

Trygg i frågan?

Att möta ungdomar och vuxna med våldserfarenhet: en kartläggning inom mödravård, barnavård och ungdomsmottagningar

Eva Wendt, projektledare, dr. med. vet.

Innehållsförteckning

| | |
|---|----|
| Kort sammanfattning..... | 4 |
| Abstract | 6 |
| Förord – kartläggning, en grundsten för utveckling..... | 8 |
| Sammanfattning..... | 10 |
| 1. Våld i nära relationer - ett folkhälsoproblem | 10 |
| Inledning och syfte | 10 |
| Definitioner och begrepp..... | 12 |
| Våldets förekomst..... | 13 |
| Partnervåld i heterosexuella relationer | 14 |
| Samkönat våld | 17 |
| Barn som bevittnat/utsatts för våld..... | 18 |
| Våldets hälsoeffekter | 20 |
| Samhällets bemötande av våldsutsatta | 20 |
| 2. Hälsa- och sjukvårdsorganisationens ansvar..... | 21 |
| Kunskap om våld hos hälso- och sjukvårdspersonal | 21 |
| Dokumentation | 22 |
| Anmälan till polis och socialtjänst | 23 |
| Samarbete med annan hälso- och sjukvård..... | 23 |
| Bemötande och kommunikation..... | 23 |
| Att fråga på rutin | 24 |
| 3. De tre verksamheterna vid MVC, BVC och UM | 26 |
| Mödrahälsovård..... | 26 |
| Barnhälsovård..... | 27 |
| Ungdomsmottagning | 28 |
| 4. Metod..... | 30 |
| Syfte med studien | 30 |
| Genomförande | 30 |
| Population..... | 30 |

| | |
|--|-----|
| Konstruktion av frågeformulären | 30 |
| Pilotstudien | 31 |
| Datainsamling..... | 31 |
| Bortfall..... | 32 |
| Statistiska analyser | 32 |
| Innehållsanalys | 32 |
| Etik | 33 |
| 5. Resultat..... | 35 |
| Del 1. Mödrahälsovården, MVC | 35 |
| Barnhälsovården,BVC..... | 45 |
| Ungdomsmottagningarna, UM..... | 55 |
| Del 2. Sambandsanalyser och jämförelser..... | 64 |
| Del 3. Ytterligare kunskap från de öppna frågorna | 67 |
| 6. Diskussion och sammanfattning av studiens resultat..... | 76 |
| Identifiering av våld och olika våldsformer | 76 |
| Att fråga om våld..... | 78 |
| Att anmäla till socialtjänsten | 79 |
| Oro för hot och våld i arbetet, rutiner och stödresurser..... | 80 |
| Att inte känna sig trygg i sin yrkesroll | 81 |
| Trots erfaren personal upptäcks få fall av våld..... | 82 |
| Personalens önskemål om resurser..... | 82 |
| Metodologiska aspekter..... | 83 |
| Diskussion avseende innehållsanalysen | 84 |
| Referenser..... | 86 |
| Bilaga 1. Framtagandet av studiensfrågeformulär..... | 96 |
| Bilaga 2. Frågeformulär för MVC, BVC och UM | 98 |
| MVC Västra Götaland..... | 98 |
| BVC Västra Götaland..... | 110 |
| UM Västra Götaland | 121 |
| Bilaga 4. Insatser inom VKV som har hämtat erfarenhet och inspiration av Kartlägningsstudien..... | 135 |

Projekt kring att ställa rutinmässiga frågor om våld inom hälso- och sjukvården och folktandvården..... 135

Kort sammanfattning

Bakgrund: Våld är ett folkhälsoproblem i Sverige. Våldsutsatta personer besöker inte sällan hälso- och sjukvård vid verksamheter som arbetar förebyggande, såsom mödravårdscentraler (MVC), barnvårdscentraler (BVC) och ungdomsmottagningar (UM). Våldsutsatta söker även vård vid akutvårdscentraler och vårdcentraler i samband med mer eller mindre akuta problem, vid fysiska skador samt fysisk och psykisk ohälsa. Vid dessa vårdinrättningar söker även personer som utövat våld mot en närstående för olika symtom och tillstånd. Denna studie undersökte hur medicinsk och psykosocial personal på MVC, BVC och UM inom Västra Götalandsregionen bemöter vuxna och barn/ungdomar med erfarenhet av fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld samt vilka åtgärder som vidtogs. Vidare undersöktes varifrån personalen fått sin kunskap och erfarenhet av att arbeta med våld, deras attityder till att fråga om våld, samt hur de dokumenterar och anmäler i enlighet med socialtjänstlagen om att barn far illa.

Metod: Samtlig personal i de ingående verksamheterna inbjöds att besvara ett webbaserat frågeformulär som bestod av både flervalsfrågor och ett antal öppna frågor. Svarefrekvensen var för MVC 58 % (n=311), BVC 46 % (n=527 svar) samt för UM 64 % (n=184). Resultatet presenteras med hjälp av prevalens (n %) och sambandsanalyser med oddsräter och 95 % konfidensintervall för de slutna frågorna. Svaren på de öppna frågorna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Personalen inom de tre verksamheterna uppgav liknande erfarenheter beträffande att fråga om våld, att dokumentera våldsförekomst i journal och att anmäla enligt socialtjänstlagen, vid oro eller misstanke om att barn far illa. Personalgruppen var erfaren i sitt yrke, och majoriteten hade lång erfarenhet inom sin verksamhet. Få hade någon mer omfattande utbildning inom våldsområdet. Majoriteten av personalen hade mött våldsutsatta i sitt arbete, och de som arbetade på BVC och UM rapporterade att de vid enstaka tillfällen även mött personer som uppgivit att de utövat våld mot partner, tidigare partner eller någon annan familjemedlem. Personalen vid alla tre verksamheterna uppgav att de ställde frågor om våld vid misstanke eller synliga tecken på våldsutsatthet. Det var få som frågade samtliga sina besökare men barnmorskorna utgjorde ett undantag då 57 % av dem frågade alla gravida om våldsutsatthet. Inom BVC hade mer än hälften av personalen vid något tillfälle under sin yrkesutövning haft barn som utsatts för våld från förälder/vårnadshavare, och sådana händelser identifierades vid enstaka tillfällen per år.

Vid samtliga tre verksamheter dokumenterades främst identifierade fall av våld i journal och inte vid misstanke om våld. Vid MVC hade drygt 40 % i samtliga

personalkategorier ingen erfarenhet av att göra anmälan enligt socialtjänstlagen, medan endast 15–20 % saknade sådan erfarenhet vid BVC och UM, med undantag för läkargruppen vid UM, där 45 % saknade sådan erfarenhet. Tydliga instruktioner efterfrågades liksom handledning och bättre samarbete med andra delar av hälso-och sjukvården, myndigheter och organisationer.

Konklusion: Inom alla tre verksamheter var personalen erfaren inom sitt specifika område, men majoriteten hade i sin grundutbildning eller under sin yrkesutövning inte fått någon mer omfattande utbildning inom våldsområdet men de hade deltagit i enstaka utbildningsdagar. Förhållandevis sällan upptäcktes våldsutsatthet vid ett besök på någon av de undersökta mottagningarna, men majoriteten ställde sig positiva till att fråga om detta på rutin. Journaldokumentation skedde inte generellt utan främst vid upptäckt av våldsutsatthet.

Personal inom hälso-och sjukvården efterfrågar handledning och klarare riktlinjer/rutiner samt bättre stöd i sin arbetsorganisation för att kunna bemöta och identifiera våldsutsatta i sitt arbete. Gemensamma riktlinjer för regionen skulle vara ett stöd för hälso-och sjukvårdspersonal i arbetet med våld och särskilt beträffande att fråga på rutin, dokumentation och anmälan av fall enligt socialtjänstlagen kap. 14, § 1.

Abstract

Background: Interpersonal violence is a public health problem in Sweden. People exposed to violence do seek health care through antenatal care clinics, children's clinics or youth clinics, as well as curative care at hospitals or health centers due to injuries or poor physical and mental health. People who use violence occasionally also seek care at such health facilities for various symptoms and conditions. This study investigated how professional staff treats adults, adolescents and children experiencing physical, sexual and/or psychological violence, including sexual exploitation and what actions that were taken. Knowledge, experience and attitudes towards routine questioning about violence experience were investigated, further was the documentation process and reporting to authorities inquired about, according to the Social Services Act. The participants were health- and social care professionals at antenatal care clinics, children's clinics and youth clinics in the West Region of Sweden.

