

VKV – Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i nära relationer

Identifiera våldserfarenheter hos barn och ungdomar

En utvärdering om implementering av att
fråga på rutin om våld samt identifiering
av våldsutsatthet inom BUP, BUM och en
vårdcentral med uppdrag inom ungas
psykiska hälsa.

Mari Brännvall
Solveig Lövestad
Karin Örmon

© VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Författare: Mari Brännwall, Solveig Lövestad, Karin Örmon

Västra Götalandsregionen, Göteborg 2022

Laddas ned genom: www.valdinararelationer.se/vkv

Identifiera våldserfarenheter hos barn och ungdomar

En utvärdering om implementering av att fråga på rutin
om våld samtidentifiering av våldsutsatthet inom BUP, BUM
och en vårdcentral med uppdrag inom ungas psykiska hälsa

Mari Brännvall
Solveig Lövestad
Karin Örmon

Förord

Hälso- och sjukvården har en viktig roll att upptäcka våld i nära relationer och verka för att våldsutsatta barn och vuxna samt personer som utövat våld erbjuds vård eller hänvisas till stöd- och hjälpinsatser från andra aktörer.

Onödigt lidande undviks och rätt diagnos kan ställas om hälso- och sjukvården tidigt identifierar barn och vuxna patienter där våldsutsatthet är en bakomliggande orsak till den ohälsa som de söker för. Risken för att barn och vuxna skickas runt i vården minimeras då, och rätt stöd och behandling kan fokuseras tidigare.

Barnkonventionen slår fast att barn har rätt att skyddas mot alla former av fysiskt och psykiskt våld. Barnet har rätt att komma till tals och få möjlighet att uttrycka sina åsikter och tankar. Barnet har också rätt till att bli lyssnad på – att någon aktivt lyssnar och på ett adekvat sätt tar emot det barnet har att säga och vill uttrycka.

Det finns ingen nedre åldersgräns för när ett barn ska få komma till tals och bli lyssnad på. Även ett yngre barn behöver få möjlighet att uttrycka sig. Det underlättas om barnet känner sig trygg i miljön samt att metoder och arbetssätt är anpassade till barnets förutsättningar.

Om hälso- och sjukvården rutinmässigt ställer frågor om våld, i en trygg miljö och med ett respektfullt bemötande, innebär det att möjligheten ökar för barn att våga berätta om sina upplevelser av våld i nära relationer.

VKV:s utgångspunkt är att alla barn har rätt att leva utan våld och att det är viktigt att förebygga och motarbeta allt slags våld. VKV initierade 2017 ett pilotprojekt, som innebär att barn och deras vårdnadshavare rutinmässigt får frågor om våld i patientmöten.

Stort tack till alla barn och deras vårdnadshavare som deltagit i denna utvärdering, ni utgör grunden för denna rapport. Stort tack till all personal inom berörda verksamheter för ert fantastiska arbete som möjliggjort denna rapport. Ert arbete är ovärderligt för att barn som lever med eller har levt med våld i nära relationer ska få skydd, stöd och behandling.

Stort tack riktas också till projektledaren Ann Wolmar samt Mari Brännvall som är huvudansvarig för utvärderingen och skrivande av rapport. Ett stort tack även till medförfattarna Solveig Lövestad och Karin Örmon. Ett stort tack riktas även till anställda vid VKV som på olika sätt har bidragit till framtagandet av denna rapport.

Göteborg 2021-12-15



Carina Eliason

Områdeschef, VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Innehåll

Sammanfattning 6

Del 1. Introduktion 9

Kapitel 1. Inledning 10

Barns rättigheter i Sverige 10

Hälso- och sjukvårdens ansvar 10

Våld mot barn och ungdomar 11

Barn och ungdomar som bevittnat/upplevt
och/eller utsatts för våld i hemmet 11

Ungdomars utsatthet för våld i parrelationer 12

Hälsokonsekvenser för barn och ungdomar 12

Våldsutsatta barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården 13

Att fråga på rutin om våld 14

Frågeinstrument till barn och ungdomar 15

Vårdpersonals perspektiv på att fråga på rutin om våld 16

Projektet som utvärderas 16

Syfte och frågeställningar 18

Kapitel 2. Metod 20

Datainsamlingsmetoder 20

Rekrytering och urval 20

Datainsamling 20

Enkät – vårdpersonal 20

Fokusgruppsintervju – vårdpersonal 21

Intervju – chefer 21

Formulär FOV – barn, unga och vuxna 22

Intervju – barn och ungdomar 23

Analys 23

Forskningsdeltagarna 24

Vårdpersonal 24

Chefer 25

Patienter och medföljande föräldrar 25

Etik	27
Information och samtycke	27
Konfidentialitet	28
Forskning som inkluderar barn	29
Fortsatt disposition	29
Del 2. Personals och chefers perspektiv	31
Kapitel 3. Användningen av frågemodellen	32
Frågemodellen används inte av alla	32
Frågemodellen används med vissa avsteg	34
Steg 1. Förbereda besöket	34
Steg 2. Informera om FOV	34
Steg 3. Ställa frågor och följa upp svar	36
Steg 4. Vidta åtgärder	45
Steg 5. Dokumentera	47
Kapitel 4. Förutsättningar för att fråga	48
Hjälpsamt stöd från VKV	48
Begränsad möjlighet till enrum	50
Tidspressade verksamheter	51
Längden på nybesöken påverkar möjligheten att fråga	51
Tid att fråga, men inte alltid till att följa upp svaren	52
Besökstiden rymmer inte akut hantering av våld	52
Känsla av otillräcklighet	54
Varierande stöd bland kollegor	56
Hantera motstånd	57
Stöttande chefer	58
Överensstämmer med uppdraget	59
Osäkerhet vid handläggning och dokumentation	60
Kapitel 5. Perspektiv på att fråga	64
Pågående våld i nära relationer upptäcks sällan	64
Fel sätt att fråga	65
Öppnar en dörr	65

Relevans för verksamheterna	67
Prioritera barnets problematik	67
Någon annans uppdrag	67
Viktigt vid bedömning	68
Betydelse för patientrelation	69
Påverkar förtroende	69
Förtroende påverkar	69
Ansvar att skydda barn	70
Del 3. Barns och ungdomars perspektiv	71
Kapitel 6. Barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas om våld	72
Känns bra eller neutralt att få frågorna	72
Uppriktiga svar	74
Bra att alla tillfrågas	75
Varierande gensvar	76
Del 4. Upptäckt av våld	78
Kapitel 7. Barns avslöjande av våld	79
Bevittnat våld	79
Utsatts för våld	79
Kapitel 8. Ungdomars avslöjande av våld	84
Utsatts för våld	84
Psykiskt våld	84
Fysiskt våld	84
Sexuellt våld	85
Våld via digitala enheter	85
Bevittnat/upplevt våld	85
Utövat våld	90
Kapitel 9. Medföljande föräldrars avslöjande av våld	91
Utsatts för våld	91
Våld i nära relation	91
Våld av någon som inte är närstående	91
Bevittnat våld	93

Utövat våld	93
Våldsutsatta barn	93
Del 5. Avslutning	95
Kapitel 10. Diskussion	96
Metoddiskussion	100
Kliniska implikationer	101
Referenser	102

Sammanfattning

Projektet Att fråga barn och ungdomar på rutin om våld inom BUP, BUM och UPH pågick under åren 2017 – 2021 på tre barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (BUP), tre barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUM) och en vårdcentral med uppdrag inom ungas psykiska hälsa (UPH) inom Västra Götalandsregionen. Syftet med projektet var att de berörda verksamheterna skulle erhålla en gemensam och fördjupad kunskap om våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, sexuellt våld och våld på digitala medier samt, tillsammans med VKV, utveckla en modell för att fråga på rutin om våld i syfte att implementera modellen i den egna verksamheten.

Den modell för att fråga på rutin om våld som utvecklats och implementerats riktar sig till barn och ungdomar i åldrarna 4 – 18 år som är patienter i verksamheterna, och deras medföljande föräldrar. Frågemodellen innehåller rutiner från förberedelse av besöket till dokumentation efteråt. I frågemodellen ingår tre frågeformulär som riktar sig till målgrupperna barn, ungdomar och medföljande föräldrar. Frågeformulären som riktar sig till vuxna och ungdomar fanns sedan tidigare medan det bildsatta formuläret FOV barn utvecklades inom ramen för detta projekt. Frågorna om våld ställdes till patienterna och deras medföljande föräldrar vid nybesök.

Utvärderingen av projektet genomförs under det tredje projektåret när frågemodellen utvecklats och prövats, och är inriktad på projektets måluppfyllelse. Studiens syfte är att undersöka i vilken grad den utvecklade frågemodellen har implementerats och används för att öka möjligheten att upptäcka barn och ungdomar som bevittnat/upplevt och/eller utsatts för våld. Vidare är syftet att undersöka vårdpersonalens upplevelser av att rutinmässigt ställa, och barns och ungdomars upplevelser av att besvara, frågor om våld, samt vilket våld som identifieras när frågemodellen används. Studien bygger på metodtriangulering där information om måluppfyllelse inhämtats från flera källor. Flera datainsamlingsmetoder har använts: enkäter till vårdpersonal, patienter och medföljande föräldrar; fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal och individuella kvalitativa intervjuer med chefer och patienter. Resultaten redovisas i tre övergripande delar: personals och chefers perspektiv, barns och ungdomars perspektiv samt upptäckt av våld.

Utvärderingen visar att frågemodellen kan användas för att identifiera våldserfarenheter hos barn, ungdomar och medföljande patienter. Frågorna om våld till barn och ungdomar fungerar bra ur personalens perspektiv. Frågeformulären upplevs vara välformulerade och lätta att använda, och barnen upplevs förstå frågorna. Barnens och ungdomarnas svar på de utvärderande frågorna stödjer ett rutinmässigt frågande om våld som metod. Nästan alla barn och ungdomar som svarat på frågorna tyckte att det var bra eller varken bra eller dåligt att bli tillfrågade om våld.

Utvärderingen har visat att frågemodellen inte används i den utsträckning som det var tänkt. Metodtroheten varierar mellan mottagningarna och professionerna. Sett till avvikelserna från frågemodellen kan metoden inte hävdas vara korrekt implementerad. Frågemodellen har i det kliniska arbetet anpassats efter personalens och chefernas bedömningar och mottagningarnas olika förutsättningar för att fråga på rutin om våld. Mottagningarnas olika förutsättningar, i form av exempelvis längd på besöken, tycks ha påverkat personalens inställning till frågemodellen och i vilken mån de följer den.

Resultaten visar att frågeformuläret till barn identifierar mycket våld mellan skol- och lekamrater. Majoriteten av barnen har svarat att de bevittnat psykiskt och fysiskt våld och/eller utsatts för fysiskt våld. Få barn berättade om att ha bevittnat/upplevt eller utsatts för våld i nära relationer. Ungdomarna som besvarat FOV unga rapporterar lägre våldsutsatthet än barn,

med undantag för våld via digitala enheter. Flickor är mer utsatta än pojkar för nästan alla sorters våld. Ungefär 7 % av föräldrarna som besvarat FOV vuxna svarade att de utsatts för våld av en närstående i vuxenlivet. Det vanligaste var att förövaren var en tidigare partner. Nästan var tionde svarade att barn som de bor eller har bott med har utsatts för våld, vanligast av en förälder eller styvförälder.

Utvärderingen har visat att det finns utmaningar vad gäller möjligheten att implementera, använda och på sikt upprätthålla frågemodellen. Dessa utmaningar är kopplade till användningen av frågemodellen, till frågeformulären och till tillgängliga resurser.

Del 1

Introduktion

Kapitel 1

Inledning

Barns rättigheter i Sverige

Sverige undertecknade FN:s konvention om barnets rättigheter (Barnkonventionen) år 1990, och den är sedan år 2020 lag i Sverige (1). Därigenom har Sverige förbundit sig att ta ansvar för och nyttja sina resurser till fullo för att uppfylla barns rättigheter.

Ämnet för den här rapporten – hälso- och sjukvårdens arbete för att upptäcka, behandla och skydda barn från våld – handlar i allra högst grad om att uppfylla barns rättigheter. Enligt Barnkonventionen ska barn skyddas mot alla former av fysiskt eller psykiskt våld, skada eller övergrepp, vanvård eller försummelse, misshandel eller utnyttjande, inklusive sexuella övergrepp. Vidare har barn rätt till bästa möjliga hälsa, tillgång till hälso- och sjukvård samt till rehabilitering om de utsatts för bland annat vanvård, utnyttjande och övergrepp. Barn är individer med egna rättigheter och har rätt att uttrycka sin mening och höras i alla frågor som rör barnet, och barnets bästa ska i första hand beaktas vid beslut som rör barn (1).

Hälso- och sjukvårdens ansvar

Hälso- och sjukvårdens ansvar för barn som utsatts för våld, inklusive bevittnat/upplevt våld, förtydligas i Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (2). Enligt föreskrifterna ska hälso- och sjukvårdspersonal vid misstanke om att ett barn utsatts för eller bevittnat våld av eller mot en närstående:

- Göra en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen.
- Ställa frågor till en medföljande vuxen om orsaken till symtomen eller tecknen som väckt misstanke.
- Fråga barnet i enrum om orsaken till symtomen eller tecknen.
- Beakta vilka behov barnet kan ha av vård såväl fysiskt som psykiskt med anledning av våldet.
- Dokumentera åtgärderna som vidtagits samt symtomen eller tecknen som observerats i patientjournalen.

Hälso- och sjukvårdspersonal har alltså enligt föreskrifterna ansvar att ställa frågor om våld på indikation, det vill säga vid misstanke om att ett barn utsatts för eller bevittnat våld. Socialstyrelsen rekommenderar att fråga på rutin om våld till patientgrupper som på gruppnivå är särskilt utsatta för våld, som ett sätt att underlätta upptäckt (3). Patientgrupper som omfattas av rekommendationen är kvinnor inom mödrahälsovård, kvinnor som söker psykiatrisk vård samt barn och ungdomar inom barn och ungdomspsykiatri (BUP)(4). Till skillnad från rekommendationen gällande kvinnor, där alla kvinnor som söker mödrahälsovård eller psykiatrisk vård bör tillfrågas, så framgår det inte av rekommendationen inom BUP att det är barnen och ungdomarna själva som ska tillfrågas om deras erfarenheter. Rekommendationen är att ”ta upp frågan om våld i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri” (4).

Våld mot barn och ungdomar

Barn och ungdomar som bevittnat/upplevt och/eller

utsatts för våld i hemmet

Barnmisshandel definieras som fysiska, psykiska eller sexuella övergrepp samt omsorgsbrist av American Professional Society in the Abuse of Children (APSAC) (5). Våld mot barn kan vara kränkande tillmälen som skadar barnens självkänsla eller begränsar barnens rättigheter att själva välja hur de ska handla, tänka eller känna.

I begreppet barnmisshandel ingår även att ett barn bevittnar/upplever våld mot en närstående, vilket är att betrakta som psykiskt våld mot barnet. Att uppleva våld innebär att ett barn har sett, hört, blivit direkt inblandad, upplevt resultatet av eller på annat sätt erfarit att en förälder utsätter en annan förälder för våld, oftast en pappa mot en mamma (6, 7). Mäns/pappors våld mot kvinnor/mammor står för den övervägande delen av det systematiska och allvarliga våldet i parrelationer (8–10). Barn är ofta närvarande när en förälder utsätts för våld av en partner. I en svensk studie om barn på kvinnojour hade 95 % av barnen befunnit sig i bostaden vid misshandeln av mamman, och 77 % hade befunnit sig i samma rum (11). Våld som barn upplever mot en förälder kan se olika ut. Det kan bestå av alltifrån kränkande tillmälen och subtila hot till livshotande eller dödligt våld. Det kan pågå under kortare eller längre perioder i barns liv, eller vara en engångsföreteelse som etsat sig fast i barnets medvetande. När barn tvingas uppleva våld mot en förälder blir barnet känslomässigt övergivet och skyddslöst, eftersom det just då förlorar båda sina föräldrar – den ene i form av en hotfull angripare och den andre som ett utsatt offer (12). Att leva med våld mot en förälder och det hot det utgör mot barnets välbefinnande, innebär ofta att leva ett liv som begränsas av olika typer av makt, övergrepp och förtryck (13). Dessa barns uppväxt präglas av ständig beredskap och oro inför att våldssituationer ska uppstå, samt ett ansvar för att undvika dem och att skydda andra familjemedlemmar (14). Barn som upplever pappas våld mot mamma löper en stor risk att själva utsättas för våld i sin familj (6, 12, 15). Flera svenska studier har visat att en majoritet av de barn som upplevt våld mot en primär omsorgsgivare också själva utsattes för direkt våld (11, 16–18).

Våld mot barn är vanligt i Sverige. En nationell kartläggning från 2016 om våld mot barn, genomförd i årskurs 9 i grundskolan och årskurs 2 på gymnasiet, visade att totalt 44 % av de drygt 4700 eleverna som deltog hade utsatts för någon typ av barnmisshandel av en vuxen inom eller utanför familjen (18). I barnmisshandel inkluderades fysiskt och psykiskt våld, sexuella övergrepp, kränkningar, försummelse och våld mellan vuxna i familjen. Det vanligaste var att barnmisshandeln skett inom familjen: 36 % av eleverna hade utsatts för någon typ av misshandel av föräldrar. 14 % rapporterade utsatthet för fysisk misshandel av en förälder. Det vanligaste var att de klappats till med handen eller blivit dragen i håret eller örat. 11 % av eleverna rapporterade att de utsatts för psykisk misshandel av en förälder. Det vanligaste var hot om fysiskt våld eller förolämpningar, men det förekom också att eleverna hade blivit utelåsta från hemmet eller låsts in i källare, garderob eller liknande. Drygt 6 % av eleverna uppgav att de blivit försummade av sina föräldrar under uppväxten. Det vanligaste var emotionell försummelse. 2 % av eleverna, 4 % av flickorna och 0,4 % av pojkarna, uppgav att de utsatts för sexuellt våld

av en förälder. Den vanligaste förövaren till samtliga former av våld av föräldrar var elevens biologiska pappa eller adoptivpappa. Pojkar och flickors utsatthet för misshandel av föräldrar skiljer sig åt. Flickor rapporterade i högre utsträckning än pojkar psykisk och fysisk barnmisshandel, sexuella övergrepp och upplevt våld mellan vuxna. De olika formerna av barnmisshandel överlappade varandra i stor utsträckning. 17 % av eleverna, 20 % flickor och 12 % pojkar, hade utsatts för minst två former av barnmisshandel (18).

Många barn och ungdomar i Sverige uppger att de någon gång upplevt våld mellan sina föräldrar. I kartläggningen som beskrivits ovan hade 14 % av eleverna upplevt att en förälder utövat fysiskt eller psykiskt våld mot en annan förälder (18). I en befolkningsbaserad studie från 2010 uppgav 11 % av barnen i åldrarna 13 – 17 år att de upplevt våld mellan vuxna i familjen (16).

Ungdomars utsatthet för våld i parrelationer

Ungdomar utsätts även för våld i egna parrelationer av en nuvarande eller före detta partner. Forskning visar att också ungdomar utsätts för olika former av våld i parrelationer, såväl psykiskt som fysiskt och sexuellt, samt att detta våld liknar våld mellan vuxna i parrelationer (19, 20). Våldet kan vara upprepat och systematiskt, samt trappas upp successivt i såväl frekvens som allvarlighetsgrad (21). Våld i ungas parrelationer sker ofta över digitala medier, som utgör plattformar som möjliggör och effektiviserar våldsutövandet (19). De vanligaste arenor där unga utsätts för partnervåld är i det egna hemmet, i partnerns hem eller i skolan (22). En studie om ungdomars uppbrott ur partnervåld visar att det finns ungdomsspecifika faktorer som skapar barriärer och broar för uppbrottet. Sociala medier och skolan, om förövaren går i samma klass eller skola, kan utgöra barriärer då de gör det svårt för den våldsutsatta att hålla avstånd. Föräldrar kan fungera både som barriär eller bro, ofta beroende på deras gensvar på våldet (23).

Prevalensstudier visar att våld i ungas parrelationer är vanligt. En svensk prevalensstudie om gymnasieungdomars utsatthet för våld i parrelationer visade att 59,7 % av ungdomarna hade utsatts för någon typ av våld: 40,2 % rapporterade erfarenheter av psykiskt våld, 49,6 % psykiskt våld online, 16,7 % fysiskt våld, 29 % sexuellt våld, och 18,1 % grovt sexuellt våld (22). Samma studie visade på könsskillnader: en större andel flickor än pojkar rapporterade upprepad utsatthet och utsatthet för sexuellt våld. Liknande fynd har gjorts i andra studier genomförda i Europa (24, 25). I en norsk studie om tonåringars utsatthet för partnervåld rapporterade 42,9 % av de deltagare som hade haft en parrelation att de utsatts för våld (24). Det vanligaste våldet var digitalt (29,1 %), följt av psykiskt (25,9 %), fysiskt (18,8 %) och sexuellt våld (12,8 %). Flickor svarade i högre utsträckning än pojkar att de utsatts för våld samt att de påverkats negativt av det. I en italiensk studie rapporterade flickor i högre utsträckning än pojkar erfarenheter av negativa hälsokonsekvenser av våldsutsattheten, så som depression, panikattacker, åtstörningar och självmordstankar (25).

Hälsokonsekvenser för barn och ungdomar

Utsatthet för våld i hemmet under uppväxten har visat sig påverka barns hälsa på såväl kort som lång sikt. Det finns ett starkt samband mellan tidig våldsutsatthet och fysisk och psykisk

ohälsa senare i livet (26, 27).

I en svensk kartläggning om barnmisshandel upplevde tre gånger fler våldsutsatta barn sitt allmänna hälsotillstånd som mindre bra eller dåligt, jämfört med barn som inte varit utsatta – 30 % jämfört med 11 % (18). Barn och ungdomar som upplevt eller utsatts för våld har i betydligt högre utsträckning olika symtom på psykisk ohälsa än barn i allmänhet (28). Våldsutsatta barn rapporterar mer ångest, depression, sämre självkänsla och sämre relation till sina föräldrar än barn som inte varit utsatta (29). Ungdomar med erfarenhet av barnmisshandel löper ökad risk för psykisk ohälsa, ogiltig skolfrånvaro samt problematisk drog- och alkoholkonsumtion (30). Upplevt våld mot en förälder medför en ökad risk för att barnet utvecklar posttraumatiskt stressyndrom, ångest, depression, beteendeproblem och problem med sociala relationer (11, 31 – 33). Barn som upplevt eller utsatts för våld rapporterar oftare psykosomatiska symtom, såsom koncentrationssvårigheter, sömnsvårigheter, huvudvärk, magont, dålig aptit, ledsenhet och yrsel. I kartläggningen av barnmisshandel i Sverige rapporterade 68 % av eleverna som utsatts för barnmisshandel psykosomatiska besvär (18). Vidare var det tre gånger vanligare med självskadebeteende bland elever som utsatts för barnmisshandel än dem som inte har denna erfarenhet. 31% av barnen som utsatts för barnmisshandel hade skadat sig själva genom att medvetet skära, rispa, bränna sig eller liknande. Det var även tre gånger vanligare med suicid-tankar bland elever som utsatts för barnmisshandel i jämförelse med de som inte utsatts. Drygt 13 % av eleverna som utsatts för barnmisshandel hade försökt avsluta sitt liv, i jämförelse med knappt 2 % bland dem som inte utsatts (18).

Våldsutsatta barn och ungdomar

inom hälso- och sjukvården

Barn och ungdomar som utsatts för direkt våld eller bevittnat/upplevt våld mellan föräldrarna mår alltså sämre än barn i allmänhet. Våldets negativa hälsoeffekter, exempelvis i form av psykisk ohälsa, kan utgöra grund för en kontakt med hälso- och sjukvården. En studie av kvinnor och barn på kvinnojourer visade att 70 % av barnen hade så stora svårigheter att de bedömdes behöva fortsatt utredning och behandling (11). En annan svensk studie visade att patienter inom BUP som upplevt eller utsatts för våld uppvisar mer traumarelaterade symtom än barn utan denna erfarenhet (34). Erfarenheter av att ha exponerats för mer än en typ av våld var associerat med allvarligare psykiatriska symtom.

Forskning visar ett samband mellan barns utsatthet för våld och en ökad vårdkonsumtion (35, 36). En svensk studie visade att barn som upplevt våld mot sin mamma hade en ökad läkemedelskonsumtion och fördubblad vårdkonsumtion jämfört med barn som inte hade denna erfarenhet (35).

Många barn som upplevt eller utsatts för våld befinner sig således inom hälso- och sjukvården. Inte minst inom BUP. Forskning visar att förekomsten av våld är hög i familjer som söker sig till eller remitterats till BUP. Studier genomförda i Sverige visar att cirka 20 – 30 % av BUP:s patienter har upplevt eller utsatts för våld inom familjen (13, 17, 37, 38). Våldet behöver dock inte vara det uttalade skälet till kontakten med BUP, utan det kan vara dolt för

omgivningen.

Få barn berättar om sina erfarenheter av våld för en professionell inom skola, socialtjänst, polis, hälso- och sjukvård eller ungdomsmottagning. Studier genomförda i Sverige visar att cirka 5 – 10 % av barn som upplevt eller utsatts för våld i familjen hade berättat om våldet för en professionell (16, 18, 39). Det vanligaste var att barn berättat om våldet för en vän (39). Personal i skolan har visat sig vara särskilt viktiga, då skolan kan erbjuda tillitsfulla varaktiga relationer som möjliggör att barn vågar berätta om sin utsatthet (40). I en nationell kartläggning om våld mot barn uppgav endast 3,9 % av barnen att de hade berättat om våldet för hälso- och sjukvården (18). Flera studier visar att barn i låg utsträckning, eller inte alls, berättar om våld i kontakten med barn- och ungdomspsykiatri (41, 42). Det är därmed inte säkert att barnmisshandeln uppmärksammas i kontakten med BUP (43).

Forskning visar att faktorer som kan öka möjligheten för barn att avslöja våld är att barn ges tillfällen när de kan berätta, att de ser ett syfte med att berätta och att de ser ett sammanhang som de uppfattar kan hjälpa (44, 45). Barn som inte får frågor om våldsutsatthet är mindre benägna att berätta om sin utsatthet än barn som får sådana frågor (46). I en svensk studie om unga vuxnas erfarenhet av att avslöja upplevelser av våld i hemmet framkom att det vanligaste skälet till att de inte berättade var att de inte trodde att någon skulle kunna göra något åt våldet (39). I de fall där våldet rapporterades till en myndighet upplevdes detta inte vara till någon större hjälp eftersom våldet fortsatte och myndighetskontakten inte medförde några förändringar i barnens situation.

Att fråga på rutin om våld

Det faktum att många barn inom hälso- och sjukvården har upplevt eller utsatts för våld, men att få berättar om det, medför att många barn inte får tillgång till stöd eller behandling som inriktas på våldet.

En litteraturstudie visar att våldsutsatta barn inom hälso- och sjukvården främst identifieras genom direkta observationer av fysiska skador och/eller genom att hälso- och sjukvårdspersonalen använder sig av olika checklistor där de noterar egna observationer (47). Exempelvis om föräldrarnas interaktion med barnet är välfungerande, eller om det finns uteblivna hälsokontroller utan att föräldrarna har angett en rimlig orsak. Forskning visar att checklistor för misstänkt barnmisshandel inom akut hälso- och sjukvård ökar upptäckten av våld betydligt (48, 49). En av bristerna som har lyfts fram är att identifiering av våldsutsatta barn inom hälso- och sjukvården oftast sker sporadiskt och att det saknas instrument som identifierar barns utsatthet för olika typer av våld, däribland psykologiska övergrepp (50).

En metod som kan användas för att upptäcka våld mot barn är att vårdpersonal aktivt och rutinmässigt tillfrågar dem. Denna metod, att fråga på rutin om våld, används inom delar av hälso- och sjukvården för att upptäcka våld (51 – 53). Metoden syftar dels till att upptäcka våld, dels till att erbjuda adekvat behandling.

Det är ganska vanligt att BUP-mottagningar i Sverige frågar på rutin om våld ifall barn bevitnat/upplevt eller utsatts för våld antingen till föräldrar eller direkt till barnen. En kartläggning av Socialstyrelsen om frågor om våld visade att 65 % av BUP-mottagningarna ställde frågor till föräldrar om barn bevitnat eller utsatts för våld (51). Något färre, 63 % ställde frågorna

direkt till barn. Det saknas kunskap om hur många barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUM) och vårdcentraler med särskilt uppdrag inom ungas psykiska hälsa (UPH) som frågar barn på rutin om våld.

Majoriteten av forskning om att fråga på rutin om våld inom hälso- och sjukvården omfattar vuxna, framförallt kvinnliga, patienter. Få studier omfattar ett frågande på rutin om våld som ställs direkt till barn och ungdomar i åldrarna 4 – 18 år. Det finns stöd i forskning för att fråga på rutin som metod för att upptäcka våld. Flera studier visar att frågandet på rutin om våld ökar möjligheten att identifiera våld i nära relationer (54 – 58). Vid positivt utfall kan våldsutsatta och våldsutövare erbjudas interventioner och sättas i kontakt med stöd. Metoden kan således vara användbar i arbete med att motverka våld i nära relationer (4, 43, 59 – 61). Forskning har dock visat att det finns olika hinder för att fråga på rutin om våld, som är relaterade till såväl vårdgivaren som patienten (62). Här kan nämnas brist på resurser och rädslor hos vårdpersonal. Metoden har visat sig uppskattas av patienterna som tillfrågas. Nationell och internationell forskning visar att patienter ger sitt stöd till, och anser det lämpligt att vårdpersonal ställer frågor om våld i nära relationer (31, 54, 63 – 66). Viktiga förutsättningar är att frågorna ställs på rutin för att undvika stigmatisering, att de ställs i enrum utan partnerns närvaro (54) och att de ställs på ett respektfullt och inte dömande sätt (66).

Vi har identifierat ett fåtal studier där ett frågande på rutin om våld ställts till barn och ungdomar inom hälso- och sjukvården. I en norsk studie av Skar med flera (67) om grad av upprördhet som barn och ungdomar (6 – 18 år) upplevde efter ett frågande på rutin om trauma vid barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, rapporterade de flesta ungdomarna som upplevt trauma (68,4 %) inga eller låga nivåer av upprördhet. 27,2 % rapporterade måttliga nivåer och 4,5 % rapporterade höga nivåer av upprördhet. Barn och ungdomar som upplevt våld i hemmet eller som utsatts för sexuella övergrepp rapporterade högre grad av upprördhet. Författarna till studien drar slutsatsen att det är viktigt att praktiker är uppmärksamma på patientens reaktion och agerar stödjande, med tanke på att en del barn och ungdomar upplever frågorna som upprörande.

I en svensk studie från 2017 om att fråga på rutin om våld och alkoholvanor inom ungdomsmottagningar, framkom att de unga vuxna (18 – 22 år) ställde sig positiva till att tillfrågas på rutin (68). Även i de fall som frågorna väckte obehag hos de unga vuxna ställde de sig positiva till att tillfrågas. Frågor om våld hjälpte dem att tolka och bearbeta sina våldserfarenheter. I vissa fall bidrog de även till att initiera en förändring av de unga vuxnas situation, såsom att gå i behandling eller lämna en våldsutövande partner. En annan studie om hälsokonsekvenser efter ett frågande på rutin om våld till unga kvinnor inom ungdomsmottagningar visade att ett rutinmässigt frågande om våld och självstärkande strategier inte bidrog till bättre hälsa för deltagarna (31). Att fråga på rutin ledde dock till en hög grad av avslöjande av våld, och 14 % av de våldsutsatta unga kvinnorna fick ytterligare rådgivning som ett resultat av frågorna. Dessa fynd stöds av studier genomförda i USA, som visar att ett rutinmässigt frågande av ungdomar i kombination med hänvisningar till lokalt och nationellt stöd är viktiga för att minska våldsutsatthet (69).

