säga emot de personliga värderingar som gräsrotsbyråkraten har. Sett till denna studie är det möjligt att barnmorskorna kommer ge uttryck för liknande konflikt i sitt arbete.

Lipsky (2010: 29) menar att gräsrotsbyråkrater till stor del saknar resurser för att kunna utföra det arbete de förväntas att göra. Förutom tillräckligt med resurser menar Lipsky (2010) också att en god relation till klienten samt tillräckligt med tid är nödvändigt för att kunna utföra ett adekvat arbete. I vår studie kan detta bli relevant med tanke på att barnmorskan och den gravida kvinnan ofta träffas under en längre period vilket gör att det kan tänkas att en relation byggs upp. Fortsättningsvis menar Lipsky (2010) att gräsrotsbyråkrater ofta arbetar under tidspress vilket kräver att när beslut tas ska det göras skyndsamt. Sett till vår studie kan detta vara relevant, då det kan tänkas att barnmorskorna behöver agera skyndsamt vid upptäckt av våldsutsatthet.

Vidare menar Johansson (2007) att relationen mellan klient och gräsrotsbyråkrat är av stor vikt. Denna relation är många gånger ojämlig, för klienten är gräsrotsbyråkraten en viktig person medan gräsrotsbyråkraten ser sin klient som en i mängden. Fortsättningsvis menar Johansson (2007) att relationer som pågår under en längre tid tenderar att bli mer personliga och därmed blir klienten och gräsrotsbyråkraten mer jämlika.

4.1.2 Handlingsutrymme

Lipsky (2010) menar som nämnts ovan att en förutsättning för att klassas som gräsrotsbyråkrat är att en har ett visst handlingsutrymme. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) beskriver på olika sätt begreppet handlingsutrymme. De menar att handlingsutrymme inom offentliga organisationer betyder att personalen tillåts att själva agera, men endast inom de ramar som organisationen sätter. Handlingsutrymmet begränsar på vissa sätt gräsrotsbyråkraten, då hen behöver ta hänsyn till lagar och förordningar. Samtidigt öppnar handlingsutrymmet upp för valmöjligheter då det alltid finns ett visst utrymme för tolkning. Det finns alltid ett visst spelrum att tolka de regler och riktlinjer som organisationen sätter.

Vidare hävdar Svensson, Johnsson och Laanemets (2008: 25f) att man som gräsrotsbyråkrat kan välja att följa de riktlinjer som finns och använda riktlinjerna som en form av motivering till sina arbetsuppgifter gentemot klienten. Som tjänsteman inom offentliga organisationer kan gräsrotsbyråkraten också sätta sig emot de riktlinjer som finns, genom att exempelvis försöka påverka chefer och andra inom organisationen att vidga det nuvarande handlingsutrymmet. Som tjänsteman har man även möjligheter att i ett bredare perspektiv arbeta för förändring, exempelvis genom att belysa frågan i allmänhet för att skapa debatt. En annan möjlighet man som tjänsteman har är att gå runt problemet som uppstått och själv finna en lösning, utan att påtala problemet (ibid). I denna studie kan barnmorskornas upplevelser av att fråga om våld, samt vilka strategier och vilken beredskap de har, betraktas som en del av deras handlingsutrymme.

4.2 Yrkesroll

Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) menar att en roll alltid är någonting som är socialt definierat men att begreppets betydelse varierar beroende på vilket teoretiskt perspektiv man utgår ifrån. En roll kan exempelvis betraktas som något som skapas i interaktionen mellan människor. Det kan även ses som något som är kopplat till det sociala systemet och dess förändringar. Roller kan även ses medföra vissa sociala förväntningar (Svensson, Johnsson och Laanemets 2008). Ytterligare ett sätt att se på roller är att individer intar en roll och spelar denna utifrån de sociala förväntningar rollen medför. Roller påverkar således människan i sociala samspel (Payne, 2008).

En yrkesroll är enligt Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) en social roll som får sin grund redan under yrkesutbildningen. Yrkesrollen påverkas av den organisatoriska kontexten där den yrkesutövande arbetar och det är först när man börjar arbeta som

yrkesrollen fullt utvecklas. Vidare menar Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) att yrkesrollen består av en kombination mellan individens personliga erfarenheter, den organisatoriska kontexten, klienten/patienten och professionen. I den organisatoriska kontexten påverkas yrkesrollen av olika regler och lagar. Barnmorskorna som deltar i vår studie arbetar i en specifik organisatorisk kontext, nämligen MVC. Barnmorskornas personliga erfarenheter, professionens samt verksamhetens förväntningar och patienternas behov kan vara relevant i syfte att förklara barnmorskornas inställning till våldsscreening. Yrkesrollen påverkas även, som nämnts, av individens personliga förväntningar men också av de förväntningar som samhället har på professionen. Individer har utrymme att tolka sin yrkesroll och därmed utforma den och sitt handlingsutrymme. En annan aspekt som påverkar yrkesrollen och dess utformning är arbetsgruppen samt de normer och värderingar som finns på arbetsplatsen (Svensson, Johnsson och Laanemets 2008).

4.3 Jämställdhetsdiskurs/avvikelsediskurs

Feministiska forskare har beskrivit en stark jämställdhetsdiskurs i Sverige enligt vilken jämställdhet mellan heterosexuella kvinnor och män är norm och etniskt svenska kvinnor förväntas vara självständiga (Brännvall 2016; Enander 2010; Wendt 2012). Enligt Enander (2010) förväntas kvinnor i Sverige lämna sin partner vid första slaget, gör inte kvinnan det, riskerar hon att betraktas som avvikande från normen om en jämställd fermitet. Det finns i samhället en föreställning om att kvinnor i Sverige ska känna till vikten av att lämna vid första slaget, de ska veta att det första slaget alltid följs fler och att det aldrig stannar vid "bara" ett slag. Om en kvinna stannar gör hon därmed inte det hon borde gjort som svensk, jämställd kvinna, vilket kan leda till en känsla av skam. Fortsättningsvis beskriver Enander (2010) att den upplevda skammen är genusrelaterad och kan bidra till att kvinnan känner att det är något fel på henne som inte lämnat mannen och därmed valt att leva i våldsutsatthet.

Genom ovanstående läggs ett ansvar hos kvinnan och det finns en vidd bild av att det skulle vara något fel på henne på grund av att hon tillåtit att våldet fortgått (Enander 2010). I relation till jämställdhetsdiskuren finns det en avvikelsediskurs där mannen som utövar våld betraktas som motsatsen till den vanliga mannen och ses som avvikande normaliteten, för att han utsätter sin partner för våld (Lundgren 2011). Wendt (2012) menar att dessa två diskurser bidrar till att mäns våld mot kvinnor förminskas, det är inget utbrett problem då det endast berör de andra och inte ingår i normen i det jämställda Sverige.

Jämställdhetsidealet i Sverige kan vara av betydelse för att få en förståelse för barnmorskornas strategier till att genomföra våldsscreening, eventuella hinder eller svårigheter kan möjligen betraktas som en del av jämställdhetsdiskursen.

5. Metod och metodologiska överväganden

I detta kapitel beskrivs hur vi gått tillväga för att genomföra studien. Vi motiverar inledningsvis varför vi valt att göra kvalitativa intervjuer. Vi presenterar därefter hur urvalsprocessen gått till, hur intervjuerna genomförts samt hur vi gått tillväga när vi arbetat med den insamlade empirin. Vidare redogörs våra etiska överväganden och hur vi reflekterat kring dessa. Därefter presenteras vår förförståelse och dess tänkta påverkan på studien. Avslutningsvis diskuteras studiens tillförlitlighet utifrån tillvägagångssättet.

5.1 Metodval

Redan tidigt i forskningsprocessen var vi klara över att vi ville skriva om våldsscreening. Vi diskuterade att skriva utifrån MVC eller BVC och landade i att skriva om MVC och graviditet. Vad vi faktiskt ville veta var avgörande för vårt metodval. En kvantitativ metod med enkätundersökning tänkte vi var lämplig om vi ville få en bredare förståelse och få empiri som var inriktad på omfattningen av våldsscreeningen. Genom kvalitativa intervjuer tänkte vi att vi skulle kunna få en djupare förståelse för barnmorskors upplevelser och förhållningssätt till våldsscreening. I inledningen till sin bok om kvalitativa intervjuer som forskningsmetod skriver Kvale och Brinkmann (2014: 15) ”Om man vill veta hur människor uppfattar sin värld och sitt liv, varför inte prata med dem?”. Detta tankesätt ligger till stor grund för vårt val av kvalitativa intervjuer. Vidare menar Kvale och Brinkmann (2014: 17) att det är genom intervjupersonernas erfarenheter som förståelse skapas. David och Sutton (2015) menar att en kvalitativ intervju kan genomföras på flera olika sätt, vi valde att genomföra intervjuerna ansikte mot ansikten.

En intervju kan vara kvantitativ eller kvalitativ beroende på hur frågorna ställs: en intervju som består av öppna intervjufrågor som ger intervjupersonen ett visst utrymme att svara kallas för kvalitativ intervju (David och Sutton 2015). Vi valde att genomföra semistrukturerade intervjuer och formulerade intervjuguiden därefter. Intervjuguiden (se bilaga 3) utgår ifrån olika teman som varit utgångspunkt för formuleringen av frågor. Hur man använder temana och frågorna under intervjun kan variera, antingen följer man dem eller har dem som stöd (David och Sutton 2015). Hur formuleringen av intervjuguiden gick till kommer att förklaras djupare i avsnitt 5.3 ”Intervjuguide”. Vidare kan studien beskrivas som induktiv då vi har utgått från vår empiri snarare än från något förbestämt. Kvale och Brinkmann (2014) menar att en forskare som ämnar göra en induktiv studie försöker att närma sig materialet förutsättningslöst och låter empirin tala för utformandet av analysen.

5.2 Urvalsprocess

Till en början låg fokus kring att välja population och målgrupp. Vi diskuterade att undersöka våldsscreening på BVC och/eller MVC. Om studien hade genomförts på BVC var vår tanke att vi kunde göra en mer könsneutral studie med fokus på våld i nära relationer, inte på mäns våld mot kvinnor i nära relationer. En studie på BVC hade också gett oss möjligheten att mer fokusera på barns utsatthet och hur arbetet för att skydda barnen ser ut. En studie på MVC skulle istället vara mer inriktad på den gravida kvinnan och våldsscreening av hennes utsatthet. Vi kom fram till att den populationen vi ville använda oss av var barnmorskor på MVC för att de gravida kvinnor är en målgrupp som intresserar oss båda och de flesta gravida kvinnor vänder sig dit. Enligt David och Sutton (2015) är detta, att välja population ett första steg i en forskningsstudie. Först efter att populationen är definierad kan urvalsprocessen starta. Anledningen till att vi valde barnmorskor, och inte kvinnor som varit gravida och fått frågan, var att vi ville fokusera på de som utför arbetet och deras förutsättningar och upplevelser. Att välja en grupp som kan tänkas ha mycket kunskap inom området och sedan använda dessa som sitt urval kan innebära att forskaren har en förståelse om vilken grupp hen anser bäst lämpad att delta (David & Sutton 2015).

För att få tag på barnmorskor att intervjua skickade vi förfrågan om deltagande och informationsbrev (se bilaga 1) till fyra olika chefer inom Västra Götalandsregionen. Tillsammans ansvarar de fyra cheferna för 13 stycken MVC. Vi lämnade också över informationsbrevet personligen till ytterligare tre MVC. I informationsbrevet framkom information om att vi studenter skulle återkomma för att höra om intresse till deltagande fanns. En av cheferna svarade direkt att det inte fanns tidsutrymme till deltagande och de övriga tog vi kontakt med via telefon en vecka efter att informationsbrevet mejlats ut. Det var vid det tillfället en chef som sa nej, en som vi inte fick tag på och de övriga skulle höra med sina arbetsgrupper och återkoppla eller önskade att bli kontaktade igen. Den första förfrågan resulterade i två intervjupersoner. I en andra urvalsprocess tog vi kontakt med ytterligare tre chefer som tillsammans ansvarar för sex stycken MVC inom Västra Götalandsregionen. Andra gången mejlade vi ut ett något redigerat informationsbrev, främst med ändrade datum för när vi önskade göra intervjuerna. I mejlet vi skickade ut lade vi också till ett litet ursäktande om att vi var medvetna om att det var kort varsel men att vi haft svårt att hitta intervjupersoner som kan delta. Förfrågan resulterade i ytterligare tre intervjupersoner. Vårt urval består av fem intervjupersoner och vi fann dem genom att göra en urvalsprocess som kan benämnas som ett tillgänglighetsurval. Detta eftersom vi intervjuade de barnmorskor som

under den korta tidsperioden vi hade att genomföra studien på var tillgängliga för deltagande. David och Sutton (2015) menar att ett tillgänglighetsurval ofta görs för att det är en enkel urvalsprocess att genomföra, nackdelen är dock att det är svårt att uppnå någon form av generaliserbarhet. En studie som byggs på ett tillgänglighetsurval är istället lämplig att använda för att beskriva just urvalet och inte att generalisera den på populationen.