Methods: All staff within the three selected professional groups was invited to respond to a web-based structured questionnaire, containing also some open-ended questions. The response rate was 58% (N=311) from antenatal care service, 46% (N=527) from the children's clinics and 64% (N=184) from the youth clinics. The findings are presented as prevalence (n %) and some associations were calculated and presented as odds ratios with 95% confidence intervals. The open-ended questions were analyzed by qualitative content analysis.

Results: The staff representing the three fields of activity had similar experience related to asking about violence, documenting violence incidents and reporting suspected or identified cases to the social welfare office. The professionals had in general long working experience within their field of expertise. Few had attended comprehensive training courses in the violence subject. The majority had encountered victims of violence in their clinics but also perpetrators of violence against the partner, former partner or any other family member. These cases were mainly identified at children's clinics and youth clinics. The staff at the three types of clinics posed questions about violence when suspicion arose or when obvious signs of violence were at hand. Few posed questions on violence exposure to all who sought care at the clinic (routine questioning), with midwives constituting an exception as in this group more than 50% did. At the children's clinics, more than half of the professionals had identified cases of violence against children over the course of their time in this profession, such incidents were identified a few times over the year. Documentation in the patients' records was done mainly when a case of violence was identified while suspected cases were in general not documented. At the

antenatal care clinics, about 40% of the staff had no experience of reporting cases of violence according to the Social Security Act, while at the children's clinics and the youth clinics, only 15-20% had ever reported any cases. An exception was noted for medical doctors at the youth clinics, where as many as 45% had no experience of reporting violence cases. Clear guidelines, supervision and improved formal collaborations with other parts of the health care services, authorities and organizations were asked for by the staff.

Conclusions: The majority of the staff in this study were experienced within their specific profession, but the majority had never attended any training course in how to handle violence cases in their undergraduate training or during the years in the profession. Some had however attended single days of training within the area of interpersonal violence. Proportionately few did diagnose exposure to violence during the consultation but the majority was positive to introduce routine questioning in their daily activities. Documenting in the patients' records was not generally done by suspicion, but when violence was discovered it was also documented. Health care staff needs supervision and clear guidelines as well as improved support from their work organization to better identify and treat cases of violence in the clinics. Guidelines agreed on within the entire Region would assist the health care staff in their work with interpersonal violence, especially as concerns routine questioning, documentation and reporting violence incidents in accordance with the Social Security Act, chapter 14, §1.

Förord – kartläggning, en grundsten för utveckling

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) har i uppdrag att skapa, samla och sprida kunskap om våld in nära relationer, mäns våld mot kvinnor, hedersrelaterat våld och förtryck samt sexuella övergrepp. VKV bedriver forskning med anknytning till regionens kliniska hälso- och sjukvårdsverksamheter. VKV erbjuder bas- och metodutbildning till samtliga hälso- och sjukvårdsanställda samt anställda inom Folk tandvården i Västra Götalandsregionen (VGR).

Hälso- och sjukvården är en viktig arena för att upptäcka barn som under uppväxten bevittnat/upplevt våld mot närstående samt barn, ungdomar och vuxna som varit våldsutsatta. För att tydliggöra hur det såg ut inom mödravårdscentraler (MVC), barnavårdscentraler (BVC) och ungdomsmottagningar (UM) i VGR 2012, tog VKV initiativ till denna studie där personal som arbetar vid dessa verksamheter ingår.

Arbetet med och resultatet av studien har legat till grund för en mängd insatser inom VKV sedan 2012 och framåt, såväl utvecklingsprojekt som utbildningsinsatser inom Västra Götalandsregionen. En kort beskrivning av dessa finns i bilaga 4.¹ Genom kartläggningen kunde VKV tidigt identifiera de behov av utbildning, rutiner och material kring ämnet våld i nära relationer som fanns inom de barnavårdscentraler, mödravårdscentraler och ungdomsmottagningar som deltog i denna studie. Den kunskap och erfarenhet som personalen delade med sig av när de besvarade enkäterna har förmedlats i utbildningssammanhang för att uppmuntra hälso- och sjukvårdsanställda, personal inom folk tandvården samt studenter, att ställa rutinemässiga frågor om våld. Kartläggningen har tydliggjort vikten av samverkan med andra myndigheter samt hälso- och sjukvårdens ansvar och möjligheter avseende arbetet med patienter som har erfarenhet av våld, denna kunskap har använts i många av VKVs utvecklingsprojekt.

I detta förord vill vi rikta vårt varma tack till alla som på olika sätt bidragit till att denna rapport kommit till:

Personal inom de i studien ingående verksamheterna som i referensgrupper granskat och

haft synpunkter på frågeformulären under den tid de konstruerades.

Alla som givit värdefulla synpunkter vid olika seminarier, såsom Västsvenska forskargruppen kön och våld och forskare från andra delar av Sverige: Ingela Danielsson, medicine doktor och överläkare, Landstinget Västernorrland, Umeå universitet; Cecilia Kjellgren, doktor i medicinsk vetenskap, socionom, Lunds universitet; Kerstin Edin, medicine doktor, barnmorska, Umeå universitet, Maria Eriksson, professor i socialt arbete, Mälardalens högskola.

Personalen vid alla MVC, BVC och UM i Region Halland, där pilotstudien

¹ Se även www.valdinararelationer.se/vkv

Genomfördes samt all personal inom MVC, BVC och UM i Västra
Götalandsregionen, där studien genomfördes.

Göteborg, december 2018

Gunilla Krantz, Eva Wendt, Viveka Enander, författare
Anita Kruse, tidigare chef på VKV samt Carina Eliason, chef VKV

Sammanfattning

I. Våld i nära relationer - ett folkhälsoproblem

Inledning och syfte

Våld är ett betydande folkhälsoproblem som har fått ökad uppmärksamhet under de senaste 10-15 åren, såväl inom klinisk verksamhet som inom forskning. Det drabbar direkt eller indirekt barn och ungdomar, vuxna och äldre, både kvinnor och män, flickor och pojkar (Hensing och Alexandersson, 2000; Krantz och Östergren, 2000; Leander, 2007; Lundgren m.fl., 2001; Stensson m.fl. 2001).

Interpersonellt våld, våld mellan personer, inkluderar våld i nära relationer, vilket oftast sker dolt i hemmet, så kallat gatuvåld som sker utanför hemmet synligt i samhället samt våld mot äldre (Krug m.fl., 2002). Våld i nära relationer kan vara riktat mot ett barn eller en vuxen och innebära systematisk kontroll, kränkningar, hot, isolering och andra former av psykiskt våld samt fysiskt och sexuellt våld (WHO, 2010). När den ena partnern i en relation utsätter den andra för upprepat våld, vanligast är en man mot en kvinna, innebär det vidare att barnen i familjen lever med våld i sin vardag, och detta kränker barns rätt till och behov av en lugn, trygg och förutsägbar uppväxtmiljö (Eriksson, 2003).

Barn som bevittnat våld mot sin mamma har generellt många symtom på ohälsa och har fler symtom på psykisk ohälsa än barn i allmänhet (Broberg m.fl., 2011; Corneliussen, 2012; Holt, Buckley och Whelan, 2008).

Våld under graviditet kan ge ett antal graviditetsrelaterade komplikationer såsom för tidigt födda barn och låg födelsevikt och drabbar därmed även ofödda barn samt blivande mödrar (Murphy, Schei och Myhr, 2001; Boy och Salihu, 2004; Sarkar, 2008). Utöver indirekt våld är många barn direkt utsatta för våld mot sin egen person (Dobash och Dobash, 1980; Lundgren m.fl., 2001; Rädda Barnen, 2007). Våldsutsatthet har även hos vuxna starka samband med fysisk och psykisk ohälsa (Heise och Garcia-Moreno, 2002; Vos m.fl., 2006; WHO, 2005; WHO, 2010). De som är utsatta sätter dock inte alltid sina symtom i samband med sin våldsutsatthet, då en normalisering av livssituationen och förhållandet till partnern i vissa fall sker, innebärande att en kvinna som varit utsatt för våld under en längre period börjar betrakta det som normalt (Lundgren, 2004). Detta visar på betydelsen av att hälso- och sjukvården fångar upp problemet, och helst i ett tidigt skede.

Personer som lever med våld söker ofta hälso- och sjukvård (NCK, 2010), men utan att ta upp detta vid besöket. Vid minsta misstanke om att våld förekommit ska personal vara lyhörd och ha beredskap för att ta upp ämnet i konsultationen.