Frågeinstrument till barn och ungdomar

Det finns flera mätinstrument som används kliniskt eller inom forskning där frågor om

våld ställs direkt till barn och ungdomar. Här kan nämnas Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) som är lämplig för barn i åldrarna 12 – 17 år, Juvenile Victimization Questionnaire (JVQ) för barn i åldrarna 10 – 17 år, Child Abuse Screening Tool (ICAST) som används från 10 år, The Child Sexual Abuse Questionnaire (CSA-Q) för barn och unga i åldrarna 13 – 20 år och The Adverse Childhood Experiences (ACE) questionnaire för barn och unga i åldrarna 14 – 23 år (70). Linköping Youth Life Experience Scale (LYLES) är ett svenskt instrument för barn i åldrarna 8 – 18 år som är utvecklat utifrån instrumentet Life Incidence of Traumatic Events (LITE) (71). Få av dessa frågeinstrument vänder sig till barn i de yngre åldrarna. Frågeinstrumenten innehåller i varierande grad frågor om psykiskt, fysiskt och sexuellt våld, bevittnande av våld och försummelse. Ett av dem, CSAQ, innehåller frågor om våld via digitala enheter.

Vårdpersonals perspektiv på att fråga på rutin om våld

I en svensk studie från 2013 om BUP-personals upplevelser av att fråga medföljande föräldrar på rutin om våld var många praktiker tveksamma till att fråga föräldrar om våld i nära relationer utan indikation (72). Vissa upplevde frågandet på rutin som begränsande, på så sätt att det utgör ett hinder för att utveckla en god relation till patienterna. Andra kände sig mer osäkra, och ansåg att frågorna var viktiga, men begränsande. Ytterligare andra såg frågorna som ett användbart verktyg. Dessa fynd indikerar att praktikers negativa känslor och tveksamheter gör implementering av ett rutinmässigt frågande om våld till en långdragen process.

Det finns flera faktorer som visat sig vara viktiga vid implementering av att fråga på rutin om våld inom hälso- och sjukvården. Faktorer som kan underlätta för personal är skriftliga rutiner för hur och när frågorna ska ställas och hur vårdpersonal ska agera vid upptäckt (51, 73, 74) samt utbildning om såväl våld, som frågemetoden som används (51). Den tid det tar att besvara frågeformuläret har också betydelse. Det bör vara kortfattat och gå snabbt att besvara så att vårdpersonalen upplever sig ha tid att fråga (74 – 76). Andra viktiga faktorer är att utvecklingsarbetet förankras i verksamheterna, kontinuerlig uppföljning och handledning samt stöd från ledning och kollegor (51, 52). Vårdpersonal har visat sig vara mycket mer benägna att fråga på rutin om våld ifall organisationen tydligt signalerar att den står bakom metoden och det finns en skriftlig policy (77). Informationsmaterial i form av broschyrer och posters som syns på mottagningarna har också visat sig vara viktigt (77). Det är även viktigt att vårdpersonal känner sig bekväma och trygga med att fråga om och ingripa mot våld. Personal som känner sig obekväma med att fråga eller osäkra på hur de ska agera är mindre benägna att fråga (78, 79). En sista faktor är att vårdpersonal ser det som sin professions ansvar att fråga om våld och göra något åt det (76, 80).

Projektet som utvärderas

Inom Västra Götalandsregionen bedrivs sedan många år tillbaka ett utvecklingsarbete för att vårdpersonal ska fråga patienter på rutin om våld. Utvecklingsarbetet leds av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV). VKV har tagit fram formulär för att fråga på rutin om våld som riktar sig till vuxna och till ungdomar, kallade FOV vuxna och FOV unga. FOV står för frågor om våld. Mottagningar inom exempelvis mödrahälsovård,

barnhälsovård, psykiatri, habilitering och ungdomsmottagningar har implementerat metoden och använder sig av frågeformulären.

Med start år 2017 har VKV bedrivit ett utvecklingsprojekt tillsammans med tre barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar (BUP), tre barn- och ungdomsmedicinska mottagningar (BUM) samt en vårdcentral. Vårdcentralen är en resursmottagning inom primärvård för barn och unga med psykisk ohälsa (UPH). BUM-mottagningarna är samlokaliserade, har samma chef och består av samma personalgrupp.

VKV har stått för projektledning medan mottagningarna har utgjort pilotverksamheter för projektet. Den vårdpersonal som ingick i projektet bestod av arbetsterapeuter, läkare, psykologer, sjuksköterskor och socionomer. Projektstrukturen bestod av en projektledare från VKV, vårdpersonalen som frågar om våld samt en styrgrupp och en arbetsgrupp.

Syftet med utvecklingsprojektet var:

- att de berörda verksamheterna ska erhålla en gemensam och fördjupad kunskap om våld i nära relationer, hedersrelaterat våld och förtryck, sexuellt våld och våld på digitala medier
- att, tillsammans med VKV, utveckla en modell för att fråga på rutin om våld i syfte att implementera modellen i den egna verksamheten.

De övergripande **målen** med projektet var:

- att våldsutsatta vuxna och barn, inklusive barn som bevittnat/upplevt våld ur ett helhetsperspektiv, i större omfattning ska synliggöras och erhålla ett adekvat och konsekvent bemötande samt erhålla skydd, stöd och behandling. Personer som utövar våld ska erhålla adekvat stöd och behandling.
- att utvecklad frågemodell och metodmaterial ska implementeras och användas för att öka möjligheten att upptäcka barn och ungdomar som är utsatta för våld och/eller har bevittnat/upplevt våld i en förstärkt och förtydligande vårdkedja.

År 2017 utvecklade VKV tillsammans med mottagningarna en modell för att fråga på rutin om våld som riktar sig till de barn, ungdomar och medföljande föräldrar som besöker mottagningarna. Frågemodellen består av fem steg:

- 1. Förbereda besöket.** Här ingår att ta fram frågeformulär, material och att boka tolk vid behov.
- 2. Informera om FOV.** Här ingår att informera patienten och medföljande föräldrar tillsammans om att frågor om våld kommer att ställas.
- 3. Ställa frågor och följa upp svar.** Här ingår att patient och medföljande föräldrar besvarar frågeformulären var för sig. Patienten tillfrågas i behandlingsrummet medan föräldrarna besvarar formulären på av personalen anvisad plats, exempelvis i väntrum, korridor eller annat behandlingsrum. Patienter i åldrarna 4 – 12 år tillfrågas muntligen, och patienter i åldrarna 13 – 18 år tillfrågas skriftligen. Patientens svar följs upp under besöket, medan föräldrars svar följs upp per telefon i efterhand.
- 4. Vidta åtgärder.** Här ingår att personalen vidtar adekvata åtgärder beroende på patientens svar på formulären. Exempelvis vidarehänvisning, orosanmälan eller polisanmälan.

5. Dokumentera. Här ingår att dokumentera att frågor om våld ställts. Om våld framkommit ingår att dokumentera tecken eller symtom på våld samt vilka åtgärder med avseende på våld som vidtagits,

I frågemodellen ingår tre frågeformulär som riktar sig till målgrupperna barn, ungdomar och medföljande föräldrar (70, 81). Frågeformulären som riktar sig till vuxna och ungdomar, FOV vuxna och FOV unga, fanns sedan tidigare medan formuläret FOV barn (tidigare döpt till FOV A+B) utvecklades inom ramen för detta utvecklingsprojekt. Frågeformuläret FOV barn består av en ringpärm med två åldersanpassade delar (bilaga 1 Lägg in som bilaga). Del A består av fem frågor och vänder sig till barn i åldrarna 4 – 7 år, medan del B består av sex frågor och vänder sig till barn i åldrarna 8 – 12 år. FOV unga används till patienter i åldrarna 13 – 18 år. Ringpärmen inleds med information om hur frågorna ska användas och information om hur personalen ska introducera frågorna om våld. Fråga 1 – 2 handlar om barnet har bevittnat psykiskt eller fysiskt våld. Fråga 3 – 5 handlar om barnet har utsatts för fysiskt, sexuellt eller psykiskt våld. Fråga 6 på FOV B handlar om barnet har utsatts för våld via digitala enheter, så som mobiltelefonen, datorn eller surfplattan. Till varje fråga finns en bild och en beskrivande text i kursivt som styr in respektive fråga mot våld i nära relationer eller det våld som avses i frågan, exempelvis sexuellt våld. Till ringpärmen, det vill säga frågeformuläret, togs ett svarsformulär fram. Svarsformuläret var avsett för personalen att fylla i patientens muntliga svar på frågorna i ringpärmen och att göra egna anteckningar. Svarsformuläret innehåller frågorna som finns i ringpärmen, inte informationen eller exemplen.

Enligt frågemodellen ska mottagningarna ställa frågorna om våld vid nybesök. Det bestämdes att BUM och vårdcentralen skulle fråga barn från sex års ålder och BUP barn från fyra års ålder. BUP och vårdcentralen skulle fråga alla patienter och medföljande föräldrar medan BUM skulle fråga patienter med diagnoserna huvudvärk, buksmärtor, enkoprés, daginkontinens och fetma. Dessa diagnoser valdes ut med hänvisning till att de kan vara symtom på att barn bevittnat/upplevt eller utsatts för våld. Psykologen på BUM skulle dock fråga alla barn.

Projektledaren vid VKV har i samarbete med mottagningarna tagit fram skriftligt material så som kunskapsstöd, handledning, hjälpkort och en affisch till väntrum. Under våren 2018 genomförde projektledaren utbildningsinsatser till personalen om våld i nära relationer och frågemodellen. Samma år började mottagningarna använda frågemodellen kliniskt.

Under åren 2018 – 2020 bjöd projektledaren återkommande in personalen till möten med syftet att följa upp hur arbetet fortskrider, samt vid behov ge stöd och handledning till personalen. Projektledaren har även deltagit vid arbetsplatsträffar på mottagningarna samt tillhandahållit utbildningar för nyanställda och fördjupningsutbildningar om hedersrelaterat våld och förtryck samt våld via digitala medier.

Syfte och frågeställningar

Utvärderingen av projektet genomförs under det tredje projektåret när frågemodellen utvecklats och prövats, och är inriktad på projektets måluppfyllelse. Studiens syfte är att undersöka i vilken grad utvecklad frågemodell har implementerats och används för att öka möjligheten att upptäcka barn och ungdomar som bevittnat/upplevt och/eller utsatts för våld. Vidare är syftet att undersöka vårdpersonalens upplevelser av att rutinmässigt ställa, och barns

och ungdomars upplevelser av att besvara, frågor om våld, samt vilket våld som identifieras när frågemodellen används. Följande frågeställningar besvaras:

- Har frågemodellen för att fråga på rutin om våld implementerats på mottagningarna?
- Vilka är personalens förutsättningar för att kunna fråga på rutin om våld enligt frågemodellen?
- Vilka är personalens upplevelser av att fråga ungdomar och deras medföljande föräldrar på rutin om våld?
- Vilka är barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas om våld?
- Vilka våldserfarenheter identifieras när frågemodellen används?

Kapitel 2

Metod

Datainsamlingsmetoder

Studien bygger på metodtriangulering där information om måluppfyllelse inhämtats från flera källor. Flera datainsamlingsmetoder har använts:

- Personalenkät om personalens perspektiv på och erfarenheter av implementeringen och användningen av frågemodellen.
- Fokusgruppsintervjuer med vårdpersonal om deras upplevelser av att arbeta enligt frågemodellen.
- Individuella kvalitativa intervjuer med chefer/samordnare om deras upplevelser av arbetet enligt frågemodellen.
- Fråge-/svarsformulären FOV om barns, ungdomars och föräldrars rapportering av våld när frågeformuläret används vid nybesök.
- Barnenkät om barns och ungdomars upplevelser av att besvara frågeformuläret.
- Individuella kvalitativa intervjuer med barn och ungdomar om hur det var att tillfrågas om våld.

Rekrytering och urval

Utvärderingen genomfördes under åren 2020 till 2021. Data samlades i huvudsak in under 2020, vilket är det tredje året av det operativa arbetet inom projektet. De kliniska verksamheter som ingick i urvalet är också de verksamheter som ingick i projektet: tre BUP-mottagningar, tre BUM-mottagningar och en vårdcentral med särskilt uppdrag för barns och ungas psykiska hälsa (UPH). Vidare rekrytering och urval beskrivs nedan under respektive datainsamlingsmetod.

Datainsamling

Enkät – vårdpersonal

För att undersöka personalens perspektiv på och upplevelser av att använda frågemodellen har en enkät med sammanlagt 30 frågor delats ut till samtlig vårdpersonal som har till uppgift att fråga om våld. Enkäten innehåller fyra bakgrundsfrågor, bland annat frågor om informantens utbildning samt antal år som hen arbetat på vårdenheten. Övriga 26 frågor, handlar om vad personalen anser om ett rutinmässigt frågande för att upptäcka våld, personalens synpunkter om användningen av projektets frågemodell och frågor om personalens förutsättningar för att kunna använda frågemodellen.

Enkätfrågorna utformades utifrån utvärderingens syfte och frågeställningar. Frågeformulärets

layout, språk och terminologi har granskats av en sakkunnig inom kommunikation. Frågeformuläret har även testats av tre psykologer och tre socionomer som arbetar vid en BUP-mottagning som inte ingår i projektet, men som tidigare implementerat ett rutinmässigt frågande om våld. Inledningsvis ombads testpersonerna läsa igenom informationsbrevet och besvara enkäten. Därefter markerade de frågor, formuleringar, ord, begrepp och svarsalternativ som kunde förtydligas. Efter det gick intervjuaren muntligt igenom enkäten och ställde utredande frågor om den, som besvarades av testpersonerna. Vissa av utredningsfrågorna var mer generella, medan andra var specifika och riktade fokus mot frågor som på förhand misstänktes vara problematiska (82). Syftet var att testpersonerna skulle berätta om hur de uppfattade frågorna och resonerade sig fram till sina svar. Efter granskningen reviderades enkäten till den version som kom att bli den slutgiltiga.

Urvalet bestod av samtlig vårdpersonal (54 stycken) på de utvalda mottagningarna – BUM, BUP och UPH – som i sitt arbete möter barn i behandling eller vid nybesök, och som enligt projektet skulle fråga om våld.

Enkäterna skickades ut 2020-02-05 till samtliga enhetschefer på enheterna per post, som sedan distribuerade enkäterna vidare till respondenterna. Enkäterna returnerades ifyllda per post. Enkäterna är avidentifierade. Utav de 54 enkäter som skickades ut, besvarades 47 enkäter vilket ger en svarsfrekvens på 87 %.

Fokusgruppsintervju – vårdpersonal

För att få en fördjupad bild av personalens upplevelser av att använda frågemodellen har fokusgruppsintervjuer genomförts med ett urval av den vårdpersonal som har till uppgift att fråga på rutin om våld inom ramen för projektet. Denna typ av dynamiska intervjuer kan synliggöra deltagarnas likheter och skillnader, och ge rik information om bredden av deras perspektiv och erfarenheter (83).

Informationsbrev skickades ut till cheferna/samordnaren, som i sin tur informerade vårdpersonalen och rekryterade informanter på respektive enhet. Personalen intervjuades mottagningsvis, vilket innebär att fem fokusgruppsintervjuer genomfördes, med fyra till fem deltagare i varje intervju. En intervjuguide användes med frågor som fokuserade vårdpersonalens syn på frågemodellen och deras upplevelser av att använda den, i synnerhet upplevelser av att tillfråga barn på rutin om våld. Intervjuerna genomfördes under våren 2020 och pågick i 70 – 80 minuter. De ljudinspelades och transkriberades ordagrant.

Intervju – chefer

För att få ytterligare ett perspektiv på implementeringen av frågemodellen har individuella kvalitativa intervjuer genomförts med cheferna/samordnaren för mottagningarna som ingår i projektet. Alla tillfrågades och alla tackade ja till att delta, vilket innebär att fem individuella intervjuer genomfördes. En intervjuguide användes med frågor som fokuserade chefernas/samordnarens syn på användningen av frågemodellen. Intervjuerna genomfördes under våren 2020 och pågick i 70 – 80 minuter. De ljudinspelades och transkriberades ordagrant.

Formulär FOV – barn, unga och vuxna

För att ta reda på vilka våldserfarenheter hos barn, ungdomar och medföljande föräldrar som identifieras när frågemodellen används har fråge- och svarsformulären som använts vid nybesöken samlats in. Formulären som använts är reviderade versioner av frågeformulären FOV vuxna, FOV unga, FOV barn. Formulären har reviderats på så sätt att det av svarsalternativen framgår när i tid eventuellt våld utövats samt vem som utövat det. Bakgrundsuppgifter i form av födelseår och kön har även lagts till. Frågeformulären fokuserar i huvudsak på erfarenheter av att ha utsatts för, bevittnat/upplevt, eller utövat psykiskt, fysiskt och/eller sexuellt våld i nära relationer.

Vårdpersonalen tillfrågade barn (4 – 12 år) muntligen om våld och ungdomar (13 – 18 år) muntligen eller skriftligen om våld. Svaren på frågorna nedtecknades på formuläret. Medföljande föräldrar besvarade formulären skriftligen i väntrum/besöksrum och lämnade det till personalen eller i receptionen.

För att få en bred bild av barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas om våld lades ett antal frågor till på formulärens baksida. Tanken var att få ta del av barnens och ungdomarnas upplevelser av att tillfrågas om våld direkt efter att frågorna ställdes. Dessa tilläggsfrågor utgör därmed ett viktigt komplement till de kvalitativa intervjuer med barn och ungdomar som genomfördes en tid efter nybesöket vid vilket barnen och ungdomarna tillfrågades om våld. Tilläggsfrågorna åldersanpassades. Ungdomar i åldrarna 13 – 18 år fick besvara fyra frågor om hur det var att tillfrågas om våld, och barn i åldrarna 4 – 12 år fick besvara tre frågor. I enlighet med rekommendationer om design av frågeformulär till barn var frågorna korta, direkta, hade få och tydligt avgränsade svarsalternativ, samt att svarsalternativen till barnen kompletterades med visuella bilder av ansiktsuttryck (84). Frågorna till barnen har granskats av en expert på barnsamtal. Frågorna har även testats av fem barn i åldrarna 5 – 9 år enligt en metod som går ut på att de ska tänka högt om frågorna och svaren medan de besvarar frågorna. Denna testmetod är lämplig att använda med barn, då barn är vana vid att verbalisera sina tankar när de leker eller gör andra aktiviteter (84). Efter testningen reviderades de utvärderande frågorna något.

Frågeformulären samlades in under en tidsperiod om fyra månader. BUP-mottagningarnas och UPH-mottagningens datainsamlingsperiod sträckte sig från 2020-09-01 till 2020-12-31 och BUM-mottagningarnas från 2020-11-01 till 2021-02-28.

Formulären FOV har även använts för att ta reda på i vilken utsträckning frågemodellen har använts i de kliniska verksamheterna. Kvantitativa uppgifter om antalet nybesök under mätperioderna begärdes av verksamheterna.

Under mätperioden hade BUP-mottagningarna sammanlagt 120 nybesök, BUM-mottagningarna 32 nybesök och UPH-mottagningen 214 nybesök, vid vilka frågorna om våld skulle ställas. Totalt 103 barn besvarade barnformulären, 74 ungdomar besvarade ungdomsformuläret och 237 medföljande föräldrar besvarade vuxenformuläret.

Av de totalt 370 patienter som tillhör målgruppen barn och ungdomar, och alltså skulle ha fått frågan, var det 47,8 % som besvarade frågeformulären (tabell 1). 19 formulär för obesvarade FOV för patienter skickades in av personalen, där de motiverade varför frågorna om våld inte ställts. Formulär saknas för 47 % av patienterna. Det innebär att forskargruppen inte har fått någon beskrivning av personalen till varför dessa formulär saknas. Svarsfrekvensen för

vuxna går inte att beräkna då det av antalet patienter under mätperioden inte framkommer antalet medföljande föräldrar. Vissa patienter kom ensamma till nybesöket, medan andra hade med sig en eller två medföljande föräldrar.

Tabell 1. Insamlade frågeformulär i relation till antal nybesök. Total N=370.	n	%
Besvarade FOV av patienter	177	(47.8)
Obesvarade FOV där motiv angetts	19	(5.1)
Saknade formulär	174	(47.0)

Intervju – barn och ungdomar

För att fördjupa bilden av barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas om våld genomfördes kvalitativa intervjuer med barn och ungdomar som besökt mottagningarna. Denna typ av intervjuer rymmer en flexibilitet vad gäller formen för intervjun, exempelvis med avseende på intervjufrågornas ordningsföljd och uppföljning av svar (85).

Barn och ungdomar rekryterades genom att vårdpersonalen delgav barn och ungdomar, samt deras medföljande förälder, muntlig och skriftlig information om studien i samband med nybesök under mätperioderna. Godkännande att bli kontaktad av forskarna lämnades i receptionen, till personalen eller skickades i ett redan frankerat kuvert till intervjuaren. Vid visat intresse kontaktades föräldern till barn i åldrarna 4 – 14 år och ungdomen själv i åldrarna 15 – 18 år. Därefter bestämdes tidpunkt och plats för intervjun. Två barn och två ungdomar intervjuades. Tre av intervjuerna hölls i barnets/ungdomens hem och en hölls på den mottagning informanten besökt. En intervjuguide användes med frågor om barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas och besvara frågor om våld samt av personalens gensvar om de berättat om våld. Intervjuerna genomfördes under hösten 2020 och våren 2021. De varade i 15 – 23 minuter. Intervjuerna ljudinspelades och transkriberades ordagrant.

Analys

Det kvalitativa materialet bestående av fokusgruppsintervjuer, intervjuer med chefer/samordnare och intervjuerna med barn och ungdomarna har analyserats tematiskt. Denna analysmetod kännetecknas av teoretisk flexibilitet, och innebär kortfattat att identifiera, analysera och rapportera teman och mönster av mening i ett material (86). Vid läsningen av intervjuutskriften har citat, relevanta för forskningsfrågorna, markerats och initiala koder genererats. Efter det har koderna sorterats, analyserats och formerats till teman. Dessa teman har förfinats så att de tydliggjorts, separerats inbördes och strukturerats i relation till varandra, samt ordnats i övergripande teman och underteman.

Datamaterialet som ligger till grund för de kvantitativa resultat som är baserade på persona-

lenkäten, barn- och ungdomsenkäterna samt svarsformuläret om våld till vuxna, har bearbetats i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). I rapporten används beskrivande statistik med fokus på antal (n) och andelar (%). Alla resultat presenteras på gruppnivå.

Forskningsdeltagarna

Vårdpersonal

Majoriteten av de 47 individer som besvarade personalenkäten var födda mellan åren 1960 – 1979 (tabell 1). De allra flesta var kvinnor (89,4 %). Den största personalgruppen var psykologer (31,9 %), följt av socionomer och sjuksköterskor. Majoriteten (53,2 %) av de som besvarat enkäten, hade arbetat mellan 1 – 5 år på respektive vårdenhhet, följt av 17 % som hade arbetat mindre än ett år på respektive vårdenhhet.

Tabell 2. Bakgrundsinformation om personal som besvarat personalenkäten. Total N=47.	n	%
Födelsedag		
≥ 1959	4	(8.5)
1960 – 1979	25	(53.2)
1980 – 1993	16	(34.0)
Missing	2	(4.3)
Kön		
Kvinna	42	(89.4)
Man	5	(10.6)
Utbildning		
Arbetsterapeut	2	(4.3)
Läkare	8	(17.0)
Psykolog	15	(31.9)
Sjuksköterska	10	(21.3)
Socionom	12	(25.5)
Arbetad tid på mottagning i antal år		
Mindre än ett år	8	(17)
1 – 5 år	25	(53.2)
6 – 10 år	3	(6.4)
Mer än tio år	7	(14.9)
Missing	4	(8.5)

Totalt 25 informanter intervjuades, uppdelat på fem fokusgruppsintervjuer. Det vill säga tre intervjuer med personal på respektive BUP-mottagningar, en intervju med personalgruppen på BUM-mottagningarna och en intervju med personalen på UPH-mottagningen. 15 av informanterna var anställda inom BUP och fem vardera inom BUM och vårdcentralen. Alla informanter utom två var kvinnor. Informanterna var födda mellan åren 1952 – 1992, majoriteten mellan åren 1960 – 1979. Den vanligaste utbildningen var sjuksköterska, följt av psykolog, läkare, socionom och arbetsterapeut. Tiden de arbetat på mottagningarna varierade från fyra månader upp till tolv år.

Chefer

Fyra chefer och en samordnare intervjuades. Cheferna var chef över sina respektive BUP- och BUM-mottagningar. När det gäller den femte mottagningen, UPH-mottagningen, så intervjuades en psykolog med ett samordnande uppdrag. Detta val motiverades av att samordnaren hade bättre insyn i arbetet med frågemodellen på mottagningen än vad chefen för hela vårdcentralen hade. Cheferna/samordnaren var födda under 1960-talet, och bestod av fyra kvinnor och en man. De var utbildade till psykolog, socionom eller sjuksköterska och hade arbetat vid mottagningarna 1 – 15 år.

Patienter och medföljande föräldrar

Av de fyra informanter som intervjuades var två pojkar i åldrarna 7 och 9 år och två flickor i åldrarna 13 och 14 år. På grund av sin ålder besvarade pojkarna FOV barn och flickorna FOV unga. Barnen och ungdomarna hade sökt sig till mottagningarna på grund av någon form av psykisk ohälsa, exempelvis oro och ångest.

Av de 103 barn som besvarade frågeformuläret FOV barn, var majoriteten födda under 2009 – 2010 (35 %) och 2011 – 2012 (30,1 %). Drygt hälften var flickor (51,5 %) och cirka 41 % var pojkar (tabell 3).

Tabell 3. Sociodemografiska faktorer svarande barn FOV barn. Total N=103	n	%
Kön		
Flicka	53	(51.5)
Pojke	42	(40.8)
Annat	1	(1.0)
Missing	7	(6.8)
Födelseår		
2007 – 2008	17	(16.5)
2009 – 2010	36	(35.0)
2011 – 2012	31	(30.1)
2013 – 2014	11	(10.7)
Missing	8	(7.8)

Av de 74 ungdomar som besvarade frågeformuläret FOV unga, var nästan 42 % födda mellan 2005 – 2006. Majoriteten (52,7 %) av de svarande var flickor (tabell 4).

Tabell 4. Sociodemografiska faktorer svarande ungdomar FOV unga. Total N=74	n	%
Kön		
Tjej	39	(52.7)
Kille	22	(29.7)
Annat	1	(1.4)
Missing	12	(16.2)
Födelseår		
2003 – 2004	20	(27.0)
2005 – 2006	31	(41.9)
2007 – 2008	13	(17.6)
Missing	10	(13.5)

Av de 237 medföljande föräldrar som besvarade FOV vuxna var majoriteten kvinnor (62,9 %) och en fjärdedel var män (25,9 %). Tre personer angav inte sitt kön. Nästan 54 %, det vill säga en majoritet av de som svarade, var födda mellan 1971 och 1980. Sju personer angav inte sitt födelseår (tabell 5).

Tabell 5. Sociodemografiska faktorer svarande föräldrar FOV vuxna. Total N= 237	n	%
Kön		
Kvinna	149	(62.9)
Man	85	(25.9)
Missing	3	(1.3)
Födelseår		
1947 – 1970	30	(12.7)
1971 – 1980	127	(53.6)
1981 – 1991	73	(30.8)
Missing	7	(3.0)

Etik

Utvärderingen har genomgått etisk prövning av Etikprövningsmyndigheten (diarienummer 2021-02243).

Denna utvärdering är att betrakta som både intern och extern. Intern i avseendet att den genomförs av forskare verksamma vid VKV, som står för ledning av projektet som utvärderas. Extern i avseendet att forskarna inte deltagit i utformandet eller genomförandet av projektet.

Information och samtycke

I december 2019 gav cheferna sitt skriftliga tillstånd till att studien kunde bedrivas på mottagningarna. Den personal vid mottagningarna som hade till uppgift att fråga på rutin om våld fick under våren 2020 ett informationsbrev och en enkät delat ut till sig. Informationsbrevet innehöll information om studien och kontaktuppgifter till den ansvariga forskaren. Samtycke till att delta i enkätundersökningen lämnades genom att besvara och lämna in enkäten. Samtycke till att delta i fokusgruppsintervjuerna inhämtades skriftligen före intervjun.

Samma vår informerades cheferna vid mottagningarna ytterligare om studien per mejl, samt tillfrågades om deltagande i en intervju. Samtycke inhämtades skriftligen före intervjun.

Vid nybesök under mätperioderna informerade vårdpersonalen skriftligen och muntligen barn, ungdomar och medföljande vårdnadshavare om studien. Informationsbrev till barnen åldersanpassades efter ålderskategorierna 4 – 11 år, 12 – 14 år och 15 – 18 år, för att öka möjligheten att barnen skulle förstå innehållet i dem. Språket i breven till barnen 4 – 14 år förenklades och innehållet reducerades i jämförelse med brevet till ungdomarna 15 – 18 år. I enlighet med Källström och Andersson Bruck (87) anpassades därmed informationsbrev så att barnen skulle få en rimlig bild av vad ett deltagande kunde innebära för dem, utan att innehålla överflödigt information som de inte kunde tillgodogöra sig. Vårdnadshavarna informerades om att de kunde läsa barnets informationsbrev högt för barnet för att hjälpa hen att förstå innehållet, om barnet behövde hjälp med det. Samtycke till att bli kontaktad om deltagande i intervju lämnades i receptionen, till personalen eller skickades in med ett redan frankerat kuvert. Kontakt togs vid visat intresse och intervju bokades in. Samtycke inhämtades skriftligen före intervjun. För barnen i åldrarna 4 – 14 år inhämtades skriftligt samtycke från alla vårdnadshavare, medan unga i åldrarna 15 – 18 år lämnade eget skriftligt samtycke. De betraktades som tillräckligt mogna för att förstå vad ett deltagande innebar.

Hänsyn till kontinuerligt samtycke togs, vilket innebär att forskaren fortlöpande i kontakten med barn och ungdomar är uppmärksam på negativa reaktioner som kan vara tecken på eller signalera att barnet inte längre vill delta i studien (20, 88). En del ungdomar som visat intresse att delta besvarade inte telefonsamtal eller sms. Detta hanterades genom att intervjuaren skrev ett sms till ungdomen om att själv ta kontakt om denne fortfarande var intresserad. Under intervjuerna var intervjuaren lyhörd på tecken från barnet om att det ville ta en paus, avbryta intervjun eller undvika att besvara vissa frågor. En erfarenhet från intervjuerna med de två yngre barnen var att de gärna talade om andra delar av sina liv än just besöket där de besvarade frågorna om våld. De berättade gärna om sina leksaker, husdjur och fritidsintressen. Många av frågorna om besöket besvarades fåordigt i termer av jag vet inte, jag kommer inte ihåg eller ja eller nej. Detta tolkas här inte som tecken på att de ville dölja något, utan som att de inte min-

des besöket eller att de tyckte att intervjufrågorna var tråkiga. De besvarade nämligen frågorna om våld och berättade om egna erfarenheter, när intervjuaren gick igenom ringpärmerna med dem.