Hur cheferna har frågat sina anställda har varierat och är ingenting som vi har haft kontroll över. Vissa barnmorskor har själva kontaktat oss för tidsbokning för intervjun och vissa tider fick vi av deras chefer. Det var också tydligt att barnmorskorna hade olika mycket kunskap om intervjun och intervjuens syfte på förhand. Detta kommer att diskuteras mer under avsnitt 5.8.1 "Samtycke" i kapitel 5 om forskningsetiska överväganden.

5.3 Intervjuguide

Intervjuguiden inleds med en sammanhangsmarkering, en presentation av oss studenter och syftet med vår studie. Intervjuguiden har även innefattat en genomgång av informationsbrev samt samtyckesblankett som intervjupersonerna fått skriva under. Sammanhangsmarkeringen innehöll också lite kort information om intervjuens disposition och tid samt inspelning och frivilligt deltagande. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är viktigt att en intervjuare inleder intervjun med en sammanhangsmarkering samt en presentation av sig själv. En presentation av intervjuaren kan bidra till att intervjupersonen får lättare att dela med sig av erfarenheter och känslor (ibid.).

Vi formulerade intervjufrågorna utifrån studiens syfte och frågeställningar. Från tidigare forskning fick vi inspiration till frågor att använda oss av. För att ge barnmorskorna möjlighet att relativt öppet berätta valde vi att använda oss av en semistrukturerad intervjuguide. Ett sätt att skriva en intervjuguide på är att tematisera den utifrån teman och delfrågor. Temana och frågorna kan vidare användas som en mall att följa genom hela intervjun eller som ett stöd att utgå ifrån under intervjuens gång (David & Sutton 2016: 114). Vi valde att använda oss av detta tillvägagångssätt. Vår intervjuguide inleds med fem inledande frågor som ställdes till alla för att användas som en bakgrund om barnmorskan. Frågor som är tänkta att ställas på samma sätt till alla intervjupersoner kallas för standardiserade frågor (David & Sutton 2016: 114). Resterande frågor är uppdelade i fyra olika teman som innefattar huvudfrågor, följdfrågor och stödfrågor. Dessa frågor är öppet formulerade i syfte att ge intervjupersonen

möjlighet att fritt kunna berätta om sina upplevelser. Denna typ av frågor kallas enligt David & Sutton (2016: 114) för ostrukturerade.

Vi har valt att avsluta intervjun med frågan "Har du något att tillägga?" Enligt Kvale och Brinkmann (2014: 171) är det bra att avsluta intervjun genom att fråga intervjupersonen om hen vill tillföra något mer, detta för att försäkra sig om att intervjupersonen har fått tala om det som hen avser att dela med sig av.

5.4 Genomförande av intervjustudien

Vi har genomfört fem intervjuer ansikte mot ansikten. Samtliga intervjuer har skett på barnmorskornas arbetsplats och de har pågått under 25-35 minuter. Tiden för intervjuerna höll sig inom ramen för den tid som angavs i informationsbrevet. När vi satte tidsramen valde vi att ange en längre tid än vi egentligen trodde var nödvändigt. Enligt David och Sutton (2015) är det bra att ha lite mer tid än det som är angivet i förväg utifall att intervjun skulle dra ut på tiden. Intervjuerna har spelats in på två tekniska enheter för att inte riskera att det blir tekniska problem som resulterar i att allt material försvinner. David och Sutton (2015) rekommenderar att man innan genomförandet av intervjun testar sin utrustning, något vi gjorde inför första intervjun. Under intervjuerna har vi båda varit delaktiga och närvarande, den ena av oss har lett intervjun och den andra har haft som uppgift att fokusera på följdfrågor som inte ställs samt stämningen under intervjun. Efter varje intervju bytte vi roller och båda fick på så vis hålla i intervjuer samt ha en iakttagande roll.

I de två första intervjuerna, som genomfördes samma dag, inledde vi med en genomgång av informationsbrev och samtyckesblanketten och sedan började vi ställa frågor. De tre andra intervjuerna inledde vi intervjuerna lite annorlunda. Informationsbrevet och samtyckeskravet var fortfarande en del av inledningen men vi informerade också kort om hur vi fattat intresse för frågan och vad det var som väckte intresset för att intervju just barnmorskor. Vår uppfattning är att de intervjuerna var lättare att genomföra och att intervjupersonerna delade med sig mer av sina erfarenheter och att det var en lättare stämning. Skillnaden i hur vi upplevde intervjuerna kan också ha påverkats av vår nervositet och trygghet. Inför de två första intervjuerna hade ingen av oss hållit i en liknande intervju vilket resulterade i att vi var nervösa och spända. Inför de senare intervjuerna hade nervositeten släppt och vi var tryggare vid genomförandet. David och Sutton (2015) menar att de första intervjuerna som genomförs

är givande för nya forskare och att man lär sig mycket om sig själv och vi tänker att detta är en av anledningarna till skillnaden i den upplevda känslan under intervjuerna.

Vi har börjat med att fråga intervjupersonerna hur länge de har arbetat som barnmorska och därefter fortsatt utifrån intervjuguiden. Hur intervjuerna har utvecklats har berott mycket på intervjupersonen. Vissa har börjat prata om sitt förhållningssätt, genomförande och upplevelse av våldsscreening redan i inledningen av intervjun. Vi har då gett dem utrymme att berätta och använt oss av intervjuguiden som en mall för vilka frågor vi vill ha svar på. Vissa intervjuer har vi följt intervjuguiden mer och har då försökt ställa mer följdfrågor och öppna frågor. I slutet av intervjun har vi som intervjuare stämt av med varandra och hört om vi missat någonting, eller om den som suttit och lyssnat har någon fråga som den vill ställa. Efter det har vi avslutat med att fråga om intervjupersonen har något att tillägga eller om det är något hon tänker att vi har missat att fråga.

5.5 Bearbetning av empirin

Tid för transkribering av intervjuerna har varit avsatt till dagen efter genomförande. Kvale och Brinkmann (2014) menar att genom att omvandla det som sägs i en intervju till skrift förloras viktiga delar, eftersom det inte går att ge uttryck för ironi, kroppsspråk eller olika gester i text. För att i största möjliga mån ta till vara på den icke-verbala kommunikationen valde vi att den som observerade intervjun, och som hade i uppgift att fokusera mer på stämningen i rummet, transkriberade intervjuerna redan dagen efter.

Vidare menar Kvale och Brinkmann (2014) att det inte finns några standardregler för hur en intervju skall transkriberas, det går att göra på olika sätt. Vissa väljer att ha med skratt och pauser samtidigt som andra väljer att utesluta det helt eller delvis. I vår studie har vi valt att transkribera ordagrant det som sägs och även tagit med när någon staplar sig eller säger exempelvis "Mm" eller "ehm". Vi har även lagt in pauser då det under samtalet har förekommit. Detta var något vi kom överens om innan vi påbörjade transkriberingen. Är det flera personer som transkriberar är det viktigt att redan innan komma fram till hur man ska göra, detta för att kunna jämföra de olika intervjuerna språkligt (Kvale & Brinkmann 2014). Som nämnt ovan valde vi att i transkriberingen skriva precis det som sades. När vi sedan har använt citat i uppsatsen så har vi däremot valt att skriva om det som sägs till korrekta meningar. Vi har tagit bort när intervjupersonen har sagt mhm, eller exempelvis harklat sig och satt punkter och kommatecken där det har passat sig skriftligt. Kvale och Brinkmann

(2014) hävdar att det som sägs i en intervju kan behöva omarbetas för att kunna göra en formell, skriftlig presentation.

5.6 Analysmetod

Att planera en intervju kan delas upp i sju olika steg och det är viktigt att redan tidigt i forskningsprocessen ta hänsyn till alla dessa. Ett av stegen är analysmetod och det kan vara bra att redan innan intervjun, utifrån syfte och ämne, fundera över lämpliga analysmetoder (Kvale & Brinkmann 2014). Vi valde tidigt att vi ville använda oss av en tematisk analys för att analysera vår empiri. En tematisk analys innebär att man genom materialet försöker finna djupare teman att analysera (David & Sutton 2015). Anledningen till att vi valde en tematisk analys var på grund av att det var den metod vi från början kände oss mest trygga med. Redan i intervjuguiden tänkte vi i olika teman vilket också gjorde att det kändes naturligt att sedan analysera materialet i teman som systematiskt växte fram.

Innan vi påbörjade analysen av vårt material lade vi ner mycket tid på att först lära känna materialet. Vi läste igenom intervjuerna noga och diskuterade det som sades. Vi strök under sådant som var gemensamt i de olika intervjuerna och kunde sedan systematiskt utläsa olika teman genom materialet. Vi valde att använda dessa teman som rubriker och fyllde sedan på rubrikerna med citat från de olika intervjuerna. I en tematisk analys är det viktigt att lägga ner mycket tid på att bearbeta sitt material för att olika teman ska framgå. Det är viktigt att inte komma på teman innan utan de teman man finner ska framkomma genom materialet (David & Sutton 2015). Vi försökte bortse från våra föreställningar om teman vi hade med oss ifrån när vi genomförde intervjuerna och var öppna för att finna nya teman, vilket vi också gjorde. Vi fann till slut tio olika teman i materialet som eventuellt skulle kunna svara på studiens frågeställningar.

5.7 Forskningsetiska överväganden

Syftet med kapitlet är att visa att och på vilket sätt vi har fört etiska resonemang och diskussioner. Vetenskapsrådet (2002) har fyra forskningsetiska principer som de kräver ska uppfyllas: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet. Vi har också tagit del av de fyra forskningsetiska principer som Kvale och Brinkmann (2014) lyfter fram som väsentliga: samtycke, konfidentialitet, konsekvenser och forskarens roll. Genom det kommande kapitlet presenteras hur dessa principer tagits hänsyn till under forskningsprocessen.

5.7.1 Studiens konsekvenser

Kvale och Brinkmann (2014) menar att man, innan en kvalitativ studie genomförs, bör väga studiens vetenskapliga fördelar mot eventuell skada deltagarna utsätts för. Detta var någonting vi funderade över tidigt i forskningsprocessen och var en av anledningarna till att vi valde att utgå ifrån professionellas upplevelser. Det hade varit intressant för oss att få reda på hur våldsutsatta kvinnor upplever det att bli tillfrågade. Vi valde dock att avstå från detta då vi ansåg att det hade kunnat skada kvinnorna mer än de haft nytta av studien. När vi istället har fokuserat på de professionellas roll tänker vi att vi inte vill åt några personliga upplevelser om våldsutsatthet eller liknande. Vårt syfte har varit att undersöka barnmorskorna som professionella och deras upplevelser av att genomföra en viss arbetsuppgift. Vår utgångspunkt har heller aldrig varit att vi vill "sätta dit" någon om de inte frågar, utan snarare att se hur de upplever det och vilka förutsättningar de har för att fråga. Empirin kommer inte analyseras på en allt för djup individnivå eftersom vi tänker att barnmorskorna agerar i en organisation och verksamhet där de har fått i uppdrag att genomföra vissa saker på ett visst sätt.

Vi tänker att möjliga konsekvenser av vår intervjustudie skulle kunna vara att barnmorskorna känner sig ifrågasatta eller kritiserade. Det är därför viktigt för oss när vi skriver att vi inte är kritiska mot barnmorskorna i sig utan att vi lägger fokus på att skildra deras upplevelser, erfarenheter och förutsättningar. Eftersom att vår studie är en c-uppsats kommer den kanske inte bidra till den vetenskapliga forskningen. Vad vi vet har det inte gjorts någon studie på barnmorskornas upplevelser inom Västra Götalandsregionen sedan 1999. Vi är också medvetna om att regeringen har beslutat att undersöka våldsscreeningen inom socialtjänsten och hälso- och sjukvården och vi tänker därför att studien kan ligga till grund för vidare forskning inom området. Eventuella fördelar med studien är att den kan visa hur man kan förbättra våldsscreeningen i de fall det behövs. Vad de barnmorskor som deltagit ser som viktigt i samband med genomförandet av våldsscreeningen kan också ses som en fördel med studien. Vår förhoppning är att studiens resultat, trots sin storlek och omfattning, kan uppmärksamma ämnet och på så sätt leda till en förbättrad våldsscreening där fler kvinnor får möjlighet att berätta om sin utsatthet. Därmed hoppas vi att intervjupersonerna på ett eller annat sätt kommer ha nytta av deltagandet.

5.7.2 Informerat samtycke

Vetenskapsrådet (2002) framför att informationskravet syftar till att intervjupersonen tillges information om studien samt att deltagandet är frivilligt. Vi skickade ut ett informationsbrev till chefer på MVC och lämnade en del informationsbrev direkt till en rad

mödravårdscentraler. I informationsbrevet var vi tydliga med att informera om studiens syfte, att deltagandet var frivilligt, att deltagandet när som helst kunde avbrytas samt rätten till konfidentialitet och anonymitet. David och Sutton (2015: 119) menar att det är viktigt att urvalspersonerna redan i förväg blir informerade om konfidentialitet, informerat samtycke samt rätten att ta tillbaka sitt deltagande.

Vi förde många resonemang kring om det eventuellt kan ha påverkat samtycket i de fall vi valde att skicka mejl till cheferna och inte direkt till barnmorskorna. Sjöström (2012) menar att chefer inom organisationer kan ses som grindvakter. En fördel han nämner är att man genom att kontakta en chef kan få ett snabbt beslut. Det kan dock finnas nackdelar, som forskare vet man inte om intervjupersonerna verkligen ställer upp helt frivilligt eller om det är chefen som på något sätt har påverkat intervjupersonens deltagande, samt vilka inom verksamheten som ska delta.