Det är av yttersta vikt att den vård sökandes erfarenheter av våld uppmärksammas och tas på allvar. Såväl diffusa som tydliga tecken på våld måste beaktas och följas upp för att både de som är våldsutsatta och de som utsätter någon för våld ska kunna få hjälp. Primärvården med dess vårdcentraler utgör en viktig del inom hälso- och sjukvården som genom att ställa frågan om våld skulle kunna fånga upp vuxna, ungdomar och barn med erfarenheter av våld. När det gäller män och kvinnor i fertil ålder, från tidiga tonår och uppåt, finns det tre verksamheter inom hälso- och sjukvården som de flesta kommer i kontakt med vid något tillfälle: mödravårdscentraler vid graviditet, barnavårdscentraler under barnets första 6 år samt ungdomsmottagningar som möter majoriteten av alla ungdomar. Många ungdomar/unga vuxna besöker ungdomsmottagningar för frågor kring sexualitet, relationer, preventivmedel, könssjukdomar, psykisk ohälsa och annat som rör deras livssituation. Dessa tre verksamheter har stora möjligheter att fånga upp både de som är utsatta för våld och de som utövar våld. I stora delar av hälso- och sjukvården saknas dock ett systematiskt sätt att ta upp sådana frågor under besöket, i synnerhet att fånga upp våld i ett tidigt skede. Omhändertagandet varierar och det saknas ofta klara instruktioner för personal att förhålla sig till.

Denna tvärsnittsstudie genomfördes under 2012 för att undersöka hur personal vid Västra Götalandsregionens samtliga mödravårdscentraler, barnavårdscentraler och ungdomsmottagningar bemöter barn, ungdomar och vuxna med erfarenheter av våld, samt vilka åtgärder som vidtas vid upptäckt. Vidare undersöktes hur personalen agerar när det gäller att fråga om våld, att dokumentera våld i journalen samt att anmäla enligt socialtjänstlagen kap. 14, § 1.

Definitioner och begrepp

Världshälsoorganisationen, WHO, har gjort en tydlig definition av de olika typer av våld som förekommer. Interpersonellt våld inkluderar så kallat familjevåld, som oftast sker i hemmet innanför stängda dörrar, och så kallat gatuvåld, vilket innebär våld som är utanför hemmet, synligt i samhället. Familjevåld inkluderar i WHO:s indelning barnmisshandel, partnervåld och våld mot äldre, medan gatuvåld inkluderar våld mellan personer, oftast män, som känner varandra utan att ha familjeband samt våld mellan främlingar.

Begreppet familjevåld (på engelska domestic violence) är dock omtvistat, då hela familjen görs ansvarig, inte den eller de individer som brukar våld. I denna rapport används därför det innehållsmässigt synonyma begreppet våld i nära relationer. Självorsakat våld (självskadebeteende, självmordsförsök och självmord) och kollektivt våld avser sådant våld som sker i interna konflikter av politiska, ekonomiska eller sociala skäl, av en grupp mot en annan i samhället, och behandlas inte vidare i denna studie (Krug m.fl., 2002).

I denna rapport diskuteras interpersonellt våld och framförallt partnervåld och våld mot barn. Med partnervåld avses det våld som uppstår när en person utövar våld mot en partner i en intim relation. Det finns i de flesta fall en väldefinierad partner av motsatt eller samma kön, och i det senare fallet används begreppet samkönat våld. En partner kan vara make/maka/samboende eller särboende partner/f.d. partner/pojkvän/flickvän eller en tillfällig sexuell kontakt. För unga människor som inte lever i en stabil relation behöver begreppet vidgas till att även innefatta vänner och yttligare bekanta med vilka man har eller har haft en sexuell/ intim relation.

Det våld som utövas brukar beskrivas som fysiskt, psykiskt och/eller sexuellt våld. Världshälsoorganisationen (WHO) har valt att även inkludera begreppen kontrollerande beteende och hot om våld som fristående former av våld (Krug m.fl., 2002). De olika formerna av våld överlappar ofta varandra. Fysiskt eller sexuellt våld i en nära relation förekommer i vissa fall samtidigt med kontrollerande beteende (Graham-Kevan och Archer, 2005; Johnson, 2006). Sådant våld har i studier visat sig vara grövre än det våld som brukar beskrivas som situationsbetingat, det vill säga att våld uppstår i en situation utan att vara planerat eller förenat med någon form av kontrollbeteende (Johnson, 2006; Johnson och Ferrano, 2000).

Det våld som främst drabbar kvinnor är partnervåld, både i Sverige och i övriga världen, medan män främst är utsatta för s.k. gatuvåld (Krug m.fl., 2002). Partnervåld kan uttryckas som psykiskt våld och utövas genom att en person ignorerar, förminskar och/eller nedvärderar en annan person eller utsätter någon för hot. Personen kan också bli utsatt för kontrollerande beteende av sin partner

gällande vem han/hon träffar, talar med eller besöker, och till slut kan detta leda till isolering från familj, vänner och arbetskamrater. Det fysiska våldet i form av slag, sparkar, strypgrepp, användande av olika former av tillhyggen eller vapen kan orsaka allvarliga, kroppsliga skador. Sexuellt våld innebär sexuella hot, tvång, trakasserier, våldtäkt och att tvingas utföra förnedrande sexuella handlingar.

Begrepp som används för att beskriva barns utsatthet är barn som bevittnat/utsatts för våld, barnmisshandel och barn som får illa/misstänks fara illa. Med uttrycket barn som bevittnat våld menas att barnet sett eller hört våld som utövats av en förälder/vårdnadshavare mot den andra föräldern/vårdnadshavaren eller annan närstående vuxen (Prop. 2005/06:166; Prop. 2006/07:38). Här avses alltså en vidare krets av möjliga våldsutsatta och våldsutövare, men i många fall handlar det om att barnet har bevittnat våld som den ena föräldern/vårdnadshavaren utsatt den andra för. Detta påverkar barn på ett djupgående sätt eftersom det blir en del av en vardagsverklighet och benämns därför som barn som utsatts för våld, alternativt barn med erfarenhet av våld. Fenomenet är dock detsamma. Med barnmisshandel menas direkt våld mot barnet, oavsett om våld förekommer i föräldrarnas parrelation eller inte. Begreppet barn som får illa/misstänks fara illa är ett vidarebegrepp som innefattar flera olika utsatta situationer för barn som de ovan beskrivna, men som även inkluderar omsorgsbrist (Eriksson, 2002).

Det våld som de olika professionerna i denna studie framförallt möter i sin verksamhet handlar om olika former av våld i nära relationer såsom partnervåld och våld mot barn, men även sexuell exploatering, vilket framförallt är aktuellt på ungdomsmottagningarna men även på MVC. Partnervåld och barns utsatthet beskrivs översiktligt nedan, då dessa är vanligast förekommande.

Våldets förekomst

Mäns våld drabbar kvinnor genom hela livsrytmen, och accepteras i många samhällen som en normal företeelse inom en nära relation (Krug m.fl., 2002). Utöver att detta våld bryter mot mänskliga rättigheter och den nationella lagstiftningen i många länder, är det en av de fem främsta orsakerna till kvinnors ohälsa (Krug m.fl., 2002) och starkt förbundet med allvarliga hälsoeffekter (Heise och Garcia-Moreno, 2002; WHO, 2005). Kvinnors större utsatthet beror på den underordnade position som kvinnor oftast har gentemot män. Den sociala relationen mellan könen, genus, styrs i sin tur av den kultur som råder i ett land eller inom en folkgrupp, och beskriver de normer, värderingar och förväntningar som förknippas med kvinnligt respektive manligt kön. I de allra flesta kulturer värderas kvinnors kompetenser och förmågor lägre än mäns, och kvinnor har därmed en underordnad position i samhället i jämförelse med män. Dessa

ojämställda levnadsvillkor tar sig mycket olika uttryck i olika delar av världen, alltifrån olika lön för samma arbete till olika rättigheter enligt lag, där kvinnor kan vara utsatta för generell diskriminering och sakna arvsrätt eller möjlighet att få ta hand om sina barn vid en eventuell skilsmässa. Rent biologiskt är kvinnor fysiskt svagare än män och har därmed mindre möjlighet att försvara sig mot fysiskt och sexuellt våld.

Partnervåld i heterosexuella relationer

Majoriteten av alla studier om våld i nära relationer undersöker mäns våld mot kvinnor. Sådant våld förekommer i stort sett i alla kulturer och regioner och i alla samhällsgrupper (Krug m.fl. 2002), men förekomsten är olika i olika grupper av befolkningen. Det har visats i flertalet studier att våld mot kvinnor inom en relation förekommer oftare i länder och kulturer där våld används som ett accepterat sätt att lösa konflikter, där maskulinitet är relaterat till hårdförhet, där könsroller är traditionella och där barnaga är accepterat. Vidare förekommer våld oftare i samhällen präglade av fattigdom, låg social sammanhållning, hög arbetslöshet och låg utbildning (Garcia-Moreno m.fl., 2005; Ellsberg, Pena och Herrera, 2000; Reichenheim, Moraes och Szklo, 2006; Vung, Östergren och Krantz, 2008).