Vid nybesöken under mätperioderna informerades även barnen, ungdomarna och de medföljande vårdnadshavarna om att de besvarade formulären – utöver att utgöra underlag i bedömning av hälsa och vårdbehov – skulle användas i utvärderingen av frågemodellen. Då frågeformulären var helt anonyma och utgjorde ett bedömningsinstrument som användes i den ordinarie handläggningen tillämpades passivt samtycke för att ta del av dem. Det innebar att patienter och vårdnadshavare gav sitt passiva samtycke genom att inte kontakta forskargruppen. De som inte ville delta ombads att kontakta forskargruppen, som i sin tur skulle avlägsna formulären ur materialet. Ingen patient eller vårdnadshavare tog vara på denna möjlighet.

Möjligheten att inhämta samtycke till att använda de ifyllda frågeformulären för forskningsändamål övervägdes eftersom samtycke är en fundamental etisk princip vid forskning. Medföljande vårdnadshavare och ungdomar 15 – 18 år hade kunnat lämna samtycke till sitt eget deltagande genom att, på formulären om våld, tillfrågas om de samtycker till att deras ifyllda frågeformulär får användas i studien. Detta förfaringssätt bedömdes som riskfyllt för barn i åldrarna 4 – 14 år, eftersom samtycke generellt sett måste inhämtas från alla vårdnadshavare. Om samtycke skulle inhämtas före besöket skulle en våldsutövande vårdnadshavare kunna försöka påverka barnet att inte berätta om våld under nybesöket. Om barnet påverkas till att inte berätta om våld, utelämnas information som kan vara viktig vid mottagningarnas vårdbedömningar och som kan leda till att barnens behov av skydd, stöd och hjälp uppmärksammas. Denna risk med att be potentiella våldsutövare om samtycke har påtalats från flera håll. ISPCAN (89), International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect, nämner försummade och misshandlade barn som exempel på forskningsdeltagare för vilka en vårdnadshavares samtycke inte är ett rimligt krav. Enligt Cater och Øverlien (20) har barn rätt att skyddas både från att föräldrar inskränker barns rätt att tala fritt och från negativa konsekvenser av att delta i forskning. Föräldrar kan vara problematiska grindvakter eftersom de kan vakta sina egna hemligheter istället för barnets rätt att göra sin röst hörd (90). Därför måste forskare väga vårdnadshavares rätt till samtycke mot risken att föräldern prioriterar sina egna behov och intressen före barnets (20). En risk med att be om vårdnadshavares samtycke i efterhand var att våldsutövande vårdnadshavare som vill dölja sitt våld inte skulle lämna sitt samtycke. Båda dessa risker skulle sannolikt ha medfört en underrapportering av våld i de ifyllda formulären, och därmed också ha gett en felaktig bild av det våld som identifieras med hjälp av formulären. Resultaten skulle i så fall ha riskerat att inte bli tillförlitliga.

Genom att tillämpa passivt samtycke gavs patienter och vårdnadshavare en möjlighet att avstå deltagande, samtidigt som hänsyn togs både till barnets säkerhet och vårdbehov samt till studiens möjlighet att bidra med kunskap för att upptäcka barn som bevittnar/upplever eller utsätts för våld.

Konfidentialitet

Flera åtgärder har vidtagits för att bevara forskningsdeltagarnas anonymitet. Intervjuerna har avidentifierats vid transkribering. Frågeformulär och enkäter är anonyma för forskargruppen. Det anges inte i rapporten vilka mottagningar som ingått i projektet eller i studien. Den data som presenteras i rapporten har avidentifierats så att uppgifterna inte kan härledas till forsknings-

deltagarna som personer. Data presenteras på gruppnivå och åskådliggörs med avidentifierade citat. Citat från fokusgruppsintervjuerna kopplas inte till enskilda personer, utan till yrkeskategori och/eller typ av mottagning. Barnens och ungdomarnas namn är fingerade.

Forskningsmaterialet, i form av ljudfiler, enkäter, fråge- och svarsformulär, samtyckesblanketter och bakgrundsuppgifter, har förvarats inlåsta i ett brandsäkert skåp på VKV, som obehöriga inte har tillträde till.

Forskning som inkluderar barn

I enlighet med Barnkonventionen (1) är det viktigt att inkludera barn i forskning, då de därigenom behandlas som kunskapsbärande och kompetenta aktörer som är experter på sina egna erfarenheter. Inkluderandet av barn i forskning vid utveckling av metoder för att skydda barn, tar både hänsyn till barns rätt till skydd och barns rätt till agens (20). Då denna studie utvärderade en frågemetod som riktar sig till barn, och som syftar till att identifiera barn som upplever eller utsätts för våld i nära relationer, betraktades det som centralt att inkludera barns perspektiv på frågemetoden. Det gäller både barns perspektiv med avseende på hur de upplever att besvara frågor om våld och hur mycket våld de berättar om när de tillfrågas på rutin om våld med hjälp av formuläret. Tanken med studien var att inkludera barns röster så att de kan ligga som grund i vidare utveckling av frågemodellen.

Beslutet att inkludera barn i studien innebar dock att åtgärder behövde vidtas för att minska risken för att barnen som deltar skulle känna obehag eller komma till skada (91, 92). En fråga handlar om att barns ålder påverkar de villkor under vilka de deltar. Barn måste ges möjlighet att förstå konsekvenserna av deras deltagande, oavsett av deras ålder (20). Därför har informationsbrevet, intervjuguiderna och frågeformulären åldersanpassats. En annan central fråga handlar om de deltagande barnens säkerhet (93). Som tidigare beskrivits samlades de ifyllda frågeformulären in utan vårdnadshavares samtycke, med hänvisning till barns säkerhet. I enlighet med Devries med fleras (94) rekommendationer togs en plan fram för hur intervjuaren skulle agera om en informant berättade om våld. Planen var att undersöka om barnet/ungdomen som berättade om våld hade tillgång till stöd, att informera om ytterligare stöd samt att överväga en anmälan till socialtjänsten enligt 14 kap 1 § socialtjänstlagen, vid kännedom eller misstanke om att ett barn far illa. Som tidigare beskrivits bedömdes risken vara låg för att barn och ungdomar skulle känna obehag då de inte tillfrågades om egna erfarenheter av våld utan intervjuerna fokuserade på barns och ungdomars erfarenheter av att ha tillfrågats och besvarat frågor om våld. Trots det förekom det att barnen och ungdomarna berättade om egna våldserfarenheter. Dessa erfarenheter omfattade våld i kamratrelationer, och bedömdes inte vara av en sådan art att en anmälan till socialtjänsten var aktuell.

Fortsatt disposition

I nästföljande kapitel redogörs för utvärderingens resultat. Resultatkapitlen i del 2 utgår från personals och chefers perspektiv på den frågemodell som utvecklats inom projektet. Där beskrivs i vilken grad frågemodellen används och hur den används i praktiken. Mottagningarnas olika förutsättningar beskrivs också för att kunna använda frågemodellen samt hur personalen ser på frågemodellen och deras upplevelser av att använda den. Del 2 behandlar därmed de

tre första frågeställningarna om frågemodellens implementering, om förutsättningarna för att använda den och personalens upplevelser av att tillfråga barn, ungdomar och medföljande föräldrar på rutin om våld. Del 3 utgår från barns och ungdomars perspektiv. Där besvaras den fjärde frågeställningen genom beskrivningar av hur barn och ungdomar upplever att tillfrågas om våld. I del 4 beskrivs de våldserfarenheter hos barn, ungdomar och medföljande föräldrar som identifierats genom frågeformulären under mätperioden. Där besvaras den fjärde frågeställningen om vilka våldserfarenheter som identifieras när frågemodellen används. I den femte och avslutande delen diskuteras utvärderingens resultat och dess kliniska implikationer.

Del 2

Personals och chefers
perspektiv

Kapitel 3

Användningen av frågemodellen

Detta kapitel beskriver hur vårdpersonalen använder och upplever frågemodellen som utvecklats inom ramen för projektet. Inledningsvis beskrivs hur ofta personalen använder frågemodellen, utifrån dels deras egen uppskattning i personalenkäten, dels svarsfrekvensen av frågeformulären FOV barn och FOV unga. Här beskrivs även chefernas syn på huruvida metoden implementerats på mottagningarna. Därefter beskrivs hur vårdpersonalen arbetar i frågemodellens fem steg.

Frågemodellen används inte av alla

En central aspekt av implementeringsgraden handlar om hur ofta frågemodellen används. Det vill säga hur ofta vårdpersonalen rutinmässigt ställer frågor om våld till de av sina patienter som ingår i målgruppen för projektet. En indikator på hur ofta frågemodellen används är personalens egen uppskattning av hur ofta de frågar.

I tabell 6 framgår personalens svar gällande användningen projektets frågemodell. På frågan om hur ofta personalen frågar på rutin om våld till barn och ungdomar, svarade 38,3 % att de ställde frågor "ofta", följt av "alltid" (32 %). Vissa hade dock aktivt valt att avstå från att använda frågemodellen. Fyra personer (8,5 %) angav att de aldrig frågar projektets målgrupp på rutin om våld. De som svarat att de aldrig har frågat på rutin fick möjlighet att motivera sitt svar. Här motiverade något fler personer (n=7) sina svar än de fyra som uppgav "aldrig" i föregående fråga. Av sju personer svarade två att de aldrig frågar på rutin eftersom de då "kunde ta emot fler patienter" (tabell 6, s. 33).

En annan indikator på hur ofta frågemodellen används är hur många frågeformulär som besvarades av barn och ungdomar under mätperioden. Som tidigare beskrivits tycks det bara ha varit 47,8 % av patienterna som besvarade frågeformulären baserat på det antal ifyllda formulär som vårdpersonalen skickade in till forskargruppen (tabell 1). 19 formulär för obesvarade FOV för patienter skickades in av personalen. Av dessa framkommer att två patienter inte ville besvara formuläret och att två inte tillfrågades för att de inte talade svenska. Andra skäl till att formulären inte fylldes i var att personalen inte hade tid att fråga, inte bedömde det som lämpligt att fråga eller inte kom ihåg att fråga.

Andelen patienter som besvarade frågeformulären under mätperioden skiljer sig alltså väsentligt från personalens egen uppskattning av hur ofta de tillfrågar patienter på rutin om våld.

Frågan om implementeringen av frågemodellen diskuterades även under intervjuerna med cheferna. Samordnaren på vårdcentralen upplever att metoden implementerats till fullo. De andra cheferna beskriver att implementeringsgraden går i cykler. Inledningsvis när alla hade metoden färskt i minnet fungerade arbetet med frågemodellen väl. Med tiden har vissa glömt delar av rutinerna, varför de återkommande behöver påminnas om den. Något som också påverkat implementeringsgraden är omsättningen av personal. Många som var med vid projektstarten har nu lämnat mottagningarna. Det innebär att viktiga bärare av kunskap och

erfarenhet inte längre finns kvar i organisationen och kan hålla arbetet med frågemodellen levande. Kunskap om frågemetoden och rutinerna måste därför fyllas på inom organisationerna, samt nyanställda utbildas och introduceras. Detta arbete med att fylla på kunskap kan ta tid då mottagningarna inväntar tillfällen då VKV:s utbildningar om frågemetoden ges. Det beskrivs som en stor svårighet att gång efter annan behöva ”omstarta” arbetet med frågemodellen. En chef berättar:

...man blir så ohyggligt utmattad efter ett tag när man måste göra om allt. Jag vet inte hur många gånger ni har [utbildat], kanske fyra gånger nu. Vi måste ha ny utbildning. Och så har vi haft det. Nu står vi nästan på ruta ett igen. Så nu håller vi på att föra in det här igen.

Tabell 6. Personalens användning av projektets frågemodell.	n	%
Total N=47		
Hur ofta ställer du frågor på rutin om våld till de barn och ungdomar du möter som ingår i målgruppen för projektet?		
Aldrig	4	(8.5)
Sällan	0	(0.0)
Ibland	8	(17.0)
Ofta	18	(38.3)
Alltid	15	(31.9)
Missing	2	(4.3)
Om Aldrig ange varför (n=7)		
Jag har inte gått metodutbildningen	0	--
Jag har för lite tid med patienten	1	--
Jag kan ta emot fler patienter om jag inte frågar på rutin om våld	2	--
Frågor på rutin om våld gör mer skada än nytta för patienten	0	--
Annat	4	--

Frågemodellen används med vissa avsteg

Steg 1. Förbereda besöket

Det första steget i frågemodellen handlar om förberedelse inför att frågor om våld ställs. I mottagningarnas väntrum finns frågemodellens affischer uppsatta, genom vilken patienterna och deras medföljande föräldrar får information om att mottagningen frågar om våld. Det finns även hjälpkort i fickformat på mottagningarnas toaletter. Tanken är att patienterna och deras medföljande föräldrar redan i väntrummet ska förberedas på att de kommer att tillfrågas.

Vårdpersonalen förbereder sig inför nybesöken genom att ta fram de formulär och bedömningsinstrument som ska användas under besöket. Däribland frågeformulären om våld. Det framstår som viktigt att ha en rutin på mottagningen som säkerställer att formulären tillhandahålls till besöken och som påminner om att frågorna ska ställas, så att det inte glöms bort. På en del mottagningar har sekreterarna till uppgift att notera i nybesöksmappen att frågorna ska ställas eller att lägga in själva frågeformulären i mappen. En psykolog vid en BUP-mottagning ser denna rutin som en fördel, eftersom ”man påminns ju på det sättet”.

Inom BUM är det en barnläkare som bedömer remisserna, däribland om patienten tillhör de patientgrupper som ska få frågor om våld. En informant berättar att det förekommit att läkare glömt bort att notera att frågorna ska ställas:

Ja, man kan väl säga att det har glömts bort också. För när det gäller läkarbesöken så är det vid remissbedömningen, barnläkare som bedömer remisserna som ska, det var tanken att man ska skriva VKV och att det ska bokas 60 min, men vi har mycket att komma ihåg så det glömdes bort och har glömts bort ibland. (sjuksköterska, BUM)

Med tanke på att en del barnläkare inom BUM aktivt avstår från att fråga på rutin om våld, kan det tänkas att det inte faller sig lika naturligt för just dem att komma ihåg att notera till behandlaren att frågorna ska ställas, när de bedömer remisserna.

Personalen behöver även förbereda sig genom att tänka igenom hur logistiken ska lösas om patienten har två föräldrar med sig till besöket som ska besvara frågeformulären i varsitt rum. De behöver förbereda sig på att frågorna om våld kan ge utslag, och vara redo för att följa upp och agera på ja-svar.

Steg 2. Informera om FOV

Det andra steget i frågemodellen handlar om att introducera frågorna om våld till patienten och medföljande föräldrar. Vårdpersonalen berättar att de tidigt under besöket informerar patienten och föräldrarna om att de frågar på rutin om våld, samt hänvisar till informationen i väntrummet. Det sätt på vilket de introducerar frågorna varierar. En del hänvisar till att våldet är vanligt och skadligt och att de därför ställer frågorna, medan andra hänvisar till att deras mottagning ingår i ett projekt eller i forskning, och att det är därför de ställer frågorna om våld. Denna hänvisning tycks för personalen inom BUM vara ett sätt att hantera att det inte känns naturligt för dem att introducera och ställa frågorna vid första besöket. En sjuksköterska vid mottagningen berättar:

Ja, jag brukar ta det nästan direkt bara för att säga att vi är med i ett projekt här och som ni kanske har sett i väntrummet redan så frågar vi om våld här. Det tänker jag att vi gör i slutet av besöket. Så då tycker jag att jag har gjort det enkelt för mig själv. Det är inte helt naturligt alltså vid första besöket.

Det som gör att det inte känns naturligt att ställa frågor om våld för informanten är att patienterna söker för en medicinsk problematik som de förväntas få vård för, och då är det ”utanför boxen” att få frågor om våld. Hänvisningen till projektet tolkas här som uttryck för en känsla av att inte vara bekväm med frågemodellen, och möjligen också uttryck för osäkerhet och bristande övertygelse om att de gör rätt som ställer frågor om våld. Att dessa känslor uttrycks av personal inom BUM kan kopplas till den kritik mot frågemodellen som uttryckts av dem som inte ställer frågor om våld (se kapitel 5).

Informanterna berättar att det är ovanligt att barn, ungdomar och föräldrar uttrycker ovilja mot att tillfrågas om våld, och de verkar inte heller tycka att det är konstigt att frågor om våld ställs. Personalen har mött få ifrågasättanden, och många föräldrar har visat sig vara positiva till frågorna om våld. Det senare tycks även ha betydelse för barnens inställning:

När man presenterar det här att vi frågar alla om våld som kommer hit. Men föräldrarna, då gör man sig beredd på något sätt att berätta väldigt mycket om det här, vad är våld och varför ska vi fråga. Så börjar man med det och så säger nästan alltid föräldrarna, ja det förstår vi verkligen och det är jättebra att ni frågar. Då smittas det ju över till barnet som tycker det är väldigt rimligt. Så att jag tycker inte att det har varit egentligen några problem. (psykolog, UPH)

Det har dock förekommit att föräldrar ifrågasatt varför de ska besvara frågorna om våld. Ett exempel är en mamma som tidigare utsatts för våld, som uttryckt frustration över att behöva ta upp tidigare erfarenheter som hon lämnat bakom sig. Personalen berättar att de bemött ifrågasättanden genom att förklara att barn kan påverkas av att en förälder utsatts för våld. En sjuksköterska inom BUP berättar:

Att de ska förstå att det påverkar era barn och ungdomar om ni är utsatta, eller har varit utsatta. Men så har jag sagt samtidigt att det är frivilligt. Jag kan inte tvinga dig att göra det. Utan vill du inte, upplever du att... Men det här gör vi på samtliga. Jag tror alla har fyllt i ändå.

Personalen gör olika när det gäller när under besöken de ställer frågorna om våld. En del berättar att de frågar tidigt under besöken för att försäkra sig om att frågorna hinns med. Andra berättar att de ofta väntar till slutet av besöket, men att det då finns en risk att frågorna glöms bort eller inte hinns med. Innan frågorna ställs ska föräldrarna lämna rummet så att vårdpersonalen och patienten sitter i enrum. Oftast går det bra att barnet sitter i enrum utan föräldrarna, men ett fåtal barn har inte velat bli lämnade. Ungdomarna i sin tur tycks vilja sitta i enrum utan föräldrarna. När föräldrarna lämnat rummet försöker vårdpersonalen skapa en känsla av trygghet för barnen och ungdomarna, så att de ska känna att de kan berätta om sina

erfarenheter. Samtidigt måste de informera om anmälningsskyldigheten vid oro för barn, så att de ska kunna göra en orosanmälan utan att barnet/ungdomen känner att förtroendet brutits. En psykolog inom BUP förmedlar att det är en svår balansgång. Hen vill inte lova något som hen inte kan hålla:

Alltså jag skulle vilja först kunna trygga dem med att om det framkommer någonting då kommer det här hända och det är inte farligt för dig. Så det är tryggt för dig att lämna den här informationen. Men det gör jag ju inte, för det kan jag ju inte göra.

Många väljer att ställa frågorna i samband med att de ställer andra frågor för att kartlägga patientens situation, exempelvis om det finns missbruksproblematik i familjen. På så sätt blir frågorna om våld en del av andra kartläggande frågor om barnets situation, vilket förväntas avdramatisera och normalisera frågorna; frågorna ingår i rutinen och ställs till alla barn.

Steg 3. Ställa frågor och följa upp svar

Det tredje steget i frågemodellen omfattar att fråga på rutin om våld och att följa upp ja-svaren.

Frågeformulären används olika

Resultaten från personalenkäten visar att de flesta använder frågeformulären FOV när de frågar på rutin om våld. På frågan om hur ofta personalen använde projektets frågeformulär när de frågade på rutin, svarade majoriteten (55,3 %) att de "alltid" gjorde det, följt av en femtedel (21,3 %) som svarade att de "ofta" gjorde det (tabell 7, se s. 37).

Enkäten visar också att personalen i hög grad ber medföljande föräldrar besvara FOV. Nästan hälften (48,9 %), följt av 21,3 % svarade att de "alltid" respektive "ofta" bad medföljande föräldrar att besvara projektets frågeformulär.

Av intervjuerna framkom att vårdpersonalen gör olika vad gäller hur de ställer frågorna till barn och ungdomar. Vissa låter patienten fylla i formuläret själv och går sedan igenom svaren, medan andra går igenom frågorna muntligen tillsammans med patienten. Vårdpersonalen följer frågeformulären i olika utsträckning. En del följer frågeformulären rakt upp och ned, medan andra använder dem som ett samtalsunderlag. Formulären beskrivs i stora delar som ett stöd för personalen, som ger en känsla av trygghet vid frågor om våld. Andra beskriver att de nu, när de känner sig vana vid att fråga om våld, upplever att de går miste om det spontana i samtalet när frågeformulären används. Denna dubbelhet framkommer i följande citat från en sjuksköterska inom BUP:

Dels tyckte jag det var bra för att absolut inte glömma av det. Det finns ändå något att hålla sig till, att precis som du säger att man kan vara trygg med att det här är något vi frågar alla och det är inget konstigt. Samtidigt som jag tyckte det kändes dumt att tappa, jag tänker just det här, man får inte det här spontana. Det blir, man tappar någonting meningsfullt i frågorna tänkte jag innan faktiskt.

Av citatet framgår att det inledningsvis kändes tryggt att utgå från formuläret, men att det sker på bekostnad av en spontanitet i samtalet som går förlorad när formuläret används. Måhända

Tabell 7. Personalens användning av frågeformulären FOV. Total N=47	n	%
Hur ofta använder du projektets frågeformulär när du frågar om våld på rutin?		
Aldrig	1	(2.1)
Sällan	0	(0.0)
Ibland	5	(10.6)
Ofta	10	(21.3)
Alltid	26	(55.3)
Missing	5	(10.6)
Hur ofta ber du medföljande föräldrar besvara projektets frågeformulär?		
Aldrig	1	(2.1)
Sällan	0	(0.0)
Ibland	7	(14.9)
Ofta	10	(21.3)
Alltid	23	(48.9)
Missing	6	(12.8)

kan det vara så att formuläret utgör ett stöd för de som sällan frågar och för de som precis börjat fråga på rutin om våld. Men att de mer erfarna med tiden själva vill avgöra hur de lägger upp samtalet och hur frågorna till patienten ska ställas.

Att använda formuläret som ett samtalsunderlag kan innebära att introducera frågorna med egna ord, att småprata emellanåt eller att strukturera samtalet utifrån olika arenor, så som skolan, internet och hemmet. En socionom inom BUP berättar att hen väver in frågorna om våld i samtalet om hur barnet har det på olika arenor.

Då kanske vi har suttit och pratat om skolan generellt, hur barnet trivs på skolan. Då kan jag även, alltså lägga in den frågan där. Så att det inte, jag har ju inte tagit det kanske rakt upp och ner så, utan kanske lagt in det, vävt in frågan i, när vi har pratat om hur är det hemma, ja då kan jag ha lagt in den frågan så.

Detta förfarande kan vara ett sätt att försöka föra in en spontanitet i samtalet med patienten som en del informanter upplever går förlorad när frågorna ställs enligt ett frågeformulär, utan att för den skull avstå från att ställa frågorna.

Som tidigare beskrivits ska ringpärmerna (FOV barn) användas när frågor om våld ställs till barn i åldrarna 4 – 12 år. Av de insamlade svarsformulären framkommer dock att majoriteten (64,1 %) av de som ställde frågor till barnen inte hade använt ringpärmerna (tabell 8, se s. 38). Detta resultat visar på ett stort avsteg från frågemodellen.

Tabell 8. Personalens användning av ringpärmerna (FOV barn).		
Total N=103		
Användes ringpärmerna?		
Nej	66	(64.1)
Ja	23	(22.3)
Missing	14	(13.6)

Att ringpärmerna inte alltid används så som det var tänkt framkommer också i fokusgruppsintervjuerna. Vissa använder den mer, andra mindre och ytterligare andra använder den inte alls. Generellt sett uppger personalen att de tycker att ringpärmerna är bra att ha tillhands och att den är till hjälp när de tillfrågar yngre barn om våld. Det finns dock olika åsikter om till vilken ålder den är lämplig att använda. Vissa anser att den är lämplig upp till tio års ålder medan andra tycker att den passar barn upp till åtta år.

De som använder sig av ringpärmerna upplever att den är ett bra stöd till att fråga de yngre barnen om våld. Den uppges vara lätt att använda. Bilderna, introduktionen, de förformulerade frågorna och konkreta exemplen underlättar för personalen att introducera och ställa frågorna till barnen. Frågorna och exemplen beskrivs även som relevanta. En sjuksköterska inom BUM beskriver det även som positivt att inte behöva ställa frågorna rakt av, utan att ha en bok att gå igenom tillsammans med barnet.

Nej men jag tänker att det är ett väldigt bra verktyg. Det var ju lättare att fråga när man hade den här boken och bläddra igenom och det är väldigt svårt att bara titta på någon och ställa frågorna så här rakt av. Utan det blev lite, en liten historia, en liten bok och mycket, ja bilderna, jag tyckte det var enkelt sätt att fråga.

De som i liten utsträckning, eller inte alls, använder sig av ringpärmerna, använder i stället svarsformuläret som hör till ringpärmerna när de tillfrågar barn om våld. Några av dem som inte använt ringpärmerna är nyanställda, och har inte vetat om att den funnits förrän de nyligen genomgått metodutbildningen. Andra har valt att avstå från att använda ringpärmerna. De skäl som uppges är att de upplever att barnen ändå förstår frågorna och att det går fortare att bara använda svarsformuläret och inte ringpärmerna. Vissa använde ringpärmerna inledningsvis, men har med tiden valt att avstå, eftersom de inte upplever att den tillför något. Ett skäl är att de vill ha ögonkontakt med barnet när de ställer frågorna. Ett annat skäl är att barn inte verkar tycka det är intressant att titta på bilderna, utan undrar över frågorna som ställs. Ytterligare ett skäl som nämns är att äldre barn kan fås att känna sig yngre än de är om bilder används när de tillfrågas om våld. En psykolog inom UPH berättar att bilderna i ringpärmerna väcker frågor hos barnen:

Nej, det var ju väldigt handgripligt i början och något att hålla sig i sådär, hjälp.

Då var det jättebra, men sedan började ju nästan barnet att fundera på, lite oavsett ålder, varför har de den bilden och vad betyder det och varför är det den detaljen? Alltså sådär. Då blir det ju att då kommer man nästan ifrån frågeformuläret. Det blev nästan fler frågor än vad de kunde fokusera på det svaret som frågan ställde.

Av citatet framkommer att ringpärmerna, som var tänkt att underlätta frågandet, kan upplevas som en distraktion som tar fokus från själva frågorna om våld.

De som inte använder ringpärmerna använder sig istället av svarsformuläret. Som tidigare beskrivits har det tagits fram till personalen för att anteckna barnets svar. Det är inte utvecklat för att användas utan ringpärmerna, och innehåller därför inte den kursiva text som finns med i ringpärmerna, och som styr in frågorna mot våld i nära relationer. När formuläret används utan ringpärmerna saknas därför väsentlig information som hör till frågeformulären. Det ställer krav på personalen att med egna ord introducera frågorna för barnet och förklara vad respektive fråga handlar om.

FOV behöver ofta förtydligas

Frågeformulären består som tidigare beskrivits av ja/nej-frågor, där varken tidpunkt för våldet eller vem som utsatts eller utövat det specificeras. Personalen berättar att många föräldrar och ungdomar upplever en del frågor som otydliga, och vill ha förtydliganden om vad som efterfrågas när de fyller i formulären. En sådan fråga handlar om huruvida frågorna bara gäller våld i nutid eller även våld tidigare i livet:

När jag har frågat föräldrar så har jag mest fått frågan om det gäller nu eller när de, under deras egen uppväxt och då brukar jag svara att tänk på allt liksom. Både som ung och nutid. (psykolog, BUP)

En annan fråga handlar om vilka arenor frågorna avser. Många ungdomar uppges fråga om frågorna i formuläret bara gäller våld som utövats i hemmet, eller även våld i skolan och på nätet. Informanterna berättar att det även finns en del specifika frågor som de ofta behöver förtydliga för barnet eller ungdomen. En sådan fråga på FOV unga handlar om utsatthet för kränkningar. Personalen upplever den som otydlig och formulerad på ett "vuxet" sätt. Här nämns att den innehåller begrepp såsom verbala, psykiska och kränkningar, vilka inte alla ungdomar förstår.

Ja men det är sexuella kränkningar, alltså vad är det? Ja, det är så där, det är väldigt kortfattat luddigt, lite vuxet. Vi har ju, vi har ju ganska många som är, tycker de är ganska stora men de är ju väldigt små samtidigt. (psykolog, UPH)

Frågan beskrivs även som bred och svårtolkad, då samma fråga handlar om kränkningar av flera olika slag. En strategi som används för att hantera att frågan är så bred, är att bryta upp den i flera mindre omfattande frågor. Samtidigt som frågan om kränkningar kräver förtydliganden, så tycks den också fungera som ett bra underlag för ett samtal om gränsdragningar, samt ge en del ja-svar.

En personalgrupp problematiserar att fråga fyra på FOV barn, om sexuellt våld, innehåller två frågor i en. Att den både frågar om någon tagit på barnet, och om någonbett barnet att ta på den. Det kräver, enligt dem, förtydliganden för att barnen ska förstå och svara på båda frågorna:

Det är ju liksom väldigt mycket i en fråga som de ska ta ställning till. (psykolog, UPH)

Det är oklart om förtydliganden kring barnfrågorna enbart behövs när frågorna ställs utifrån svarsformuläret eller om de även behövs när ringpärmerna används.

FOV underlättar samtal om våld

Det finns en samstämmighet bland personalen om att FOV är användbara och tämligen okomplicerade att använda när de frågar barn om våld. Frågeformulären beskrivs i huvudsak som ett stöd som underlättar för dem att fråga. Mest positiva till frågeformulären är personalen inom BUM, som beskriver dem som till hjälp i samtalen. De har inte lika stor erfarenhet sedan tidigare av att ställa frågor om våld som personalen vid de andra mottagningarna. De har inte heller samma vana av att använda frågemodellen då de inte ställer frågorna vid alla nybesök, utan till patienter med vissa utvalda symtom. En sjuksköterska beskriver:

Ja jag hade känt mig jätteobekväm för det är ju inte varje besök heller. Det har varit så glest mellan gångerna så jag har verkligen behövt de verktygen.

Det faktum att frågorna ställs på rutin, och inte på indikation, bidrar till att personalen känner sig trygga med att fråga. På så sätt behöver ingen patient eller förälder känna sig utpekad.

Det känns lite, hur ska man säga, lite säkrare att ha något att gå efter och kunna säga att man gör det till alla. (psykolog, BUP)

Flera personalgrupper diskuterar de typer av våld som frågeformulären omfattar. Det finns en samstämmighet om att det är positivt att formuläret täcker in flera olika former av våld, samtidigt som det inte är alltför omfattande. En psykolog inom UPH beskriver formulären som en lagom finmaskig håv:

Jag tycker att enkäten är välfungerande i den bemärkelsen att den inte är helt omfattande, men samtidigt så fångar den upp saker. Så att jag kan tycka att instrumentet som diskussionsunderlag och som håv som har tillräckligt fina och grova masker.

Många uppskattar att frågorna är konkreta och rakt på. På så sätt beskrivs frågorna underlätta för barn och ungdomar att berätta om våldserfarenheter.

Formulären för barn och ungdomar beskrivs utgöra ett bra samtalsunderlag för ett vidare samtal om barnets/ungdomens livssituation och våldserfarenheter. En psykolog inom BUP beskriver att hen utifrån barnets svar på frågorna kan hjälpa barnet att definiera sina upplevelser:

Jag skriver ner, precis som [kollega] sa innan, att man också kan bekräfta att: "du det här låter som att du blivit, alltså det var, folk är taskiga mot dig eller det här skulle man nog i det här formuläret mena att det är en kränkning. Då skriver jag det här under." Alltså det blir också en bekräftelse för barnen och ungdomarna, att det som de är med om inte är ok. Man får hjälpa dem att definiera våldet på något vis.