Vi reflekterade kring om vi kunde försäkra oss om att barnmorskornas deltagande i studien var frivilligt. Vi kom fram till att vi inte kunde vara helt säkra i den frågan och beslutade oss därför för att, så långt det gick, se till att intervjupersonerna kände att deltagandet var frivilligt. En del i detta var att använda oss av en samtyckesblankett (se bilaga 2) för det informerade samtycket. Vi var medvetna om att Göteborgs Universitet inte krävde en samtyckesblankett när det gällde intervjuer med professionella. Vi ansåg dock att genom att personligen ge en samtyckesblankett med bland annat information om studiens syfte och att deltagande i studien var frivilligt, kunde vi känna en större trygghet i att informationen verkligen nått fram. Vi ville alltså försäkra oss om att det var just intervjupersonen i fråga som på eget bevåg samtyckt och vi såg då en fördel med att de på plats fick läsa igenom blanketten och på egen hand skriva under. Genom samtyckesblanketten har vi också uppfyllt vetenskapsrådets samtyckeskrav som innebär att man som forskare ska erhålla deltagarens samtycke (Vetenskapsrådet 2002).

5.7.3 Konfidentialitet

Konfidentialitetskravet innebär enligt vetenskapsrådet (2002) att sådan data som kan identifiera intervjupersonen inte ska avslöjas av forskaren. Vidare menar David och Sutton (2015) att de är relevant att ge intervjupersonen information om begreppet konfidentialitet och vad det innebär i den specifika studien. I vår samtyckesblankett redogjorde vi för att intervjuerna skulle anonymiseras med avseende på namn, arbetsplats och andra uppgifter som kan avslöja deltagarens identitet. Vi informerade också

intervjupersonerna om att det skulle framgå i vilken region de arbetade men inte i vilken kommun. Av anonymitets- och konfidentialitetsskäl valde vi att avgränsa studien till Västra Götalandsregionen och inte en specifik kommun. Hade vi valt enbart en kommun hade det varit lättare att identifiera vilken MVC och vilken barnmorska som deltagit i studien.

När vi transkriberade vårt material valde vi att inte namnge intervjupersonerna med deras riktiga namn utan istället ge dem ett fingerande namn, genom att göra det minskar risken för identifikation avsevärt (David & Sutton 2015). I transkriberingen valde vi också att utesluta detaljer som eventuellt kunde avslöja arbetsplatsen, exempelvis om intervjupersonen nämnde vilken stadsdel de arbetade i eller en plats de arbetat på tidigare. Vi valde även att utesluta detaljer som vi ansåg privata och som hade kunnat leda till att barnmorskornas identitet avslöjades, exempelvis om barnmorskan berättar om sin egen familj och livssituation.

Något annat som för oss var viktigt för att inte avslöja identiteten på deltagarna var att vi var noga med hur vi förvarade vårt material. Vi kommer att förstöra anteckningar med namn och telefonnummer, då de inte längre är användbara och vi kommer att radera det inspelade materialet och mejl med deltagare och chefer så fort vi anser att det inte längre finns någon mening med att spara det. Under skrivandets gång har vi även varit noga med att inte nämna något som skulle kunna röja deltagarnas identitet då vi diskuterat uppsatsen i miljöer där andra kan tänkas ha hört.

5.7.4 Forskarens roll

Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är forskarens roll en viktig del av forskningsetiken. Med forskarens roll syftar författarna till forskaren som person vars värderingar och moral kan komma att påverka forskningen. Vi har varit medvetna om att vår förförståelse och våra värderingar kring just våldsscreening kan ha påverkat oss. Inte bara under intervjun utan även i skapandet av intervjuguide och planering inför intervjun. Vi har försökt att under intervjuerna vara öppna för att möta på någonting som motsäger oss och våra värderingar. Under några av intervjuerna fick vi höra berättelser som vi reagerade på utifrån vår kunskap om våldsutsatta kvinnor. Men detta var ingenting vi, vad vi är medvetna om, uppmärksammade under intervjun utan vi försökte istället ta in barnmorskornas upplevelser som var vårt syfte. Kvale och Brinkmann (2014) menar att det är viktigt att som forskare vara medveten om sin egen roll och sina egna värderingar samt ha kunskap om etisk teori för att kunna handla så etiskt som möjligt under intervjun. Kvale och Brinkmann (2014) menar vidare att man som forskare är delaktig i skapandet av kunskapen i en intervju. Det var därför

viktigt för oss vilken typ av frågor vi använde oss av, vi ville i största möjliga mån ha öppna frågor. Det var samtidigt viktigt för oss att ha en god ton och en trevlig stämning i rummet. Empirin är i vissa fall ett resultat av en dialog mellan intervjupersonen och intervjuaren och inte bara svar på våra frågor.

Som nämnts ovan ansåg vi det viktigt att ställa öppna frågor i intervjuerna, detta var dock något som vi också reflekterat över som ett etiskt dilemma. Vi visste inte vad frågorna skulle väcka för känslor hos intervjupersonerna och de öppna frågorna gjorde det svårt att förutsäga hur känsliga svaren skulle bli. Vilket i sin tur ledde till att det var svårt för oss att förbereda oss för hur vi skulle hantera de känslor som eventuellt skulle väckas. Lövgren, Kalman och Sauer (2012) menar att ett etiskt dilemma med just semistrukturerade intervjuer är att intervjuaren inte vet vad frågorna kommer leda till i förväg. Efter att vi reflekterat kring ovanstående kom vi ändå fram till att göra semistrukturerade intervjuer, med öppna frågor, mycket på grund att vårt syfte var att undersöka upplevelser, vilket hade blivit svårt att göra med slutna frågor. Detta var ännu en anledning till att vi i början av intervjun var noga med att redogöra för att intervjupersonen när som helst kunde avbryta intervjun, de ombedes att säga till om de upplevde frågorna för känsliga eller för svåra att svara på.

5.7.5 Nyttjandekravet

En etisk princip som inte nämns av Kvale och Brinkmann (2014) i samband med att de nämner ovanstående fyra principer, men som lyfts fram som en viktig aspekt av Vetenskapsrådet (2002) är nyttjandekravet. Nyttjandekravet innebär att den information om enskilda som samlas in enbart skall användas i forskningsändamål. Det material vi har samlat in under våra intervjuer har enbart använts i syfte att skriva uppsatsen och när uppsatsen är godkänd kommer detta material att raderas.

Vi vill avsluta detta avsnitt med att tilläga att vi under uppsatsens gång försökt hålla etiken levande. Vi har regelbundet diskuterat etiska dilemman och fört resonemang kring etiska frågor, något som vi hoppas har bidragit till ett välbefinnande hos våra intervjupersoner.

5.8 Förförståelse

I början av forskningsprocessen kom vi fram till att vi båda har social konstruktionism som epistemologisk utgångspunkt. Det kan ha påverkat uppsatsen på så sätt att vi menar att mäns våld mot kvinnor till stor del grundar sig i sociala konstruktioner om manligt och kvinnligt. Vi har under forskningsprocessens gång upptäckt att vi även utgår ifrån en feministisk förståelse

som innebär att vi kritiskt reflekterar kring makt och kön samt konstruktioner av femininet och maskulinitet. Våra teoretiska utgångspunkter tror vi har påverkat både val av ämne och uppsatsen som helhet. Vår medvetenhet om våra epistemologiska utgångspunkter har varit viktig då det resulterat i att vi ständigt reflekterat och diskuterat dess eventuella påverkan. Vi tycker dock att det är svårt att helt komma ifrån de teoretiska utgångspunkter som faller oss naturligt.

Något annat vi ansåg var viktigt att klargöra innan vi påbörjade vår forskningsprocess var vår syn på det valda ämnet. Vi båda har varit gravida och har personliga erfarenheter av att bli tillfrågade, eller inte bli tillfrågade om våld på MVC. Den ena av oss är aktiv på sociala medier och har där följt diskussioner om ämnet i föräldragrupper. Ämnet har även varit något vi diskuterat med vår omgivning. Erfarenheterna visar på att frågan ofta uteblir och att frågan ställs när kvinnan inte är ensam eller att frågan formuleras på ett sätt som gör att kvinnorna inte hade känt sig trygga med att berätta om de varit utsatta. När vi diskuterade våra erfarenheter kom vi fram till att de bidrog till en kritisk syn på hur våldsscreeningen i vissa fall genomförs. Vi har försökt vara så neutrala som möjligt i genomförandet av intervjuguide, intervjuer och uppsatsen över lag. Vi har varit öppna för att vår förförståelse varit felaktig och har sett det som positivt de gånger den blivit motbevisad.

5.9 Studiens tillförlitlighet

David och Sutton (2015) beskriver att begreppet validitet kan delas upp i två delar inom kvalitativ forskning, extern validitet och intern validitet. Extern validitet syftar till om det som studerats kan säga något om den övriga populationen, det vill säga om det finns någon generaliserbarhet i resultatet. Vi har intervjuat fem barnmorskor och vårt mål har inte varit att uppnå någon generaliserbarhet som kan säga något om alla barnmorskor i Sverige eller i regionen, utan syftet har varit att studera just deras upplevelser. Kvale och Brinkmann (2014) menar att forskaren genom en kvalitativ intervjustudie inte vill uppnå allmän generaliserbarhet. Om en kvalitativ intervju gjorts handlar istället generaliserbarheten om att resultatet av en viss intervju skall kunna generaliseras till andra, relevanta situationer. Den kvalitativa intervjun kan ge oss en analytisk generaliserbarhet vilket innebär att resultaten, efter tolkning av empirin, valda teorier samt relaterande till tidigare forskning, kan vara överförbart till liknande situationer. Intern validitet syftar till om forskaren har undersökt det hen ämnar undersöka och om resultatet avspeglar empirin, det intervjupersonen har berättat.

Barnmorskornas upplevelser av och förhållningssätt till våldsscreening har studerats vilket också var studiens ursprungliga syfte. Därmed anses studien ha en hög intern validitet.

Något som kan minska studiens tillförlitlighet är att vi som intervjuare är oerfarna av att intervjua, vilket kan tänkas ha påverkat intervjuskickligheten och därmed också hur intervjupersonerna har svarat. Kvale och Brinkmann (2014) menar att intervjuaren omedvetet kan påverka svaren intervjupersonen ger genom att inte känna till att det är av betydelse på vilket sätt frågorna ställs. Vi har dock försökt att förhålla oss till detta och förberedde oss innan intervjuerna genom att ta del av relevant litteratur, vilket gjorde att vi kände oss tryggare inför genomförandet av intervjuerna.

6. Resultat och analys

Empirin består av transkriberade intervjuer med fem barnmorskor som i dagsläget arbetar på MVC inom Västra Götalandsregionen. Barnmorskorna har olika lång erfarenhet av arbetet på MVC men de har alla varit utbildade barnmorskor i minst tio år. Några av dem har enbart arbetat på MVC medan andra även har erfarenhet från arbete på ungdomsmottagning och förlossningsavdelning. Från intervjuerna har det framkommit att barnmorskorna har olika kunskap och erfarenhet av våldsscreening. Vilket stöd barnmorskorna har, i form av riktlinjer och handlingsplaner i utförandet av våldsscreening, skiljer sig åt.

Kapitlet är utformat efter rubriker vi valt utifrån teman vi funnit i materialet. Kapitlet inleds med att vi återger barnmorskornas definition av begreppet våld. Därefter presenteras varje tema. Till att börja med presenteras de teman som handlar om barnmorskornas inställning till våldsscreening. Vidare presenteras de teman som syftar till barnmorskornas olika strategier vid genomförandet ut våldsscreeningen. Avslutningsvis presenteras de teman som berör barnmorskornas förutsättningar och den beredskap de har för att agera.

6.1 Barnmorskornas definition av våld

I inledningen av intervjuerna frågade vi barnmorskorna om hur de definierar våld.

Samtliga barnmorskor utgick ifrån en bredare definition av våld. De nämnde att våld kan vara fysiskt våld, psykiskt våld, kontroll och kränkningar. Flera av barnmorskorna lyfte också fram ekonomiska begränsningar som en form av våld och kontroll. En barnmorska definierar våld på det här sättet:

För oss är det all typ av våld eller begränsning, eller alltså vi frågar ju inte bara om man blir slagen, det handlar ju också om att man inte får göra det man vill. Det kan vara både fysiskt och psykiskt våld. Man blir begränsad, man får inte göra det man vill, man får inte gå i skolan, man får inte gå ut. (Alice)

Den definition barnmorskorna utgår ifrån är lik den definition från WHO (2002) som Socialstyrelsen (2016) har som utgångspunkt i sin handbok för våld som riktar sig till socialtjänsten och hälso- och sjukvården. Definitionen liknar även den vi själva använder som utgångspunkt för uppsatsen.