Kunskap från en mängd vetenskapliga studier sammanställdes i en omfattande rapport från WHO som utkom år 2002. Från dessa drogs slutsatser som bidragit till att kunskapen om våld i ett globalt perspektiv ökat väsentligt. Partnervåld riktat mot kvinnor uppvisar stora skillnader i förekomst mellan länder och regioner i världen. I vissa länder fann man att mer än 50 % av kvinnor i åldersgruppen 18–49 år varit utsatta för någon form av våld under det senaste året, medan förekomsten var betydligt lägre i andra länder, 3–5 % (Garcia-Moreno m.fl., 2005). Kvinnor utsätts även för våld av annan person än en partner eller f.d. partner. Det handlar då ofta om sexuellt våld och exploatering, såsom sexuella trakasserier, övergrepp, våldtäkt och trafficking (Krug m.fl. 2002). Riskfaktorer för att en kvinna ska utsättas för sådant våld är många, och dessa beskrivs väl i den så kallade ekologiska modellen, som beskriver riskfaktorer på olika nivåer i samhällets organisation. I en sådan modell beskrivs först individuella riskfaktorer såsom arbetslöshet, att ha levt våld som barn, att ha en psykisk störning, personlighetstörning, isolering, härefter kommer familjerelaterade faktorer såsom konflikter i familjen/mellan partners, dåliga sociala nätverk, utsatthet ekonomiskt eller socialt. Den tredje nivån berör lokalsamhället och här berörs hur hälso- och sjukvården är organiserad, om det finns samhällsstöd att ge enskilda eller familjer som lever i en utsatt situation och slutligen, på den strukturella, samhälleliga nivån påverkas våldsutövande av den kultur som råder, exempelvis om våld är ett accepterat sätt att lösa konflikter, hur välfärdssamhället fungerar, vidare ökar risken för våld i ett samhälle där inte vålds- utövande är kriminaliserat och mer

våld förekommer ju lägre grad av jämställdhet mellan könen som råder (Ali, Krantz, Mogren, 2011; Heise, 1998).

Det finns totalt sett få studier som berör mäns utsatthet för våld inom en relation, men i USA har det gjorts sådana studier där främst våld mellan unga människor har undersökts. Studierna visar att såväl män som kvinnor utövar våld, men det är få studier som undersöker våldets allvarlighetsgrad och effekter. I en studie som omfattade 19 länder från hela världen fann man att det var stor variation på mäns utsatthet för våld (Bernards och Graham, 2013). Den tendens som anas är att länder med jämförelsevis hög grad av jämställdhet mellan könen även har högre förekomst av partnervåld utövat av en kvinna mot en man, men studien omfattade inte motiv till våldet, såsom i självförsvar eller i aggression, vilket gör sådana siffror svårbedömda (Bernards och Graham, 2013).

Majoriteten av studier som inkluderar både män och kvinnor visar att kvinnor i större utsträckning än män skadas av våldet som utövas mot dem (Archer, 2000). Studier från andra höginkomstländer visar att det speciellt i yngre åldersgrupper förekommer såväl ensidigt manligt som ensidigt kvinnligt våld och även relationer där båda parter använder våld men med olika motiv (Straus, Gelles och Steinmetz, 1980; Johnson och Ferraro, 2000; Archer, 2000).

Mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer är ett vanligt förekommande samhälls- och folkhälsoproblem även i Sverige. Vid en internationell jämförelse är förekomsten lägre än i många låg- och medelinkomstländer men av samma storleksordning som i jämförbara höginkomstländer. Sverige har vid en internationell jämförelse kommit längre än många andra länder när det gäller jämställdhet mellan könen, men de studier som genomförts visar trots detta att 15–25 % av vuxna kvinnor (>18 år) någon gång i livet utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld från en närstående partner, och 2–5 % av unga kvinnor har utsatts för sådant våld under det senaste året (Leander, 2007; Krantz och Östergren, 2000; Hensing och Alexandersson, 2000; Stenson m.fl., 2001).

En uppmärksam belysning är Slagen dam, där 7 000 kvinnor deltog. Studien inkluderar mäns våld mot kvinnor såväl inom som utom en nära relation och publicerades år 2001. Man fann att 15 % av kvinnorna i åldern 18–64 år har utsatts för fysiskt våld från en man efter sin 15-årsdag och 5 % under det senaste året. Vidare rapporterade 34 % att de utsatts för sexuellt våld efter sin 15-årsdag och 7 % att de utsatts under det senaste året (Lundgren m.fl., 2001). Så många som 56 % av kvinnorna uppgav att de utsatts för sexuella trakasserier och 16 % under det senaste året. Sexuella trakasserier innefattade nedvärderande tillmälen och hot. Vidare fann man att yngre kvinnor var mer utsatta än äldre.

Det finns ett fåtal populationsbaserade studier från Sverige som inkluderar både män och kvinnor, där utsatthet för våld kunnat uppskattas. I två studier, publice-

rade 2012 och 2013, tillfrågades både män och kvinnor om våldsutsatthet från sin make/maka eller partner. Ett frågeformulär besvarades av 173 män och 251 kvinnor i den ena studien (Lövestad, Krantz, 2012) och av 399 män och 573 kvinnor i den andra studien (Nybergh m.fl., 2013). I de två studierna användes olika instrument för att undersöka utsatthet för fysiskt, psykiskt och sexuellt våld. Resultaten visade god samstämmighet gällande kvinnors utsatthet, medan siffrorna för män inte visade lika stor samstämmighet. Mäns och kvinnors utsatthet för fysiskt våld under det senaste året var 8–11 %, och 24 % uppgav att de utsatts för psykiskt våld, medan betydligt fler kvinnor än män rapporterade att de utsatts för sexuellt våld, 3 respektive 1 % (Lövestad och Krantz, 2012; Nybergh m.fl., 2013). Resultatet visade vidare att en stor del, 64 %, av de män som rapporterade utsatthet för fysiskt och/eller sexuellt våld själva använt sådant våld mot sin partner, vilket gör att tolkningen av mäns våldsutsatthet fortfarande är oklar. En mindre grupp män visade sig vara utsatta för våld från sin kvinnliga partner utan att själv använda våld, och dessa rapporterade även allvarliga hälsoproblem.

En studie publicerad under 2014 från Nationellt centrum för kvinnofrid, med titeln Våld och hälsa – en befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa, omfattade 5 681 kvinnor och 4 654 män i åldern 18–74 år, motsvarande 57 respektive 47 % av de tillfrågade (NCK, 2014). Detta är den största undersökningen om våldsförekomst som gjorts i Sverige, där både män och kvinnor deltagit. Studien beskriver interpersonellt våld och ger även uppgifter om partnervåld. Sammanfattningsvis så visas att 15 % av kvinnorna och 5 % av männen utsatts för någon form av sexuella övergrepp, sexuell förnedring eller sexuella trakasserier under det senaste året. Av kvinnorna hade 3.4 % utsatts för sexuella övergrepp med inslag av våld, och för männen var motsvarande siffra 0.9 %. Det var främst yngre kvinnor som drabbats. Man fann även att 14 % av kvinnorna och 5 % av männen hade utsatts för fysiskt våld eller hot om våld från partner eller tidigare partner efter 15 års ålder. Den yngsta åldersgruppen, 18–24 år, var mest utsatt, och under det senaste året rapporterade 4 % av unga kvinnor och drygt 3 % av unga män att de utsatts för fysiskt våld från en partner.

Psykiskt våld var vanligast förekommande. Under sitt vuxna liv hade 20 % av kvinnorna utsatts för upprepat och systematiskt psykiskt våld från en tidigare eller aktuell partner, och motsvarande siffra för män var 8 %. Denna studie ger även detaljerade siffror för hur deltagarna rapporterat våldsutsatthet under barndomen samt har räknat om data till att spegla ett livstidsperspektiv. Likaså finns kopplingen till ohälsa beskriven (NCK, 2014).

Sammanfattningsvis kan man konstatera att de studier som finns är genomförda med hjälp av olika instrument och olika populationer men ändå visar relativt god

samstämmighet kring våldets prevalens i Sverige. Många frågor återstår dock att besvara. För att få en mer fullständig bild av partnervåld behöver mäns respektive kvinnors motiv till att utöva sådant våld undersökas, vidare även våldets allvarlighetsgrad och dess kroppsliga och sociala konsekvenser. Såväl kvantitativa som kvalitativa studier behöver genomföras för att ge en fullständigare bild.