Samtalet om frågorna tycks alltså kunna bidra till att giltiggöra barns och ungdomars våldserfarenheter.

Formen för frågorna, skriftliga formulär, diskuterades under intervjuerna. Vissa upplever att en del patienter och vårdnadshavare slentrianmässigt svarar nej på frågorna, utan att ta ställning till svaret ordentligt. Andra upplever att den skriftliga formen med konkreta frågor gör det lättare att berätta om våld än om frågan ställs muntligen. En sjuksköterska inom BUP uttrycker både och:

Jag kan uppleva att ibland, och det ligger nog mycket i mig själv då, ibland stänger man nästan när man stoppar ett papper under näsan på någon. Att då blir det inte någon äkta fråga. Det är inget jag undrar genuint, utan det blir ett papper att fylla i. Så ibland, ibland känns det som jättebra för att det öppnar upp en del och de vill gärna berätta. Att det blir så självklart att berätta när frågorna kommer så konkret. Så det är lite både och.

Informanten beskriver att den skriftliga formen kan "stänga" möjligheten för patienten att berätta, då formuläret kan uppfattas som en rutin som ska göras, och inte en genuin undran över hur patienten har det. Samtidigt beskriver informanten att just de konkreta frågorna kan få patienten att öppna sig om sina erfarenheter av våld.

Svårt att fråga om sexuellt våld

På frågan om det är någon fråga som är särskilt svår att tala om, så uppger informanter vid flera mottagningar frågorna om sexuellt våld till barn och ungdomar. Frågan om sexuellt våld till barn tycks särskilt väcka ett obehag. Obehaget beskrivs handla om att de kan vara den första som pratar med barnet om ämnet. Det finns en känsla av att vilja förklara sig för barnet eller föräldern, som inte väcks när det gäller andra frågor om våld. En sjuksköterska inom BUM förmedlar att det känns som att hon pratar med barnet i smyg:

Lite så att man gör det i hemlighet när föräldern sitter utanför.
Ja jag skulle velat berätta det för föräldern.

De här känslorna av att vilja förklara sig, för barnet eller föräldern, tolkas här som en känsla av att de genom att prata om sexuellt våld med barn gör något olämpligt. Något de helst inte vill göra utan förälderns vetskap.

En strategi som flera behandlare använder sig av för att hantera obehaget är att inte läsa den kursiva texten i ringpärmen som hör till frågan, och som styr in frågan mot sexuellt våld genom

att nämna begreppen snopp, snippa och stjärt. En konsekvens av förfarandet är att frågan blir bredare. Den handlar då mer om kroppslig integritet än om sexuellt våld. Frågan omfattar då om någon tagit på barnets kropp utan att barnet velat det, eller om någonbett barnet ta på dennes kropp utan att barnet velat det. Informanterna har olika erfarenheter av hur barnen uppfattar frågan. Vissa berättar att barnen ändå förstår att frågan handlar om sexuellt våld. Andra berättar att barn berättat om handlingar som visserligen skett mot barnets vilja, men som inte är att betrakta som sexuellt våld. Ett sådant exempel är att en förälder mot barnets vilja smort in eksem på barnets ben med en salva som svider. När barn berättar om sådana handlingar krävs ett efterarbete, där personalen vill "rätta till" eller normalisera händelsen, så att barnet inte lämnas med känslan av att något otillbörligt har skett. Detta normaliserande arbete, som egentligen inte omfattar våldserfarenheter, tar tid i anspråk från nybesöket:

Det är faktiskt, man kan fastna i frågor även när det inte är något. Det är, tiden är viktig och att man har den tiden och tar den tiden. (läkare, BUM)

Det finns också ett visst obehag inför att fråga ungdomar om sexuellt våld. En behandlare ställer sig frågan om problemet ligger hos dem själva eller om det är ungdomen som tycker det är svårt att tala om sexuellt våld. Svårigheten beskrivs ligga i att ämnet sex i allmänhet är intimt. Det är inte något man talar med vem som helst om. Under de här samtalen förväntas ungdomarna tala om detta intima ämne första gången de träffar en person. Sexuellt våld upplevs vara ett tungt och pinsamt ämne att prata om, samtidigt som det är något som många upplever i tonåren. Det tycks dock inte ha varit lika svårt att tala om sexuellt våld som en del väntade sig att det skulle vara.

Åsikterna går isär något vad gäller hur frågan om sexuellt våld är formulerad till ungdomar. En del beskriver att frågandet underlättas av att frågan är så välformulerad.

Men där märker jag att det är svårt för mig också att ställa frågorna, när temat är sexualitet och om de har varit utsatta. Hade inte det varit så välformulerad fråga i ett formulär så hade det varit ännu svårare. (psykolog, BUP)

Andra upplever att frågorna om sexuellt våld är för rakt på. Det vill säga att det sätt på vilket FOV unga närmar sig ett så känsligt område som sexuellt våld inte är tillräckligt finkänslig. En psykolog inom BUP beskriver att hen i den optimala situationen försiktigt hade närmat sig frågan genom att först tala om kärlek, relationer, kropp och sexualitet, innan hen närmade sig ämnet sexuellt våld, men:

Den finkänsligheten finns ju inte i formuläret alls, överhuvud taget att man krattar in sig lite så.

Det tycks dock inte finnas utrymme att ställa frågorna på ett finkänsligt sätt under nybesök när frågemodellen följs, vilket gör att det upplevs ta emot att ställa frågorna.

Ibland avstår personalen från att fråga

Enligt frågemodellen ska alla patienter som tillhör målgrupperna för projektet, och deras medföljande föräldrar, tillfrågas på rutin om våld vid nybesök. Det händer dock att vårdpersonalen avstår från att fråga. Ett vanligt skäl till att frågorna inte ställs är att läget för patienten bedöms vara akut, och att personalen därför prioriterar bort att ställa frågorna om våld. Det kan exempelvis handla om att det finns risk för suicid och att de måste bedöma om patienten måste läggas in för akut vård. Det förekommer även att vårdpersonalen avstår från att fråga om patienten har svårt att koncentrera sig. Då handlar det ofta om yngre barn. Det händer också att frågorna inte ställs på grund av att vårdpersonalen glömt bort dem eller för att frågorna sparats till slutet av besöket och tiden tagit slut. Det kan även hända om patientens föräldrar har så mycket de vill tala om, att behandlaren inte hinner ta upp det hen planerat. Beslutet att avstå från att ställa frågorna kan även komma från chefshåll. Under en period då BUM var hårt belastad bestämde chefen att frågorna om våld helt skulle utgå. Vid samma mottagning har det även periodvis beslutats att bara patienterna ska tillfrågas om våld, och inte de medföljande föräldrarna. Detta med hänvisning till att de ska lägga sin begränsade tid på patienten, och inte dennes föräldrar.

Det tycks inte finnas någon fungerande rutin vid mottagningarna för när frågorna inte har ställts, för att säkerställa att patienten tillfrågas vid nästa besök.

Under en av intervjuerna framkom att rutinen upplevdes otydlig vad gäller om frågorna även ska ställas när det redan är känt att patienten har bevittnat/upplevt eller utsatts för våld. En socionom inom BUP förmedlar att det inte känns bekvämt att använda FOV när våld redan är känt:

Ja men det var det här akutbesöket som vi hade, det satt en flicka och hon berättade själv att det var mycket våld och då kändes det liksom lite konstigt att plocka fram ett formulär när det redan kom så mycket. Det är lite grann samma jag känner det här när det stod på en remiss att du har varit utsatt för våld i nära relationer, sett mycket våld. Att ställa de frågorna till ett barn. Vad gör det här med barnet? Alltså, det är lite, känns malplacerat instinktivt i mig.

Dessa reflektioner tyder på att det kan finnas ett behov av att förtydliga om frågorna om våld ska ställas när våld redan är känt. FOV har utvecklats för att upptäcka våldserfarenheter hos patienter, inte för att kartlägga våldserfarenheter hos patienter som hälso- och sjukvården redan känner till.

Uppföljning av ja-svar

Frågeformulärens svarsrutor består av alternativen Ja och Nej. Det innebär att det av ja-svaren inte framgår när våldet utövades, hur ofta det utövats, vem som utövade det eller på vilken arena det utövades. Ja-svar måste därför följas upp av personalen med utforskande frågor. Enligt frågemodellen ska patientens ja-svar följas upp och utforskas under nybesöket, medan föräldrars ja-svar ska följas upp via telefon i efterhand.

Personalen har som rutin att gå igenom formuläret med patienten innan föräldrarna får återvända till rummet. Uppföljningen av patientens ja-svar beskrivs i huvudsak som okomplicerad. Vid ett ja-svar ber behandlaren patienten berätta mer om våldet, vem som utövat det och när det hände.

Vissa informanter upplever att de uppföljande frågorna av patientens ja-svar tar tid. En del betraktar inte detta som något problem, utan ser det som sin uppgift att utforska svaren även om det tar tid i anspråk under besöket, och ibland innebär att besöket förlängs. En läkare inom BUM berättar att hon har detta i åtanke i sin planering och försöker sprida ut nybesöken under veckans dagar:

Men det tar tid. Det går inte att få det. "Ja jag har blivit slagen i skolan. Ja nu tar vi nästa fråga." Det, jag måste ju ta hand om det här som läggs i mitt knä. Då blir tiden en viktig aspekt, men jag tycker det är så pass viktigt så jag, då gör jag det och det har jag känt även efteråt att det är värt det. Även om det blir ett längre besök då. Hade jag bara haft VKV-besök en hel dag, det hade inte gått. Utan man får sprida ut dem.

Andra informanter ser det faktum att det tar tid att följa upp barnens svar som ett större problem. Deras upplevelse är att de flesta barn svarar ja på någon fråga, och oftast åsyftar något enstaka våldstillfälle i skolan som de utsatts för eller bevittnat. En sjuksköterska inom BUM berättar:

Ibland kan ju det ta lite tid också. Jaha, säger föräldern. Ja det är ju viktigt att ni pratar med läraren om det. Då får man sitta och prata en stund om det. Men det är ju inte riktigt det vi är ute efter. Så de utfallen, det är ju hela tiden faktiskt. På nästan varje barn.

Denna typ av våld leder sällan till någon åtgärd från mottagningarna, utan samtalen landar ofta i att föräldrarna ska kontakta skolan. Det innebär, menar de, att de lägger tid på att följa upp ja-svar som de ändå inte gör något åt. Tid som de istället kan använda till att undersöka den problematik barnet söker vård och behandling för.

En fråga som kommer upp under flera intervjuer är hur personalen ska respondera på patientens ja-svar. Då våldsfrågorna är breda, rymmer de såväl handlingar som räknas som våld i nära relationer, som handlingar som räknas inom det normala. Det gör att det kan vara svårt för patienten att veta vad som är vad. För att kunna bedöma allvarlighetsgraden och ge ett adekvat bemötande behöver vårdpersonalen utforska vad patienten varit med om. Två informanter inom BUM resonerar utifrån ett ärende där ett barn berättat om att pappa och mamma har skrikit på varandra:

I 1 ...då kände jag att jag nog normaliserade det. För jag fick en, det var en gång, den beskrev liksom att en gång och så, "jaha blev du rädd" och så frågade jag ju lite mer om det. "Nej det blev jag inte". "Nej för det kan ju vara så". Då gick min mun liksom på *skrattar*.

(...)

I 2 Är allt våld kan man ju då undra då? Då kanske man inte hittar det riktiga våldet om allt är våld så fort man är ovänner. (Läkare, BUM)

I 1 Ja precis. Föräldrar skriker på varandra. Barn också. Vad är våld? (Sjuksköterska, BUM)

Informanterna problematiserar att våldsbegreppet är så brett att konflikter och oenigheter kan uppfattas som våld. De ser därför ett behov av att normalisera handlingar de inte tolkar som våld, för att barnet inte ska lämnas med en känsla av att ha upplevt eller utsatts för våld när det inte har det. De efterfrågar en större tydlighet gällande var gränsen går för våld – en avgränsning – så att de ska kunna fokusera på ”riktigt” våld.

I praktiken är det vanligast att uppföljningen av föräldrars ja-svar inte sker under själva besöket, utan att vårdpersonalen i efterhand tar del av svaren och ringer upp föräldern. Vid uppföljningen utforskar personalen vad för våld som ligger bakom föräldrarnas ja-svar. Oftast handlar ja-svaren om att en förälder har utsatts för våld av en partner i en tidigare relation. Vid uppföljningen utforskar de även om, och eventuellt hur, den tidigare våldsutsattheten påverkar föräldrarnas nuvarande livssituation, familjeliv och relationen till barnet. Uppgifterna om våld i en tidigare parrelation leder sällan till några åtgärder från mottagningens sida utöver det uppföljande samtalet. Personalen brukar föreslå att föräldern skaffar sig en egen samtalskontakt, och hänvisa till kommunen.

Personalen har olika erfarenheter av hur uppföljningen fungerar. Vissa ger en bild av uppföljningen som smidig. Andra upplever att uppföljningen av föräldrarnas svar tar för mycket tid i en redan tidspressad vårdvardag. Det har hänt att föräldrars ja-svar blivit liggande en längre tid, och ibland inte följts upp alls. En informant medger att hen ibland inte följt upp föräldrars ja-svar alls, och förklarar det med att det är lätt att missa i ett pressat tidschema. Detta medgivande följdes av synpunkter om att det är respektlöst att inte följa upp ja-svar, då det dels står på formuläret att svaren kommer att följas upp i efterhand, dels att föräldern berättat om svåra upplevelser. Något som kom upp under flera intervjuer är att man inte ska fråga om våld om man inte tar hand om svaret.

Det tycks finnas ett visst motstånd bland personalen kopplat till två aspekter av uppföljning av ja-svar. Dels av barns ja-svar som oftast handlar om enstaka våldstillfällen i skolan, dels av föräldrars ja-svar som oftast handlar om våld tidigare i livet. I båda fallen framgår det att motståndet är kopplat till vad personalens begränsade tid ska användas till. Den problematik barnet söker för, eller en till synes mer perifer problematik som sällan leder till någon åtgärd från mottagningen i fråga? Ett förslag som diskuteras av personal inom BUP är att svarsalternativen på FOV vuxna kan specificeras i tid så att det redan av svaren går att bedöma hur skyndsamt ett ärende behöver hanteras:

Men alltså vuxenformulären, jag känner att jag skulle vilja ha det... Men skulle det finnas en poäng med att liksom dela upp det lite? Hur det var förr och hur det var nu? (Psykolog, BUP)

Viktigt att poängtera är att ingen informant ifrågasätter relevansen av att följa upp våld som barnet har bevittnat/upplevt eller utsatts för i en nära relation.

Steg 4. Vidta åtgärder

Det fjärde steget i frågemodellen handlar om att vårdpersonalen vidtar åtgärder baserade på patientens svar på FOV. Åtgärderna föregås av en bedömning av patientens behov av stöd, vård och behandling.

Bedömningarna sker ofta i par eller team, men om verksamheterna är hårt pressade kan de

behöva göra bedömningarna individuellt. Informanterna upplever att de besvarade formulären utgör ett viktigt underlag i deras bedömningar, eller "ett underlättande instrument" som en av dem uttrycker det. Arbetet med frågemodellen har inneburit att erfarenheter av våld blivit en viktig del vid bedömningen av patientens vårdbehov.

Vid en av intervjuerna framförs skämtsamt att arbetet enligt frågemodellen "ställer till det" för dem på så sätt att de får ett bredare underlag att göra bedömningar utifrån:

Jag tycker också att det har påverkat bedömningen i väldigt hög utsträckning av både symptom. Vad beror sömnstörningar och koncentrationssvårigheter och svårigheter med utåtagerande i skolan på? Kan det vara modellinläring eller kan det vara ADHD? (...) Det ställer ju till det. Det är inte lika enkelt och det är jättebra. (psykolog, BUP)

Av citatet framgår att bedömningarna blir mer komplicerade när våldserfarenheter tas med i beräkningarna: Handlar symtom i form av sömnstörningar, utåtagerande i skolan och koncentrationssvårigheter om ADHD, eller kan det vara konsekvenser av att leva med våld? Bedömningarna vid ja-svar på frågor om våld kräver mer tid och tankearbete, men upplevs leda till mer korrekta bedömningar.

Även föräldrarnas svar på våldsfrågorna kan få betydelse för hur mottagningen arbetar med familjen. Ett ärende som diskuterades är när en mamma till en patient berättat att pappan har utsatt henne för våld. Genom frågeformuläret blev våldet känt, och behandlarna valde att arbeta med föräldrarna var för sig.

Vid våld i nära relationer kan BUP erbjuda föräldrastöd och någon form av behandling av barnen. Det tycks inte finnas någon särskild behandlingsmetod inriktad på erfarenheter av våld i nära relationer, men traumabehandling nämns som ett alternativ. Personalen vid BUP berättar att det inte finns så mycket de kan göra vid ett nybesök mer än att anmäla oro för barn till socialtjänsten samt att sätta föräldrarna och patienten i kö för föräldrastöd och behandling. Därefter kan det ta flera månader innan det blir deras tur.

Vårdpersonalen har en skyldighet att omedelbart anmäla oro för barn till Socialtjänsten. Vissa informanter har en större vana och känner sig mer bekväma med att göra en orosanmälan, medan andra känner sig otrygga med rutinen. Vanan vid att anmäla skiljer sig också åt mellan mottagningarna. Inom UPH känner de sig mer trygga med rutinen. De har tagit upp den vid möten och känner att de kan ta stöd av varandra. De har också goda kontakter med socialtjänsten som de kan vända sig till för råd. Personalen inom BUM känner sig mer otrygga. De använder ord som att inte ha beredskap och att vara oförberedd:

Just det där att, hur löser man det praktiskt kring anmälan på telefon?
Eller då behöver man få tag på chefen, så nej jag har nog inte beredskap
riktigt för det. (Sjuksköterska, BUM)

Inom BUP gör de ibland en orosanmälan i samråd med en eller båda föräldrarna, då det anses kunna underlätta det fortsatta samarbetet med familjen. Förfarandet liknas vid att skriva en remiss. Efter en orosanmälan gör BUP ett uppehåll i utredningen och behandlingen av patienten fram till dess att familjesituationen stabiliserats. De tycks dock inte få någon åter-

koppling från socialtjänsten om när så har skett.

Ingen av mottagningarna har som rutin att polisanmäla våld som de identifierar.

Steg 5. Dokumentera

Det femte och sista steget i frågemodellen omfattar dokumentation. Det finns en bred osäkerhet bland informanterna vad gäller hur detaljerat de ska dokumentera våld som framkommit när frågorna ställts, samt vilken betydelse de ska tillmäta informationen i journalen. De upplever också en otydlighet vad gäller i vilken journal som föräldrars ja-svar ska dokumenteras.

Kapitel 4

Förutsättningar för att fråga

I det här kapitlet beskrivs olika faktorer som påverkar mottagningarnas möjligheter att använda frågemodellen. Kapitlet bygger på de enkäter som personalen besvarat. Beskrivningar från intervjuerna med personal och chefer/samordnare används för att komplettera och fördjupa resultaten från enkäterna.

Hjälpsamt stöd från VKV

Projektledaren från VKV har tillhandahållit stöd i olika former till vårdpersonalen för att underlätta för dem att rutinmässigt ställa frågor om våld till patienter och medföljande föräldrar. Stödet har bestått av utbildning, handläggningsrutiner, material och uppföljning.

Enkätsvaren visar att personalen är positiva till utbildningen. En övervägande majoritet (70,2 %) beskriver utbildningen som till väldigt mycket eller till ganska mycket hjälp när de ställer frågorna om våld (tabell 9).

Materialet som VKV har tagit fram består av ett kunskapsstöd, handledningsmaterial, foldrar, frågeformulären FOV, affischen ”Vi frågar om våld” och hjälpkort. Mest positiva är personalen till frågeformulären FOV. Fyra femtedelar (80,9 %) beskriver frågeformulären som till väldigt mycket hjälp när de frågar om våld (tabell 9). Här är det dock viktigt att komma ihåg att frågeformuläret FOV barn, det vill säga ringpärmen, inte har använts i den utsträckning som det var tänkt. Handledningsmaterialet och det tryckta materialet till väntrummet upplevs inte vara till lika stor hjälp. 45 % beskriver handledningsmaterialet till väldigt mycket eller ganska mycket hjälp, medan var femte beskriver det som till ganska liten hjälp. Var tredje (34,1 %) beskriver affischen, hjälpkort och foldrar som till väldigt mycket eller ganska mycket hjälp, medan var femte (21,3 %) beskriver det som till ganska lite eller väldigt lite hjälp (tabell 9).

Vad gäller stöd från projektledningen i form av uppföljning och handledning så svarar majoriteten (55,3 %) att de ganska mycket eller väldigt mycket upplever att de fått det, medan knappt var fjärde (23,4 %) upplever att de ganska lite eller väldigt lite fått det (tabell 9).

Denna positiva bild av stödet bekräftas av informanterna i intervjuerna. Ett tydligt mönster i materialet är att cheferna och vårdpersonalen är nöjda med det stöd de erhållit från VKV i form av uppföljning, utbildning och material. Stödet tycks ha gett personalen en känsla av trygghet inför att börja fråga på rutin om våld. Projektledaren beskrivs som engagerad och lättillgänglig. Utbildningen som VKV har tillhandahållit beskrivs ha gett en bra grund för att börja använda frågemodellen. En personalgrupp beskriver stödet från VKV som avgörande vid implementeringen av frågemodellen: Det har funnits en organisation som stått bakom ett strukturerat implementeringsförfarande och de har fått material som utgjort ett stöd i arbetet med frågemodellen. Personalen inom BUM som använt frågemodellen är nöjda med informationen om projektet och materialet. En sjuksköterska vid mottagningen beskriver:

Jag tycker det är jättefint material. Så det har vi ju blivit försedda med, både den här handledningen och kunskapsstöd.

Tabell 9. Personalens upplevelse av stöd från VKV. Total N=47	n	%
Är metodutbildningen till hjälp när du frågar på rutin om våld?		
Väldigt lite	1	(2.1)
Ganska lite	1	(2.1)
Ganska mycket	21	(44.7)
Väldigt mycket	12	(25.5)
Vet inte	6	(12.8)
Missing	6	(12.8)
Är handledningsmaterialet till hjälp när du frågar på rutin om våld?		
Väldigt lite	0	(0.0)
Ganska lite	10	(21.3)
Ganska mycket	13	(27.7)
Väldigt mycket	8	(17.0)
Vet inte	10	(21.3)
Missing	6	(12.8)
Är frågeformulären till hjälp när du frågar på rutin om våld?		
Väldigt lite	1	(2.1)
Ganska lite	1	(2.1)
Ganska mycket	14	(29.8)
Väldigt mycket	24	(51.1)
Vet inte	1	(2.1)
Missing	6	(12.8)
Är affisch, hjälpkort och foldrar till hjälp när du frågar på rutin om våld?		
Väldigt lite	3	(6.4)
Ganska lite	7	(14.9)
Ganska mycket	13	(27.7)
Väldigt mycket	3	(6.4)
Vet inte	14	()
Missing	7	(14.9)
Har du fått fortlöpande uppföljning av hur det går för dig att fråga på rutin om våld på din nuvarande arbetsplats?		
Väldigt lite	7	(14.9)
Ganska lite	4	(8.5)
Ganska mycket	21	(44.7)
Väldigt mycket	5	(10.6)
Vet inte	4	(8.5)
Missing	6	(12.8)

Samtidigt framförs synpunkter om att de, som enda medicinskt inriktade mottagning i projektet, har känt sig som en udda fågel, och att de upplevt att projektledningen inte vetat hur de ska stötta dem och lösa den specifika problematik, exempelvis i form av kortare besökstid, som de upplevt vid tillämpningen av frågemodellen.

Begränsad möjlighet till enrum

Enligt frågemodellen ska barnets medföljande föräldrar besvara frågeformulären i enskildhet utan den andra förälderns insyn, så att en våldsutövande förälder inte ska kunna påverka den andra förälderns svar. Detta förfaringssätt har visat sig vara svårt att få till i praktiken.

Majoriteten (61,7 %) beskriver att föräldrar alltid eller ofta har möjlighet att besvara FOV i enskildhet, medan en knapp fjärdedel (23,4 %) beskriver att de ibland eller sällan har det (tabell 10).

Tabell 10. Föräldrars möjlighet att besvara frågor i enskildhet.	n	%
Total N=47		
Har föräldrar möjlighet att besvara frågeformuläret i enskildhet?		
Aldrig	0	(0.0)
Sällan	4	(8.5)
Ibland	7	(14.9)
Ofta	16	(34.0)
Alltid	13	(27.7)
Vet inte	1	(2.1)
Missing	6	(12.8)

Enligt frågemodellen ska patienten och var och en av de medföljande föräldrarna sitta i varsitt rum när de besvarar FOV. Detta förfaringssätt var dock inte möjligt att genomföra i praktiken av utrymmesskäl. Det fanns helt enkelt inte tillräckligt med rum på mottagningarna. Mottagningarna hanterar frågorna till föräldrarna olika. En del föräldrar tillfrågas i behandlingsrum, andra i väntrum och ytterligare andra tillfrågas periodvis inte alls. Det finns flera faktorer som påverkar om och hur föräldrarna tillfrågas, så som antalet behandlare under besöket, antal medföljande föräldrar och tillgången till avskilt utrymme.

Inom BUM och UPH, där de är en vårdpersonal per nybesök, har barnet besvarat frågorna i besöksrummet och medföljande föräldrar besvarat dem i väntrummet eller sittandes på en stol i korridoren. Denna rutin fungerar väl så länge det bara är en medföljande förälder, vilket det oftast är inom BUM. Inom UPH är det oftare två medföljande föräldrar. Då försöker personalen styra så att föräldrarna sitter i varsin del av väntrummet. Dock kan de inte kontrollera att de verkligen sitter åtskilda när de besvarar frågorna:

Ja, sedan kan man ju inte vara där och styra upp om de väljer annat. Så brukar jag göra i alla fall, och då kan en sitta vid bordet och den andra vid soffan. Sedan gör de som de vill. (psykolog, UPH)

Inom BUP är de oftast två som träffar familjen. En psykolog som träffar barnet i ett behandlingsrum och en kurator som träffar medföljande föräldrar i ett annat rum. Därigenom har de bättre förutsättningar att hantera utmaningen med att medföljande föräldrar ska besvara FOV i enrum. Vid en medföljande förälder sitter kuratorn kvar i rummet när föräldern besvarar FOV och kan besvara eventuella frågor som uppkommer. Vid två medföljande föräldrar kan en förälder sitta kvar i rummet medan den andra hänvisas till korridoren eller väntrummet. Samtidigt som BUP-mottagningarnas förutsättningar att garantera föräldrar enrum vid besvarandet av FOV är bättre när de är två vårdpersonal vid nybesöken, så upplevs det stundtals svårhanterat. Det har förekommit att båda föräldrarna har fått besvara formulären i samma rum.

Mottagningarna har alltså inte de utrymmesmässiga förutsättningarna för att följa frågemodellen beträffande att föräldrarna ska besvara formulären i varsitt rum. Det blir därför svårt för dem att garantera föräldrarna trygghet när de besvara FOV.

En sjuksköterska inom BUP beskriver en klivenhet beträffande antalet medföljande föräldrar till nybesöken:

Det var det jag tog upp att det är så skönt på ett sätt när det bara kommer en förälder, för det här arbetet underlättas ju då om det bara är en förälder. Sedan vill vi ha båda till våra nybesök. (Sjuksköterska, BUP)

Denna utrymmesbrist medför att rutinen med att fråga barnets medföljande föräldrar är svår att förena med mottagningarnas ordinarie arbetssätt där man gärna ser att båda barnets föräldrar engagerar sig i mottagningens arbete med barnen.

Tidspressade verksamheter

Ett tema som återkommer under intervjuerna är bristen på tid. Såväl chefer som vårdpersonal beskriver att deras verksamheter generellt sett är pressade. De arbetar under tidspress och har fler patienter än de kan ta emot. Genom projektet fick verksamheterna en till metod och ett till område som skulle avhandlas under besöken. Denna extra uppgift väckte oro hos personalen för att tiden med patienten inte skulle räcka till, och att stressen skulle öka. Personalen inom BUM önskade därför tillskott i form av personal. En läkare beskriver ”ska man göra ett projekt där någonting ska läggas till så behövs det ju mer resurser”. Mer resurser fanns det dock inte, utan man beslutade att genomföra projektet inom befintliga ramar.

Längden på nybesöken påverkar möjligheten att fråga

Den tid som mottagningarna avsätter till nybesök varierar. Längst tid har BUP som avsätter 90 minuter per nybesök, inklusive bedömning och dokumentation. Kortast tid har BUM,

med 40 minuter till nybesöken, undantaget psykologen som avsätter 60 minuter per besök. BUM förlängde inledningsvis besökstiden med 20 minuter till 60 minuter för att ha tid att ställa frågorna om våld. De mottagningar som inte förlängde besökstiden fick istället omdisponera tiden. Det nya frågeområdet, våld, innebär att de andra delarna som skulle avhandlas under besöket fick kortare tid.

Under en period när väntetiderna var särskilt långa till BUM, och de inte kunde hålla vårdgarantin, framfördes kritik från delar av personalen om att det inte var rimligt att besökstiden vid vissa symtom var så mycket längre än besökstiden vid andra symtom. Kötiden blev längre när besöken förlängdes och mottagningen tog emot färre besök per dag. Chefen vid mottagningen berättar:

Men de flesta har känt att tidsfaktorn är ett hinder. Det är svårt att få till det.
Vi har det väldigt pressat. Vi har lång väntetid och svårt att hålla vårdgarantin
och då tänker man att det här gör ju att det blir ännu längre väntetider.

Det resulterade i att förlängningen av besöken togs bort. De som ställde frågor om våld behövde nu, i likhet med personalen vid de andra mottagningarna, disponera om tiden under besöket och ta tid från annat som ska avhandlas, fast på kortare tid. Detta väckte tankar om var gränsen går för det egna och andras uppdrag gentemot patienten.

Det tar från något annat. Det är ju så. Det finns många viktiga saker i ett besök.
Då kommer ju tankarna, vad är min uppgift för det här barnet? Rätt person ska
göra rätt saker, så det är de tankarna som har kommit. (Sjuksköterska, BUM)

För att hinna med allt som ska avhandlas kan personalen behöva överskrida besökstiden för de nybesök där frågor om våld ska ställas. En strategi som används för att förebygga att flera besök drar över tiden på samma dag, är att sprida ut nybesöken under veckans alla dagar.

Tid att fråga, men inte alltid till att följa upp svaren

Personalenkäten visar att personalens upplevelse av om de har tillräckligt med tid för att fråga om våld skiljer sig åt. Nästan hälften (49 %) beskriver att de ofta eller alltid har den tid de behöver med patienten för att fråga på rutin om våld, medan ungefär 36 % beskriver att de ibland eller sällan har det (tabell 11). Upplevelsen av att tiden räcker till för att stödja och hänvisa vidare patienter som berättat om våld, är något lägre. Nästan 30 % av personalen ansåg att de ofta har den tid som de behöver för att stödja och hänvisa patienten som berättar om våld, medan 17 % svarade att de sällan hade den tiden (tabell 11, se s. 53).

Besökstiden rymmer inte akut hantering av våld

Personalen berättar att de inte har möjlighet att lägga in tillräckligt med tid till besöken för att kunna hantera en eventuell akut problematik, så som suicidrisk eller pågående våld. Längre besök skulle innebära att de måste ta emot färre patienter. Vid akuta situationer får de istället låta ärendet ta den tid det tar och låta annat vänta.