6.2 En Personlig glöd

Alla barnmorskor vi har intervjuat är positivt inställda till att våldsscreening genomförs på MVC och de lyfter fram att det är en viktig uppgift de har i sitt arbete. Flera barnmorskor beskriver att de har ett brinnande intresse för frågor som rör kvinnor och kvinnors rättigheter. En barnmorska svarar såhär på frågan om varför hon tycker att våldsscreening är viktigt:

Ja, jag har väl alltid brunnit för, det är därför jag jobbar med det jag jobbar. Jag har brunnit för kvinnor, att man ska ha rätt till sin egen kropp och sitt eget liv och inte bli nedtryckt av den man lever med. (Clara)

Barnmorskan berättar att anledningen till att hon arbetar som barnmorska är för att hon brinner för kvinnors rättigheter. Hon har utanför sin roll som barnmorska ett intresse för frågor som rör kvinnor och kvinnors rättigheter. En annan barnmorska säger så här om varför hon har en positiv inställning till att genomföra våldsscreening:

Jag jobbar ju med kvinnohälsa och det är ett ganska stort mörkertal och det är en stor fråga för familj, barn och hälsa. Det är saker som jag tycker är viktigt, som jag brinner för. (Lilly)

Gemensamt för ovanstående citat är att de båda barnmorskorna framför att de har ett personligt intresse för kvinnor och kvinnors rättigheter. Deras personliga intresse för just kvinnofrågor påverkar vad de känner inför sin yrkesroll och är enligt dem själva en stor anledning till varför de anser det viktigt att genomföra våldsscreening. Att det personliga intresset påverkar yrkesrollen kan betraktas genom rollteori. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008: 105) menar att ens egna förväntningar, normer och värderingar avspeglas i yrkesrollen. Författarna menar vidare att de motiv man har till valet av en yrkesroll även de påverkar hur man utövar sitt yrke. Det skulle kunna vara en förklaring till varför barnmorskorna anser att det viktigt att våldsscreening genomförs på MVC, då våldsscreening berör frågor som är viktiga för dem även utanför barnmorskeyrket.

Den tidigare forskning vi tagit del av säger att MVC är en viktig instans när det gäller att upptäcka våld samt att det ingår i deras mål och riktlinjer att genomföra våldsscreening (Stensson 2004). Vårt resultat visar att barnmorskorna själva tycker att det är viktigt att frågor

om våld ställs och att de anser det vara en viktig del i deras yrke. Den tidigare forskningen säger förvisso att det är viktigt att genomföra våldsscreeningen men det framgår emellertid inte att detta är barnmorskornas tankar om våldsscreening. Den tidigare forskningen (Socialstyrelsen 2002; Stensson 2004) undersöker främst hinder barnmorskorna upplever med att ställa frågor om våld. Till skillnad från denna studie framkommer det inte om eller varför barnmorskorna själva tycker att det är en viktig arbetsuppgift för dem.

6.3 En fråga i mängden

Flera av barnmorskorna berättar att våldsscreening inte alltid har varit någonting som de känt sig trygga med att genomföra. Några berättar att det till en början var svårt bland annat på grund av att det inte fanns några rutiner och att det var någonting som var nytt.

Barnmorskorna beskriver att våldsscreening är någonting som har blivit lättare med tiden och att det idag är en arbetsuppgift som de är vana vid att genomföra. Flera av barnmorskorna jämför det också med deras inställning till att ställa andra typer av hälsofrågor, exempelvis om tobak, alkohol och droger.

Jag är inte rädd för att fråga för så är det ju i mödravården. I början var man ju obekvämt med att fråga om tobak och det gör vi ju utan att blinka idag. Idag frågar vi också om alkohol utan att blinka och det var vi också väldigt obekväma med i början. Men det handlar ju mycket om en vana, en trygghet i att fråga.
(Zara)

När någonting är nytt kan det utifrån barnmorskans berättelse kännas obekvämt att fråga, men när man har gjort det tillräckligt många gånger är det inte längre jobbigt utan det blir snarare en vana.

Att barnmorskorna idag inte upplever det som något svårt att fråga kan förklaras utifrån att det är en del av deras yrkesroll. Att de ska genomföra våldsscreening med gravida kvinnor är någonting som har blivit norm inom de flesta barnmorskornas verksamheter och det är idag något som de gör utan att blinka. Enligt den dramaturgiska rollteorin är en roll någonting som för med sig olika förväntningar. Inom sociala grupperingar med olika roller finns normer om vilka roller som ansvarar för vad (Payne 2008). Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) menar att en gräsrotsbyråkrat anpassar sig efter sin yrkesroll och organisationens förväntningar, efter hand blir de mer och mer trygga med dessa förväntningar. Att

barnmorskorna idag ser det som en fråga i mängden kan också förklaras av att det är någonting som de vant sig vid att genomföra. Lipsky (2010) menar att rutiner är någonting som införs på gott och ont i gräsrotsbyråkraternas verksamheter. Detta innebär att rutinerna kan ses som någonting barnmorskorna anser vara jobbiga eller svåra, men det är ändå rutiner som tvingar dem till att utföra arbetsuppgiften.

Stensson (2004) kommer i sin studie fram till att barnmorskorna gärna genomförde våldsscreeningen i samband med att man ställde andra frågor om hälsa och livsstil. Detta liknar resultatet i vår studie. Anledningarna till att man ställer frågan tillsammans med andra skiljer sig dock. I Stensson (2004) använder sig barnmorskorna av det som en strategi för att det är svårt att fråga. I vår studie används det snarare som en förklaring till varför det inte är problematiskt att fråga, att det är som alla andra viktiga frågor som behöver ställas.

6.4 Att be mannen gå

Något barnmorskorna lyfter som ett hinder för våldsscreening är mannens närvaro, eftersom man vill att den gravida kvinnan skall vara ensam när våldsscreening genomförs.

Barnmorskorna beskriver att det finns ett dilemma i att dels uppmuntra mannen till att vara delaktig i graviditeten och att samtidigt, inför våldsscreening, be kvinnan att komma ensam. En barnmorska säger såhär:

Jag tycker att det svåraste är att säga till mannen att jag vill träffa kvinnan en gång själv. Det har för mig varit det svåraste. Men de är lite roliga, de tar det på allvar och kan fråga mig; Var det nästa gång jag skulle komma själv? Och det är då kanske någonting som har legat som en rädsla hos mig. Jag har varit så rädd för att mannen ska känna att han inte är så viktig. Det har varit så viktigt tycker jag, att man är två om det, i de flesta fall då. (Nora)

Barnmorskan berättar om en inre rädsla för att mannen ska känna sig oviktig när den gravida kvinnan ombeds att komma ensam till ett besök. Hon beskriver att hon tycker det är viktigt att mannen är delaktig, samtidigt ser hon vikten av att kvinnan kommer ensam under våldsscreeningen. En annan barnmorska beskriver det som en balansgång, att dels arbeta för att mannen är delaktig och att samtidigt framföra att kvinnan bör komma utan mannen vid ett av besöken. En tredje barnmorska lyfter att det är positivt att männen idag är så delaktiga i

kvinnans graviditet men att det samtidigt gör att männen i vissa fall känner sig utpekade när barnmorskan berättar att de inte får komma med under ett av besöken.

Det blir ett dilemma för barnmorskorna när de ber kvinnan att komma ensam på grund av att det samtidigt är viktigt för dem att mannen är delaktig i graviditeten. Det kan tänkas att de blir en inre konflikt för barnmorskorna när de å ena sidan uppmuntrar mannen till att vara delaktig samtidigt som de å andra sidan uppmuntrar till att mannen inte är med. Den konflikt som uppstår hos barnmorskorna kan betraktas genom jämställdhetsdiskursen. I Sverige finns det en rådande diskurs där svenska kvinnor och män som lever i ett heterosexuellt förhållande förväntas vara jämställda (Wendt 2012). När barnmorskorna tvingas att utesluta mannen för att genomföra våldsscreening, frångår dem det rådande jämställdhetsidealet och det kan då tänkas uppstå ett dilemma för barnmorskorna. Genom att utesluta mannen från ett av besöken på MVC, tvingas barnmorskan motarbeta idealet om att kvinnor och män ska ta ett gemensamt ansvar för föräldraskapet.

En annan anledning till att barnmorskorna upplever det problematiskt att be mannen att inte närvara, kan vara för att barnmorskorna inte vill få mannen att känna sig som en misstänkt våldsutövare. Detta kan förstås i relation till avvikelsediskursen om att män som utövar våld betraktas som motsatsen till "vanliga" män (Lundgren 2011). Det kan på så sätt finnas en rädsla hos barnmorskorna att mannen ska känna sig stämplad och annorlunda när han ombeds att inte närvara.

Tidigare forskning visar att mannens närvaro på olika sätt är problematiskt vid våldsscreening på MVC (Stensson 2004; Edin & Högberg 2002; Socialstyresalen 2002). Stensson (2004) menar att det är svårt att ha rutin på när våldsscreeningen ska genomföras då mannen alltid är välkommen att följa med. Socialstyrelsen (2002) och Barnmorskorna i Edin och Högberg (2002) såg det som en riskfaktor med en ständigt närvarande och kontrollerande partner. Vårt resultat och resultaten i den tidigare forskningen visar att mannens närvaro är problematiskt i genomförandet av våldsscreening. Det som skiljer dem åt är att barnmorskorna i vår studie främst talar om svårigheter och dilemman i att be mannen att gå, den tidigare forskningen talar främst om mannens närvaro som problematiskt för att genomföra våldsscreening.

6.5 Att få i uppdrag att genomföra våldsscreening

Barnmorskorna i studien berättar att en förutsättning för att ställa frågor om våld är att det finns tydliga riktlinjer som säger att de ska fråga. En barnmorska berättar att hon inte alltid genomför våldsscreeningen på grund av att hon saknar tydliga riktlinjer från sin arbetsgivare som säger att hon ska fråga om våld. När vi frågar på vilket sätt hon tror att tydligare riktlinjer hade påverkat henne så säger hon såhär:

Jag tror att är man tydlig från arbetsgivarens sida så, så blir det ju en del av arbetsuppgiften. Då kan man inte säga att det vill jag inte göra. (Lilly)

Barnmorskan efterfrågar här en tydlighet från arbetsgivarens håll för att våldsscreening ska bli en del av hennes arbetsuppgifter. Vidare berättar flera av barnmorskorna att det under senaste månaden har kommit upp en ruta i datasystemet där de behöver kryssa i om de frågat den gravida kvinnan om våld eller ej. En barnmorska som inte på rutin frågar om våld svarar på frågan om hur hon tror att den nytillkomna rutan påverkar våldsscreeningen och säger såhär:

Positivt, till att man frågar. Jag vet ju bara vad det gör med mig. När man aktivt måste kryssa i är det inte lika lätt att glömma. När man måste kryssa i att nej jag har inte frågat, då blir man ju mer att man känner att man måste fråga. (Lilly)

Sammanfattningsvis efterfrågar de barnmorskor som inte på rutin genomför våldsscreening uppmaningar från arbetsgivaren i att de ska ställa frågor om våld. Att barnmorskorna tvingas kryssa i en ruta där de redovisar hur vida de har ställt frågor om våld eller inte upplevs positivt av dem och det har också bidragit till att de frågar fler om våldsutsatthet. Att barnmorskorna vill veta vilka arbetsuppgifter de förväntas att utföra kan bero på att de enligt Lipsky (2010) arbetar i en gräsrotsbyråkrati och därmed är vana vid att få direktiv som säger vad de förväntas att göra. Lipsky (2010) menar att en gräsrotsbyråkrat arbetar långt ner i de offentliga hierarkierna och deras uppgift är att verkställa det som högre insatser beslutar om. Därmed kan det tänkas finnas en osäkerhet i att ställa frågor om våld om inte barnmorskorna får en uppmaning från arbetsgivaren som säger att det ingår i deras arbetsuppgift.

Vidare menar Lipsky (2010) att man som gräsrotsbyråkrat alltid har ett visst handlingsutrymme. När det gäller våldsscreening efterfrågar barnmorskorna i det här avseendet ett mer begränsat handlingsutrymme. De vill att arbetsgivaren är tydlig med att våldsscreening ska genomföras och de vill ha riktlinjer som säger detta. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) menar att handlingsutrymmet som en gräsrotsbyråkrat har på vissa sätt är begränsande och på andra sätt ger utrymme för gräsrotsbyråkraten att agera. Att arbetsgivaren ger riktlinjer till barnmorskorna att det ska våldsscreena kan ses som att deras handlingsutrymme begränsas, något som i det här fallet alltså efterfrågas av barnmorskorna.

I relation till ovanstående visar tidigare forskning också på att barnmorskorna upplever det positivt att ha tydliga riktlinjer när det gäller våldsscreening (Bacchus et al 2004; Edin & Högberg 2002). Det som skiljer vårt resultat från den tidigare forskningen är att det i vår studie framgår att det efterfrågas riktlinjer från arbetsgivaren som säger att våldsscreening ska göras. Den tidigare forskningen syftar snarare till vikten av att ha riktlinjer i *hur* arbetet med våldsscreening ska utföras.