Samkönat våld

Våld i samkönade relationer började studeras i USA på 1980-talet i något större skala. Det finns en konsensus om att formerna för våld är likartade för samkönade och heterosexuella relationer. Våldet har sin grund i maktutövning och det tar sig uttryck i psykiskt, fysiskt och sexuellt våld (Ristock och Tingbang, 2005). Internationella populationsstudier, framförallt från USA, visar att förekomsten av våld i lesbiska parrelationer varierar kraftigt, mellan 17 och 52 %. Detta kan till en del förklaras av att olika våldsdefinitioner och åldersgrupper samt datainsamlingsmetoder använts i de olika studierna. I en kunskapsöversikt om förekomsten av samkönat våld bland män gjordes ett försök att sammanfatta forskningsresultat utifrån de 28 inkluderade studierna. Detta visade sig vara svårt eftersom studierna även här hade såväl olika definitioner av våld som olika mätinstrument för samkönat våld. Slutsatsen var dock att våldsförekomsten bland homosexuella män i nära relationer är i samma nivå eller högre än bland lesbiska kvinnor (Finneran och Stephenson, 2013).

I Sverige genomfördes en större omfångsundersökning av samkönat våld år 2005, där 2013 medlemmar i RFSL deltog. Resultatet visade att en fjärdedel hade erfarenheter av någon form av fysiskt, sexuellt och/eller psykiskt våld. Endast ett fåtal av de våldsutsatta hade sökt hjälp eller stöd, och då hade de vänt sig till psykiatrin inom hälso- och sjukvården, till socialtjänsten eller till familjerådgivningen. Endast ett fåtal polisanmälde händelserna (Holmberg, Stjernqvist och Sörensen, 2005).

De studier som finns har mest undersökt våld i samkönade, etablerade parrelationer, och det kan vara en möjlig orsak till att det finns förhållandevis få studier som har undersökt yngre och äldre homosexuellas utsatthet för våld (NCK, 2009:2). Det finns dock några undersökningar som visar att unga homo- bi- och transsexuella (hbt) personers risk att utsättas för våld är högre än för äldre hbt-personer (Ungdomsstyrelsen, 2012). Vidare fann man i en omfångsundersökning genomförd i Norge från 2007, att unga 14–16 åriga homo- och bisexuella ungdomar var mer utsatta för alla typer av våld än heterosexuella ungdomar i samma ålder (Ulstein Moseng, 2007). Samma tendens visas även i Folkhälsoinstitutets hbt-undersökningar från år 2005, där åldersgruppen 16–29 år visade sig vara mest utsatt för våld jämfört med övriga åldersgrupper gällande

utsatthet för våld under det senaste året (Statens folkhälsoinstitut, 2006:08).

Tillsammans med RFSU Ungdom genomförde Ungdomsstyrelsen en studie som beskrev våldsutsatthet hos unga hbt-personer. I åldersgruppen 15–26 år hade 13 % blivit utsatta för hot om våld under det senaste året, och 15–18-åringar var mest utsatta. Utsatthet för fysiskt våld under det senaste året, relaterat till sexuell läggning och/eller könsidentitet/könsuttryck, uppgavs av 4 %. Sexuella övergrepp var ännu vanligare. 35 % hade erfarenhet av detta, och yngre personer var i högre utsträckning drabbade än äldre (Ungdomsstyrelsen, 2010).

Barn som bevittnat/utsatts för våld

I Statens offentliga utredningar (SOU 2001:72) redovisas att ungefär 10 % av alla barn någon gång upplevt våld i hemmet och att cirka 5 % upplever detta ofta. När det gäller våld direkt mot barn var Sverige det första land i världen med att 1979 stifta en lag mot användandet av kroppslig bestraffning. Vid internationella jämförelser framkommer att kroppslig bestraffning av barn sker mer sällan i Sverige än i andra länder, men fortfarande dör fyra till fem barn per år p.g.a. fysiskt våld från föräldrar/vårdnadshavare, och ett antal utsätts för våld med allvarliga hälsokonsekvenser, yngre oftare än äldre barn (Allmänna barnhuset, 2007:4).

Den största studien som genomförts i Sverige om fysiskt våld mot barn omfattade ungdomar i årskurserna 7–9. Den visar att 15 % var utsatta för fysiskt våld från förälder/vårdnadshavare, vilket är lägre än vad som visats i jämförbara europeiska länder. Flickor och pojkar var utsatta i samma omfattning, och likaså visade det sig att män och kvinnor utövade detta våld i samma utsträckning. Endast en mindre del av dessa ungdomar rapporterade våldsutsatthet till någon myndighet eller vårdgivare. Riskfaktorer för att utsättas var att leva med fosterföräldrar samt att familjen hade påfrestande sociala och ekonomiska förhållanden. Om partnervåld förekom i familjen så var risken klart ökad för att även de unga skulle utsättas för våld, vilket är ett välkänt samband som visats i många studier (Annerbäck m.fl., 2010).

Att vara våldsutsatt orsakar ohälsa och olika svårigheter under hela barnets upp- växt, i barndom, tonår och upp i vuxen ålder (Felitti m.fl., 1998). Risken för ökad aggressivitet, normbrytande beteende, depression, ångest, självmord, bristfälliga skolprestationer, posttraumatisk stress och arbetslöshet ökar. Under 2010–2011 genomfördes en svensk studie, den så kallade Resumé-studien, på uppdrag av Socialstyrelsen (Andershed m.fl., 2011). Syftet var att ta reda på hur vanligt det är att svenska unga vuxna blivit utsatta som barn och hur de lever och mår idag. En av frågeställningarna var vad som förklarar att vissa personer som varit utsatta i unga år ändå mår bra i vuxen ålder? De slutsatser som drogs var

följande:

- Utsatthet är en upprepade företeelse med långsiktiga konsekvenser.
- Majoriteten av unga utsätts på något sätt under sin uppväxt.
- De som utsätts för våld får uppleva flera olika former av våld.
- Många utsätts i skolan av jämnåriga eller partners.
- De allra flesta anmäler inte vad som hänt.
- De allra flesta får inte någon professionell hjälp att hantera det som hänt dem.
- De som utsätts upprepade gånger får oftare hjälp än de som utsätts vid enstaka tillfällen.
- Utsatthet under uppväxten är relaterad till ohälsa i ung vuxenålder.

Alla dessa faktorer tydliggör betydelsen av att barn och ungdomar som bevittnat/utsatts för våld uppmärksammas och att professionella tar sitt ansvar och ger barnet hjälp och stöd i livssituationen, samt anmäler enligt socialtjänstlagen (soci- altjänstlagen kap. 14, § 1; Tingberg, 2010).

Att leva med våld i sin egen familj, oavsett om det utövas mellan föräldrar i barnens närvaro eller om barnet själv utsätts för våld från någon förälder, har i studier visat sig leda till allvarliga hälsokonsekvenser. Det innebär även en något ökad risk att barn som har erfarenheter av våld själva kommer att utöva våld som vuxna. Detta gäller framförallt pojkar (Krug m.fl., 2002). För flickor är risken ökad att de själva utsätts för våld senare i livet (Fleming m.fl., 1999; Miller, 2006; Paterson m.fl., 2007; Walsh m.fl., 2007). Barn som utsätts för våld beskriver att de svåraste upplevelserna är knutna till tystnaden och hemlighållandet av våldet och övergreppen samt till att ingen vuxen person ingriper. Tystnaden omkring övergreppen medför att barnens traumatiska upplevelser osynliggörs. Därmed kan många barn uppleva att de själva orsakat våldet genom att de haft en konflikt med förövaren (Weinehall, 1997).

Sexuell exploatering är sedan flera år ett aktuellt och viktigt område att ha kunskap om, framförallt för personal som arbetar på ungdomsmottagningar. Olika former av sexuell exploatering förekommer, såsom att sexuella övergrepp mot ett barn fotograferas eller filmas, att ett barn skildras pornografiskt på annat sätt, att barnet får något i utbyte mot sexuella tjänster (pengar, mobiltelefon, alkohol etc.) och att en annan person får ersättning för att ett barn utnyttjas eller att en person på något sätt främjar att barnet utnyttjas sexuellt (SOU 2004:71). Internet har blivit en integrerad del i barns och ungdomars vardag, och detta är i huvudsak positivt men innebär också risker avseende utsatthet på nätet. En rapport från BRIS (2008) visade att 9 % av barns och ungdomars samtals- eller mailkontakter med BRIS handlade om erfarenheter som var relaterade till IT. Av dessa var 10

% relaterade till sex. Många beskrev oro och ångest efter att frivilligt ha lagt ut foton på sig själv eller visat sig i webbkamera, även om ingenting mer hade hänt. I andra fall hade före detta pojkvänner spridit bilder som en medveten kränkning. Att många ungdomar kan råka ut för sådant på Internet är viktigt för vuxna att vara medvetna om för att de ska kunna ta upp det i mötet med unga, t.ex. på ungdomsmottagningar. Negativa upplevelser via Internet, såsom obehagliga förslag eller bilder, kränkningar och elaka kommentarer, kan såra på samma sätt som i verkliga livet men sprids till så många fler (Redd Barna, 2004).