Tabell 11. Personalens upplevelse av tillgången till tid. Total N=47	n	%
Har du den tid du behöver med dina patienter för att ställa frågor på rutin om våld?		
Aldrig	1	(2.1)
Sällan	4	(8.5)
Ibland	13	(27.7)
Ofta	17	(36.2)
Alltid	6	(12.8)
Vet inte	0	(0.0)
Missing	6	(12.8)
Har du den tid du behöver för att stödja och hänvisa vidare patienter som berättar om våld?		
Aldrig	1	(2.1)
Sällan	8	(17.0)
Ibland	7	(14.9)
Ofta	14	(29.8)
Alltid	6	(12.8)
Vet inte	4	(8.5)
Missing	7	(14.9)

Men shit happens, och då får väl de som står och väntar bara vänta.
Så att jag bygger inte in fallhöjd i varje nybesök för att kunna hantera
en eventuell buffert, för då blir det väldigt glest. (Psykolog, UPH)

Oförutsedda så kallade branduttryckningar tycks vara en del av arbetet inom UPH och BUP. Det är något som händer ibland och då får de hantera det och ställa upp för varandra. Beredskapen för att hantera akuta våldsärenden tycks vara lägre inom BUM. Där beskrivs det som en "jättestor brist" att det inte finns tid i schemat för akuta interventioner. Då hela dagen är inbokad för besök, skulle akuta interventioner "rucka" schemat för dagen. Samtidigt som akuta fall framstår som större problem och mer oväntade inom BUM, så finns ändå intentionen att lägga allt annat åt sidan och låta det akuta ta den tid det tar:

Då får ju tiden stå stilla i bedömningen hur allvarligt det är just nu för det här barnet. Så det kommer ju bli väldigt ruschigt. Det är ingen vardag, verkligen inte. (Sjuksköterska, BUM)

Känsla av otillräcklighet

Informanterna uppger att det är svårt att få tiden att räcka till noggranna bedömningar och dokumentation av ja-svar. Efter besöket ska all den information de samlat in sammanställas, trättas ned och analyseras, för att sedan mynna ut i en bedömning av patientens vårdbehov. Denna svårighet att få tiden att räcka till är inte specifikt kopplad till frågemodellen, utan är ett generellt problem i verksamheterna. De har inte särskild tid inlagd i schemat för bedömning och dokumentation, utan det förväntas ingå i besökstiden. En psykolog inom BUP beskriver problematiken:

Jo för att en arbetsvardag på det här stället handlar om att koka ner essensen i allt vi gör så fort som möjligt för att liksom få ett vårdflöde. (...) Så det är ett jättejobb och det är ett jättejobb i det här, vad ska man säga, i den här vårdverkligheten som finns, där vi ska göra väldigt mycket på väldigt lite tid.

Vid en BUP-mottagning förs resonemang om att tid för tankearbete och diskussion med kollegor är avgörande för kvaliteten på deras bedömningar. Ett forum för gemensamma bedömningar är behandlingskonferenser, inför vilka behandlaren i frågan förbereder ett underlag. Om de hinner göra djupa och noggranna bedömningar så ökar möjligheten att få till en vårdplan som fungerar för patienten och föräldrarna:

Det handlar ju liksom om att ha människor omkring sig som man kan ta hjälp av, och ha utrymme under sin arbetsdag att avsätta tid för tankearbetet eller diskussionerna. Det är ju det mest effektiva jobbet vi gör. Det är ju det som, som avgör kvaliteten på jobbet, tycker jag i alla fall. Så när jag är ensam och när jag har kort om tid, då blir mitt jobb som sämst. Det är ju ganska givet liksom. (Psykolog, BUP)

Inom BUP är kötiden till behandling lång. Det kan ta 1 – 3 månader till nästa besök. Den långa tiden mellan nybesöket och efterföljande besök väcker frågor av etisk karaktär hos vårdpersonalen. Om det är etiskt riktigt att ställa frågor om våld, när det tar lång tid innan de sätter in några åtgärder? En psykolog inom BUP resonerar och får medhåll från sina kollegor: ”Det är inte riktigt etiskt när man får veta saker och frågor efter saker och fångar upp det och så händer det inget”. Informanterna betonar att invändningen inte handlar om att våld skulle vara en oviktig fråga, tvärtom. De menar att om de ska hantera en så viktig fråga som våld i nära relationer, då måste de ha gott om utrymme för att göra korrekta bedömningar och kunna sätta in interventioner i tid.

Att inte kunna erbjuda adekvat stöd inom rimlig tid väcker känslor av maktlöshet och att inte räcka till för barnet. Dessa känslor kan de dock inte visa för barnet och föräldrarna, utan de måste förmedla hopp. En psykolog inom BUP beskriver:

Det har ju inte bara med våld att göra, men att det kan kännas lite maktlöst det här med att... Ja, men att man identifierar ett problem och identifierar om de behöver hjälp eller att de har varit utsatta för något som de behöver bearbeta, men att man inte kan erbjuda det. Och man vet att de inte kommer få den hjälp de behöver få på ett tag. Och så måste man... Så är man den som måste säga det till barnet och föräldrarna, samtidigt som man ska förmedla hopp.

Känslan av otillräcklighet beskrivs ”ingå i jobbet” inom BUP. Den bidrar, berättar en av psykologerna, till att hen ibland känner att det tar emot att ställa frågor om våld till patienter som hen tror har upplevt eller utsatts för våld:

Så ju svårare frågeställningar desto mer jobb både tidsmässigt och känslomässigt, och det betyder att även om jag inte undviker att ställa frågorna så märker jag att jag gärna, alltså jag bävar för det ibland. (...) Även om det är som viktigast att ställa frågorna då, så är det också... Motståndet känslomässigt för mig är som störst då. För jag har inte riktigt tid med det. Alltså jag har inte tid med att folk har varit med om de här sakerna *skrattar*.

Den pressade vårdverkligheten, med en känsla av tidsbrist, bidrar alltså till att personal drar sig för att ställa frågorna om våld, då ja-svar innebär mer komplicerade bedömningar och därmed mer arbete i sitt redan pressade tidsschema. För att inte missuppfattas är informanterna noga med att betona att de vill veta om våld och vill göra ett gott arbete, men problemet är att de inte alltid ser sig ha förutsättningarna tidsmässigt för att kunna göra det. En av psykologerna inom BUP understryker också att frågemodellen underlättar för dem att göra sitt arbete:

När vi inte får positiva utfall då tar det inte heller tid för oss. Så jag tänker att det är ju ett underlättande instrument även om vi inte riktigt alltid har... upplever oss ha utrymme att bedöma också det. Men framkommer det, då är det ju i vårt uppdrag att bedöma det. (mm) Så det är ju egentligen inte negativt, men i en, i ett vardagsschema så blir det ju ibland en... Ja, ett moment till att ta hänsyn till. Men liksom det är ju, det är ju bara bra egentligen ur bedömningshänseende.

Cheferna inom BUP delar inte vårdpersonalens upplevelse av att tiden inte räcker till, utan berättar att det finns tid i schemat för administration och återbesök. De tolkar snarare upplevelsen av tidsbrist till att arbetet inom BUP är emotionellt påfrestande till sin karaktär. En chef berättar:

Det är stressande för dem när barnen inte vill leva eller när de skär sig. Alltså när de måste bära den ångesten att de inte vet vad som väntar nästa gång. Men det är inte kvantitativt så stressande för dem. Det är det inte. Vi jobbar på i en viss takt med ett visst schema. Jag har stressat massa personer genom åren här, men de slutar bara då. Så vi har ett system. De är inte stressade.

Cheferna beskriver denna typ av stress som mer kopplad till en känsla av otillräcklighet än till tidsbrist. Vårdpersonalen vill göra mer för patienten än vad de har möjlighet att göra:

För du måste bära saker hela tiden och det finns alltid saker som man skulle kunna veta mer eller göra mer för våra patienter. Det gör det ju. Våra patienter har det ju väldigt svårt på väldigt många sätt. Vi kan inte lösa alla de problemen, men det blir ju, det blir ju den känslan ganska ofta ändå, att vi kanske kan göra en liten del och det är inte alltid jättetillfredsställande för den som träffar någon som har det jättejobbigt. (chef, BUP)

Denna känsla av att inte räcka till för sina patienter kan beskrivas som samvetsstress. Samvetsstress kan uppkomma när man vill göra ett gott arbete för sina patienter, men inte ser sig ha möjlighet att göra det (95). I det här fallet på grund av tidsbrist enligt personalen, eller på grund av patienternas tunga problematik enligt cheferna. En psykolog inom BUP beskriver att stressen uppkommer på grund av skillnaden mellan viljan att göra rätt enligt frågemodellen och möjligheten att genomföra sitt uppdrag gentemot patienten inom befintlig tidsram. Denna stress väcker frågor om det ingår i deras uppdrag, och därmed om BUP är rätt instans för att hantera svaren på alla frågor som ingår i frågemodellen.

Ja och sedan är det också så, för det kan låta krasst utifrån så, men det är också en professionell bedömning att det kanske inte är jag som ska ta det här just nu. (psykolog, BUP)

Varierande stöd bland kollegor

Personalenkäten visar att personalen utgör ett stöd för varandra i arbetet med att fråga på rutin om våld. Majoriteten svarade att de ganska (40,4 %) eller väldigt mycket (34 %) upplever att deras kollegor stödjer arbetet med att fråga på rutin om våld (tabell 12).

Tabell 12. Personalens upplevelse av stöd från kollegor. Total N=47	n	%
Upplever du att dina kollegor stödjer arbetet med att fråga på rutin om våld?		
Väldigt lite	0	(0.0)
Ganska lite	3	(6.4)
Ganska mycket	19	(40.4)
Väldigt mycket	16	(34.0)
Vet inte	3	(6.4)
Missing	6	(12.8)

Intervjuerna visar att kollegialt stöd i det kliniska arbetet är viktigt vid användningen av frågemodellen. Informanterna beskriver att de stöttat varandra och hjälpts åt med hur de ska använda frågemodellen, och hur de ska agera om en patient eller förälder berättat om våld. En informant berättar: "Jag känner mig inte osäker utan jag har alltid kollegor att fråga".

Kollegors inställning till frågemodellen på en mer principiell nivå har också varit en förutsättning av betydelse för hur det fungerat att använda frågemodellen. Cheferna berättar att de kunnat se att vårdpersonalen påverkats av varandra. I vissa personalgrupper har det funnits ett starkt engagemang i utvecklingsarbetet och en stolthet över att använda frågemodellen. Denna positiva anda har spridit sig kollegor emellan.

Bland delar av personalen inom BUM har det funnits kraftiga invändningar mot att de ska använda frågemodellen. Ungefär hälften av personalgruppen avstod från att fråga på rutin om våld. Personalgruppen har haft återkommande polariserande diskussioner om vad som är rätt och fel. Vissa upplever att det har varit högt i tak och att olika åsikter respekterats. Andra, som valt att använda frågemodellen, upplever sig ha ifrågasatts och ställts till svar för frågemodellen, som ledningen bestämt att de ska använda. Denna kritik har gjort arbetet med projektet tungrott och har tagit glädjen från utvecklingsarbetet. Chefen för mottagningen berättar:

Sedan tror jag att man blir lite försiktig också när man får lite motstånd. Och ja, att driva på. Så tror jag [medarbetare] har upplevt det lite grann, som ändå brinner för detta och verkligen vill ta den här uppgiften. Så har hon legat lite lågt och känt att, "nej men det är inget roligt om man får motstånd hela tiden". Då backar hon lite grann.

Hantera motstånd

Vid alla mottagningar har det beslutats att de ska använda frågemodellen. Flera chefer uppger att vårdpersonalen inledningsvis känt oro och uttryckt farhågor inför att börja fråga på rutin om våld. De tolkar det som att det ofta finns ett motstånd mot att införa nya metoder, då förändringen innebär ett avsteg från det bekanta och trygga. En av cheferna inom BUP berättar:

Så att det faller i samma mönster. De är negativa och sedan visar det sig positivt, och så blir de glada. Så ser det ut.

En chef inom BUP berättar att det inledande motståndet hanterats av sig själv genom att många ansett att arbetet med frågemodellen varit viktigt, vilket även påverkat de mer skeptiska kollegorna. Dessutom har det funnits ett tydligt beslut bakom arbetet:

Vi har ju bestämt att vi ska göra det här, så det har alla varit medvetna om. Men man kan ha åsikter om det, men vi ska göra det. Det är ju fattat beslut om det.

Inom BUM, där det alltså funnits flest invändningar mot frågemodellen, har beslutet om att de ska använda frågemodellen omförhandlats. Informanterna beskriver att det blivit frivilligt att använda frågemodellen. Det har av några upplevts som positivt då det varit svårt att anpassa metoden så att den passar alla.

Chefen vid mottagningen ser att det finns flera skäl till att beslutet omförhandlats och att frågandet periodvis tappat fart. Ett skäl är det stora motstånd mot frågemodellen som funnits bland delar av personalen. Till skillnad från personalen så uppfattar inte chefen att det beslutats att det ska vara frivilligt att fråga på rutin om våld. Tvärtom, hen hänvisar till att det fattats ett formellt beslut om att de ska fråga:

Det är en uppgift som man egentligen ska göra som man säger nej till, om man ska vara krass. Det är faktiskt något som vi från ledningshåll har infört. Det här är ett projekt vi ska vara med i och så är det några som säger nej vi vill inte.

Chefen förmedlar att de som inte frågar om våld har valt bort arbetsuppgifter som ledningen ålagt dem att göra. Samtidigt återkommer chefen till att ledningen känt att de inte kan tvinga någon att göra något de inte vill göra: ” Vi har känt att vi inte har kunnat tvinga någon, utan vi har valt ut, jag tror det är tre läkare och fyra sjuksköterskor som ställer frågor då”.

Stöttande chefer

Cheferna tycks utgöra ett stöd i arbetet med frågemodellen. Övervägande majoriteten av informanterna upplevde att de fått ganska (31,9 %) eller väldigt mycket (42,6 %) stöd av sin chef gällande att fråga på rutin (tabell 13).

Tabell 13. Personalens upplevelse av stöd från chef. Total N=47	n	%
Upplever du att din chef stödjer arbetet med att fråga på rutin om våld?		
Väldigt lite	2	(4.3)
Ganska lite	1	(2.1)
Ganska mycket	15	(31.9)
Väldigt mycket	20	(42.6)
Vet inte	3	(6.4)
Missing	6	(12.8)

Detta resultat bekräftas delvis av intervjuerna, där det framgår att det upplevda stödet från chefen skiljer sig åt mellan mottagningarna. På de mottagningar där man uppfattade att det fanns ett stöd, var chefen tydlig, engagerad och drivande i frågan. Engagemanget märktes genom att chefen talade positivt om, och var stolt över, att använda frågemodellen. En drivande chef prioriterade arbetet med frågemodellen och förväntade sig också att personalen skulle vara engagerad. De gjorde arbetet till en levande fråga vid arbetsplatsträffar, påminde om vikten av att fråga och följa metoden, samt stämde av hur arbetet fortlöpte. Cheferna har också följt upp och handlett personal i enskilda ärenden, och beskrivs som ett viktigt stöd i hur man ska gå vidare om man identifierat utsatthet eller behövde göra en orosanmälan. Detta engagemang från chefen beskrivs som ett skäl till att genomförandet av frågemodellen varit framgångsrikt: ”Hade vi inte haft en chef som drev det här då hade ju ingen annan gjort det heller”.

Cheferna som beskrivs som mer engagerade gav även förutsättningar till personalen för att kunna ställa frågor om våld. En sådan förutsättning var mer tid vid patientbesök. En annan förutsättning var att uppmuntra och uppmana sina medarbetare att delta på de utbildningar som erbjöds. Ytterligare en förutsättning var att vara tillgänglig för medarbetare som hade frågor.

Samtidigt framgår att det funnits situationer där man saknat stöd av chefen. Det handlade då ofta om att chefen varit otydlig eller att det saknades tydliga rutiner för hur ja-svar skulle

hanteras och dokumenteras. Som tidigare framgått har personal inom samma mottagning dokumenterat våldserfarenheter olika.

Överensstämmer med uppdraget

Personalenkäten innehåller frågor som mäter personalens inställning till att fråga på rutin om våld kopplat till deras profession och uppdrag. Det finns en utbredd syn att det ingår i hälso- och sjukvårdens uppgifter att upptäcka barn som har bevittnat/upplevt eller utsatts för våld i nära relationer. Nästan 94 % svarade att de ”väldigt mycket” anser att det ingår i hälso- och sjukvårdens uppdrag. Det finns också en bred uppfattning att det är viktigt att fråga på rutin om våld på mottagningarna. Ungefär 70 % svarade att de väldigt mycket ansåg att det är viktigt. Nästa lika många, 68 %, ansåg att ett frågande på rutin om våld väldigt mycket överensstämde med deras professionella uppdrag (tabell 14).

Tabell 14. Personalens inställning till att fråga på rutin om våld.	n	%
Total N=47		
Anser du att det ingår i hälso- och sjukvårdens uppgifter att upptäcka barn/ ungdomar som upplever/ utsatts för våld i nära relationer?		
Inte alls	0	(0.0)
Lite grann	0	(0.0)
Ganska mycket	3	(6.4)
Väldigt mycket	44	(93.6)
Vet inte	0	(0.0)
Anser du att det är viktigt att fråga barn och ungdomar på rutin om våld på din nuvarande arbetsplats?		
Inte alls		()
Lite grann	6	(12.8)
Ganska mycket	7	(14.9)
Väldigt mycket	33	(70.2)
Vet inte	0	(0.0)
Missing	1	(2.1)
Anser du att ställa frågor på rutin om våld överensstämmer med ditt professionella uppdrag?		
Inte alls	2	(4.3)
Lite grann	6	(12.8)
Ganska mycket	6	(12.8)
Väldigt mycket	32	(68.1)
Vet inte	0	(0.0)
Missing	1	(2.1)

Intervjuerna tyder på att mottagningarnas inriktning och professionerna inom dem har betydelse för hur det fungerar att fråga på rutin om våld. BUP och UPH är inriktade mot psykisk ohälsa medan BUM är inriktad mot fysisk ohälsa. Inom BUP och UPH är en stor andel av personalen psykologer eller socionomer medan personalen inom BUM i huvudsak består av läkare och sjuksköterskor. Vid BUP och UPH har det funnits få ifrågasättanden av metodens relevans för verksamheterna. Man vet att våld i nära relationer kan vara en orsak till patienters ohälsa, och frågemodellen utgör ett verktyg för dem att ta reda på sådant de ändå behöver veta för att kunna göra korrekta bedömningar och ställa rätt diagnos.

Cheferna resonerar om betydelsen av inriktningen på personalen och mottagningen. Man menar att kuratorer och psykologer är skolade i, och vana vid, att ställa frågor om relationer och svåra upplevelser. De är ”mer tränade i att ställa obekväma frågor”, som en av cheferna uttrycker det. Läkare och sjuksköterskor, menar de, frågar vanligtvis om medicinsk problematik. Därför kan de känna en större osäkerhet inför att ställa frågor om våld, och uppleva frågorna som mindre relevanta för deras arbete än vad psykologer och kuratorer gör:

Man tänker att det här är inte, det är inte min profession som ska göra det, utan jag ska fokusera mer på det medicinska. Så att det kan vara en del. Och så en annan del kan vara att man är ovan vid det också. Att man är osäker. (Chef, BUP)

Det som talar mot att viljan att använda frågemodellen handlar om profession, menar chefen inom BUM, är att hälften av läkargruppen och sjuksköterskegruppen inom BUM ställer frågor om våld, medan hälften inte gör det. Både informanter som frågar om våld och som avstår från att fråga ifrågasätter dock om det ingår i deras uppdrag att fråga på rutin om våld. Invändningarna handlar främst om BUM:s medicinska karaktär: de är medicinskt utbildade, arbetar på en medicinsk mottagning och möter patienter med en medicinsk problematik, och som förväntar sig medicinsk behandling. Utifrån patientens och föräldrarnas förväntningar på ett medicinskt besök, menar de, är det ”utanför boxen” att få frågor om våld. En läkare som valt att inte fråga rutinmässigt beskriver att tanken på att hon skulle arbeta enligt frågemodellen kändes ”otroligt fel”, hen berättar:

Just det här, jag måste ändå säga att min primära uppgift är det medicinska. Det är det jag är utbildad på. Det är det jag kan och det är det föräldrarna förväntar sig av mig. Det måste jag göra först.

Ifrågasättandet antyder att frågor om våld i huvudsak inte är relevanta i detta medicinska sammanhang. I argumentationen mot frågemodellen är kopplingen mellan de utvalda diagnoserna och barns våldsutsatthet knappt närvarande.

Osäkerhet vid handläggning och dokumentation

En övervägande majoritet av respondenterna uppger att de känner sig ganska (51,1 %) eller mycket (19,1 %) bekväma med att fråga på rutin om våld (tabell 15). Något färre, ungefär 49 % respektive 15 % svarade att de kände sig ganska eller mycket säkra på vad de ska göra om en patient berättar om våld. Känslan av att vara säker på vad man ska göra var lägre gällande hur

de kan stödja en patient som berättat om våld. Ungefär 47 % svarade att de kände sig ganska säkra, medan ungefär 13 % kände sig ganska osäkra, på hur de kan stödja patienten. När det gäller dokumentation var 34 % ganska säkra på hur de ska dokumentera uppgifter om våld medan 23,4 % svarade att de kände sig varken osäkra eller säkra i frågan.

Tabell 15. Personalens upplevelse av att använda frågemodellen. Total N=47	n	%
Känner du dig bekväm eller obekvämt med att fråga på rutin om våld?		
Mycket obekvämt	0	(0.0)
Ganska obekvämt	3	(6.4)
Varken eller	5	(10.6)
Ganska bekväm	24	(51.1)
Mycket bekväm	9	(19.1)
Vet inte	0	(0.0)
Missing	6	(12.8)
Känner du dig säker eller osäker på vad du ska göra om någon av dina patienter berättar om våld?		
Mycket obekvämt	1	(2.1)
Ganska obekvämt	5	(10.6)
Varken eller	4	(8.5)
Ganska bekväm	23	(48.9)
Mycket bekväm	7	(14.9)
Vet inte	1	(2.1)
Missing	6	(12.8)
Känner du dig säker eller osäker på hur du ska dokumentera uppgifter om våld?		
Mycket osäker	2	(4.3)
Ganska osäker	3	(6.4)
Varken eller	11	(23.4)
Ganska säker	16	(34.0)
Mycket säker	9	(19.1)
Vet inte	0	(0.0)
Missing	6	(12.8)

Intervjuerna ger en något annorlunda bild av om personalen vet vad de ska göra och hur de ska stödja patienter som berättat om våld. De visar att det finns en utbredd osäkerhet bland informanterna vad gäller rutiner vid ja-svar. Många informanter berättar att de känner sig osäkra på hur de ska agera vid pågående våld. Många verkar känna till de flödesscheman för handläggning som tagits fram, men rutinerna tycks inte ha satt sig. En sjuksköterska inom BUP uttrycker att denna otrygghet med handläggningen vid ja-svar, inklusive kontakt med socialtjänsten, bidragit till att hon nästan dragit sig för att fråga om våld:

Att samtala och fråga om svåra saker var inga konstigheter, utan det var efterarbetet som gjorde att det här, man nästan kunde dra sig för att göra det [ställa frågorna].

En personalgrupp inom BUP problematiserar att de samlar in utlämnande information om våld inom olika arenor, samtidigt som det upplevs vara otydligt vad de ska göra vid utfall och vad som ligger inom deras uppdrag. En psykolog berättar:

Som nybesöksperson så kan det kännas frustrerande tycker jag i alla fall, att inte veta när jag ska följa upp det och hur jag ska följa upp det och hur jag ska föra informationen vidare och vilken betydelse jag ska tillmäta informationen i journalen.

Denna osäkerhet över vad de ska göra med informationen beskrivs som frustrerande. De får information som ges i ett förtroende, och känner förpliktelser gentemot patienten, samtidigt känner de att de varken har tid eller kunskap om vad de ska göra av den.

Känslan av otydlighet beträffande handläggning gäller inte minst våld inom skolan. Genom frågorna om våld kan de få information om våld i skolan, som är så pass allvarligt att det måste hanteras, men som inte tydligt ingår i deras uppdrag. Men genom att de får informationen så ligger frågan ändå i deras knä:

Men det är också, vad ska jag göra med det här? Det kan ju bli jättestort och det kanske är ett stort bekymmer i hela skolan som... Men det, där tycker jag det är svårt att veta hur jag ska hantera det. (psykolog, UPH)

Med anledning av att mottagningarna identifierar mycket våld inom skolan efterlyser de en specifik handläggningsrutin. I nuläget tycks de göra olika. Ibland kontaktar de skolan själva, ibland är det föräldrarna som kontaktar skolan och ibland samarbetar de med socialtjänsten. En socionom inom BUP jämför med de handläggningsrutiner som fanns på hennes tidigare arbetsplats socialtjänsten:

Men där var det extremt tydligt vad man skulle göra efter. Det hängde liksom lappar på varje rum, precis vad du gör när du får napp på de här grejerna liksom. Så det blev liksom inga frågetecken. För att om man inte vet precis vad man ska göra så frågar du inte. Det blir ju liksom motstånd bara där.

I likhet med vad som framkommit ovan så kan osäkerhet beträffande handläggning väcka ett motstånd mot att fråga om våld. Denna osäkerhet vad gäller hur personalen ska agera vid

ja-svar talar för att handläggningsrutinerna som utvecklats inom projektet inte landat hos vårdpersonalen. En informant spetsar till det, och får medhåll från sina kollegor:

Om man tänker: frågandet gör vi på rutin, vad vi gör med det har vi inte på rutin.
Det ser jag nu. (psykolog, BUP)

Känslan av att inte vara säker på rutinerna gäller även dokumentation. En psykolog inom BUP uttrycker en frustration över att ingen verkar veta vad som är rätt vad gäller dokumentationen:

Den frågan har jag försökt få svar på sedan jag började här men jag... Det är inget som riktigt, det är liksom otydligt i grunden liksom. Vad skriver man? Och ibland när jag tänker tillbaka på de utredningarna, så har jag ju skrivit för mycket. Och ibland så skriver man inget då. Och vad är rätt? Ingen aning. Ingen verkar veta det här. Men det känns ju som att man gör fel, då.

Bristen på tydlighet vad gäller dokumentation medför att personalen journalför våldet på olika sätt och i olika journaler. Av citatet framgår att otydligheten skapar en känsla av att göra fel oavsett hur man gör. Ibland skrivs för lite, och ibland för mycket.

Kapitel 5

Perspektiv på att fråga

I det här kapitlet beskrivs hur chefer och vårdpersonal ser på att använda den frågemodellen som utvecklats inom projektet vid sina respektive mottagningar. Under alla intervjuer diskuterades frågan om det är rätt att fråga deras patienter på rutin om våld. Nedan beskrivs de perspektiv som framkom i diskussionerna, som var mer eller mindre livliga. Frågan diskuterades mest bland informanterna inom BUM, vilket var väntat med tanke på att ungefär hälften av personalen där avstått från att använda frågemodellen, medan hälften valt att använda den. Vissa av perspektiven är varandras motsatser, och kan beskrivas som argument och motargument. För att åskådliggöra dynamiken i samtalen presenteras perspektiven i anslutning till varandra. Inledningsvis beskrivs själva utgångspunkten för diskussionerna: Om frågemodellen uppfyller sitt syfte, det vill säga upptäcks våld?

Pågående våld i nära relationer upptäcks sällan

Personalenkäten visar att erfarenheterna skiljer sig åt gällande om ett rutinmässigt frågande har bidragit till att de upptäckt våld i nära relationer. Majoriteten (55,3 %) svarade ja på frågan om att frågande på rutin om våld har bidragit till att de upptäckt barn och ungdomar som utsatts för våld i nära relationer, medan ungefär var tredje svarade antingen nej (17 %) eller vet inte (14,9 %) (tabell 16).

Tabell 16. Om frågande på rutin har bidragit till upptäckt av våld i nära relationer. N=47	n	%
Har frågor på rutin om våld, på din nuvarande arbetsplats, bidragit till att du upptäckt barn/ungdomar som upplever/utsätts för våld i nära relationer?		
Ja	26	(55.3)
Nej	8	(17.0)
Vet inte	7	(14.9)
Missing	6	(12.8)

Detta resultat, att majoriteten upplevt att frågorna bidragit till att de upptäckt barn och ungdomar som erfar våld i nära relationer, framkommer inte i intervjuerna. Det finns en gemensam bild bland informanterna av vilket våld som i huvudsak identifieras när frågemodellen används, nämligen barns och ungdomars upplevelser av och utsatthet för våld i skolan samt föräldrars, främst mödrars, utsatthet för våld under uppväxten eller i en tidigare parrelation. Uppfattningen är också att få barn, ungdomar och föräldrar berättar om pågående våld i nära relationer, samt att det är denna typ av våld som frågemodellen avser att identifiera. Bilden av vilket våld som

upptäcks, respektive inte upptäcks, delades alltså av informanterna, men den **betydelse** de tillskrev frågorna och våldet som upptäcks skiljer sig åt.

Fel sätt att fråga

De som var kritiska till frågemodellen uttryckte sig i termer av att metoden inte ger ”napp” på våld eller utslag på det våld de är ”ute efter” att upptäcka. Några informanter berättar att de erfarit att en del patienter och föräldrar knappt läser igenom frågorna och svarar nej på frågorna slentrianmässigt. Denna iakttagelse får dem att undra om de får ärliga svar och vad frågemodellen egentligen ger?

Jag tycker inte ofta vi får något utslag för så där omedelbart akut våld i enkäterna. Alltså då tänker jag så här, då får vi den ofrånkomliga frågan, fångar enkäterna upp det vi söker efter? Eller är det mer ett sätt att, eller ska man betrakta enkäter som ett sätt att beskriva att detta händer i familjer? (...) Så att man skulle kunna argumentera att enkäten inte fungerar i det att den inte fångar upp våld. (psykolog, UPH)

Andra berättar att de ibland i möten med barn och ungdomar får en känsla av att de har något att berätta, även om de svarar nej på frågorna om våld. En läkare inom BUM frågar sig om de, givet sina förutsättningar, i realiteten kan möjliggöra för barn att berätta om våld:

Om man nu tänker det värsta scenariot, att det är ett barn som blir väldigt misshandlat hemma på ett eller annat sätt, som inte syns. Så sitter föräldrarna utanför dörren och så känner de inte mig och har aldrig träffat mig förut. De vet ju inte vad jag säger till mamma och pappa som sitter utanför dörren. Det är ju inte, tänker jag, det är inte ett optimalt tillfälle att få reda på så där riktigt tunga saker.

I citatet problematiserar informanten om frågemodellens upplägg möjliggör för barn att berätta om pågående våld i hemmet. Om barn i realiteten kan berätta om pågående våld för en person de inte känner, som de inte vet om de kan lita, när den potentiella våldsutövaren sitter utanför?

Denna upplevelse av att frågemodellen inte identifierar pågående våld i nära relationer får en del informanter att ställa sig frågan om det är värt att ställa frågor enligt en modell som till synes inte identifierar det våld den avser att identifiera. Personalen inom BUM som valt att inte använda frågemodellen svarar nej på frågan. De anser inte att ett rutinmässigt frågande om våld vid första besöket är rätt sätt att fråga. De anser inte heller att mottagningen bör lägga tid på, och använda medicinsk personal till, att ställa frågor om våld när de ändå inte får uppriktiga svar. Bättre att istället fråga på indikation och när medicinska orsaker till patientens problematik utesluts.