6.6 "Vi frågar alla"

När barnmorskorna under intervjun pratar om att genomföra våldsscreening och hur de går tillväga för att göra det berättar de flesta att de inleder med att säga att de frågar alla. De motiverar på olika sätt varför de ställer frågan. Vissa använder sig av hjälpmedel i form av exempelvis lathundar för att visa den gravida kvinnan att det är en rutinfråga. Andra berättar för kvinnan att det är någonting som är rutin och att de därför frågar alla. För att visa på hur barnmorskorna, på olika vis, motiverar att frågan ställs kommer citat från samtliga barnmorskor nu att presenteras. En barnmorska, som arbetar på en arbetsplats där det finns rutiner kring att fråga säger så här:

Mer att jag tar fram den här [syftar till lathund med stödfrågor] och visar kvinnan att det här frågar jag alla då. Men jag läser inte det som står där. (Clara)

En annan barnmorska beskriver hur hon brukar säga:

Jag brukar säga att vi har som rutin här att vi frågar om våld. (Nora)

En tredje barnmorska beskriver det så här:

Jag brukar alltid säga det, att vi vet att det finns många kvinnor som är utsatta för våld eller som behöver stöd och hjälp under graviditeten, eller som har en jobbig situation och därför frågar vi alla. Sen brukar jag fråga...(Alice)

En barnmorska beskriver att hon, även om hon inte frågar alla, berättar för den gravida kvinnan att hon frågar alla:

Jag beskriver att vi ställer den här frågan till alla, ljuger lite kanske eftersom att det inte är så här. Men att vi vet att det är vanligt förekommande och att det kan eskalera vid graviditeten och därför frågar vi... (Lilly)

En annan barnmorska uttrycker en önskan om att ha rutiner kring att fråga för att kunna motivera frågan med att säga att alla gravida kvinnor till frågas:

Men det känns mycket bättre om det finns rutiner, att vi kan säga att detta frågar vi alla. (Zara)

Barnmorskorna använder sig alla, på olika sätt, av uttrycket ”vi frågar alla” i avseende att motivera att de ställer frågan. Man kan se att detta görs oavsett om det finns rutiner eller ej kring att fråga. Fyra av fem barnmorskor berättar för den gravida kvinnan som ska få frågan att man ställer frågan till alla. Den femte uttrycker en önskan om att kunna säga det till sina patienter.

Barnmorskornas användande av ”vi frågar alla” kan tolkas som att det finns ett behov av att motivera frågan gentemot kvinnan. Samtliga uttrycker att rutinerna är ett hjälpmedel för dem att kunna fråga. Att behovet av hjälpmedel och motivering gentemot den gravida kvinnan finns kan tyda på att barnmorskorna på olika sätt är oroliga för hur den gravida kvinnan ska ta emot frågan. Att ställa frågan utan att nämna det som en rutinfråga skulle kunna få kvinnan att reagera och ifrågasätta om barnmorskan tror att just hon är utsatt. Att barnmorskorna vill att kvinnorna ska vara medvetna om att frågan ställs till alla kan förklaras av att de inte vill att kvinnorna ska tro att barnmorskan ser dem som våldsutsatta och därmed som avvikande.

Ovanstående kan sättas i förhållande till synen på den jämställda kvinnan i Sverige. Enander (2010) menar att den dominerande normen om jämställdhet i Sverige förväntar sig att en etniskt svensk kvinna som blir våldsutsatt skall lämna vid första slaget. Det innebär att en kvinna som stannar i ett förhållande med en våldsutövande man ses som avvikande gentemot jämställdhetsnormen. Samhällets förväntningar på att kvinnan skall lämna leder i sin tur till att kvinnan upplever skam över att hon "låtit" mannen behandla henne fel och ansvaret för våldsutsattheten läggs då delvis på kvinnan för att hon valt att inte lämna (Enander 2010). Genom att inleda med att det är en rutinfråga som ställs till alla minskar barnmorskorna risken att den gravida kvinnan som tillfrågas pekats ut som avvikande från jämställdhetsnormen.

Enligt den tidigare forskningen uppger barnmorskorna i Edin och Högberg (2002) att en av anledningarna till att de tyckte att det var svårt att fråga var för att kvinnors våldsutsatthet är förknippat med skam och ansvar. Barnmorskorna i Stensson (2004) berättar också om att frågan är svår att ställa och att de gärna valde att ställa frågan i ett sammanhang tillsammans med andra frågor. Barnmorskorna som deltog i vår studie berättade inte att de tyckte det var svårt att fråga idag. Utifrån vår tolkning av användandet av "vi frågar alla", att man använder sig av det som motivering till att fråga, liknar vår studies resultat det resultat som presenteras i Edin och Högberg (2002). Båda studierna visar på att frågan på något sätt är förknippat med skam och därmed svår att genomföra. Det som skiljer studierna åt, vad vi kan se, är att barnmorskorna i vår studie berättar om en strategi de har för att kringgå en eventuell skam vid genomförandet av våldsscreeningen.

6.7 Relationens betydelse

Flera av barnmorskorna berättar att de väljer att genomföra våldsscreening senare i graviditeten. En av anledningarna till att de väljer att avvakta är för att de först vill skapa en relation till kvinnan. Barnmorskorna upplever att det är lättare för dem att fråga, men de tror också att det är lättare för kvinnan att berätta om eventuell utsatthet, om de har en relation till varandra. En barnmorska uttrycker det så här:

Om man börjar på första besöket, då har man inte hunnit skapa någon relation till kvinnan. Jag tror att det är lättare att öppna sig eller berätta någonting när man har någon typ av relation. Jag tror att det är svårt att berätta saker för någon man kanske träffar för första eller andra gången. (Alice)

Barnmorskan beskriver varför hon väntar till senare i graviditeten med att fråga den gravida kvinnan om våldsutsatthet. Det är viktigt för henne att den gravida kvinnan har hunnit lära känna henne så pass mycket att hon vågar berätta om eventuell utsatthet eller om annat som är tufft i graviditeten. En annan fördel som barnmorskan lyfter fram med att vänta till senare i graviditeten är att kvinnan även fått en relation till barnet och att det kan göra att hon är mer benägen att berätta om eventuell våldsutsatthet. En annan barnmorska lyfter också fram relationen som en viktig aspekt, inte bara i relation till våldsscreeningen utan även i relation till henne som barnmorska och hennes arbetsuppgifter:

Ja men det viktigaste tycker jag är att ha en god relation, att de känner sig trygga. Det är ju det bästa betyget man kan få, att en kvinna går ifrån efterkontrollen och säger att det har varit tryggt. Och då tänker ju jag att det är på alla plan. Du har brytt dig om mig som person och du har övervakat graviditeten. Jag har inte behövt vara orolig för att du missar någonting som inte är bra med bebisen. Det är väl det som är målsättningen. (Zara)

Barnmorskan beskriver här att hennes målsättning med att följa en kvinna i hennes graviditet är att hon skall känna sig trygg och känna tillit till sin barnmorska. Även denna barnmorska lyfter att relationen är viktig inte bara i avseende av våldsscreening utan även i andra fall.

Det barnmorskorna ovan beskriver är att det är viktigt för dem att ha en relation till sin patient innan frågan ställs. De beskriver att detta är en förutsättning för att kvinnan ska kunna berätta någonting. Det är därmed viktigt för barnmorskorna att relationen har lett till att kvinnan känner tillit och förtroende för dem innan de ställer svåra frågor.

Barnmorskorna träffar sina patienter under en längre period och de vill själva vänta med att fråga till senare i graviditeten eftersom att detta öppnar upp för att kvinnan berättar mer. Anledningen till att relationen blir så viktig kan vara för att kvinnan senare i kontakten med sin barnmorska känner att hon betraktas som en individ och inte som ett fall. Detta kan enligt Johansson (2007) förklaras av att klienten betraktats mer och mer som en individ istället för ett fall i gräsrotsbyråkratens ögon ju längre relationen pågår. Vidare menar Johansson (2007) att det är av särskild betydelse att klienten blir sedd som en individ i de fall där klientens fysiska och psykiska hälsa berörs. För att en våldsutsatt kvinna ska känna sig trygg med att berätta om sin utsatthet, kan det krävas att barnmorskan och den gravida

kvinnan har haft en längre relation. Vidare kan detta förklara varför barnmorskorna väntar med att fråga.

I likhet med vår studie menar Edin och Högberg (2002) att relationen var en av flera förutsättningar för att genomföra våldsscreening. I vår studie är relationen snarare en anledning till att vänta, men vi har inte fått något resultat som talar för att brist på relation är en anledning till att inte fråga. Vårt resultat menar snarare att relationen är en förutsättning för att kvinnan skall kunna berätta. Edin et al (2010) bekräftar i sin studie att kvinnor som upplevt våld inte berättade om detta för sin barnmorska på grund av att bristande tillit gentemot hen. I förhållande till vår studie kan detta vara relevant då det bekräftar barnmorskornas upplevelse av att det är viktigt att kvinnorna har ett förtroende för dem för att berätta om eventuell utsatthet.

6.8 Hjälpmedel för att genomföra våldsscreeningen

Barnmorskorna är tydliga med att de önskar riktlinjer som säger att de ska genomföra våldsscreeningen. När det gäller att ställa frågan om våld önskar de istället ett större utrymme att själva forma samtalet utifrån den gravida kvinnan som de möter. Alla barnmorskor berättar att de någon gång under sin yrkestid haft någon form av manual eller lathund på arbetsplatsen som hjälper dem att formulera frågor. En del av barnmorskorna har det på sin nuvarande arbetsplats medan andra använder sig av det de kommer ihåg från lathundarna på tidigare arbetsplatser. En barnmorska berättar att hon inte alls använder lathunden som mall för hur frågorna skall ställas idag. Hon säger däremot att den var ett stort stöd för henne i början, men att hon efterhand insåg att det inte var så hon ville ställa frågorna. Hon väljer istället att prata med den gravida kvinnan om hennes relation till nuvarande och före detta partners för att komma in på samtalet om våldsutsatthet i relationen. En annan barnmorska beskriver hur hon använder lathunden som stöd vid behov:

Då har vi till exempel en lathund som jag, om jag skall ha en patient och känner att shit, nu ska jag fråga om våld, då kan jag gå in (klickljud från datormus, barnmorskan visar sitt hjälpmedel på datorn) och då kan jag titta på det i två sekunder. (Nora)

Barnmorskan använder datorn som ett hjälpmedel i sitt arbete med våldsscreening. Där finns förutom en lathund även andra riktlinjer och hjälpmedel som är relaterade till arbetet med

våldsutsatta kvinnor och våldsscreening. Även om barnmorskan uppger att hon känner sig trygg med att fråga och att hon fått mycket kunskap i att fråga, upplever hon att de hjälpmedel som finns ger henne ett extra och nödvändigt stöd. Det är någonting hon kan ta fram när hon känner sig osäker och behöver någon form av stöttning innan frågan ställs.

En annan barnmorska pratar om att det är positivt att kunna anpassa frågans formulering utifrån vem det är hon möter. Hon berättar att hon ibland träffar samma kvinna under flera graviditeter och att det vid exempelvis tredje graviditeten kan upplevas konstigt att ställa frågan igen. Hon ställer då frågan på ett mjukare och mer dolt sätt och hon upplever att hon har möjligheten att göra detta.

Det barnmorskorna uttrycker är att de vill bli tillsagda att de ska fråga, men de vill själva kunna bestämma hur de ska genomföra våldsscreeningen. De tycker att det är en fördel att ha hjälpmedel i de fall där det är svårt att fråga, men de vill inte bli begränsade i hur de skall fråga. De lathundar barnmorskorna använder är, enligt dem, ingenting de måste följa utan de är tänkta som ett redskap för att få inspiration till olika sätt att fråga på. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) menar att regler, eller i detta fall riktlinjer, snarare anger ramen för vad som är okej och inte vad gräsrotsbyråkraten måste göra. Reglerna lämnar således alltid en öppning för att tolkas och tillämpas på en rad olika sätt. Lathundarna är tänkta att användas vid våldsscreeningen, men barnmorskorna väljer att använda de som stöd och istället fråga på sitt sätt. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) menar vidare att handlingsutrymme ger gräsrotsbyråkraten möjligheter att inom vissa ramar själv avgöra vad som är mest lämpligt eller korrekt att göra i vissa situationer. Barnmorskorna har därmed stort handlingsutrymme att själva formulera sina frågor och detta är någonting de upplever som positivt. Deras stora handlingsutrymme resulterar också i att de kan individanpassa frågorna utifrån den gravida kvinnan. Barnmorskorna möter gravida kvinnor från alla sociala klasser som har olika mycket kunskap om våld i nära relationer. De gravida kvinnorna har också många olika ursprungsspråk. Av denna anledning är det viktigt att barnmorskorna har ett stort handlingsutrymme som ger dem möjlighet att kunna individanpassa våldsscreeningen. Lipsky (2010) menar att individanpassning är någonting som behöver göras inom gräsrotsbyråkratier.

Bacchus et al (2004) och Edin och Högberg (2002) kom i sina studier fram till att barnmorskorna föredrog att använda sig av rutinmässiga frågeformulär när de skulle ställa

frågor om känsliga ämnen, våld anses i dessa studier vara en fråga om ett känsligt ämne. Detta skiljer sig från resultatet i vår studie. Barnmorskorna som deltagit i vår studie berättar att de själva vill kunna formulera frågorna men att de vill använda sig av de frågeformulär som finns som stöd. Vad studiernas olika resultat beror på kan vi bara spekulera kring. Det skulle kunna bero på hur de olika frågeformulären är formulerade, vilken kunskap barnmorskorna har kring att ställa andra, spontana frågor och barnmorskornas erfarenheter av att fråga om våld.