Brottsförebyggande rådet genomförde 2005 en representativ enkätundersökning med 7 500 skolungdomar i årskurs 9 (BRÅ 2007). De tillfrågades om förekomsten av sexuella kontakter via Internet de senaste 12 månaderna av någon de inte kände eller som de visste var vuxen. Resultatet visade att 25 % hade fått sexuella förslag och 25 % hade blivit ombedda att tillhandahålla sexuella tjänster, såsom att visa sexiga bilder på sig själva. Detta drabbade flickor tre–fyra gånger oftare än pojkar. Det var endast 2 % dessa ungdomar som hade berättat för en vuxen om dessa händelser (BRÅ 2007).

Våldets hälsoeffekter

Samhällets bemötande av våldsutsatta

Våld betraktas som ett folkhälsoproblem i Sverige. Trots detta uppmärksammas inte våld i tillräcklig utsträckning som orsak till hälsoproblem inom hälso- och sjukvården eller socialtjänsten. Sedan 2014 finns föreskrifter och allmänna råd från Socialstyrelsen, men det saknas övergripande riktlinjer och rutiner inom hälso- och sjukvården för hur personal ska upptäcka, bemöta och stödja människor som utsatts för våld och detta gäller även barn. Ämnet är fortfarande känsligt, och när frågan ställs, t.ex. vid ett besök inom hälso- och sjukvården, ska det finnas möjlighet till uppföljning och stöd. Personer som utsatts för våld söker ofta sjukvård, ibland för direkta skador som uppkommit p.g.a. våldet men oftast för diffusa och vanligt förekommande symtom som inte direkt leder tanken till våldsutsatthet. Det betyder att det kan vara svårt att identifiera och fånga upp våldsutsatta personer om man inte ställer frågor om våld eller inbjuder till samtal om livssituation och relationer, vilket kräver kunskap, stöd från sin egen verksamhet och samverkan med andra. En mer utförlig beskrivning av detta återfinns i diskussionen.

2. Hälso- och sjukvårdsorganisationens ansvar

Våld betraktas som ett folkhälsoproblem men uppmärksammas inte inom hälso- och sjukvården i tillräcklig utsträckning. Många verksamheter saknar riktlinjer för hur personal ska upptäcka, bemöta och stödja människor som lever med våld, och ämnet är fortfarande känsligt. Personer som utsatts för våld söker ofta sjukvård, ibland för direkta skador, men oftast för diffusa och vanligt förekommande symtom som inte direkt leder tanken till våldsutsatthet. Det betyder att det kan vara svårt att identifiera och fånga upp våldsutsatta om man inte ställer frågor om våld eller inbjuder till samtal om livssituation och relationer, vilket kräver kunskap, stöd från sin egen verksamhet och samverkan med andra.

Den svenska hälso- och sjukvårdslagen värnar om patientens behov av trygghet i vården och att det ska finnas en helhetssyn på patientens situation. Vården ska vara kunskapsbaserad och ändamålsenlig, säker, patientfokuserad, effektiv, jämlik, samt ges inom rimlig tid (SFS, 1982:763). Relationen mellan vårdgivare och patient ska baseras på värme, tillit, öppenhet, ärlighet och förtroende. Personalen ska visa respekt för individen och dess värderingar, göra patienten delaktig i beslutsfattandet samt främja kommunikation genom individuellt anpassad information och uppmärksamt lyssnande (Socialstyrelsen, 2009). Vidare har hälso- och sjukvårdsorganisationen ansvar för att det finns ett etablerat samarbete med socialtjänsten (SOU 2013:44).

Under 2012–2013 genomförde Inspektionen för vård och omsorg (IVO) en nationell tillsyn av kommuners, landstings, sjukvårdsregioners och kvinnojourers arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som har bevittnat våld (IVO, 2014). Rapporten visar att det finns behov av att förbättra kvalitén och kompetensen i hälso- och sjukvårdens arbete inom detta område. Barn som bevittnat eller utsatts för våld mot sin egen person uppmärksammas inte utan fokus ligger ofta på barnets vårdnadshavare. Sådana händelser anmäls inte heller alltid till socialtjänsten (Tingberg, 2010), vilket är anmärkningsvärt eftersom hälso- och sjukvårdspersonal har lagstadgad skyldighet att anmäla vid misstanke om att barn far illa.

Kunskap om våld hos hälso- och sjukvårdspersonal

Även om varje anställd har ett eget ansvar för sitt arbete, har organisationen det övergripande ansvaret att de anställda har tillräcklig kunskap och stöd för att kunna bemöta och hjälpa våldsutsatta. Detta står klart uttalat i hälso- och sjukvårdslagen. Denna kunskap handlar om att hälso- och sjukvårdspersonalen ska ha

grundläggande kunskap om våld i nära relationer och sexuell exploatering, inte minst för att kunna vara lyhörd för det som inte uttalas, kunna se specifika samband och ställa relevanta frågor som tas emot väl. Detta kan i sin tur bidra till att de som är våldsutsatta kan fångas upp i ett tidigt skede, få hjälp och därmed förbättra sin livssituation.

Andra viktiga kunskapsområden handlar om dokumentation, anmälan enligt socialtjänstlagen och skyddad identitet. I mötet med våldsutsatta är det avgörande att personalen även har en djupare kunskap och förståelse för vad normaliseringsprocessen innebär (Lundgren 2004) och vad uppbrottsprocessen handlar om (Holmberg och Enander, 2004). De bör också ha kunskap om, och förstå, de reaktioner som kan finnas hos dem själva (Holm, 1987) i mötet med såväl våldsutsatta som våldsutövare. Hälso- och sjukvården och dess personal, inom alla verksamhetsområden och på alla nivåer, behöver kunskap om våld eftersom våldsutsatta personer söker vård av olika anledningar inom i stort sett alla hälso- och sjukvårdens verksamheter.

Nationellt centrum för kvinnofrid tydliggör i antologin Att fråga om våldsut-satthet som en del av anamnesen, (NCK, 2010) betydelsen av att de som söker vård får frågor om personliga erfarenheter av våld. Detta skulle möjliggöra en tidig identifiering av våldsutsatta så att de kan erbjudas ett adekvat omhändertagande. NCK påtalar att landsting/regioner har ett ansvar för att personalen får en grundläggande utbildning om våld, eftersom undervisning i ämnet inte ingår som en obligatorisk del i alla grundutbildningar för yrken inom hälso- och sjukvården. Som stöd för personalen bör det också finnas handlingsplaner och riktlinjer med genomtänkta rutiner för varje verksamhetsområde. Det blir sedan den enskilde verksamhetschefens uppgift att följa upp att personalen har tillräcklig kompetens att ställa frågor om våld (NCK, 2010).

Dokumentation

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska det finnas en patientjournal som innehåller de bedömningar som ligger till grund för olika beslut. Det som ska dokumenteras är såväl planerad som genomförd vård, råd per telefon samt viktig information som lämnats till närstående. En patientjournal ska vara tillförlitlig, tydlig och aktuell, eftersom den utgör grunden till värdering och uppföljning, och den kan därigenom förbättra vården för den enskilde patienten (SOSFS 2008:14). Även bilder och ljudupptagning ingår i en patientjournal.

Att dokumentera skador genom foto kräver att det finns en kamera tillgänglig och att personalen vet hur de ska dokumentera med foto. Ansvaret för detta ligger på organisationen och dess ledning. Det ska finnas skriftliga rutiner och

instruktioner om såväl läkarundersökning och spårsäkring som journaldokumentation och fotografering. Läkarundersökningen med noggrann objektiv dokumentation ska ligga till grund för en medicinsk bedömning av skadorna, vilken tillsammans med spårsäkringen ska tjäna som underlag för utfärdande av rättsintyg. Undersökningen ska vara noggrann, och hela kroppen ska undersökas och alla skador dokumenteras. Graden av fysisk och psykisk skada samt behovet av behandling ska bedömas.

Anmälan till polis och socialtjänst

Om påföljden för det brott som en person utsatts för är förenat med minst ett års fängelse enligt straffskalan, eller om försök till brott som kan ge minst 2 års fängelse har begåtts, kan sjukvårdspersonal göra polisanmälan utan att brott mot sekretesslagen begås. Dock föreligger ingen skyldighet att anmäla.