Öppnar en dörr

Generellt finns ett bra stöd för frågemodellen bland såväl chefer som vårdpersonal som använder den. Det finns dock enstaka undantag på BUP och UPH och ett tydligare motstånd bland

delar av personalen på BUM. Detta stöd för frågemodellen kan tyckas förvånande med tanke på den gemensamma uppfattningen att få berättat om pågående våld i nära relationer första gången de tillfrågas om det.

Det finns en stark tilltro till, och en förhoppning om, att frågorna om våld fyller en funktion på så sätt att de öppnar för möjligheten att berätta. Resonemang förs om att man, genom att ställa frågorna, ”sår ett frö”, ”gläntar på locket” eller ”gläntar på en dörr” hos patienten som kan leda till att patienten berättar om våld vid ett senare tillfälle. Det kan vara senare under nybesöket, vid ett senare besök på mottagningen eller vid ett besök i någon annan verksamhet. I det sistnämnda fallet förmedlas en bild av mottagningen som ”en pusselbit” i ett större pussel, eller som en länk i en kedja av flera verksamheter som ingår i samhällets skyddsnät, där barnet/ungdomen kan berätta om våld och få hjälp. Patienten kanske inte berättar för dem som ställt frågan, men frågan kanske bidrar till att de berättar för någon annan, exempelvis en skolsköterska. Metaforen om att frågorna ”öppnar en dörr”, används av flera intervjudeltagare. En sjuksköterska inom BUM förklarar:

Men jag tänker har man öppnat dörren så kan ju det vara enklare längre fram också för dem att öppna upp sig. De vet att det är ok att prata om det när de känner sig redo. (...) Men om man liksom har öppnat upp den lite på glänt så kanske det är enklare att putta upp dörren senare när man har en relation.

Informanterna beskriver flera sätt på vilka frågemodellen öppnar för möjligheten att berätta om våld. Introduktionen och frågorna, som omfattar konkreta handlingar, kan hjälpa patienten och medföljande föräldrar att definiera sina upplevelser som våld. Och därmed som något som är fel, som påverkar och som ingen får göra mot någon annan. Vidare beskriver de att de, genom att ställa frågorna, signalerar att de är intresserade och bryr sig om den tillfrågade. De beskriver också att de genom frågorna visar att det går att tala med dem om våld och att detta är rätt instans att ta upp våld. Frågorna gör våldserfarenheterna till något ”pratbart”. Denna tilltro till att man genom att fråga gör våldet talbart bekräftas av att flera informanter erfarit att patienter svarat nej på frågorna om våld, för att senare under samma eller nästkommande besök ha berättat om våld. En psykolog inom UPH berättar:

Det blev så väldigt tydligt här för mig för ett par månader sedan. Jag gjorde intervjun med barnet och mamman i väntrummet och pappan var inte med. Sedan när vi började prata om varför de var här, så börjar barnet gråta jättemycket. Så säger barnet att barnet är så rädd för att pappa ska bli arg. Men har sagt nej i formuläret alldeles 10 min innan. Det är ju intressant. Det känner jag ju är, plötsligt kommer det upp massa saker som... De svarar nej på allting. Sedan så kommer det saker.

Flera intervjudeltagare lyfter fram att arbetet med frågemodellen inte är över bara för att patienten svarat nej på frågorna om våld. Erfarenheten att frågorna om våld kan öppna för senare avslöjanden har inneburit att de behöver ha beredskap för att fråga vidare om våld och för att stödja. Våldsförhållanden behöver hållas levande under hela vårdkontakten, menar man.

Relevans för verksamheterna

En annan närliggande aspekt av vårdpersonalens syn på frågemodellen handlar om huruvida den är relevant sett till mottagningarnas och professionernas uppdrag gentemot patienterna. Argument om relevans används både som stöd för att använda frågemodellen och mot att använda den.

Prioritera barnets problematik

Många informanter, oavsett om de frågar eller inte, lyfter fram en risk för att frågorna och uppföljningen av ja-svaren kan ta så mycket tid i anspråk att de inte hinner adressera den problematik patienten uppsökte mottagningen för att få hjälp med. För dem som frågade om våld var denna risk en praktisk fråga att hantera under besöken. De måste disponera tiden på så vis att de både hinner fråga om våld och utforska den problematik patienten söker vård för.

För dem som inte frågade utgjorde risken ett skäl för att avstå från att fråga. De argumenterar att de, som är medicinskt utbildade och arbetar vid en medicinsk mottagning, också ska hantera och fokusera på medicinska aspekter av deras patienters problematik. De ska inte hantera frågor om social utsatthet. Vidare argumenterar de att frågorna om våld tar tid från att undersöka patientens medicinska problematik och tar tid från andra patienter som står i kö. De hänvisar till att deras patienter stått länge i kö för att få hjälp, och att patienterna och deras föräldrar därför har höga förväntningar på besöket. Om frågorna om våld ställs, anser man, lever man inte upp till dessa höga förväntningar. Frågor om våld betraktas enligt detta perspektiv inte som relevanta i sammanhanget. En läkare inom BUM som inte frågar om våld, framhåller att hens primära uppgift är det medicinska:

Just det här, jag måste ändå säga att min primära uppgift är det medicinska.
Det är det jag är utbildad på. Det är det jag kan och det är det föräldrarna
förväntar sig av mig. Det måste jag göra först.

I argumentationen mot frågemodellen är kopplingen mellan de utvalda diagnoserna och barns utsatthet knappt närvarande. En läkare inom BUM som avstår från att fråga förklarar att hen tar hänsyn till psykosociala faktorer – där våld är en bland flera – först när medicinska faktorer utesluts, och menar att det inte är brådskande:

Jag tycker inte att det är så himla bråttom. Jag tycker det är viktigare
att man får fram det man vill.

Någon annans uppdrag

En uppfattning bland en del informanter är att det våld som identifieras av FOV egentligen inte ingår i deras uppdrag, utan i någon annans. När det gäller föräldrars tidigare utsatthet för våld framförs att vårdpersonalens uppdrag omfattar patienten, inte föräldrarna: "Det är barnen och ungdomarna som är vår målgrupp och våra patienter, men här vänder vi oss också till föräldrar" (sjuksköterska, BUP). Givet det, frågar de sig om de ska lägga sin knappa tid på att tillfråga föräldrarna om våld och följa upp deras svar.

Att mer eller mindre varje barn uppges berätta om våld i skolan, innebär att vårdpersonalen lägger tid på att följa upp våld som de inte upplever sig kunna göra så mycket åt. De som är skeptiska till frågemodellen, uttrycker sig i termer av att "rätt person ska göra rätt saker" och att de inte är "rätt instans" för den typen av våld. Våldet sker i skolan och det är också i skolan våldet ska hanteras. Det vill säga, skolan anses äga både problemet och lösningen. En sjuksköterska inom BUM framhåller att det är skolan som kan göra något åt våldet, inte BUM:

Men det kanske är ännu bättre om det kommer upp och man får berätta om det i skolan. Där de kan göra något åt det. Vi kan lyssna och vi kan förstå, men vi kan ändå inte göra något åt hur situationen är i skolan. Det kan man göra i skolan.

Därmed borde det, enligt hen, inte ingå i mottagningens uppdrag att fråga om och hantera våld i skolan. De borde istället arbeta med det som är deras uppgift gentemot barnet.

Viktigt vid bedömning

Hos såväl chefer som den vårdpersonal som frågar om våld finns en övertygelse om att uppgifter om våld är relevanta för deras arbete med patienten. De argumenterar för att våldsutsatthet kan vara den bakomliggande orsaken till den problematik patienten söker för. En läkare inom BUM håller inte med sina kollegor som anser att de bör fokusera på den medicinska problematiken. Hon hänvisar till att magont och huvudvärk kan vara somatiska symtom på våldsutsatthet, och att de därför inte bör smalna av sin verksamhet för mycket, utan ha en bred ingång till patientens problematik:

Vi vet ju det att det är mycket psykosomatiska sjukdomar och så, som barn har, att det är mycket magont och mycket ont i huvudet. Och vad står det för och varför är det så? (...) Att man inte smalnar av sin verksamhet för mycket utan att man kanske tänker på vad är det barnen söker för?

Man menar att uppgifter om våldsutsatthet är viktiga för att de ska kunna ställa en korrekt diagnos och erbjuda en fungerande vårdplan. Ett exempel som ofta ges är att barn med neuropsykiatriska sjukdomar och barn som upplevt våld kan uppvisa liknande symtom, men att deras problematik ska hanteras och behandlas på helt olika sätt:

Om det förekommer våld i familjen, ja då kanske man måste förstå hur det påverkar barnet innan man smacker dit en diagnos. (chef, BUP)

Frågorna om våld anses alltså kunna bidra till en mer fullständig bild av patientens situation, och öka möjligheten att man hittar "rätt anledning till att någon mår dåligt". Utan dessa uppgifter finns risk för felbehandling:

Nämen om barnen lever i en otrygg miljö eller har ett trauma som vi inte vet om, så jobbar vi med något annat eller medicinerar för något annat, så missar vi ju hela poängen. (psykolog, BUP)

Synpunkten att det våld som identifieras är någon annans uppdrag kritiserar av en del informanter. Man säger att det är viktigt att känna till föräldrars tidigare våldsutsatthet då den kan påverka föräldraskapet idag. En psykolog inom BUP berättar att hen brukar tala med mamman om hur våldserfarenheten påverkar hennes nuvarande situation, hennes familjeliv och relationen till barnet. Hen brukar även ta upp frågan om en egen stödkontakt till föräldern.

Man menar också att det kan vara relevant att känna till våldsutsatthet i skolan, då det kan vara en bakomliggande faktor till patientens ohälsa.

Betydelse för patientrelation

Ytterligare ett perspektiv som fördes fram när frågemodellen diskuterades är dess betydelse för patientrelationen. Argument som hänvisade till relationen till patienten fördes fram av både dem som frågar om våld och dem som avstår från att fråga.

Påverkar förtroende

De som avstår från att fråga om våld anser att frågorna riskerar att påverka alliansen till patienten negativt. Under nybesöket vill de skapa förutsättningar för en god allians med patienten och föräldrarna. Genom att fokusera på problematiken kan de motsvara patientens och föräldrarnas höga förväntningar på besöket. På det sättet får de nöjda föräldrar som vill komma tillbaka till mottagningen:

Det första besöket handlar väldigt mycket om att få skapa ett förtroende. Skapa en bra allians. Få nöjda föräldrar som vill komma tillbaka, och då har man, tror jag, större chans att fånga det [som] det är problem med, än om man vid första besöket kanske går för snabbt fram till och med, tänker jag. (läkare, BUM)

De informanter som för fram detta perspektiv tror sig inte kunna få ärliga svar på frågor om våld förrän **efter** att de etablerat en allians och fått patientens och föräldrarnas förtroende. Tvärtom, frågor om våld under nybesöket anses kunna skada alliansen.

Förtroende påverkar

Några av dem som frågar om våld anser tvärtom att det är viktigt att ställa frågorna om våld före man fått en relation till patienten och föräldrarna. Genom att fråga alla patienter under nybesök behöver ingen känna sig utpekad. Man upplever sig få ärligare svar på frågorna före man lärt känna patienten och föräldrarna. En läkare inom BUP talar om värdet av ett "överraskningsmoment".

Det blir lite grann ett överraskningsmoment och du har inte ställt in dig på att du ska svara si eller så, utan det blir mer att det kommer nästan på impuls. Jag brukar läsa upp frågorna och så får jag ett svar. Det är... Ja mer öppet än när vi känner varandra.

Patienten och föräldrarna har inte ställt in sig på hur de ska svara, utan svarar på impuls. En annan positiv aspekt som lyfts fram av att fråga tidigt, är att det känns lättare att gå vidare vid uppgifter om våld, exempelvis genom en orosanmälan, innan man fått en relation till familjen.

Ansvar att skydda barn

Ett perspektiv som i stort sett var frånvarande i diskussionerna var hälso- och sjukvårdens ansvar att ingripa för att skydda barn mot att fara illa. En av dem som framhöll detta perspektiv var chefen för BUM. Hen påpekade att det är viktigt att uppmärksamma våld inom hälso- och sjukvården för att ”skydda det barnet här och nu”.

Del 3

Barns och ungdomars
perspektiv

Kapitel 6

Barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas om våld

I det här kapitlet redogörs för kvantitativa och kvalitativa resultat vad gäller barns och ungdomars perspektiv på att tillfrågas på rutin om våld. Frågeformulären till barnen och ungdomarna avslutades med tre till fyra utvärderande frågor om hur det var att besvara frågorna om våld, beroende på om de besvarade FOV barn eller FOV unga. Resultaten av dessa utvärderande frågor redovisas nedan. Därtill fördjupas svaren utifrån intervjuerna med barnen och ungdomarna.

Känns bra eller neutralt att få frågorna

Majoriteten av barnen (68,9 %) som besvarade frågeformuläret svarade "inget speciellt" på frågan om hur det kändes för dem när de svarade på frågorna om någon gjort hen eller någon annan illa. Det näst vanligaste svaret var att barnet kände sig glad (15,5 %) (tabell 17).

Barnen som besvarade formuläret fick också frågan om hur de tyckte det var att få frågor om någon gjort dem eller någon annan illa. 48,5 % av barnen svarade att de tyckte att det var "bra". Drygt 40 % svarade att det var varken bra eller dåligt (tabell 17).

Tabell 17. Barns uppfattning om att få frågor om våld. Total N=103.		
Fråga	n	%
1. Hur kändes det för dig när du svarade på frågorna om någon gjort dig eller någon annan illa?		
Rädd	4	(3.9)
Ledsen	5	(4.9)
Arg	1	(1.0)
Oroad	4	(3.9)
Inget speciellt	71	(68.9)
Glad	16	(15.5)
Missing	2	(1.9)
2. Hur tyckte du det var att få frågor om någon gjort dig eller någon annan illa?		
Dåligt	7	(6.8)
Varken bra eller dåligt	42	(40.8)
Bra	50	(48.5)
Missing	4	(3.9)

Ungdomarna som besvarade FOV unga fick också frågan om hur de tyckte att det var att få frågor om utsatthet för våld. Majoriteten av ungdomarna (59,5 %) tyckte att det var bra att få frågor om utsatthet för våld, likaså tyckte majoriteten av ungdomarna (54,1 %) att det var bra att ha fått frågan om man utsatt någon annan för våld. På samma frågor svarade en dryg tredjedel (36,5 %) respektive två femtedelar (39,2 %) av ungdomarna att de tyckte det var varken bra eller dåligt att ha fått sådana frågor (tabell 18).

Tabell 18. Ungdomars uppfattning om att få frågor om våld. Total N=74.	n	%
Fråga		
1. Hur tyckte du det var att få frågor om du utsatts för våld?		
Varken bra eller dåligt	27	(36.5)
Bra	44	(59.5)
Missing	3	(4.1)
2. Hur tyckte du det var att få frågor om du utsatt någon annan för våld?		
Dåligt	1	(1.4)
Varken bra eller dåligt	29	(39.2)
Bra	40	(54.1)
Missing	4	(5.4)

Barnen som intervjuades berättar lite olika om hur det kändes att tillfrågas om våld. Ett av barnen kommer inte ihåg. Charlie berättar att det inte kändes någonting, och förklarar:

Det känns ingenting. Jag är inte rädd för någonting, för jag är starkast i klassen. (Charlie)

Charlies referens till rädsla tolkas här som kopplat till att frågorna handlar om våld, och att han inte är rädd för våld i skolan, eftersom han är starkast i klassen. Elin och Tilda som besvarat formuläret för unga berättar att det kändes bra att besvara frågorna, och att de inte var svåra att besvara.

Ungdomarna som intervjuades förmedlar olika upplevelser av hur det var att besvara frågor om våld, när det gäller frågornas relevans. Elin berättar att hon upplevde det som lite konstigt att få frågor om våld när hon sökte stöd på grund av sin ångest:

Ja alltså det var lite konstigt för det är inte därför jag kommer dit, men sedan kanske de vill få reda på om jag blev slagen, eller jag vet inte riktigt. (Elin)

Tilda beskriver att frågorna inte var oväntade, eftersom mottagningen vill veta mer om henne. Hon förmedlar att det är bra att barn tillfrågas om våld så att man får en bild av hur de har det.

Det var bara en av informanterna som hade synpunkter på hur frågorna om våld ställdes. Elin besvarade frågeformuläret skriftligen och liknar upplevelsen vid att skriva på ett kontrakt:

Alltså det blir nog inte så mycket hjälp genom ett papper tycker jag. Jag tycker i så fall att man ska ta det, alltså muntligt eller vad man ska säga. För det blir som att det blir, alltså det blir så himla, inte genuint. Liksom att man, här har du ett papper, skriv på det typ. Det känns lite som ett kontrakt som man ska skriva på. (Elin)

Elin förmedlar att det inte kändes som att det fanns ett genuint intresse bakom frågorna om våld, utan att formuläret delades ut slentrianmässigt. Hon hade föredragit att få och besvara frågorna muntligen. Elin har också synpunkter på fråga sju och åtta som hänvisar tillbaka till handlingar som beskrivs i fråga ett till fyra. Hon hade föredragit att all information stod i frågorna så att man inte hade behövt titta tillbaka på de tidigare frågorna. Hon säger: ”Jag tycker man ska vara mer rak på sak”.

Uppriktiga svar

Den tredje utvärderande frågan på ungdomsformuläret handlar om huruvida ungdomarna kunde svara uppriktigt på frågorna om våld. På denna fråga svarade nästan alla ungdomar (94,6 %) att de kunde det. Ingen svarade nej på frågan (tabell 19).

Tabell 19. Fråga till ungdomar om uppriktiga svar. Total N=74.		
Fråga	n	%
3. Kunde du svara uppriktigt på frågorna om våld?		
Ja	70	(94.6)
Nej	0	(0.0)
Missing	4	(5.4)

Intervjuerna med ungdomarna berörde också frågan. Tilda beskriver att frågorna om sexuellt våld och våld på internet är känsliga att svara på, då de går ”lite mer in på djupet”. Elin talar om att det hade varit jobbigare att berätta om våld från en familjemedlem än en kompis, och motiverar det med närheten till familjemedlemmen och att man inte vill orsaka problem för denne:

Jo men jag, alltså om det hade varit någon familjemedlem så hade det varit mycket liksom jobbigare att svara på än om det hade varit någon i skolan eller någon på nätet eller någonting. Det hade varit mycket jobbigare för det är ju någon man ändå står väldigt nära, fast man inte är så nära så är det ju ändå ens familj. Och då vill man ju inte att det ska bli något problem för den personen kanske. (Elin)

Elin tror att det är svårt att svara ärligt på frågan om att ha utövat våld. Hon säger att det är få som vågar stå för att man utsatt någon annan: ”Man erkänner inte saker som man vet är fel”. Hon talar också om konsekvenserna av att man svarar ja på frågan:

Alltså jag skulle ju inte, alltså om jag hade varit med om något sådant så tror inte jag att jag hade skrivit i så mycket. För det hade blivit sådan stor press på allting sedan efteråt. (Elin)

Elin berättar att hon själv inte svarat uppriktigt på alla frågor:

Alltså jag kände mer att alla kanske inte behöver veta allting. Att man kanske vill ha någonting för sig själv som inte alla vet om. (Elin)

Elin värnar om sin integritet: alla behöver inte veta allting om henne. Det kan tänkas att hon inte såg det hon höll inne med som relevant för den problematik hon sökte sig till mottagningen för. Som tidigare framkommit beskrev Elin det som ”konstigt” att få frågor om våld när det inte var det hon sökte behandling för. Här tycks det ha varit så att behandlaren inte lyckats förmedla varför hen ställer frågorna om våld till Elin.

Bra att alla tillfrågas

Den sista utvärderande frågan på både barn- och ungdomsformulären handlar om hur de ser på att alla barn och ungdomar som besöker mottagningarna tillfrågas om våld. En övervägande majoritet av barnen (82,5 %) svarade att de tyckte att det var ”bra” att vuxna som jobbade på platsen frågade alla barn om någon gjort dem eller någon annan illa. En tiondel (10,7 %) svarade att de tyckte att det var ”varken bra eller dåligt” (tabell 20).

Tabell 20. Barns uppfattning om att alla patienter tillfrågas om våld.		
Total N=103		
Fråga	n	%
3. Vad tycker du om att vuxna som jobbar här frågar alla barn om någon gjort dem eller någon annan illa?		
Dåligt	3	(2.9)
Varken bra eller dåligt	11	(10.7)
Bra	85	(82.5)
Missing	4	(3.9)

Likaså tyckte en övervägande majoritet av ungdomarna (89,2 %) att det var ”bra” att personalen ställer frågor om våld till alla barn och ungdomar som besöker mottagningen (tabell 21).

Tabell 21. Ungdomars uppfattning om att alla patienter tillfrågas om våld. Total N=74	n	%
Fråga		
4. Vad tycker du om att personalen ställer frågor om våld till alla barn och ungdomar som besöker den här mottagningen?		
Varken bra eller dåligt	4	(5.4)
Bra	66	(89.2)
Missing	4	(5.4)

Barnen och ungdomarna som intervjuades ser det också som positivt att alla barn som besöker mottagningarna tillfrågas om våld. Edvin tycker att alla barn som kommer till mottagningen ska tillfrågas om våld, och motiverar det med att:

För att då vet man liksom om det har hänt något. (Edvin)

Edvin förmedlar att personalen, genom att fråga om våld, får veta om det hänt barnet något, i det här sammanhanget att barnet har varit med om våld. Elin tycker också det är bra att alla barn som kommer till mottagningen får frågor om våld. Hon motiverar det med att hon inte tror att barn vågar berätta om våld, om de inte får frågan:

Men det är ju bra ändå att man tar upp det, om det är folk som har varit det och inte vågat säga det och kanske tänker att nu är det någon som frågar det. (Elin)

Varierande gensvar

Alla barn som intervjuades har bevittnat/upplevt eller utsatts för någon form av våld som inkluderas i frågeformulären för barn och unga. Vissa svarade ja när vi pratade om frågorna under intervjun, andra kom ihåg att de svarade ja på frågorna när de tillfrågades på mottagningarna. Det våld de berättar om handlar om att de sett eller hört någon bli utsatt för våld i skolan, eller själva utsatts. Det kan handla om att ha sett kompisar bli slagna eller kallade nedsättande ord i skolan. Elin berättar om utsatthet för sexuella kränkningar i skolan och på nätet, och Tilda om att ha blivit kontrollerad och begränsad av en kompis. Det våld barnen och ungdomarna berättade om tycks inte ha haft någon större påverkan på deras liv utifrån egen utsago. Samtidigt beskriver Tilda att hon känt sig "fast till" sin kompis, och att hon inte kunnat "välja vad man själv vill, liksom".

Informanterna förmedlar att vårdpersonalen som tillfrågade dem om våld inte fördjupade sig i deras ja-svar, utan gick vidare till nästa fråga. Detta tycks inte ha uppfattats som problematiskt av Tilda och Edvin, som upplevde av att det kändes bra för dem att någon annan fick veta. För Edvins del kändes det lite bättre att ha berättat, eftersom "andra fick veta hur det kändes för mig". Elin ger en annan bild. Hon förmedlar att avsaknaden av uppföljning av hennes svar

ingav henne en känsla av att ha delat med sig av personlig information utan att ha fått något tillbaka:

Alltså då känns det ju lite som att hon kanske kommer ge det till någon annan och att jag inte får ut någonting ur det liksom. Att det är bara folk som får veta och tänker ok, typ. (...) Alltså att de tänker kanske att nu har hon skrivit det. Nu behöver jag ju inte ta det med henne för nu har hon skrivit det här och nu har vi svaren, typ. (Elin)

Elin önskar att behandlaren hade frågat mer om vad som hänt och om hon ville prata om det. Hon förmedlar att våldet hon berättat om inte var någon stor grej för henne, men att hon hade önskat ett större intresse eftersom hon valde att berätta om det. Elins upplevelse indikerar att det är viktigt att följa upp barns och ungdomars ja-svar, när de valt att dela med sig.

Del 4

Upptäckt av våld

Kapitel 7

Barns avslöjande av våld

I det här kapitlet redogörs för det våld som identifierats under mätperioden när frågeformuläret FOV A+ B användes.

Bevittnat våld

Den första frågan på frågeformuläret FOV barn handlar om ifall barnet bevittnat psykiskt våld i form av nedsättande kommentarer, skrämsel eller att någon skrikit på någon annan. En majoritet av både flickorna (58,6 %) och pojkarna (57,8 %) svarade att de sett eller hört någon bli kallad fula ord eller att någon skrikit och skrämt någon annan (tabell 22, se s. 80).

En majoritet av både flickor (61,8 %) och pojkar (76,9 %) som svarat jakande på fråga 1, svarade att den som utövat denna typ av våld hade varit en lek- eller skolkamrat. Både flickor och pojkar angav i störst utsträckning att det varit en lek- eller skolkamrat som utsatts för denna typ av våld; 64,7 % av flickorna och 73,1 % av pojkarna. För 11,8 % av flickorna och 3,8 % av pojkarna som svarat ja på frågan var våldsutövaren en förälder eller styvförälder, och för 8,8 % av flickorna och 7,6 % av pojkarna var det en förälder eller styvförälder som utsatts.

Den andra frågan på frågeformuläret FOV barn handlar om huruvida barnet bevittnat fysiskt våld. Fler pojkar (64,4 %) än flickor (44,8 %) svarade att de hade sett eller hört någon bli fasthållen, knuffad, slagen eller sparkad av någon annan (tabell 22, se s. 80). Ungefär 88 % av flickorna och 62 % av pojkarna som svarat jakande på fråga 2, svarade att den som utövat detta våld varit en lek- eller skolkamrat. Även på frågan om vem som utsatts för våldet, svarade majoriteten av flickorna (88,5 %) och pojkarna (65,5 %) att den som utsatts för våldet varit en lek- eller skolkamrat.

För 10,3 % av pojkarna som svarat ja på frågan var det en förälder som utövat våldet, och för 3,4 % respektive 10,3 % var det en mamma eller ett syskon som utsatts.

Utsatts för våld

Den tredje frågan på frågeformuläret FOV barn handlar om huruvida barnet utsatts för direkt fysiskt våld. Ungefär 71 % av pojkarna och 43 % av flickorna svarade att de utsatts för sparkar, slag, knuffar eller att någon tagit hårt i dem (tabell 23, s. 82). Bland de som svarat jakande på fråga 3, var det vanligaste svarsalternativet gällande förövare en lek- eller skolkamrat (56 % av flickorna och 65 % av pojkarna). Det näst vanligaste svarsalternativet var ”syskon”; 24 % av flickorna och ungefär 16 % av pojkarna svarade att de utsatts för fysiskt våld av ett syskon. 8 % av flickorna och 3,1 % av pojkarna svarade att våldsutövaren var en förälder eller styvförälder. Bland barnen angav 52 % av flickorna och nästan 69 % av pojkarna att förövaren varit av manligt kön.

Den fjärde frågan på frågeformuläret FOV barn är tänkt att fånga upp sexuellt våld i form av att någon tagit på barnets kropp eller bett barnet att ta på hens kropp mot barnets vilja. Bland barnen angav ungefär 16 % av pojkarna och 10 % av flickorna att någon hade bett dem

Tabell 22. Frågor till barn om att ha bevittnat våld. N=103	Flickor N= 58 n (%)	Pojkar N= 45 n (%)
Fråga		
1. Har du sett eller hört någon bli kallad fula ord eller att någon skrikit och skrämt någon annan?		
Ja	34 (58.6)	26 (57.8)
Nej	24 (41.4)	18 (40.0)
Missing	--	1 (2.2)
Om ja, vem var det som gjorde så? (Flickor JA, n= 34/ Pojkar JA, n=26)		
Mamma	2 (5.9)	–
Pappa	2 (5.9)	–
Styvmamma	--	1 (3.8)
Syskon	1 (2.9)	2 (7.7)
Lekkamrat/skolkamrat	21 (61.8)	20 (76.9)
Annan	2 (5.9)	2 (7.7)
Missing	6 (17.6)	1 (3.8)
Mot vem? (Flickor JA, n= 34/ Pojkar JA, n=26)		
Mamma	1 (2.9)	1 (3.8)
Styvmamma	2 (5.9)	–
Styvpappa	--	1 (3.8)
Syskon	--	1 (3.8)
Lekkamrat/skolkamrat	22 (64.7)	19 (73.1)
Annan	3 (8.8)	2 (7.7)
Missing	6 (17.6)	2 (7.7)
2. Har du sett eller hört någon bli fasthållen, knuffad, slagen eller sparkad av någon annan?		
Ja	32 (55.2)	16 (35.6)
Nej	26 (44.8)	29 (64.4)
Om ja, vem var det som gjorde så? (Flickor JA, n=26/ Pojkar JA, n=29)		
Mamma	--	1 (3.4)
Pappa	--	2 (6.9)
Syskon	--	2 (6.9)
Lekkamrat/skolkamrat	23 (88.5)	18 (62.1)
Annan	–	3 (10.3)
Missing	3 (11.5)	3 (10.3)

Fortsättning tabell 22	Flickor N= 58 n (%)	Pojkar N= 45 n (%)
Fråga		
Mot vem? (Flickor JA, n=26/ Pojkar JA, n=29)		
Mamma	--	1 (3.4)
Syskon	--	3 (10.3)
Lekkamrat/skolkamrat	23 (88.5)	19 (65.5)
Annan	--	2 (6.9)
Missing	3 (11.5)	4 (13.8)

att ta på dennes kropp (tabell 23, s.82). Ungefär 67 % av flickorna och 86 % av pojkarna som svarat ”ja” på fråga 4, angav att det varit en lek- eller skolkamrat som gjort detta. Vidare svarade nästan 67 % av flickorna och ungefär 51 % av pojkarna att förövaren varit av manligt kön.

Den femte frågan på frågeformuläret FOV barn är tänkt att fånga om barnet utsatts för psykiskt våld i form av att någon sagt något som gjort barnet ledset. I frågan ingår också om någon gjort något som gjort barnet ledset. En större andel av flickor (41,4 %) jämfört med pojkarna (33,3 %) svarade att någon hade gjort dem rädd och ledsen genom att säga eller göra saker (tabell 23, s. 81). Bland barnen som svarat jakande på fråga 5, svarade 50 % av flickorna och 60 % av pojkarna att det varit en lek- eller skolkamrat som gjort dem rädda eller ledsna. Bland flickorna var näst vanligaste svarsalternativet (16,7 %) att en förälder gjort dem ledsna genom att säga eller göra saker. En majoritet av pojkarna (66,7 %) angav att den som fått dem att känna så varit av manligt kön. Bland flickorna angav ungefär 33 % att det varit en person av manligt kön och ytterligare 33 % angav att det varit en person av kvinnligt kön.

Den sjätte och sista frågan på frågeformuläret FOV barn är tänkt att fånga om barnet utsatts för våld i digital form, i form av att någon gjort något på en digital enhet som gjort barnet ledsen och rädd. Bland barnen svarade fler flickor (15,5 %) än pojkarna (11,1 %) att de blivit utsatta för denna typ av våld.

Utav flickorna som svarat ”ja” på frågan om utsatthet via mobil eller surfplatta, svarade fyra flickor (44,4 %) att den som utövat denna typ av våld varit en för barnet okänd person. Motsvarande siffra för pojkarna var 20 % (tabell 23). Tre av flickorna (33,3 %) angav att personen som utsatt dem för denna typ av våld varit en person av manligt kön. Ingen av pojkarna angav vilket kön förövaren hade.