6.9 Förutsättningar för att kunna agera

När en gravid kvinna berättar om våld behöver barnmorskorna ha beredskap för att kunna agera på ett eller annat sätt. En barnmorska berättar att hon kan erbjuda stödsamtal hos henne eller att hon kan hjälpa till att hitta någon annan kontakt som kvinnan kan prata med. Barnmorskorna nämner olika instanser som kan tas till hjälp för att hjälpa en våldsutsatt, gravid kvinna. Vissa hänvisar till en socionom inom verksamheten, andra hänvisar till en socionom utanför verksamheten. En del av barnmorskorna har som alternativ att vända sig till en kvinnojour. Om den gravida kvinnan har barn sedan tidigare vänder sig flera av barnmorskorna till socialtjänsten för att göra en orosanmälan. Vissa av barnmorskorna nämner socialjouren som ett alternativ i de fall där de behöver agera skyndsamt och direkt skydda kvinnan. Barnmorskorna berättar här om olika sätt att agera och olika vägar att gå för att hjälpa kvinnan. En barnmorska berättar om att hon har tydliga handlingsplaner, två berättar att de helt saknar handlingsplaner. De andra två berättar att de vet hur de skall agera men det framkommer inte av intervjun huruvida det är angivna handlingsplaner eller egna strategier som styr deras agerande.

En av barnmorskorna som arbetar i en mindre kommun berättar att hon, om hon behöver agera kan vända sig till socialtjänsten eller socionomer i kommunen. Hon menar dock att hon inte vet hur deras arbete fungerar eller vem det är man skall prata med. Barnmorskan berättar att hon tidigare arbetat i en kommun där det fanns tydliga handlingsplaner med namnförslag och telefonnummer. På frågan om hon tror att handlingsplanerna resulterade i att man oftare frågade om våld svarar hon såhär:

Ja, det tror jag är en förutsättning. Att man inte sitter där själv med en kvinna som är misshandlad eller utsatt för våld som man inte vet vad man skall göra med. Det tror jag skrämmer många. (Lilly)

Barnmorskan beskriver här vad hon tror att bristen på handlingsplaner gör med våldsscreeningen. Att veta vad man skall göra är således en förutsättning för att genomföra våldsscreening. En annan barnmorska förklarar att hon inte har fått några handlingsplaner från sin arbetsgivare och därmed inte känner stöd för hur hon ska agera. Denna brist leder till att barnmorskan känner sig osäker på att fråga eftersom att hon inte vet vad hon skall göra om kvinnan berättar om våldsutsatthet. En annan barnmorska som arbetar i en kommun där det finns tydliga handlingsplaner beskriver det som att man tack vare handlingsplanerna aldrig behöver känna att man står ensam i arbetet med en våldutsatt, gravid kvinna.

En av barnmorskorna berättar om handlingsplanerna som finns på hennes arbetsplats. Hon är nöjd med dem och de innehåller vad man ska göra i olika situationer. Handlingsplanen består också av telefonnummer och namn till personer inom olika verksamheter som man kan vända sig till för stöd. Hon berättar att det är hennes chef som uppdaterar handlingsplanerna en gång om året. Vidare berättade barnmorskan att hon upplevde det aktuellt att våldsscreena först när det fanns fungerade och utvecklade handlingsplaner. Hon menar vidare att det inte är jättemycket hon behöver göra, det viktiga är att hon vet vad hon skall göra och vem hon skall vända sig till.

Barnmorskorna lyfter här vikten av att ha handlingsplanerna att agera utifrån. De berättar att det är en förutsättning för att de ska känna sig trygga med att fråga. Avsaknaden av handlingsplaner ses också som ett stort hinder till att inte fråga och flera av barnmorskorna menar att man inte kan fråga om man inte vet vilken beredskap man har för att agera. Vidare berättar de barnmorskor som upplever att de saknar handlingsplaner att de endast frågar när de misstänker våld. Lispky (2010) menar att handlingsutrymme är någonting som gräsrotsbyråkrater ska ha och att de inom sitt arbete har ett visst spelrum att använda sitt handlingsutrymme. Det vi kan se är dock att det handlingsutrymme som barnmorskorna får i fråga att agera blir för stort utan givna handlingsplaner.

Flera av barnmorskorna beskriver att ansvaret för handlingsplaner och riktlinjer ligger på chefsnivå. Det finns därmed förväntningar på att de som befinner sig högre upp i den hierarkiska ordningen är de som bör se till att det finns handlingsplaner och riktlinjer. Svensson, Johnsson och Laanemets (2008) menar att ett sätt för att hantera svårigheter med handlingsutrymmet är att påpeka problematiken för chefen. Ett annat sätt är att agera utan att påpeka bristerna för sin chef och därmed skapa sina egna tillvägagångssätt.

När barnmorskorna som saknar handlingsplaner väljer att endast fråga vid misstanke om våld kan de tänkas ha hittat en egen strategi och därmed kringgått problemet utan att tala med arbetsgivaren. Edin et al (2010) visar i sin studie på att de våldsutsatta, gravida kvinnorna inte upplevde att barnmorskan som var medveten om deras våldsutsatthet var till hjälp för dem. Detta kan förklaras av flera saker, en orsak skulle kunna vara att barnmorskan står handfallen utan handlingsplaner och inte vet hur hon skall agera. Edin och Högberg (2002) kom i sin studie fram till att riktlinjer att använda som stöd var en förutsättning för att barnmorskorna skulle känna sig trygga med att arbeta med våldsutsatta, gravida kvinnor. Likt barnmorskorna i vår studie pekar barnmorskorna i Edin och Högberg (2002) på vikten av riktlinjer och stöd att använda sig av.

6.10 Kunskap och utbildning

Samtliga barnmorskor i denna studie har i grunden en barnmorskeutbildning. När det gäller utbildning i våld mot kvinnor och utbildning i att våldsscreena ser det emellertid olika ut. En del berättar att de har gått interna utbildningar inför att de skulle börja våldsscreena, antingen på sin nuvarande arbetsplats eller på en tidigare arbetsplats. Flera av barnmorskorna talar om vikten av att de får utbildning i våldsscreening och kunskap om mäns våld mot kvinnor. En av barnmorskorna svarar såhär när hon får frågan om vad hon tror kan utveckla våldsscreeningen:

Utbildning så att man känner sig säker som barnmorska även med ett svar som kanske inte är tydligt. Att man får strategier för att locka fram ett jakande om det finns där. Sådana utbildningsinsatser tror jag skulle hjälpa. (Zara)

Det som barnmorskan här berättar är att hon tror att utbildning kan göra att man som barnmorska känner sig tryggare med våldsscreeningen och att upptäcka våld. Hon berättar också att utbildning skulle kunna bidra till att fler kvinnor berättar om våldsutsatthet. Detta genom att barnmorskorna får kunskap om strategier som kan göra att en våldsutsatt kvinna berättar om våldet. En annan barnmorska säger såhär när hon berättar om varför hon tror att det finns en osäkerhet hos en del barnmorskor kring att genomföra våldsscreening:

Jag tror att utbildning gör väldigt mycket, att man får gå på föreläsningar om det. Så att man känner sig mer trygg i det. För är du trygg, då vågar du ställa frågor. (Nora)

Sammanfattningsvis lyfts utbildning fram som en viktig del för att barnmorskorna ska känna sig trygga med att genomföra våldsscreeningen.

Lipsky (2010) menar att det krävs att man som gräsrotsbyråkrat har en adekvat utbildning för att kunna möta individers olika behov. Barnmorskorna upplever att de behöver mer utbildning om våldsscreening än den de har med sig ifrån sin grundutbildning. Barnmorskorna som enligt Lipsky (2010) kan ses i egenskap av gräsrotsbyråkrater kan inte själva styra över de interna utbildningarna inom verksamheten. Då det i en gräsrotsbyråkrati inte är gräsrotsbyråkraterna själva som ansvarar över resurserna (Lipsky 2010). Ansvaret för att barnmorskorna får en adekvat utbildning kan därmed tänkas ligga hos ledningen och i vissa fall på politisk nivå, inte hos barnmorskorna själva. Lipsky (2010) menar att en gräsrotsbyråkrati är en organisation som styrs av politiska beslut och organisatoriska ramar. För att öka barnmorskornas trygghet i att fråga och agera krävs det därför att någon som är högre upp i den hierarkiska ordningen tar ansvar för att barnmorskorna får en kontinuerlig utbildning i att ställa frågor om våld, och även utbildning i mäns våld mot kvinnor.

Resultatet ovan pekar på att utbildning och kunskap är viktigt för att barnmorskorna ska känna en trygghet i att genomföra våldsscreening, något som stämmer överens med tidigare forskning vi tagit del av. Det framgår i Bacchus et al. (2004) och i Stensson (2004), då de båda resultaten i de studierna visar på att utan utbildning hos barnmorskorna i att ställa frågor om våld finns det en osäkerhet kring att genomföra en våldsscreening. Att vår studie visar på liknade resultat som tidigare studier inom ämnet kan eventuellt tala för att resultatet är tillförlitligt.

6.11 Att kunna individualisera

Barnmorskorna upplever att det finns tidsutrymme för att agera om det framkommer att en gravid kvinna är utsatt för våld. Flera barnmorskor berättar att de har möjlighet att lämna över nästa patient till andra kollegor eller boka om besöket om en patient berättar om pågående våldsutsatthet. Att en barnmorska får reda på att en gravid kvinna är utsatt för pågående våld i en nära relation är inte vanligt förekommande. När det väl sker blir det första

prioritet och om andra patienter behöver vänta eller bli ombokade så ses det i sammanhanget som mindre viktigt. En av barnmorskorna jämför det med andra orsaker som gör att besök drar över tiden, exempelvis att bebisen ligger i säte, det vill säga med rumpan nedåt, sent i graviditeten. Ytterligare en barnmorska beskriver andra tillfällen där man kan behöva agera, hon säger så här:

Jag menar vi har kvinnor som kommer hit ibland som inte har någon tid. Som bara står här och då får ju en av oss ta hand om det akuta problemet den dagen hon står här. Då kan vi ju inte säga att nej, jag har inte tid just nu eller så.
(Clara)

Att oförutsedda händelser och spontana, icke bokade, besök dyker upp under dagen förekommer och barnmorskorna ser det som sin plikt att hantera situationen. Barnmorskorna berättar att de har olika strategier för att agera om de misstänker att en gravid kvinna är utsatt för våld. Några berättar att de försöker fråga kvinnan flera gånger och på olika sätt. En barnmorska berättar om hur hon agerar när hon misstänker att en kvinna är utsatt för våld:

I de fallen där jag har en misstanke. Där gör jag alltid så att jag bokar lite längre tid när de kommer. Vi har ju haft möjlighet att göra det här eftersom vi ändå har lite luft i systemet. Det har känts väldigt bra, att man har lite mer tid. (Zara)

Senare i intervjun återkommer hon till tidsaspekten och säger då så här:

Därför tycker jag det är så viktigt att man har tid och att man kan individualisera lite grann. Att jag vet att när hon kommer så räcker det inte med 30 minuter, jag behöver 35 eller kanske en timme för att vi skall hinna. Att hon ska hinna innan hon har gått ut genom dörren. Fått det hon behöver. (Zara)

Det är viktigt att kunna individanpassa varje besök så att den gravida kvinnan känner att hon getts tillräckligt med tid och utrymme under besöket. Barnmorskan ovan berättar om att detta är särskilt viktigt i de fall då det finns misstanke om att kvinnan är utsatt för våld.

Barnmorskorna i vår studie berättar om att de i de flesta fall tar sig tid att hantera akuta situationer. Lipsky (2010) menar att tid är en av de bristande resurser som ofta försvårar arbetet för gräsrotsbyråkrater. Barnmorskorna har möjlighet och utrymme att prioritera ett besök framför ett annat när det krävs. Utifrån det barnmorskorna i studien berättar, kan man se att våldsutsatthet är någonting som prioriteras och att de känner sig trygga i att låta en annan patient vänta. Detta kan tyda på att barnmorskorna som deltar i vår studie känner sig trygga i sin roll som barnmorska och har kunskap om vilka akuta situationer som kräver extra prioritet. Svensson, Johnsson och Laanemets (2010) menar att gräsrotsbyråkrater behöver ha kunskap och känna sig trygga i sin yrkesroll för att kunna göra tidsmässiga prioriteringar. När barnmorskorna tvingas välja och prioriterar en gravid, våldsutsatt kvinna kan detta drabba andra patienter som får vänta eller får en ny besökstid. Lipsky (2010) menar att detta även kan påverka relationen mellan barnmorska och patient. Barnmorskorna anpassar vården utifrån den kvinna de anser ha störst behov när det gäller akuta situationer. Lipsky (2010) menar vidare att det är en balansgång för gräsrotsbyråkrater att alla patienter har rätt till samma vård men att man också kan tvingas att individanpassa vården och göra prioriteringar.

En anledning till att barnmorskorna inte känner några svårigheter med att göra denna prioritering kan vara att det är uppdrag och riktlinjer som kommer från högre instanser. Mäns våld mot kvinnor är ett socialt problem, och ett av statens jämställdhetspolitiska delmål är att arbeta mot mäns våld mot kvinnor (Prop. 1993/94: 147). Socialstyrelsen (2015) menar att MVC är en viktig verksamhet för att upptäcka våldsutsatta kvinnor. Västra Götalandsregionens (2015) menar vidare att det är viktigt att de agerar skyndsamt om det framkommer att en kvinna är utsatt för våld. Eftersom barnmorskorna, i egenskap av gräsrotsbyråkrater, enligt Lipsky (2010) befinner sig långt ner i den hierarkiska ordningen blir denna prioritering försvarbar att göra. Vilket i sin tur resulterar i att de har handlingsutrymme att agera i dessa situationer.