Om det finns barn under 18 år i familjen ska sjukvårdspersonal alltid göra en anmälan till socialtjänsten i fall där det finns oro eller misstanke om att barn far illa (SoL kap. 14, § 1). Det är viktigt att vårdpersonalen vid en anmälan ger den eller de som är våldsutsatta sitt stöd. När det gäller anmälan till socialtjänsten om barn som lever med föräldrars våld eller själva utsätts för våld, finns ett omfattande regelverk. Riktlinjer och rutiner för hur dessa barn ska uppmärksammas och bemötas saknas inom många hälso- och sjukvårdsverksamheter. En svensk studie visar att barnmisshandel inte är en prioriterad fråga på BVC (Lagerberg, 2001), och en annan svensk studie beskriver barnsjuksköterskors ambivalens i mötet med våldsutsatta barn, då de både ska anmäla detta och ha en vårdande roll (Tingberg, Bredlöv och Ygge, 2008).

Hälso- och sjukvårdsorganisationen har ett övergripande ansvar att det ytterst finns stöd och rutiner samt att själva handläggningen fungerar, både avseende socialtjänstanmälan och polisanmälan. Organisationen har även ansvar för att det finns ett etablerat fungerande samarbete med såväl polis som socialtjänst.

Samarbete med annan hälso- och sjukvård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska olika insatser för patienten samordnas på ett ändamålsenligt sätt (SFS 2006:493). Ett väl etablerat samarbete mellan olika professioner och verksamheter skulle kunna leda till att vårdpersonal i större utsträckning vågar fråga om våld och att de som är utsatta för våld vågar beskriva sin situation. Rutiner ska vara lättillgängliga, med information och kontaktuppgifter som behövs för att hjälpa den vårdsökande vidare till rätt profession och verksamhet.

Bemötande och kommunikation

Förutsättningar för att en konsultation ska vara givande skapas både på individ- och organisationsnivå. På den individuella nivån handlar det om att personalen kan lyssna in vad den vårdsökande beskriver, och på den organisatoriska nivån handlar det om vilken tid och vilket utrymme ett samtal får ta och om det finns möjlighet till avskildhet i mötet (Vinthagen, 2007), vilket till stor del handlar om uppdrag och struktur.

Hur själva mötet blir har även med normer och värderingar att göra. I relationen mellan personal och den som söker vård finns mer eller mindre av maktasymmetri och auktoritet. Det är såväl personalens kunskap och de olika attribut som används (kläder, språk, miljö) som ger vårdpersonal maktövertag. Ett patient- eller personcentrerat sätt är det mest gynnsamma för att den som söker vård ska få ett bra bemötande (Ottosson, 1999; Edvardsson, 2010). Det handlar om att vara inriktad på personens hela situation och psykosociala förhållanden såväl som önskemål och känslor. Det är viktigt att personen får vara i centrum och i största möjliga utsträckning får vara delaktig i planering och beslut om åtgärder (Edvardsson, 2010). För att den som söker vård ska få ett gott bemötande och att samtalet ska bli givande är det även viktigt att personalen förstår och har kunskap om mekanismer såsom psykologiskt försvar, omedvetna drivkrafter, ambivalent motiv och omedveten kommunikation, vilka alla har stor betydelse för att försöka skapa en god relation med den som söker hjälp (Holm, 1987). Självkänedom är ett annat grundläggande krav för att kunna vara professionell, att kunna vara medveten om egna känslor och behov, så att de inte styr i kontakten med den som söker vård och stöd. Empati innebär en förmåga att sätta sig in i och förstå en annan människas känslor och situation, och är grundläggande för ett gott bemötande.

Att fråga på rutin

Innan man kan införa rutinen att fråga alla som besöker en viss mottagning, behöver berörd vårdpersonal få ökad kunskap och förståelse inom området våld i nära relationer. De behöver ökad kompetens kring bemötande avseende när frågor om våld ställs samt hur patienter som varit våldsutsatta kan få det stöd och den hjälp som de önskar och behöver (WHO, 2013).

Nationellt centrum för kvinnofrid menar att det väsentliga är att frågan ställs, till såväl kvinnor som män, ungdomar och barns vårdnadshavare om barnen inte själva kan beskriva sina upplevelser. Frågan ska ställas i enskildhet på ett inkännande sätt, som inbjuder till samtal. Personalen behöver tydliggöra att våld inte bara inbegriper fysiska handlingar. I annat fall blir det svårt att fånga upp våld i ett tidigt skede, där en person är utsatt för kontroll och kränkningar men inte för fysisk misshandel. Det finns också en risk att de som är fysiskt misshandlade inte beskriver sin situation. På grund av normaliseringsprocessen

är det svårt även för dem att se sig som våldsutsatta, men det kan vara lättare att förstå att man är utsatt för våld om personalen beskriver vad våld i grunden handlar om, vilket ofta är makt och kontroll (NCK, 2010).

3. De tre verksamheterna vid MVC, BVC och UM

Mödravårdscentraler (MVC), barnavårdscentraler (BVC) och ungdomsmottagningar (UM) har under lång tid utfört ett gott förebyggande hälsoarbete i Sverige. Mödravårdscentraler värnar om den gravida kvinnans fysiska och psykiska hälsa och hennes sociala situation och utför regelbundna kontroller under graviditeten. Barnavårdscentraler har till uppgift att värna barns fysiska och psykiska hälsa och följa utvecklingen över tid. Detta har lett till att mödradödligheten och barnadödligheten i Sverige är bland de lägsta i världen. Ungdomsmottagningar är till för tonåringar och unga vuxna upp mot 25 årsåldern, och hit kan de vända sig i frågor som berör sexualitet, relationer, preventivmedel, könssjukdomar, självkänsla, psykisk hälsa, levnadsvanor och andra frågor kring sin livssituation. Denna verksamhet är väl utvecklad i Sverige och unik i ett globalt perspektiv, då det i många länder överhuvudtaget inte är möjligt att diskutera sexualitet och preventivmedel med unga människor.

Mödrahälsovård

Mödrahälsovårdens historia

Den svenska mödrahälsovården byggdes upp under 1930-talet med England som förebild (Berglund, 2004). 1938 blev vården genom statsbidrag kostnadsfri för kvinnorna. De sociala aspekterna sågs som viktiga för att det nyfödda barnet skulle få det så bra som möjligt. I början erbjöds två besök under graviditeten, ett hos barnmorska och ett hos läkare. Kvinnan rekommenderades också ett hembesök eftersom man ville veta om det behövdes några extra insatser på grund av bristande hygien eller sociala problem. Verksamheten utvecklades med olika provtagningar och först på 1970-talet började man intressera sig för fostrets hälsa. Inför lagen om fri abort 1975 byggdes preventivmedelsrådgivningen ut genom att primärvårdsbarnmorskor utbildades och fick förskrivningsrätt för preventivmedel. Samtidigt som man började förstå vikten av kontinuitet lanserades tankar om psykosocialt synsätt och omvårdnad. Barnmorskan blev central både i stödet till den gravida kvinnan och som rådgivare inom reproduktiv hälsa (Berglund, 2004).

Dagens mödrahälsovård

Mödrahälsovården står för kontinuitet inom sexuell och reproduktiv hälsa, inte bara vid graviditet. Barnmorskan har en central funktion och behöver i sin roll både medicinsk och psykosocial kompetens för att kunna identifiera och stödja

en kvinna med särskilda behov. Barnmorskan och läkaren har ett gemensamt uppdrag att främja hälsa hos en gravid kvinna och hennes barn samt möta hela familjens behov utifrån vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetet ska präglas av ett etiskt, holistiskt och hälsofrämjande förhållningssätt. Den ökade psykosociala ohälsan i samhället kräver ökad kunskap, mer tid och ett arbetssätt som är anpassat till detta, med betoning på samverkan med andra specialiteter och samverkan med socialtjänsten. Mödrahälsovården är strategiskt viktig ur ett folkhälsoperspektiv (SFOG, 2008).

Verksamheten har en stor kontaktyta mot befolkningen och genom samverkan med andra kan det dagliga arbetet bidra till bättre hälsa, såväl för den enskilda kvinnan som för folkhälsan i ett större perspektiv. Mödravårdens folkhälsoarbete syftar till att öka människors möjligheter att själva ta kontroll över och förbättra sin hälsa. Detta motiverar att det finns såväl uppdrag som vilja i organisationen för att arbeta med frågan om våld i nära relationer. Den enskilda barnmorskan, läkaren, socionomen eller psykologen behöver vara lyhörd för och fråga gravida kvinnor om hur de har det i sin livssituation med sin partner och huruvida kvinnan har tidigare eller pågående erfarenheter av våld.