Tabell 23. Frågor till barn om att ha utsatts för våld. Total N=103.	Flickor N= 58 n (%)	Pojkar N= 45 n (%)
Fråga		
3. Har någon slagit dig, sparkat dig, knuffat dig eller tagit hårt i dig?		
Ja	33 (56.9)	13 (28.9)
Nej	25 (43.1)	32 (71.1)
Om ja, vem gjorde så mot dig? (Flickor JA, n=25/ Pojkar JA, n=32)		
Förälder	–	1 (3.1)
Styvförälder	2 (8.0)	–
Syskon	6 (24.0)	5 (15.6)
Lekkamrat/skolkamrat el annan person under 18 år	14 (56.0)	21 (65.6)
Annan person du känner	–	1 (3.1)
En för dig okänd person	–	2 (6.3)
Missing	3 (12.0)	2 (6.3)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=25/ Pojkar JA, n=32)		
Man	13 (52.0)	22 (68.8)
Kvinna	6 (24.0)	2 (6.3)
Man och kvinna	2 (8.0)	2 (6.3)
Missing	4 (16.0)	6 (18.8)
4. Har någon bett dig om att ta på hans eller hennes kropp eller har någon tagit på din kropp utan att du har velat detta eller förstår varför?		
Ja	52 (89.7)	38 (84.4)
Nej	6 (10.3)	7 (15.6)
Om ja, vem var det som gjorde så? (Flickor JA, n=6/ Pojkar JA, n=7)		
Lekkamrat/skolkamrat el annan person under 18 år	4 (66.7)	6 (85.7)
Annan person du känner	1 (16.7)	–
Missing	1 (16.7)	1 (14.3)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=6/ Pojkar JA, n=7)		
Man	4 (66.7)	4 (57.1)
Kvinna	1 (16.7)	–
Man och Kvinna	–	–
Missing	1 (16.7)	3 (42.9)
5. Har någon gjort dig rädd och ledsen genom att säga eller göra saker?		
Nej	33 (56.9)	29 (64.4)
Ja	24 (41.4)	15 (33.3)
Missing	1 (1.7)	1 (2.2)

Fortsättning tabell 23.	Flickor N= 58 n (%)	Pojkar N= 45 n (%)
Fråga		
Om ja, vem gjorde så mot dig? (Flickor JA, n=24/ Pojkar JA, n=15)		
Förälder	4 (16.7)	1 (6.7)
Styvförälder	1 (4.2)	1 (6.7)
Syskon	1 (4.2)	–
Jämnårig lekkamrat/skolkamrat/person under 18 år	12 (50.0)	9 (60.0)
En för dig okänd person	1 (4.2)	1 (6.7)
Missing	5 (20.8)	3 (20.0)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=24/ Pojkar JA, n=15)		
Man	8 (33.3)	10 (66.7)
Kvinna	8 (33.3)	1 (6.7)
Man och kvinna	2 (8.3)	–
Missing	6 (25.0)	4 (26.7)
6. Har någon gjort något på datorn, mobilen eller surfplattan, som gjort dig ledsen och rädd?		
Nej	49 (84.5)	40 (88.9)
Ja	9 (15.5)	5 (11.1)
Om ja, vem gjorde så mot dig? (Flickor JA, n=9/ Pojkar JA, n=5)		
Syskon	–	1 (20.0)
Jämnårig lekkamrat/skolkamrat/person under 18 år	2 (22.2)	–
En för dig okänd person	4 (44.4)	1 (20.0)
Missing	3 (33.3)	3 (60.0)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=9/ Pojkar JA, n=5)		
Man	3 (33.3)	–
Kvinna	1 (11.1)	–
Man och kvinna	–	–
Missing	5 (55.6)	5 (100.0)

Kapitel 8

Ungdomars avslöjande av våld

Utsatts för våld

De första sex frågorna på frågeformuläret FOV unga handlar om utsatthet för våld.

Psykiskt våld

Den första och andra frågan på formuläret FOV unga handlar om utsatthet för **psykiskt våld** i form av att ha blivit förnedrad, hotad, trakasserad, mobbad, kallad nedsättande saker eller liknande (fråga 1) och känt sig begränsad eller kontrollerad (fråga 2).

Bland de ungdomar som besvarade enkäten, svarade en större andel pojkar (16 %) än flickor (6,1 %) att de hade blivit utsatta för förnedring, trakasserier, hot, nedsättande kommentarer och/eller mobbing under det senaste året (tabell 24, s. 86). Flickor angav i större utsträckning (20,4 %) än pojkar (12 %) att de hade utsatts för sådant våld både under senaste året och tidigare i livet.

Utav de 26 flickor och nio pojkar som svarade att de hade utsatts (ja) för ovanstående våldshandling under någon av de angivna tidsperioderna, svarade en majoritet av flickorna (61,5 %) och pojkarna (88,9 %) att förövaren varit en jämnårig kamrat eller person under 18 år. Av flickorna hade 19,2 % utsatts för detta våld av sina föräldrar och/eller styvföräldrar och 7,7 % av en tidigare pojk-/flickvän. Majoriteten av både flickor (44 %) och pojkar (77,8 %) hade utsatts för någon utav dessa våldshandlingar av en man.

Ungefär 29 % av alla flickor (sammanlagt 14 flickor), rapporterade att de hade utsatts för kontrollerande beteende under någon av de angivna tidsperioderna (tabell 24). Bland pojkarna var det endast en pojke (4 %) som angav utsatthet för denna typ av våld.

Nästan 43 % av flickorna svarade att förövaren varit en jämnårig kamrat eller person under 18 år, medan den enda pojke som svarat att han utsatts för kontrollerande beteende angav att förövaren var en förälder och/eller styvförälder. Av flickorna som utsatts var det 35,7 % som rapporterade att förövaren var en förälder/styvförälder och 14,3 % som utsatts av en tidigare pojk-/flickvän. Majoriteten av flickorna (50 %) angav att förövaren varit av kvinnligt kön, följt av manligt kön som uppgick till 28,6 %.

Fysiskt våld

Den tredje frågan på frågeformuläret FOV unga handlar om utsatthet för **fysiskt våld** i form av att ha blivit knuffad, slagen, sparkad eller skadad på annat sätt.

Sju pojkar (28 %) och 15 flickor (30,6 %) angav att de utsatts för fysiskt våld under någon tidsperiod (tabell 24, s. 86). Utav de som svarat att de utsatts för fysiskt våld rapporterade majoriteten av flickor (53,3 %) och alla pojkar (100 %) att de utsatts för denna typ av våld av en jämnårig kamrat. Alla pojkar och 53,3 % av flickorna rapporterade att förövaren av det fysiska våldet varit av manligt kön. 26,7 % av flickorna hade utsatts av en förälder/styvförälder.

Sexuellt våld

Den fjärde och femte frågan på frågeformuläret FOV unga handlar om utsatthet för **sexuellt våld**. Den fjärde frågan handlar om grövre sexuellt våld i form av att ha känt press att mot sin vilja delta i eller se på sexuella handlingar. På denna fråga angav 4 flickor (8,2 %) och en pojke (4 %) att de utsatts för sådant våld under någon utav de angivna tidsperioderna (tabell 24, s. 86). Tre flickor (75 %) hade utsatts av en tidigare pojk-/flickvän och en flicka (25 %) rapporterade att förövaren varit en jämnårig kamrat eller person under 18 år. Pojken hade utsatts av "annan person". Bland flickorna var förövaren i samtliga fall av manligt kön medan den pojke som utsatts för denna våldshandling angav att det varit både en man och en kvinna.

Den femte frågan handlar om utsatthet för mindre grovt sexuellt våld i form av fysiska eller muntliga sexuella kränkningar. Bland ungdomarna angav 17 flickor (34,7 %) och en pojke (4 %) att de utsatts för fysiska eller muntliga sexuella kränkningar (tabell 24, s. 86).

Av de 17 flickor som utsatts för denna typ av kränkning angav en övervägande andel (82,4 %) att förövaren varit en jämnårig kamrat och/eller person under 18 år medan den pojke som utsatts rapporterade att det varit en "annan person". Nästan 59 % av flickorna hade utsatts för sexuell kränkning av en man, medan den pojke som utsatts för detta våld angav att han utsatts av båda könen.

Våld via digitala enheter

Den sjätte frågan på formuläret FOV unga handlar om utsatthet för våld via digitala enheter, i form av obehagliga eller hotfulla saker på internet eller via telefon. Bland de ungdomar som svarat på enkäten, svarade 14 flickor (28,6 %) och två pojkar (8 %) att de hade blivit utsatta för obehagliga eller hotfulla saker på internet eller telefon (tabell 24, s. 86).

Majoriteten av flickorna som utsatts (64,3 %) hade utsatts av en okänd person, följt av 28,6 % som hade utsatts av en jämnårig kamrat. En pojke (50 %) hade utsatts av en jämnårig kamrat och en annan pojke (50 %) hade utsatts av en "annan person" som pojken kände. Samtliga pojkar och majoriteten flickorna (78,6 %) angav att förövaren varit av manligt kön.

Bevittnat/upplevt våld

Den sjunde frågan på frågeformuläret FOV unga handlar om att ha bevittnat/upplevt våld under uppväxten. Sex flickor (12,2 %) och två pojkar (8 %) angav att de bevittnat våld mot en närstående under uppväxten (tabell 25, s. 89).

Hälften av flickorna rapporterade att den som hade utsatts för våldet de bevittnat var en förälder/styvförälder medan andra hälften angav att det varit ett syskon. Bland pojkarna rapporterade de två som svarat jakande på frågan att den som utsatts för våldet varit ett syskon. Bland flickorna svarade 83,3 % att den som utsatts för våldet varit av kvinnligt kön medan en av pojkarna (50 %) svarade att det varit en man som utsatts för våldet och en pojke (50 %) svarade att det varit en kvinna.

Tabell 24. Frågor till ungdomar om att ha utsatts för våld. Total N=74	Flickor N= 49 n (%)	Pojkar N= 25 n (%)
Fråga		
1. Har du blivit förnedrad, hotad, trakasserad, mobbad, kallad nedsättande saker eller liknande?		
Nej	23 (46.9)	16 (64.0)
Ja, under senaste året	3 (6.1)	4 (16.0)
Ja, för mer än ett år sedan	13 (36.5)	2 (8.0)
Ja, både under det senaste året och tidigare	10 (20.4)	3 (12.0)
Om ja, av vem/ vilka? (flickor JA, n = 26/ pojkar JA, n = 9)		
Förälder/styvförälder	5 (19.2)	–
Tidigare pojk/flickvän	2 (7.7)	–
Syskon	1 (3.8)	–
Jämnårig kamrat eller person under 18 år	16 (61.5)	8 (88.9)
Annan som du känner	1 (3.8)	–
En för dig okänd person	1 (3.8)	1 (11.1)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (flickor JA, n = 26/ pojkar JA, n = 9)		
Man	11 (44.0)	7 (77.8)
Kvinna	8 (32.0)	1 (11.1)
Man och kvinna	6 (24.0)	1 (11.1)
2. Har du känt dig begränsad eller kontrollerad när det gäller t. ex. val av pojkvän/flickvän, kompisar, klädsel eller fritidsaktiviteter?		
Nej	34 (69.4)	24 (96.0)
Ja, under senaste året	6 (12.2)	–
Ja, för mer än ett år sedan	2 (4.1)	–
Ja, både under det senaste året och tidigare	6 (12.2)	1 (4.0)
Missing	1 (2.0)	–
Om ja, av vem/vilka? (Kvinnor Ja, n= 14/ Män Ja, n = 1)		
Förälder/styvförälder	5 (35.7)	1 (100.0)
Tidigare pojk/flickvän	2 (14.3)	–
Syskon	1 (7.1)	–
Släkting	–	–
Jämnårig kamrat eller person under 18 år	6 (42.9)	–
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n =14/ Pojkar JA, n =1)		
Man	4 (28.57)	–
Kvinna	7 (50.0)	–
Man och kvinna	2 (14.29)	1 (100.0)
Missing	1 (7.14)	–

Fortsättning tabell 24	Flickor N= 49 n (%)	Pojkar N= 25 n (%)
Fråga		
3. Har du blivit fasthållen, knuffad, slagen, sparkad eller skadad på annat sätt?		
Nej	33 (67.3)	18 (72.0)
Ja, under senaste året	3 (6.1)	–
Ja, för mer än ett år sedan	8 (16.3)	5 (20.0)
Ja, både under det senaste året och tidigare	4 (8.2)	2 (8.0)
Missing	1 (2.0)	–
Om ja, av vem vilka? (Flickor JA, n=15/ Pojkar JA, n= 7)		
Förälder/styvförälder	4 (26.7)	–
Tidigare pojkvän/flickvän	1 (6.7)	–
Syskon	1 (6.7)	–
Släkting	1 (6.7)	–
Jämnårig kamrat/skolkamrat/person under 18 år	8 (53.3)	7 (100.0)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=15/ Pojkar JA, n= 7)		
Man	8 (53.3)	7 (100.0)
Kvinna	1 (6.7)	–
Kvinna och man	6 (40.0)	–
4. Har du känt press att mot din vilja delta i eller se på sexuella handlingar?		
Nej	44 (89.8)	24 (96.0)
Ja, under det senaste året	1 (2.0)	–
Ja, för mer än ett år sedan	2 (4.1)	–
Ja, både under det senaste året och tidigare	1 (2.0)	1 (4.0)
Missing	1 (2.0)	–
Om ja, av vem vilka? (Flickor JA, n=4/ Pojkar JA, n =1)		
Tidigare pojk/flickvän	3 (75.0)	–
Jämnårig kamrat/skolkamrat/person under 18 år	1 (25.0)	–
Annan som du känner	–	–
En för dig okänd person	–	1 (100.0)
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=4/ Pojkar JA, n =1)		
Man	4 (100.0)	–
Kvinna	–	1 (100.0)
Man och kvinna	–	–

Fortsättning tabell 24.	Flickor N= 49 n (%)	Pojkar N= 25 n (%)
Fråga		
5. Har du varit utsatt för fysiska sexuella kränkningar, t.ex. tafsningar? Eller muntliga sexuella kränkningar, t.ex. att någon kallat dig hora, fitta eller liknande?		
Nej	31 (63.3)	24 (96.0)
Ja, under det senaste året	8 (16.3)	–
Ja, för mer än ett år sedan	3 (6.1)	–
Ja, både under det senaste året och tidigare	6 (12.2)	1 (4.0)
Missing	1 (2.0)	–
Om ja, av vem vilka? (Flickor JA, n=17/ Pojkar JA, n =1)		
Förälder/styvförälder	1 (5.9)	–
Tidigare pojkvän/flickvän	1 (5.9)	–
Jämnårig kamrat/skolkamrat/person under 18 år	14 (82.4)	–
Annan som du känner	1 (5.9)	1 (100.0)
En för dig okänd person	–	–
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=17/ Pojkar JA, n =1)		
Man	10 (58.8)	–
Kvinna	4 (23.5)	–
Man och kvinna	2 (11.8)	1 (100.0)
Missing	1 (5.9)	–
6. Har du blivit utsatt för obehagliga, hotfulla saker på internet eller via telefon, t.ex. nätmobbning, dickpics, spridning av foton/ videor utan att du vill eller att någon velat att du ska göra saker framför kameran som inte känts bra?		
Nej	34 (69.4)	23 (92.0)
Ja, under det senaste året	4 (8.2)	–
Ja, för mer än ett år sedan	6 (12.2)	–
Ja, både under det senaste året och tidigare	4 (8.2)	2 (8.0)
Missing	1 (2.0)	–
Om ja, av vem vilka? (Flickor JA, n=14/ Pojkar JA, n =2)		
Tidigare pojkvän/flickvän	1 (7.1)	–
Jämnårig kamrat/skolkamrat/person under 18 år	4 (28.6)	1 (50.0)
Annan som du känner	–	1 (50.0)
En för dig okänd person	9 (64.3)	–
Om ja: utsatt av man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n=14/ pojkar JA, n =2)		
Man	11 (78.6)	2 (100.0)
Kvinna	2 (14.3)	--
Man och kvinna	1 (7.1)	--

Tabell 25. Frågor till ungdomar om att ha bevittnat/upplevt våld och om att ha utövat våld. Total N =74	Flickor N= 49 n (%)	Pojkar N= 25 n (%)
Fråga		
7. Har du under din uppväxt sett eller hört att någon i din familj utsatts för handlingar enligt fråga 1 - 4?		
Nej	43 (87.8)	22 (88.0)
Ja, under det senaste året	2 (4.1)	–
Ja, för mer än ett år sedan	3 (6.1)	1 (4.0)
Ja, både under det senaste året och tidigare	1 (2.0)	1 (4.0)
Missing	–	1 (4.0)
Om ja, vem utsattes? (Flickor JA, n =6/ Pojkar JA= 2)		
Förälder/styvförälder	3 (50.0)	–
Syskon	3 (50.0)	2 (100.0)
Om ja: vem utsattes? Man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n =6/ Pojkar JA= 2)		
Man	–	1 (50.0)
Kvinna	5 (83.3)	1 (50.0)
Man och kvinna	1 (16.7)	–
8. Har du själv utsatt någon annan för handlingar enligt fråga 1-4?		
Nej	42 (85.7)	21 (84.0)
Ja, under det senaste året	2 (4.1)	–
Ja, för mer än ett år sedan	1 (2.0)	3 (12.0)
Ja, både under det senaste året och tidigare	4 (8.2)	1 (4.0)
Om ja, vem utsatte du? (Flickor JA, n =7/ Pojkar JA, n= 4)		
Nuvarande pojk/flickvän	1 (14.3)	–
Tidigare pojk/flickvän	1 (14.3)	–
Syskon	2 (28.6)	–
Jämnårig kamrat/skolkamrat/person under 18 år	2 (28.6)	3 (75.0)
Annan person som du känner	1 (14.3)	1 (25.0)
Om ja: vem utsatte du? Man, kvinna eller både man/kvinna? (Flickor JA, n =7/ Pojkar JA, n= 4)		
Man	1 (14.3)	4 (100.0)
Kvinna	5 (71.4)	–
Man och kvinna	1 (14.3)	–

Utövat våld

Den åttonde och sista frågan på frågeformuläret FOV unga handlar om ifall ungdomen utövat våld mot någon annan. På frågan om ungdomen själv någon gång utsatt en annan person för någon utav våldshandlingarna, svarade sju av flickorna (14,3 %) och fyra av pojkarna (16 %) jakande på frågan (tabell 25, s. 89).

Tre av pojkarna (75 %) angav att den som de utsatt för våldet varit en jämnårig kamrat medan motsvarande siffra för flickorna var 28,6 %. Alla fyra pojkar rapporterade att de utsatt en person av manligt kön för våldet och 71,4 % av flickorna angav att de utsatt en person av kvinnligt kön.

Kapitel 9

Medföljande föräldrars avslöjande av våld

Utsatts för våld

De fyra första frågorna i frågeformuläret FOV vuxna handlar om utsatthet för våld.

Våld i nära relation

De tre inledande frågorna handlar om psykiskt, fysiskt och sexuellt våld som utövas av en närstående.

Utav de föräldrar som deltog i studien, 237 föräldrar, svarade 7,2 % att de hade blivit hotade, kontrollerade, förnedrade, trakasserade eller liknande som vuxna (tabell 26). Nästan 9 % hade blivit utsatta för detta av en tidigare partner. 3 % hade utsatts under det senaste året. 6,8 % svarade att de utsatts för våld av en närstående som barn.

I linje med detta svarade nästan 7 % av deltagarna att de blivit utsatta för någon typ av fysiskt våld av en närstående som vuxna, och nästan 6 % hade utsatts som barn. Ungefär 6 % hade blivit utsatta för detta av en tidigare partner.

Av de som besvarade enkäten svarade 3,4 % att de känt sig pressade att utföra sexuella handlingar som barn respektive som vuxna. Nästan 5 % angav att en tidigare partner utsatt dem för detta.

Våld av någon som inte är närstående

Den fjärde frågan på frågeformuläret handlar om utsatthet för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld av någon som inte är en närstående. 5,5 % angav att de blivit utsatta för någon av dessa handlingar som vuxna, och nästan 6 % svarade att de blivit utsatta av en obekant person (tabell 26).

Tabell 26. Frågor till vuxna om att ha utsatts för våld. Total N= 237		
Fråga	n	%
1. Har du blivit hotad, kontrollerad, förnedrad, trakasserad eller liknande av en närstående?		
Nej	197	83.1
Ja, som barn (yngre än 18 år)	16	6.8
Ja, som vuxen	17	7.2
Ja, både som barn och vuxen	6	2.5
Missing	1	0.4

Fortsättning tabell 26.	n	%
Fråga		
Om ja, av vem?		
Nuvarande partner	2	0.8
Tidigare partner	21	8.9
Förälder/styvförälder	7	3.0
Syskon	5	2.1
Släkting	2	0.8
Annan viktig person	2	0.8
Missing	1	0.4
Har du varit med om det senaste året?		
Nej	228	96.2
Ja	7	3.0
2. Har du blivit fasthållen, knuffad, slagen, sparkad eller skadad på något annat sätt av en närstående?		
Nej	202	85.2
Ja, som barn (yngre än 18 år)	14	5.9
Ja, som vuxen	16	6.8
Ja, både som barn och vuxen	4	1.7
Missing	1	0.4
Om ja, av vem?		
Nuvarande partner	1	0.4
Tidigare partner	14	5.9
Förälder/styvförälder	11	4.6
Syskon	3	1.3
Släkting	1	0.4
Annan viktig person	4	1.7
Missing	1	0.4
Har du varit med om det under senaste året?		
Nej	233	98.3
Ja	3	1.3
Missing	1	0.4
3. Har du känt dig pressad eller tvingad till sexuella handlingar av en närstående?		
Nej	218	92.0
Ja, som barn (yngre än 18 år)	8	3.4
Ja, som vuxen	8	3.4
Ja, både som barn och vuxen	1	0.4
Missing	2	0.8

Fortäcstning tabell 26	n	%
Fråga		
Om ja, av vem?		
Nuvarande partner	1	0.4
Tidigare partner	11	4.6
Förälder/styvförälder	1	0.4
Syskon	1	0.4
Släkting	1	0.4
Annan viktig person	2	0.8
Missing	2	0.8
Har du varit med om det under senaste året?		
Nej	232	98.3
Ja	2	0.8
Missing	2	0.8

Bevittnat våld

Den femte frågan på formuläret FOV vuxna handlar om att ha bevittnat våld mot en närstående under uppväxten. 7,2 % svarade "ja" på frågan (tabell 27, s. 94). Andelen som hade bevittnat att en förälder eller styvföräldrar utsatts för detta var 5,5 %.

Utövat våld

Den sjätte frågan på formuläret FOV vuxna handlar om att ha utövat psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld mot en närstående. Sju personer (3 %) svarade att de utsatt en närstående för handlingar enligt fråga 1 – 3 för mer än ett år sedan (tabell 27, s. 94). Två personer hade gjort det under det senaste året. 3,4 % hade utövat våld mot ett barn eller styvbarn.

Våldsutsatta barn

Den sjunde och sista frågan på formuläret FOV vuxna handlar om huruvida barn som den vuxne bor med, eller har bott med, har utsatts för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld. Nästan 6 % svarade att barn de bor eller har bott med har utsatts för våld för mer än ett år sedan (tabell 27, s. 94). Det vanligaste var att det var en förälder eller styvförälder till barnet som var förövaren. 5,5 % av de vuxna svarade att barn de bor eller har bott med hade utsatts för våld av en förälder/styvförälder.

Tabell 27. Frågor till vuxna om att ha bevittnat våld under uppväxten, om att ha utövat våld och om barn de bott med utsatts för våld. Total N= 237	n	%
Fråga		
5. Har du under din uppväxt sett eller hört en närstående bli utsatt för handlingar enligt fråga 1-3?		
Nej	218	92.0
Ja	17	7.2
Missing	2	0.8
Om ja, vem/vilka utsattes?		
Föräldrar/styvföräldrar	13	5.5
Syskon	3	1.3
Släkting	1	0.4
Missing	2	0.8
6. Har du själv som vuxen utsatt någon annan närstående för handlingar enligt fråga 1-3?		
Nej	223	94.1
Ja, under senaste året	2	0.8
Ja, för mer än ett år sedan	7	3.0
Missing	5	2.7
Om ja, vem/vilka utsattes?		
Barn/styvbarn	8	3.4
Nuvarande partner	1	0.4
Tidigare partner	1	0.4
Missing	4	1.7
7. Har barn som du bor med eller har bott med utsatts för handlingar enligt frågorna 1-3 av en närstående?		
Nej	211	89.0
Ja, under senaste året	3	1.3
Ja, för mer än ett år sedan	14	5.9
Ja, både under det senaste året och tidigare	4	1.7
Missing	5	2.1
Om ja, av vem/vilka?		
Barnets förälder/styvförälder	13	5.5
Barnets syskon	4	1.7
Barnets släkting	1	0.4
Annan viktig person	2	0.8
Missing	6	2.5

Del 5

Avslutning

Kapitel 10

Diskussion

Utvärderingen visar att frågemodellen kan användas för att identifiera våldserfarenheter hos barn, ungdomar och medföljande föräldrar. Genom att barn själva tillfrågas om deras erfarenheter av våld, och inte bara deras föräldrar, så behandlas de i enlighet med Barnkonventionen (1) som individer med egna rättigheter. De görs till aktörer i sina egna liv och ges en möjlighet att berätta om våld, som samhället har en skyldighet att skydda dem mot.

De positiva aspekter av arbetet med frågemodellen, som framkommit i denna utvärdering, är den relativt goda samstämmigheten bland personalen om att frågeformulären till barn och unga är användbara och fungerar som ett stöd för att underlätta ett rutinmässigt frågande om våld. Frågeformulären upplevs vara välformulerade och lätta att använda, och barnen upplevs förstå frågorna. Vidare har framkommit att arbetet med frågemodellen har bidragit till att man i större utsträckning än tidigare tar med våldserfarenheter vid bedömningar av patienters vårdbehov. Även om det i intervjuer med personalen framkommit en rad faktorer som försvårar möjligheten att på ett bra sätt kunna följa upp barn som bevittnat/upplevt våld, anser personalen i sin helhet att det är viktigt med en god uppföljning om de identifierar våldsutsatta barn.

Gällande den utbildning som VKV ger, så visar resultaten att både chefer och vårdpersonal är nöjda med det stöd de erhållit från VKV i form av uppföljning, utbildning och material. Exempelvis svarade en övervägande majoritet av personalen att utbildningen varit "till väldigt mycket" eller "till ganska mycket" hjälp när de ställer frågor om våld. Tidigare forskning visar att hälso- och sjukvårdspersonal är mer benägna att fråga på rutin om våld när personalen har fått utbildning i hur frågorna ska ställas, när personalen har fått kunskap om förekomsten av våld och när de anställda anser att det ingår i deras arbetsuppgifter att fråga på rutin om våld (96). Sammantaget stödjer detta vikten av VKV:s fortsatta roll i utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal.

Barnens och ungdomarnas svar på de utvärderande frågorna stödjer ett rutinmässigt frågande om våld av barn som metod. Nästan alla barn och ungdomar som svarat på frågorna tyckte att det var bra, eller varken bra eller dåligt, att bli tillfrågade om våld. I likhet med vad som framkommit i en norsk studie (67) upplevde få barn tillfrågandet som negativt. De allra flesta tyckte att det var bra att mottagningarna har som rutin att alla barn och ungdomar som besöker dem tillfrågas om våld. I likhet med vad som framkommit i annan forskning (44) framstår den vuxnes gensvar på barnets avslöjande av våld som betydelsefull för barnets upplevelse av att ha berättat. Det är viktigt att barns upplevelser av våld också bekräftas som sådana, och inte bemöts med tystnad. Vuxnas gensvar har också visat sig ha betydelse för barns benägenhet att berätta om våld i framtiden (44).

Även om det i enkätsvar och intervjuer med personal framkommer positiva omdömen om frågemodellen, visar också utvärderingen att frågemodellen inte används i den utsträckning som det var tänkt på mottagningarna. Implementeringsgraden varierar mellan mottagningarna och inom mottagningarna över tid. I takt med att personal byts ut så riskerar också kunskaper om våld, arbetssätt och rutiner att lämna mottagningarna. Det framstår därför som viktigt

med en långsiktig strategi som säkrar vidmakthållande av frågemetoden på sikt. En sådan strategi bör tydliggöra hur utbildningsbehov ska tillgodoses, hur skriftliga rutiner ska uppdateras och synliggöras inom mottagningarna samt vilken funktion, och inte person, som ansvarar för att så ska ske. Det framstår också som viktigt för implementeringen att ledningen tydligt ställer sig bakom metoden, vilket går i linje med annan forskning (77).

Metodtroheten, det vill säga om metoden används så som den var tänkt, är i vissa avseenden låg. Den största avvikelsen är att frågeformuläret till barn i åldrarna 4 – 12 år, som utgörs av en ringpärm med bilder, används till ungefär en av fem patienter. Istället använder personalen det tillhörande svarsformuläret som endast innehåller frågorna, och inte introduktionen och exemplen till frågorna som styr in dem mot våld i nära relationer. Därigenom får frågorna en större bredd än vad som avsågs, och de kan uppfattas omfatta våld i alla relationer och våld på alla arenor. En annan större avvikelse från frågemodellen är att mottagningarna i låg utsträckning kan erbjuda två medföljande föräldrar att besvara frågeformulären i varsitt rum. Mottagningarna har inte de utrymmesmässiga förutsättningarna, utan föräldrarna anvisas att besvara formulären i varsin del av rummet. Denna avvikelse innebär att mottagningarna inte kan garantera den avskildhet från partnern som forskning visat är central vid ett frågande på rutin om våld (54, 96) och som rekommenderas av Nationellt Centrum för Kvinnofrid (97). Det får sannolikt till konsekvens att föräldrar som utsatts för våld inte vågar berätta om det. Om fysisk frånvaro av partnern inte kan garanteras, är frågan om det är tryggt för patienten och om det är meningsfullt att medföljande föräldrar tillfrågas om våld. Ytterligare en större avvikelse från frågemodellen är att man vid BUM-mottagningarna under längre perioder valt att inte tillfråga medföljande föräldrar om våld, med hänvisning till tidsbrist.

Sett till dessa avvikelser från frågemodellen kan metoden inte hävdas vara korrekt implementerad. Frågemodellen har i det kliniska arbetet anpassats efter personals och chefers bedömningar och mottagningarnas förutsättningar.

Utvärderingen har visat att mottagningarnas och personalens förutsättningar för att använda frågemodellen skiljer sig åt. Vissa har längre besökstid med patienterna än andra. Vissa är två vid nybesöken medan andra är ensamma när de möter patienten och föräldrarna. Vissa, så som psykologer och socionomer, har genom sin profession en stor vana att fråga om och hantera våld, medan andra inte har det. Mottagningarnas olika förutsättningar tycks ha påverkat personalens inställning till frågemodellen och i vilken mån de följer den. De mottagningar där förutsättningarna varit lägst, är också de mottagningar där tveksamheterna varit störst och där man i lägst grad sett sig kunna arbeta enligt frågemodellen. Att praktikers negativa inställning påverkar implementering har även beskrivits i annan forskning (72).