Till skillnad från vad som framkommit i den tidigare forskningen visar vårt resultat på att tid inte är ett hinder för att ställa frågan och agera. Stensson (2004) och Socialstyrelsen (2002) menar att tiden inte alltid räckte till för att kunna fråga. Socialstyrelsen (2002) visade också på att man undvek att fråga för att man inte hade tid att hantera ett ja. Vår studie visar istället på att tid inte är ett hinder för att varken fråga eller att agera, utan barnmorskorna tar sig den tid de behöver. Socialstyrelsen (2002) kom fram till att barnmorskor med längre erfarenhet av att ställa frågor om våld inte såg tiden som ett lika stort hinder. Barnmorskorna i vår studie har

relativt lång erfarenhet av våldsscreening och detta hade kunnat vara en förklaring till skillnaderna i resultaten.

7. Avslutande diskussion

I detta kapitel kommer vi inledningsvis att besvara våra frågeställningar utifrån studiens resultat. Därefter presenterar vi förslag på fortsatt forskning och forskningsfrågor som uppstått under processens gång. Avslutningsvis presenteras förslag på hur våldsscreeningen och beredskapen inom MVC kan förbättras.

7.1 Studiens frågeställningar

7.1.1 Vilken inställning har barnmorskorna till att genomföra en våldsscreening?

Sammanfattningsvis är barnmorskorna positivt inställda till att genomföra våldsscreening.

Utifrån det barnmorskorna berättar kan vi se att det ses som en arbetsuppgift i mängden som de med tiden har blivit vana vid att utföra. En av förklaringarna vi har kunnat utläsa från barnmorskornas berättelser är att deras personliga glöd för kvinnor och kvinnors rättigheter är av betydelse för den positiva inställningen. Den personliga rollen påverkar därmed yrkesrollen som barnmorska. Det som barnmorskorna lyfter som problematiskt i samband med våldsscreening är att be mannen att gå. Flera av dem är rädda för hur mannen ska reagera, samt att det är en utmaning att uppmuntra mannens engagemang i graviditeten och samtidigt be honom att utebli från ett av besöken. Förklaringar till varför de känner så kan betraktas genom jämställdhetsdiskursen samt i avvikelstdiskursen.

Barnmorskorna ställs inför ett dilemma när de dels vill upprätthålla idealet som talar för att svenska heterosexuella par ska vara lika delaktiga i föräldraskapet, samtidigt som de måste utesluta mannen för att motverka mäns våld mot kvinnor. Betraktas detta dilemma ur ett strukturellt perspektiv kan det tänkas att det uppstår en konflikt för barnmorskorna i att tvingas välja mellan två jämställdhetspolitiska delmål. Det ena är att män och kvinnor ska dela lika på föräldraskapet, det andra är att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (Regeringskansliet 2017). I barnmorskornas dilemma framträder en konflikt mellan de två jämställdhetspolitiska delmålen: Å ena sidan ska de verka för att män ska ta ett större ansvar för föräldraskapet genom att bjuda in män att vara delaktiga under graviditeten. Å andra sidan ska de motverka mäns våld mot kvinnor genom att utestänga män från delar av graviditeten, och på det sättet möjliggöra för kvinnor att berätta om våldet. En annan förklaring kan vara att barnmorskorna inte vill stämpla mannen som avvikande gentemot den "vanliga" mannen, när de ber honom att inte närvara på ett av besöken.

Vidare beskriver barnmorskorna att en förutsättning för att de ska genomföra våldsscreening är att arbetsgivaren är tydlig med uppdraget. Nyligen har det tillkommit en ruta i databasen som påminner barnmorskorna om att genomföra våldsscreeningen. Flera av barnmorskorna är positivt inställda till förändringen och de tror att den bidrar till att fler gravida kvinnor blir tillfrågade om våldsutsatthet. Barnmorskorna efterfrågar i detta fall ett begränsat handlingsutrymme, de vill ha tydliga riktlinjer som säger att de ska genomföra våldsscreening.

7.1.2 Vilka strategier används vid genomförandet av våldsscreeningen?

Flera av barnmorskorna väljer att inte genomföra våldsscreeningen tidigt i graviditeten, på grund av att de senare i graviditeten har hunnit skapa en djupare relation med den gravida kvinnan. En djupare relation är något som barnmorskorna tror ökar chansen för att kvinnorna ska öppna sig och berätta om eventuell utsatthet. Detta kan förklaras av att barnmorskan som enligt Lipsky (2010) kan ses som gräsrotsbyråkrat, börjar betrakta sin patient som en individ snarare än ett fall när relationen pågått under en längre tid. En annan strategi barnmorskorna har för att genomföra våldsscreeningen är att de inleder våldsscreeningen med att säga, "vi frågar alla". Barnmorskorna neutraliserar och motiverar därmed våldsscreeningen genom att säga att de ställer frågan till alla och undviker därmed att peka ut kvinnorna som avvikande från jämställdhetsnormen. Vidare berättar barnmorskorna att det är viktigt att ha hjälpmedel och lathundar inför våldsscreeningen. De menar emellertid att detta endast är ett viktigt stöd, de vill ha ett stort handlingsutrymme att i sitt arbete kunna genomföra våldsscreeningen på sitt eget vis. Detta för att kunna individanpassa frågorna efter den gravida kvinnan.

7.1.3 Vilken beredskap har barnmorskorna för att kunna agera vid upptäckt av våld?

För att barnmorskorna ska uppleva det tryggt att genomföra våldsscreening behövs handlingsplaner som ger dem beredskap för hur de ska agera om en gravid kvinna berättar om våldsutsatthet. I vilken utsträckning det finns handlingsplaner varierar. En barnmorska berättar om att hon har uppdaterade listor med namn och telefonnummer till olika personer och instanser hon kan vända sig till vid behov. En annan barnmorska berättar att hon inte vet vem hon ska kontakta men att hon har kännedom om kvinnojourer i närheten som hon kan ta kontakt med vid behov. Barnmorskornas önskan om tydliga handlingsplaner kan förklaras av att de vill ha ett litet handlingsutrymme när det gäller hur de ska agera vid upptäckt av våld. Barnmorskorna upplever att de vid behov har tid att individualisera vården och därmed anpassa den efter den gravida kvinnan. De ser våldsutsatthet som någonting som är extra

viktigt och de avsätter den tid och de resurser som krävs för att agera när det behövs. Det kan förklaras av att de har handlingsutrymme att prioritera en våldsutsatt gravid kvinna vid behov. Flera av barnmorskorna berättar också om vikten av kunskap och utbildning kring mäns våld mot kvinnor och våldsscreening för att bättre kunna arbeta med och identifiera våldsutsatta, gravida kvinnor. Eftersom att barnmorskorna kan ses som gräsrotsbyråkrater så ansvarar de enligt Lipsky (2010) inte själva över hur resurserna ska fördelas. Det ligger därmed inte i barnmorskornas händer att styra över vilka utbildningar som ges på arbetsplatsen. Det är istället ledningens ansvar att se till att barnmorskorna får en adekvat utbildning, för att känna sig trygga i att genomföra våldsscreening.

7.2. Vidare forskning

Under arbetes gång har det väckts nya forskningsfrågor. Ett förslag till fortsatt forskning är studier som belyser samverkan mellan våldsscreening på MVC och socialtjänst. När väljer MVC att kontakta socialtjänsten och hur upplevs samarbetet mellan instanserna? Ett annat förslag till ny forskning är fler studier som berör hur gravida kvinnor upplever agerandet från barnmorskorna när de berättar om våldsutsatthet. Vi har funnit studier där forskningsfrågorna syftar till hur gravida kvinnor upplever det att få frågor om våld. Det vi saknar är studier som berör frågor om hur själva agerandet från barnmorskorna upplevs. Anser de gravida kvinnorna som berättar för sin barnmorska om våldsutsatthet att de har fått den hjälp och det stöd som de har behövt?

En annan forskningsfråga som väckts inom ämnet är vilket ansvar arbetsgivare i Sverige har när det gäller våldsutsatta kvinnor. Vi vet att arbetsgivare idag har ett ansvar att undersöka om en arbetstagare har hög frånvaro och det finns i relation till det handlingsplaner kopplade till alkohol och drogmissbruk. Finns det liknade handlingsplaner när det gäller våldsutsatta kvinnor? Vilka skyldigheter och möjligheter att agera har arbetsgivare i Sverige idag när det gäller våldsutsatta kvinnor?

7.3 Förbättringsområden

Något vissa barnmorskor själva lyft som ett förbättringsområde är samverkan inom kommunen och mellan olika instanser. Vi ser också att detta är potentiellt förbättringsområde för vissa av verksamheterna. Vi tänker att samverkan mellan MVC och andra instanser såsom socialtjänst, kuratorer, kvinnojourer och andra verksamheter som arbetar med våldsutsatta kvinnor kan förbättra beredskapen och det stöd som kvinnorna ges vid utsatthet. Om verksamheterna samverkar och blir kända för varandra ökar kännedomen om vilka

verksamheter som arbetar med vad, det blir därmed lättare för barnmorskorna att veta vart de ska vända sig om de har frågor eller behöver agera. Att samverka innebär också, tänker vi, att man gemensamt tar fram strategier och lär känna varandra. Det kan då bli lättare att samarbeta och använda sig av varandra som stöd i ett tidigt skede, redan vid första misstanke eller vid utformningen av våldsscreening. Vi ser det som positivt att ta vara på alla kompetenser som finns i en kommun och låta dessa kompetenser tillsammans ta fram gemensamma verktyg, för att på bästa sätt kunna arbeta med våldsutsatta, gravida kvinnor.

Utifrån denna studies resultat kan vi se att riktlinjer och handlingsplaner är en förutsättning för att barnmorskorna ska känna sig trygga med att genomföra våldsscreening. Att ta fram rutiner och riktlinjer kring våldsscreening inom hälso- och sjukvården är upp till varje enskild vårdgivare (SOSFS 2014:4). Det innebär att varje vårdgivare ansvarar för utformningen av våldsscreeningen. Vidare framgår det i SOSFS 2014:4 att man, vid misstanke om våldsutsatthet, ska prata med den vuxne i enrum och ställa frågor om de symtom eller tecken som upptäckts. Om misstanke om våldsutsatthet fortfarande finns efter det enskilda samtalet ska berörd personal vidta vissa åtgärder, exempelvis göra orosanmälan till socialtjänsten om det finns barn i familjen och informera om vilka möjligheter till vård och stöd som finns att få av samhället. Utifrån SOSFS 2014:4 kan vi se att det finns allmänna råd som säger att man ska agera vid misstanke om våld. När det gäller våldsscreeningen har vi hittat riktlinjer som säger att man bör fråga men som lämnar över ansvaret till enskilda vårdgivare att ta fram egna arbetsrutiner. Mäns våld mot kvinnor är ett stort samhällsproblem och man vet om att mörkertalet av utsatta är stort, mödravården har lyfts fram som en central verksamhet för att genomföra våldsscreening. Trots detta finns det inte lagstadgat att våldsscreeningen ska genomföras och det finns inte heller några nationella, samstämmiga riktlinjer för hur det ska genomföras. Vi menar att lagstiftningen kring våldsscreeningen kan förbättras genom att göra det till ett krav att fråga. Det blir då inte längre ett alternativ för enskilda vårdgivare att inte ta fram de riktlinjer och handlingsplaner som krävs för att personalen skall känna sig trygg med att genomföra våldsscreening.

Ett annat förbättringsområde vi tycker oss se är att det behövs mer kunskap och utbildning, både om mäns våld mot kvinnor och i att genomföra våldsscreening. Barnmorskorna i studien lyfter själva att det är viktigt att ha kunskap och utbildning för att de ska känna sig trygga i att fråga. Den utbildning barnmorskorna har med sig från sin grundutbildning räcker inte. För att våldsscreeningen ska förbättras menar vi att det krävs en fortsatt och kontinuerlig

utbildning om mäns våld mot kvinnor och i att genomföra våldsscreeningen. Varje arbetsgivare har således ett ansvar att se till att barnmorskorna ges tillräckligt med utbildning och kunskap på arbetsplatsen. Att den kunskap som förmedlas i grundutbildningen inte är tillräcklig har också uppmärksammats av regeringen. Regeringen anser att utbildning om mäns våld mot kvinnor bör vara obligatoriskt i yrkesutbildningar där studenterna i sitt framtida yrke kommer att möta våldsutövare och våldsutsatta (Regeringens skrivelse 2016/17:10).

Slutord

Vi vill avsluta med att säga att vi under forskningsprocessen övertygats om att barnmorskorna utför ett viktig och betydelsefullt arbete kring att förebygga mäns våld mot kvinnor. Våldsscreening på MVC är ett uppdrag som i allra högst grad, enligt oss, förtjänar uppmuntran, resurser och uppmärksamhet.