En gemensam upplevelse bland personalen är att uppföljningen av patienters och föräldrars ja-svar tar tid i anspråk, ibland på bekostnad av den problematik patienten söker för. Att vårdpersonalen upplever tidsbrist som ett hinder till att ställa frågor om våld, går i linje med tidigare forskning (62, 66). I en dansk studie från 2014 (66) framkom exempelvis att allmänläkare tyckte att det tog för mycket tid i anspråk från själva besökstiden att fråga på rutin om våld i nära relationer. Då en dryg majoritet av barnen, och en knapp majoritet av ungdomarna, svarat ja på någon fråga, innebär det att personalen följt upp ja-svar i en majoritet av ärendena. Med tanke på att ja-svaren oftast omfattar våld som patienten bevittnat eller utsatts för av kamrater eller våld som föräldrar utsatts för tidigare i livet, innebär det också att personalen lagt tid på att följa upp våld som sällan leder till några åtgärder från mottagningarna. Även om

uppföljningen av ja-svar tar tid, så anses den vara nödvändig. Det man frågar om ska följas upp, annars ska man inte fråga, menar man. I de fall ja-svar är av mer akut karaktär krävs mer tid än den avsatta besökstiden, vilket innebär att personalen måste ta från annan tid, i värsta fall utanför arbetstid. Denna upplevelse av att tiden inte räcker till för att göra ett gott arbete tycks i vissa fall ha gett upphov till en samvetsstress (95), där känslor av maktlöshet och otillräcklighet gentemot patienten är närvarande. Upplevelsen av tidsbrist tyder på att det kan finnas skäl att precisera tidsåtgång för frågemodellen eller hur lång besökstid som behövs för att använda frågemodellen i sin helhet.

Också de medföljande föräldrarnas ja-svar behöver följas upp för att vårdpersonalen ska kunna bedöma allvarlighetsgraden av våldet och om de behöver vidta några åtgärder. Kontaktförsöken över telefon kan ta lång tid om föräldern är svår att nå. Ett önskemål från personalen är att det, av de besvarade frågeformulären, ska vara möjligt att bedöma hur skyndsamt uppföljningen behöver ske, exempelvis genom att tidsperioden för våldet preciseras. En sådan justering skulle sannolikt minska känslan av stress hos vårdpersonalen.

Resultaten visar att det finns en osäkerhet vad gäller rutiner för handläggning och dokumentation av våldserfarenheter, som ibland ger upphov till en känsla av att ständigt göra fel. Man vet inte om man gör för lite eller för mycket. För lite åtgärder medför att patienten inte får det stöd den behöver. För mycket och felaktigt dokumenterade uppgifter om våld kan utgöra en risk för patientens säkerhet. I likhet med vad som beskrivits i andra studier (78, 79) framkommer här att känslor av osäkerhet beträffande rutinerna kan leda till tveksamheter inför att fråga om våld. Personalen efterfrågar rutiner för handläggning av akut våld och våld inom skolan samt rutiner för dokumentation. Den handledning för personalen som tagits fram inom projektet innehåller skriftliga rutiner för både handläggning och dokumentation av våld, dock inte våld i skolan. Det faktum att det finns rutiner, samtidigt som rutinerna inte upplevs vara till hjälp eller rutiner upplevs saknas, kan tolkas på flera sätt: Att delar av personalen inte känner till de rutiner som finns i handledningen eller att de rutiner som är kända inte upplevs vara tillräckligt användbara. Detta indikerar att det finns skäl att se över rutinerna och hur de kommuniceras till personalen.

Resultaten har visat att frågeformuläret till barn identifierar mycket våld mellan skol- och lekkamrater. Majoriteten av barnen har svarat att de har bevittnat/upplevt psykiskt och fysiskt våld och/eller utsatts för fysiskt våld. Pojkar var mer utsatta för fysiskt våld och flickor för psykiskt våld. Den vanligaste våldsutövaren var av manligt kön och var en skolkamrat/lekkamrat på alla frågor utom våld via digitala enheter. Få barn berättade om att ha bevittnat/upplevt eller utsatts för psykiskt, fysiskt eller sexuellt våld i nära relationer. En typ av våld i nära relationer som inte identifieras när FOV barn används är försummelse, då formuläret saknar frågor om det. Men tanke på att en del barn utsätts för försummelse (18), kan det finnas skäl att inkludera det i FOV barn.

Ungdomarna som besvarat FOV unga rapporterar lägre våldsutsatthet än barn, med undantag för våld via digitala enheter. Vad gäller våld i nära relationer så rapporterade 6,8 % av ungdomarna utsatthet för psykiskt våld och 5,4 % utsatthet för fysiskt våld av en förälder/styvförälder. 4 % svarade att de upplevt våld mot en förälder/styvförälder. Denna rapportering av våld är betydligt lägre än i en svensk befolkningsundersökning om barnmisshandel i Sverige där 14 % av ungdomarna rapporterade att de utsatts för fysisk våld, 11 % att de utsatts för psykiskt våld av en förälder, och 11 % att de upplevt våld mot en förälder (18). Flickor är mer

utsatta än pojkar för nästan alla sorters våld, framförallt bland ungdomar. Denna skillnad gäller inte minst utsatthet för våld av en pojk-/flickvän eller förälder/styvförälder. Dessa fynd stämmer överens med tidigare forskning på ungdomar (18). Intressant nog framkom att utövaren av våldet mot flickor vanligast var en man, förutom vid frågan om begränsningar och kontrollerande beteenden. Då den vanligaste kategorin av våldsutövare var en jämnårig kamrat eller person under 18 år, är det sannolikt att flickor känner sig begränsade och kontrollerade av tjejkompisar vid val av partner, kompisar, kläder eller fritidsintressen.

Ungefär 7 % av föräldrarna som besvarat FOV vuxna svarade att de utsatts för våld av en närstående i vuxenlivet. Det vanligaste var att förövaren var en tidigare partner. Denna procentsats är låg i förhållande till den våldsutsatthet som beskrivits i befolkningsundersökningar om våld i nära relationer (98, 99). Nästan var tionde svarade att barn som de bor eller har bott med har utsatts för våld, vanligast av en förälder eller styvförälder.

Resultaten tyder på att frågeformuläret till barn i hög utsträckning identifierar våld mellan kamrater och i låg utsträckning pågående våld i nära relationer. Detta är sannolikt en konsekvens av att frågemodellen i stor utsträckning använts felaktigt, såtillvida att svarsformuläret till FOV barn använts istället för frågeformuläret med bilder. Tydliggöranden av hur frågeformuläret ska användas kan tänkas medföra att man i större utsträckning identifierar det våld formuläret avser att identifiera. Det skulle sannolikt få till konsekvens att våld mellan kamrater identifieras i lägre utsträckning, och därigenom att vårdpersonal i högre utsträckning kan ägna tid åt patientens problematik och i lägre utsträckning ägna tid åt att följa upp våld som de inte kan göra något åt och som inte ingår i deras uppdrag. Det kan också tänkas minska osäkerheten hos personalen över vad de ska göra med all information som samlats in om patienten. Då stora delar av invändningarna mot frågemodellen handlar om brist på tid och att våld i skolan inte ingår i uppdraget, kan sådana tydliggöranden också tänkas medföra att invändningarna mot frågemodellen minskar.

En annan aspekt av att FOV barn fångar brett är att alla ja-svar inte nödvändigtvis handlar om våld. Gränsen för vad som är våld framstår som otydlig. Ja-svar behöver följas upp och sättas i sitt sammanhang innan vårdpersonalen kan avgöra om svaret handlar om våld och våldets allvarlighetsgrad. Som exempel kan nämnas att handlingarna att skrika på, hålla fast, göra någon ledsen eller göra något på datorn som gör någon ledsen inte alltid handlar om våld. Denna bredd av handlingar under inramningen "frågor om våld" ställer krav på vårdpersonalen att utforska svaren för att å ena sidan ta avstånd från sådant som är våld, och å andra sidan normalisera sådant som inte är våld.

En relevant fråga som ställdes av en informant är om barn genom frågemodellen ges reella möjligheter att berätta om upplevelser eller utsatthet för våld i nära relationer. Forskning visar att viktiga förutsättningar för att barn ska berätta om våld är att samtalet sker i enrum och inte under tidspress, att barnet känner sig lyssnad till, att barnet bjuds in att tala om våld och att barnet ser ett syfte med att berätta (44). Med tanke på att personalen upplever tidspress och att barnets potentiella förövare vet om att barnet tillfrågas samt befinner sig utanför besöksrummet, finns en utmaning vad gäller att säkerställa att barn ges reella möjligheter att avslöja våld.

En upplevelse bland vårdpersonalen, som också beskrivits av vårdpersonal i andra utvärderingar (53, 100), är att frågorna om våld kan öppna upp för ett avslöjande om våld vid ett senare tillfälle, även om patienten vid tillfället för frågorna svarat nej. Då frågeformulären identifierar våld i nära relationer i låg utsträckning i relation till förekomst i befolkningen är det av vikt

att undersöka om så är fallet. Det vill säga, om och i vilken utsträckning nekande svar på FOV följs av senare avslöjanden av våld. En annan fråga för framtida studier är att undersöka om ett frågande på rutin enligt FOV leder till att barn som bevittnat/upplevt och/eller utsatts för våld, samt våldsutsatta och våldsutövande vuxna, får hjälp. Ytterligare en angelägen fråga är att, efter eventuella justeringar och förtydliganden, validera FOV barn för att ta reda på om instrumentet mäter det våld som det avser att mäta när det används korrekt, det vill säga våld som barn bevittnat/upplevt eller utsatts för i en nära relation.

Såväl chefer som personal vill fortsätta använda frågemodellen, och de ser det som viktigt att uppmärksamma barn som har bevittnat/upplevt eller utsatts för våld. Många är stolta över sitt arbete och ser sig som pionjärer när det gäller att fråga barn på rutin om våld. Samtidigt har utvärderingen visat att det finns utmaningar vad gäller möjligheten att implementera, använda och på sikt upprätthålla frågemodellen. Dessa utmaningar, som diskuterats ovan, sammanfattas i figur 1.

Metoddiskussion

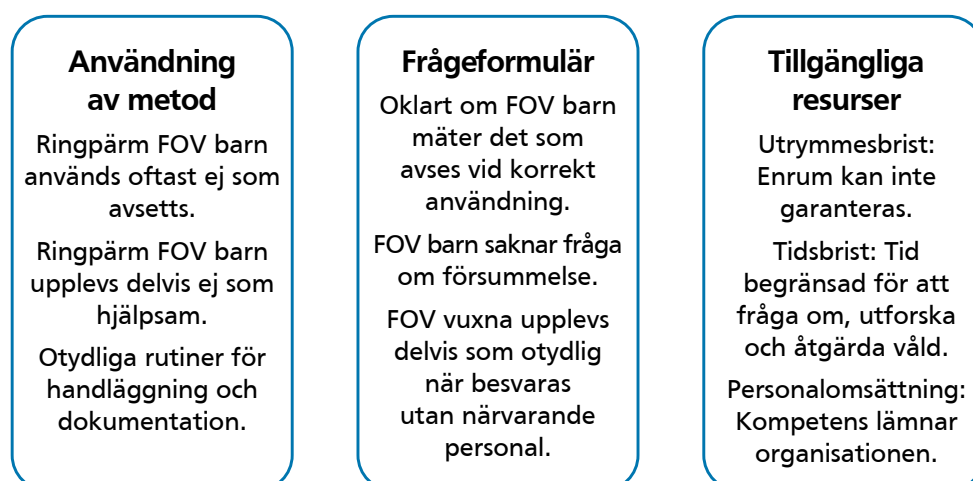
Denna utvärdering har sina metodologiska begränsningar. Endast fyra barn och ungdomar intervjuades om deras upplevelser av att tillfrågas om våld, vilket är för få för att kunna tala om mönster i materialet. Covid-19-pandemin och restriktioner om att hålla avstånd innebär att det under delar av datainsamlingsperioden inte var möjligt att intervjua barn och ungdomar ansikte mot ansikte, vilket påverkade rekryteringen.

Denna begränsning innebär att resultaten om barns och ungdomars upplevelser av att tillfrågas om våld till stora delar grundar sig på de utvärderande frågorna som lagts till på svars- och frågeformulären. Barnens och ungdomarnas svar på de utvärderande frågorna kan ha påverkats av att personalen som frågat dem om våld var kvar i samma rum när de besvarade de utvärderande frågorna. Det är möjligt att svaren är mindre kritiska på grund av möjligheten att personalen skulle se deras svar.

Tillförlitligheten, det vill säga de osäkerhetskällor som kan ha påverkat resultaten om barns och ungdomars utsatthet för våld är framförallt den höga andel av ifyllda frågeformulär till

Figur 1

Utmaningar



barn och ungdomar som saknas, vilket uppgår till 47 %. Det är med andra ord formulär som aldrig skickats in till projektledningen och där projektledningen saknar information om orsaker till bortfall. Detta betyder troligtvis att förekomsten av olika former av våld är underrepresenterat, däribland utsatthet för och upplevelse av våld i nära relationer. Instruktionerna till vårdpersonalen om att skicka in formulären till VKV var tydlig och fanns ihopsatt med de frågeformulär som ska ha använts vid nybesöken under mätperioden. Det innebär att det är sannolikt att patienterna, där formulär saknas, inte har tillfrågats om våld enligt frågemodellen som utvecklats. En annan möjlighet är att patienter tillfrågats, men att personalen glömt bort rutinen om att skicka in formulären till VKV eller att de inte antecknat svaren på formulären.

Utöver detta kan tillförlitligheten gällande de resultat som baseras på FOV barn och FOV unga, ha påverkats av hur frågorna ställdes, och i vilket sammanhang som frågorna ställdes. Utifrån resultaten ovan framgår tydligt att vårdpersonalen har olika förutsättningar i form av tid och resurser till att ställa frågor om våld. Detta kan ha påverkat resultaten av FOV. Barnens, ungdomarnas och de medföljande föräldrarnas svar på FOV skulle både användas till denna utvärdering och i det kliniska arbetet med patienten. Respondenterna var inte anonyma inför vårdpersonalen, utan deras avslöjande av våld kunde komma att få konsekvenser i deras liv, exempelvis i form av orosanmälan till socialtjänsten. Detta faktum kan tänkas ha bidragit till en underrapportering av våld.

Kliniska implikationer

Utvärderingen har visat att frågemodellen kan användas för att identifiera våldsutsatthet hos barn och ungdomar. Vid klinisk användning av frågemodellen är det viktigt att ta fram rutiner som omfattar hur arbetet med frågemodellen kan upprätthållas på sikt. Det bör finnas rutiner för introduktion av frågemodellen till nyanställda, för uppdatering av handläggnings- och dokumentationsrutiner samt för säkerställande att frågorna om våld ställs. Det är viktigt att arbetet med frågemodellen inte är personbundet, utan förankrat i organisationen och funktionerna, så att det kan fortgå när såväl chefer som vårdpersonal byts ut. Det är också viktigt att planera för hantering av svårigheterna med att erbjuda avskildhet och att få tiden att räcka till. Till sist är det av vikt med ett tydligt och stödjande ledarskap gällande frågemetoden.

Referenser

1. FN. FN:s konvention om barnets rättigheter.: Förenta Nationerna; 1989.
2. Socialstyrelsen. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. SOSFS 2014:4. 2014.
3. Socialstyrelsen. Våld i nära relationer och hedersrelaterat våld. Ett utbildningsmaterial.; 2021.
4. Socialstyrelsen. Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet. 2014.
5. Myers J. The APSAC Handbook on Child Maltreatment. Thousand Oaks: Sage Publications; 2010.
6. Holden GW. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. Clin Child Fam Psychol Rev. 2003;6(3):151-60.
7. Evans S, Davies C, DiLillo D. Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. Aggression and Violent Behavior. 2008;13(2):131-40.
8. Dobash RP, Dobash RE. Women's violence to men in intimate relationships. Working on a puzzle. British Journal of criminology. 2004;44(3):342-9.
9. Enander V. Violent women? The challenge of women's use of violence in intimate heterosexual relationships to feminist analyses of partner violence. NORA – Nordic Journal of Feminist and Gender Research. 2011;19(2):105-23.
10. Hester M. Who does what to whom? Gender and domestic violence perpetrators in English police records. European Journal of Criminology. 2013;10(5):623-37.
11. Almqvist K, Broberg A. Barn som bevittnat våld mot mamma – en studie om kvinnor och barn som vistats på kvinnojourer i Göteborg. Forskningsrapport. . Göteborg stad: Social resursförvaltning; 2004.
12. Hester M, Pearson C, Harwin N. Making an impact. Children and domestic violence – a reader. 2 ed. London: Jessica Kingsley; 2006.
13. Broberg A, Almqvist L, Axberg U, Grip K, Almqvist K, Sharifi U, et al. Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma. Resultat från en nationell utvärdering. Göteborgs universitet: Psykologiska institutionen; 2011.
14. Weinehall K. Att växa upp i våldets närhet. . Umeå: Umeå universitet; 1997.
15. Edleson J. The Overlap Between Child Maltreatment and Woman Battering. Violence Against Women. 1999;5(2):134-54.
16. Annerback EM, Wingren G, Svedin CG, Gustafsson PA. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - findings from a population-based youth survey. Acta Paediatr. 2010;99(8):1229-36.
17. Hultmann O, Broberg AG. Family Violence and Other Potentially Traumatic Interpersonal Events Among 9-to 17-Year-Old Children Attending an Outpatient Psychiatric Clinic. Journal of Interpersonal Violence. Journal of Interpersonal Violence. 2016;31(18):2958-86.

18. Jernbro C, Janson S. Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning. Stiftelsen Allmänna Barnhuset; 2017.
19. Øverlien C. Våld mellan ungdomar i nära relationer. Digitala medier och utövande av kontroll. Socialvetenskaplig tidskrift. 2018(1):67-86.
20. Cater Å, Överlien C. Children exposed to domestic violence: a discussion about research ethics and researchers' responsibilities. Nordic Social Work Research. 2014;4(1):67-79.
21. Gottzén L, Korkmaz S. Killars våld mot tjejer i nära relationer. . In: Ungdomsstyrelsen, editor. Unga och våld: en analys av maskulinitet och förebyggande verksamheter. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2013. p. 68-99.
22. Korkmaz S, Överlien C, Lagerlöf H. Youth intimate partner violence: prevalence, characteristics, associated factors and arenas of violence. Nordic Social Work Research. 2020:1-16.
23. Korkmaz S. Youth Intimate Partner Violence in Sweden - Prevalence and Young People's Experiences of Violence and Abuse in Romantic Relationships. Stockholm: US-AB; 2021.
24. Hellevik P, Överlien C. Teenage intimate partner violence: Factors associated with victimization among norwegian youths. Scandinavian journal of public health. 2016;44(7):702-8.
25. Romito P, Beltramini L, Escribà-Agüir V. Intimate Partner Violence and Mental Health Among Italian Adolescents: Gender Similarities and Differences. Violence Against Women. 2013;19(1):89-106.
26. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med. 1998;14(4):245-58.
27. Andershed A-K, Andershed H, Cater Å. Resumé-studien. Retrospektiv Studie om Unga Människors Erfarenheter av utsatthet och stöd i unga år.; 2011.
28. Jaffe S, Moffit T, Caspi A, Taylor A, Arseneault L. Influence of adult domestic violence on children's internalizing and externalizing problems: an environmentally informative twin study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. 2002;41(9):1095-103.
29. Nilsson D, Nordås E, Pribe G, G. SC. Child physical abuse – High school students' mental health and parental relations depending on who perpetrated the abuse. Child Abuse & Neglect. 2017(70):28-38.
30. Melander J. Child maltreatment among young adolescents: Effects on mental health, academic functioning and substance use. Göteborg: Göteborgs universitet; 2019.
31. Palm A, Högberg U, Olofsson N, Skalkidou A, Danielsson I. No Differences in Health Outcomes After Routine Inquiry About Violence Victimization in Young Women: A Randomized Controlled Study in Swedish Youth Health Centers. Journal of Interpersonal Violence. 2016;35(1-2):1-23.

32. Griffing S, Lewis CS, Chu M, Sage R, Madry L, Primm B. Exposure to interpersonal violence as a predictor of PTSD symptoms in domestic violence survivor. *Journal of Interpersonal Violence*. 2006;21(7):936-54.
33. Jarvis KL, Kelly L, Gordon EE, Novaco RW. Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *Journal of Family Violence*. 2005;20(6):389-402.
34. Hultmann O, Broberg A, Axberg U. 2020. *Journal of Interpersonal Violence*. Child Psychiatric Patients Exposed to Intimate Partner Violence and/or Abuse: The Impact of Double Exposure.
35. Olofsson N, Lindqvist K, Gillander-Gådin K, Bråbäck L, Danielsson I. Physical and psychological symptoms and learning difficulties in children of women exposed and non-exposed to violence: a population-based study. *International Journal of Public Health*. 2010(56):89-96.
36. Rivara F, Anderson M, Fishman P, Bonomi AE, Reid RJ, Carell D, et al. Intimate partner violence and health care costs and utilization for children living in the home. *Pediatrics*. 2007(120):1270-7.
37. Hedtjärn G, Hultmann O, Broberg A. Var femte mamma till barn i BUP-vård hade utsatts för våld. *Läkartidningen*. 2009(48):3242-7.
38. Jutvik H. Implementering av screening för våld på Barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar. Göteborg: Göteborgs universitet; 2010.
39. Howell K, Cater Å, Miller-Graff L, Graham-Bermann S. The Process of Reporting and Receiving Support Following Exposure to Intimate Partner Violence During Childhood. *Journal of Interpersonal Violence* 2015;30(16):2886-907.
40. Thulin J, Kjellgren C, Nilsson D. Children's experiences with an intervention aimed to prevent further physical abuse. . *Child & Family Social Work*. 2019;24(1):17-24.
41. Ormhaug SM, Jensen TK, Hukkelberg SS, Holt T, Egeland KE. Barns traumer; gjennt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 2012(49):234-40.
42. Reigstad B, Jorgensen K, Wichstrom L. Diagnosed and selfreported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2006;60(1):58-66.
43. Lindell C, Svedin CG. Mental health services provided for physically abused children in Sweden. A 4-year follow-up of child and adolescent psychiatric charts. *Nord J Psychiatry*. 2005;59(3):179-85.
44. Jensen TK, Gulbrandsen W, Mossige S, Reichelt S, Tiersland OA. Reporting possible sexual abuse: a qualitative study on children's perspectives and the context for disclosure. *Child Abuse & Neglect*. 2005;29(12):1395-413.
45. Solberg A. Hur förhåller sig barn till våld i hemmet? In: Eriksson M, editor. *Barn som upplever våld Nordisk forskning och praktik*. Stockholm: Gothia Förlag; 2007.

46. McElvaney R. Disclosure of Child Sexual Abuse: Delays, Non-disclosure and Partial Disclosure. What the Research Tells Us and Implications for Practice. *Child Abuse Review*. 2015(24):159-69.
47. McTavish J, Gonzalez A, Santesso N, MacGregor J, McKee C, MacMillan H. Identifying children exposed to maltreatment: A systematic review update. *BMC Pediatrics*. 2020;7(1).
48. Louwers EC, Affourtit MJ, Moll HA, de Koning HJ, Korfage IJ. Screening for child abuse at emergency departments: a systematic review. *Archives of Disease in Childhood*. 2010;95(3):214-8.
49. Louwers ECFM, Korfage IJ, Affourtit M, Schree DJH, van de Merwe MH, Vooijs-Moulaert FAFSR, et al. Detection of child abuse in emergency departments: a multi-centre study. . *Archives of Disease in Childhood*. 2011;96(5):422-5.
50. Hoft M, Haddad L. Screening Children for Abuse and Neglect: A Review of the Literature. *Journal of forensic nursing*. 2017(13):26-34.
51. Socialstyrelsen. Frågor om våld. En kartläggning av hur socialtjänsten och hälso- och sjukvården frågar om våldsutsatthet och våldsutövande samt användning av bedömningsmetoder.; 2018.
52. Wendt E, Svensson J. Nu har vi kommit över tröskeln. Utvärdering av ett projekt kring att fråga rutinmässigt om våld inom hälso- och sjukvården. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer; 2018.
53. Enander V. "Nu har vi öppnat ögonen lite till". Utvärdering av Christina-projektet – ett samverkans- och utvecklingsprojekt kring barn som upplevt våld i nära relationer.; 2015.
54. Almqvist K, Källström Å, Appell P, Anderzen-Carlsson A. Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*. 2018;22(2):228-37.
55. Duncan MM, McIntosh PA, Stayton CD, Hall CB. Individualized performance feedback to increase prenatal domestic violence screening. *Maternal Child Health J*. 2006;10(5):443-9.
56. Hathaway J, Willis G, Zimmer B. Listening to survivors' voices: Addressing partner abuse in the health care setting. *Violence Against Women*. 2002(8):687-719.
57. Holtrop TG, Fischer H, Gray SM, Barry K, Bryant T, Du W. Screening for domestic violence in a general pediatric clinic: be prepared! *Pediatrics*. 2004;114(5):1253-7.
58. Kramer A, Lorenzon D, Mueller G. Prevalence of intimate partner violence and health implications for women using emergency departments and primary care clinics. *Women's Health Issues*. 2004(14):19-29.
59. Daugherty JD, Houry DE. Intimate partner violence screening in the emergency department. *J Postgrad Med*. 2008;54(4):301-5.

60. Ernst AA, Weiss SJ, Morgan-Edwards S, Rihani T, Coffman B, Clark R, et al. Derivation and validation of a short emergency department screening tool for perpetrators of intimate partner violence: the PERpetrator RaPid Scale (PERPS). *J Emerg Med*. 2012;42(2):206-17.
61. Gerlock AA, Grimesey JL, Pisciotto AK, Harel O. Ask a few more questions. *Am J Nurs*. 2011;111(11):35-9.
62. Sprague S, Madden K, Simunovic N, Godin K, Pham N, Bhandari M, et al. Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women & Health*. 2012;52(6):587-605.
63. Phelan MB. Screening for intimate partner violence in medical settings. *Trauma Violence Abuse*. 2007;8(2):199-213.
64. Plichta SB. Interactions between victims of intimate partner violence against women and the health care system: Policy and practice implications. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2007;8(2):226-39.
65. Thackeray J, Stelzner S, Downs S, Miller C. Screening for intimate partner violence: The impact of screener and screening environment on victim comfort. *Journal of Interpersonal Violence*. 2007(22):659-68.
66. Mørk T, Tanggaard Andersen P, Taket A. Barriers among Danish women and general practitioners to raising the issue of intimate partner violence in general practice: a qualitative study. *BMC Women's Health* 2014;14(74).
67. Skar A, Ormhaug S, Jensen T. Reported Levels of Upset in Youth After Routine Trauma Screening at Mental Health Clinics. *JAMA Network Open*. 2019;2(5).
68. Palm A, Danielsson I, Högberg U, Norbergh K. How Do Youth with Experience of Violence Victimization and/or Risk Drinking Perceive Routine Inquiry about Violence and Alcohol Consumption in Swedish Youth Clinics? A Qualitative Study. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2017(13):51-7.
69. Cutter-Wilson E, Richmond T. Understanding Teen Dating Violence: Practical Screening and Intervention Strategies for Pediatric and Adolescent Healthcare Providers. *Current Opinion in Pediatrics*. 2011(23):379-83.
70. Lövestad S. FOV - Frågor Om Våld till barn, ungdomar och vuxna och andra mätinstrument. En jämförande analys. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer; 2020.
71. Nilsson D, Gustafsson PE, Larsson J, Svedin C. Evaluation of the Linköping youth life experience scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010;198(19):768-74.
72. Hultmann O, Möller J, Ormhaug SM, Broberg A. Asking Routinely About Intimate Partner Violence in a Child and Adolescent Psychiatric Clinic: A Qualitative Study. *Journal of Family Violence*. 2013(29):67-78.
73. Garcia-Moreno C. Dilemmas and opportunities for an appropriate health-service response to violence against women. *Lancet*. 2002;359(9316):1509-14.

74. Kraanen FL, Vedel E, Scholing A, Emmelkamp PM. Screening on perpetration and victimization of intimate partner violence (IPV): two studies on the validity of an IPV screening instrument in patients in substance abuse treatment. *PLoS One*. 2013;8(5):e63681.
75. Anderzen-Carlsson A, Gillå C, Lind M, Almqvist K, Lindgren Fändriks A, Källström Å. Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence. *Journal of clinical nursing*. 2018;27(13-14):2752-62.
76. Erickson MJ, Hill TD, Siegel RM. Barriers to domestic violence screening in the pediatric setting. *Pediatrics*. 2001;108(1):98-102.
77. Allen N, Lehrner A, Mattison E, Miles T, Russell A. Promoting systems change in the healthcare response to domestic violence. *Journal of Community Psychology*. 2007;35(1):103–20.
78. Dowd MD, Kennedy C, Knapp JF, Stallbaumer-Rouyer J. Mothers' and health care providers' perspectives on screening for intimate partner violence in a pediatric emergency department. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002;156(8):794-9.
79. Waalen J, Goodwin MM, Spitz AM, Petersen R, Saltzman LE. Screening for intimate partner violence by health care providers. Barriers and interventions. *Am J Prev Med*. 2000;19(4):230-7.
80. Chamberlain L, Perham-Hester K. The impact of perceived barriers on primary care physicians' screening practices for female partner abuse. *Women and Health*. 2002(35):55-69.
81. Sanzén S, Eliasson C, Naucér N, Örmon K. FOV Frågor om Våld. Utvecklingen av ett kliniskt frågeformulär. Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer; 2020.
82. Persson A. Frågor och svar – om frågekonstruktion i enkät- och intervjuundersökningar. Stockholm Statistiska Centralbyrån; 2016.
83. Doody O, Slevin E, Taggart L. Focus group interviews in nursing research: part 1. *Br J Nurs*. 2013;22(1):16-9.
84. Bell A. Designing and testing questionnaires for children. *Journal of Research in Nursing*. 2007;12(5):461-9.
85. Bryman A. Samhällsvetenskapliga metoder. Malmö: Liber ekonomi; 2002.
86. V. B, V. C. Using thematic analysis in in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101.
87. Källström Å, Andersson Bruck K. Etiska reflektioner i forskning med barn. Malmö: Gleerups; 2017.
88. Flewitt R. Conducting research with young children: some ethical considerations. *Early Child Development and Care*. 2005;175(6):553-65.
89. IPSCAN. Ethical Considerations for the Collection, Analysis and Publications of Child Maltreatment Data, Ethics on Data Collection, International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect Report. . 2017.

90. Källström Cater Å, Øverlien C. Etiska dilemman i forskning. In: Eriksson M, Källström Cater Å, Näsman E, editors. Barns röster om våld Att lyssna, tolka och förstå. Malmö: Gleerups; 2015.
91. Morris A, Hegarty H, Humphreys C. Ethical and Safe: Research with Children about Domestic Violence. *Research Ethics*. 2012;8(2):125-39.
92. Øverlien C. Våldsforskning om och med barn och ungdom – metodiska och empiriska utmaningar. *Socialvetenskaplig tidskrift*. 2015;5(3-4):231-43.
93. Øverlien C. Children exposed to domestic violence: Conclusions from the literature and challenges ahead. *Journal of Social Work*. 2010;10(1):80-97.
94. Devries K, Child J, Elbourne D, Naker D, Heise L. 'I Never Expected That It Would Happen, Coming to Ask Me Such Questions': Ethical Aspects of Asking Children about Violence in Resource Poor Settings. *Trials*. 2015;16(516).
95. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet. Hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten.; 2018.
96. Todahl J, Nekkanti A, Schnabler S. Universal Screening and Education: A Client-Centered Protocol for Normalizing Intimate Partner Violence Conversation in Clinical Practice. *Journal of Couple & Relationship Therapy*. 2020;19(4):322-46.
97. NCK. Webstöd för vården. Förslag på rutinfrågor om våld. Nationellt Centrum för Kvinnofrid. . 2020.
98. Lundgren E, Heimer G, Westerstrand J, Kalliokoski A-M. Slagen dam: mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige: en omfångsundersökning. Umeå, Uppsala, Stockholm: Brottsoffermyndigheten; Uppsala Universitet; Fritzes; 2001.
99. NCK. Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. Uppsala: Nationellt Centrum för Kvinnofrid; 2014.
100. Brännvall M. Självklart och naturligt. Personalens perspektiv på rutinmässiga frågor om våld till pappor/icke-födande föräldrar på barnavårdscentraler. . 2021.