Referenslista

- Bacchus, Loraine., Mezey, Gill., Bewley, Susan & Haworth, Alison. (2004). Prevalence of domestic violence when midwives routinely enquire in pregnancy. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 111(5), 441-445.
- Brottsförebyggande rådet. (2017). *Nationella trygghetsundersökningen 2016 Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. (BRÅ rapport 2017:1). Stockholm: Lenanders Grafiska AB, Brottsförebyggande rådet (BRÅ)
- Brännvall, Mari (2016). *Frigörelse med förhinder: Om polisanmälan när kvinnor tar sig ur mäns våld i nära relationer*.
- David, Matthew & Sutton, Carole D (2016). *Samhällsvetenskaplig metod*. Lund: Studentlitteratur
- Edin, Kerstin E., Dahlgren, Lars & Lalos, Ann ; Högberg, Ulf (2010). "Keeping Up a Front": Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care. *Violence Against Women*, 16(2): 189-206.
- Edin, Kerstin E & Högberg, Ulf. (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*, 18(4): 268-278.
- Enander, Viveka (2010). 'A fool to keep staying': Battered Women labeling themselves stupid as an expression of gendered shame. *Violence against women*, 16(1): 5-31
- Eliasson, Mona., Ellgrim, Barbro, & Sveriges kommuner och landsting. (2006). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer en kunskapsöversikt*. Stockholm: Sveriges kommuner och landsting.
- Europarådet (2011) *Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet*. Europarådets fördragsserie nr 210.
- Finnbogadóttir, Hafrún (2014). *Exposure to domestic violence during pregnancy : Impact on outcome, midwives' awareness, women's experience and prevalence in the south of Sweden* (Malmö University health and society dissertations, 2014:2). Malmö: Faculty of Health and Society, Malmö University.
- Finnbogadóttir, Hafrún., Dykes, Anna-Karin & Wann-Hansson, Christine. (2014). Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: A cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health*, 14:63

FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey. European Union Agency for Fundamental Rights*. Luxemburg: Publications Office of the European Union

Friedmann, Ida (2015) *Mödrahälsovård* [<http://www.1177.se/Stockholm/Regler-och-rattigheter/Modrahalsovard>] Hämtat: 2017-02-27]

IVO (2014). *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld - slutrapport från en nationell tillsyn 2012 – 2013*.

Johansson, Roine (2007). *Vid byråkratins gränser: Om handlingsfrihetens organisatoriska begränsningar i klientrelaterat arbete*. Lund: Arkiv.

Lövgren, Veronica., Hildur, Kalman & Sauer, Lennart (2012) *Känsliga personuppgifter – mellan prövning och forskningspraktik. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups

Kvale, Steinar och Brinkmann, Svend (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur

Lipsky, Michael (2010). *Street-level bureaucracy : Dilemmas of the individual in public services* (30th anniversary expanded ed.). New York: Russell Sage Foundation.

Lundgren, Eva (2004). *Våldets normaliseringsprocess*. Stockholm: Riksorganisationen för kvinnojourer och tjejjourer i Sverige (ROKS).

Lundgren, Eva., Heimer, Gun., Westerstrand, Jenny & Kalliokoski, Anne-Marie (2001) *Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige: en omfångsundersökning*. Umeå, Uppsala, Stockholm: Brottsoffermyndigheten; Uppsala universitet; Fritzes

Lundgren, Markus (2011). *Diskurser om mansvåld. Reflektioner från en spegel. I: Carina Listerborn, Irene Molina & Diana Mulinari (red.) Våldets topografier. Beträktelser över makt och motstånd*. Stockholm: Atlas

NCK (2014). *Våld och hälsa: En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet. NCK Rapport 2014;1

Payne, Malcolm (2008). *Modern teoribildning i socialt arbete*. Stockholm: Natur & Kultur.

Prop. 1993/94:147 *Jämställdhetspolitiken: Delad makt - delat ansvar*

Regeringsbeslut 11:2 (2015): Uppdrag att kartlägga förekomsten och utformningen av rutinmässiga frågor i socialtjänsten och hälso- och sjukvården om våldsutsatthet och våldsutövande. S2015-06281/JÄM(delvis)

Regeringens skrivelse 2016/17:10 *Makt, mål och myndighet – feministisk politik för en jämställd framtid* Stockholm: Socialdepartementet och Regeringen

Regeringskansliet (2017). *Mer om jämställdhetspolitikens mål*.

[<http://www.regeringen.se/artiklar/2017/01/mer-om-jamstalldhetspolitikens-mal/>] Hämtad 2017-04-11

Sjöström, Stefan (2012) *Grindvakter och den kritiska forskningen*. I: Hildur Kalman & Veronica Lövgren (red.) *Etiska dilemman: forskningsdeltagande, samtycke och utsatthet*. Malmö: Gleerups Statens folkhälsoinstitut (årtal saknas) *Alkoholfri graviditet Kvalitetssäkring av arbetet inom mödrahälsovården*

Socialstyrelsen (2002). "*Tack för att ni frågar. Screening om våld mot kvinnor*". Stockholm: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2014a) *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Stockholm: Socialstyrelsen

Socialstyrelsen (2014b) *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen
Socialstyrelsen. (2016). *Våld: Handbok om socialtjänstens och hälso- och sjukvårdens arbete med våld i nära relationer*. Stockholm: Socialstyrelsen.

SOSFS: 2014;4 *Våld i nära relationer*

Svensson, Kerstin., Johnsson, Eva, & Laanemets, Leili. (2008). *Handlingsutrymme: Utmaningar i socialt arbete*. Stockholm: Natur & kultur.

Stenson, Kristina, & Uppsala university. Department of women's children's health.

(2004). *Men's violence against women : A challenge in antenatal care*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis

SOU 2015:55. *Nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor och hedersrelaterat våld och förtryck*. Slutbetänkande av Utredningen som ska föreslå en nationell strategi mot mäns våld mot kvinnor

Thor, Lars (2017). *Om Västra Götalandsregionen*. [<http://www.vgregion.se/sv/Vastra-Gotalandsregionen/startside/Om-Vastra-Gotalandsregionen/>] Hämtad 2017-03-20

United nations (1994). *Declaration on the elimination of violence against women A/RES/48/104*

Västra Götalandsregionen (2015) *Regional medicinsk riktlinje, Våld i nära relationer – indikationer och handläggning*

Wendt, Maria (2012). Recreating ignorance? *Australian Feminist Studies*, 27 (71): 93-109.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk- samhällsvetenskaplig forskning*. Stockholm: Vetenskapsrådet

WHO (2013) *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Genève: World health organization

WHO (2002). *World report on violence and health*. Genève: World health organization

Widding Hedin, Lena. (2008). *Woman Abuse during Pregnancy. A Prevalence Study of Psychological and Physical Abuse among Swedish Women*. Göteborg: Göteborgs universitet

Bilagor

Bilaga 1: Informationsbrev till respondenter

Hej!

Vi är två socionomstudenter som avser att skriva en uppsats om våldsscreening på MVC. Vi tycker att det arbete ni utför är viktigt och vill gärna skildra barnmorskors erfarenheter av att fråga om våld i nära relationer. Syftet med uppsatsen är att undersöka barnmorskors upplevelser och strategier när det gäller screening av våld i nära relationer. Vi har en förhoppning om att vår studie kommer att vara till nytta för ert framtida arbete gällande våldsutsatta gravida kvinnor.

Vi önskar att få möjlighet att mellan den 9–17 mars få komma och intervjua barnmorskor på er arbetsplats som underlag för vår studie. Intervjuerna kommer att spelas in och varje intervju kommer ta cirka 30–45 minuter i anspråk.

Deltagandet i studien är frivilligt och intervjupersonerna kan när som helst, innan uppsatsen lämnas in för examination den 28 april kl. 18:00, dra tillbaka sin medverkan. Vi försäkrar att intervjuerna kommer att anonymiseras med avseende på namn, arbetsplats och andra uppgifter som kan avslöja deltagarnas identitet. I uppsatsen kommer det framgå att arbetsplatsen tillhör Västra Götalandsregionen, varken stadsdel eller kommun kommer att anges.

Intervjumaterialet kommer enbart användas i denna studie, efter att uppsatsen blivit godkänd kommer materialet att förstöras. När uppsatsen är godkänd kommer den att publiceras på GUPEAs hemsida och skickas ut till de mödravårdscentraler som deltagit.

Vi kommer att kontakta er under vecka 9 för att se om intresse och möjlighet att delta i studien finns. Ni är givetvis välkomna att anmäla intresse innan vi kontaktar er. Har ni frågor om studien eller andra funderingar är ni välkomna att höra av er till oss.

Vi hade varit tacksamma om ni ville delta!

Med vänliga hälsningar

Isabel Klasson

070-766 20 53

gusjohisg@student.gu.se

Ronja Wahlsten

076- 398 65 47

guswahlstro@student.gu.se

Bilaga 2: Samtyckesblankett

Vi avser att skriva en uppsats om våldsscreening på MVC. Syftet med uppsatsen är att undersöka barnmorskors upplevelser och strategier när det gäller screening av våld i nära relationer. Vi har en förhoppning om att vår studie kommer att vara till nytta för ert framtida arbete gällande våldsutsatta gravida kvinnor.

Intervjuerna kommer att spelas in och varje intervju kommer ta cirka 30–45 minuter i anspråk. Om du får en fråga som du inte vill svara på behöver du inte göra det. Du kan också när som helst välja att avbryta intervjun.

Deltagandet i studien är frivilligt och intervjupersonerna kan när som helst, innan uppsatsen lämnas in för examination den 28 april kl. 18:00, dra tillbaka sin medverkan. Vi försäkrar att intervjuerna kommer att anonymiseras med avseende på namn, arbetsplats och andra uppgifter som kan avslöja deltagarnas identitet. I uppsatsen kommer det framgå att arbetsplatsen tillhör Västra Götalandsregionen, varken stadsdel eller kommun kommer att anges.

Intervjumaterialet kommer enbart användas i denna studie, efter att uppsatsen blivit godkänd kommer materialet att förstöras. När uppsatsen är godkänd kommer den att publiceras på GUPEAs hemsida och skickas ut till de mödravårdscentraler som deltagit. Har ni efter intervjun frågor eller funderingar är ni välkomna att kontakta oss.

Isabel Klasson

Ronja Wahlsten

Jag har tagit det av informationsbrevet och samtyckesblanketten och samtycker till deltagande.

Bilaga 3: Intervjuguide

Inledning;

Vi börjar med att presentera oss själva samt presentera syftet med intervjun. Syftet med uppsatsen är att undersöka barnmorskors upplevelser och strategier när det gäller screening av våld i nära relationer. Vidare informerar vi intervjupersonen om intervjuens längd och upplägg samt redogör för samtyckesblankett och ljudinspelning.

Frågor:

Erfarenhet och bakgrund- standardiserade frågor till alla

- Hur länge har du arbetat som barnmorska?
- Hur länge har du arbetat som barnmorska inom MVC?
- Har du någon utbildning utöver barnmorskeutbildningen?
- Uppskattningsvis, hur många gravida kvinnor träffar du per år?
- Vad inkluderar du i begreppet våld?
- Är du bekant med våldsscreening?

Inställning till att fråga

- Hur ser du på att fråga på att våld i nära relationer?
 - Frågar du alltid eller enbart vid misstanke om våld?

Tillvägagångssätt

- **Huvudfrågor**
- Finns det några riktlinjer på er arbetsplats om att fråga?
- Hur bekant är du med de riktlinjer som finns kring att fråga om våld?
 - Följdfrågor:
 - Om bekant;
 - Riktlinjernas tillräcklighet
 - Anser du att riktlinjerna ger dig det stöd du behöver i arbetet?
 - Om inte bekant;
 - Hur tror du att det påverkar våldsscreeningen?
 - Följdfråga kring hur medvetenheten kan öka
 - Har du några förslag på hur riktlinjerna skulle kunna utvecklas?
- Frågar du varje patient om våld?
 - Hur många gånger under en graviditet?
 - Om inte – hur kommer det sig?
- När frågar du om våld?
 - Hur går du tillväga om kvinnan aldrig kommer ensam?
- Hur frågar du om våld?
 - Färdigt frågeformulär eller spontant samtal?

Strategi/handlingsutrymme

- **Huvudfrågor:**
- Vad gör du om du får ett nej, men misstänker att kvinnan är utsatt?
- Vad gör du om du får ett ja?
 - Följdfrågor
 - Hur reagerar dina kollegor om du tvingas lämna över arbete till dem?
 - Vad beror handlandet på? Ex. Rutiner, riktlinjer, känsla?
- **Stödfrågor**
- Tidsfråga - finns det tid för arbetsuppgiften?
- Hur bekant är du med de riktlinjer som finns kring att hantera ett ja?

Upplevelse av att fråga

- **Huvudfråga**
- Hur upplever du det att fråga kvinnor om våldsutsatthet?
 - Följdfrågor:
 - Om du upplever svårigheter med att fråga om våld, kan du ge exempel på vad du tycker är svårt med att ställa frågan?
 - Vad tror du gör att du har en positiv upplevelse av att fråga om våld?
- **Stödfråga**
- Känner du dig rustad för att ha som arbetsuppgift att ställa frågor om våldsutsatthet?

Avslutande frågor:

- Tycker du att det finns något som i verksamheten kan göras annorlunda för att förbättra rutinerna kring våldsscreening?
- Är det något du vill tillägga?