Barnhälsovård

Barnhälsovårdens historia

De första offentligt finansierade barnvårdscentralerna (BVC) inrättades i Sverige 1938 som ett led i att förbättra hälsan för barn. Barnadödligheten hade då minskat drastiskt sedan mitten av 1700-talet på grund av förbättrade levnadsförhållanden, höjd utbildningsnivå i befolkningen och så småningom även tillgång till vissa vacciner. Barnvårdscentralerna placerades i anslutning till BB-avdelningar på sjukhus eller i anslutning till provinsialläkarnas mottagningar på landsbygden. Syftet var främst att ge mödrarna råd och stöd, och amningens betydelse betonades särskilt. Vid barnvårdscentralerna kontrolleras sedan barnens utveckling med hjälp av längd- och viktkurvor, undersökningar och samtal med barn och föräldrar. De främsta målen var att verka för barnens fysiska och psykiska hälsa. Vaccination mot smittkoppor infördes redan vid början av 1800-talet, under 1920-talet infördes tuberkulosvaccination och på 1950-talet påbörjades vaccination mot polio (Statens folkhälsoinstitut, 2005.) Under 1960-talet infördes sedan vaccination mot mässling, påssjuka och röda hund.

Dagens barnhälsovård

Barnvårdscentralen idag ansvarar för kontroller av nyfödda och yngre barns hälsa, samt ger råd om allt som rör barnets utveckling och stöd till föräldrar när

det gäller ett barns fysiska, psykiska och sociala utveckling. BVC ansvarar för att barnen erbjuds och får de vaccinationer de ska ha enligt rådande vaccinationsprogram. BVC ska även uppmärksamma och tala om risker i och omkring barnets hem, samt hjälpa till att tidigt upptäcka och hjälpa barn som riskerar att fara illa (Vårdguiden, Stockholms läns landsting). Barn far illa om våld förekommer i hemmet, oavsett om barnen bevittnar våld mellan föräldrar/vårdnadshavare och/eller själva är utsatta. Det är därför av stor vikt att den erfarna personalen på BVC på ett systematiskt sätt kan uppmärksamma tecken på att våld förekommer i ett hem och vidta lämpliga åtgärder.

Ungdomsmottagning

Ungdomsmottagningarnas historia

Sveriges första UM startade 1970 i Borlänge genom att en barn- och ungdomsläkare i samarbete med gynekolog, barnmorska, skolsköterska, kurator och psykolog tog initiativet till en mottagning öppen endast för ungdomar. Dit skulle de kunna söka på eget initiativ. Barn- och ungdomsläkaren såg i sin dagliga verksamhet att ungdomar hade ett stort behov av att få diskutera livsfrågor, och tanken var att förena frågor runt kropp och själ och integrera dessa med sex- och samlevnadsfrågor. Detta gav inspiration till andra att starta mottagningar utifrån denna modell. När den nya abortlagen kom 1975 startade fler ungdomsmottagningar som ett samarbete mellan mödravård och socialtjänst. Fokus i verksamheten lades på att förebygga oönskade graviditeter och på att bevara den reproduktiva hälsan, framförallt hos flickor och unga kvinnor, och därmed blev barnmorskor med förskrivningsrätt den vanligast förekommande yrkeskategorin på UM. När STI-panoramats, (Sexually Transmitted Infections) förändrades på 1980-talet, med förekomst av såväl HIV som klamydia, blev provtagning för och prevention av STI integrerad i verksamheten på UM. Detta medförde att även pojkar och unga män blev en självklar målgrupp för UM. Specifika insatser som riktade sig till dem startades på flera mottagningar. På många håll breddades verksamhetsområdet successivt, framförallt när det gäller de psykologiska och sociala frågeställningarna, och många mottagningar både utökade och utvecklade det utåtriktade preventiva arbetet, de individuella besöken samt arbetet med grupper. På 1990-talet ökade medvetenheten kring ungdomars psykiska ohälsa och även efterfrågan från ungdomar att få stöd och hjälp. Detta medförde att behovet av psykosocial kompetens på mottagningarna ökade (FSUM, 2002).

Dagens ungdomsmottagningar

UM är numera en självklarhet för unga människor. Verksamheten möter en

majoritet av målgruppen unga kvinnor och flickor från 13 år och upp mot 20–25 års ålder. Unga män och pojkar besöker också mottagningarna men i lägre utsträckning. Ungdomstiden är en period i livet som präglas av förändring, såväl fysiskt som psykiskt, och det handlar om frågor kring existens och identitet. Sexualiteten får för många ungdomar en stor och central plats i livet och de har därför stora behov av att kunna gå någonstans och ställa frågor om kroppsutveckling, lust och olust, preventivmedel, positiva och negativa erfarenheter av sex och andra personliga problem. Det är dessa behov som ungdomsmottagningarna runt om i Sverige möter och det är därför viktigt att personalen arbetar med både kropp och själ. Det handlar om att ha en helhetssyn på den ungdom som söker hjälp. Mottagningarna riktar sig inte mot speciella ungdomar, utan målgruppen är alla, och man kan söka för vad som helst på mottagningen. Ungdomsmottagningarna har vid sidan om barn- och ungdomspsykiatrien en viktig uppgift att fånga upp och hjälpa barn och ungdomar som har erfarenheter av såväl fysiskt som psykiskt och sexuellt våld samt sexuell exploatering. Verksamheten kan även vara ett led i fysisk och psykisk rehabilitering och social återanpassning för en ungdom som har utsatts för någon form av vanvård, utnyttjande och övergrepp (Socialstyrelsen 2013). Om inte UM kan ge hjälp ska de kunna hjälpa ungdomarna att söka till rätt instans.

Sammantaget är MVC, BVC och UM centrala verksamheter inom svensk primärvård, där mycket av det primär- och sekundärpreventiva hälsoarbetet sker.

4. Metod

Syfte med studien

Det övergripande syftet med denna tvärsnittsstudie var att undersöka hur personal som arbetar på MVC med graviditetskontroller, BVC och UM inom sin verksamhet bemöter vuxna och barn respektive ungdomar med erfarenhet av våld, vilket här inkluderar såväl att utsättas för våld som att utsätta någon för våld, samt vilka åtgärder som vidtas. Vidare undersöktes varifrån personalen fått sin kunskap om våld, förekomsten och användningen av skriftliga riktlinjer/rutiner hur personalen agerar när det gäller dokumentation och anmälan enligt socialtjänstlagen kap. 14, § 1, samt vilket stöd de anser sig behöva från organisationen.

Genomförande

Population

I denna studie som genomfördes under 2012 deltog hälso- och sjukvårdsanställda på MVC, BVC och UM inom Västra Götalandsregionen. Initialt informerades områdeschefer samt verksamhetschefer för samtliga av regionens MVC, BVC och UM om studien, och all personal med direkt patientkontakt tillfrågades om att vara med i studien när de i sin e-post erhöll det webbaserade frågeformuläret. De aktuella personalkategorierna var läkare, barnmorskor, sjuksköterskor, undersköterskor, psykologer, psykoterapeuter samt socionomer och kuratorer. Samtliga kommuner och stadsdelar var representerade inom respektive verksamhet, fränsett UM vad gäller stadsdelarna Lundby, Majorna och Linné, vilka inte har någon egen ungdomsmottagning.

Konstruktion av frågeformulären

För att eventuellt finna validerade frågeformulär gjordes en sökning i databaserna Pubmed, Cinahl och Google Advanced, men inga påträffades som motsvarade syftet i denna studie. I ett nästa steg tillfrågades ett antal forskare i ämnet om de kände till några användbara frågeformulär, men inte heller detta gav resultat. Det frågeformulär som använts i studien har därför tagits fram av forskargruppen på VKV. Tillvägagångssättet vid framtagandet av frågeformulären beskrivs mer ingående i bilaga 1.

Tre frågeformulär togs fram, ett för MVC, ett för BVC och ett för UM. De tre formulären innehåller samma frågeområden och de flesta frågor är formulerade på samma sätt för de tre verksamheterna, dock finns vissa frågor som är specifika för respektive verksamhetsområde.

Frågeformuläret innehåller följande frågeområden:

- Sociodemografiska och psykosociala frågor, profession och erfarenhet inom verksamheten
- Utbildning, kunskap och erfarenhet av att arbeta med våldsutsatta och våldsutövande personer
- Att fråga om våld på rutin, dokumentation och anmälan enligt socialtjänstlagen
- Stöd på arbetsplatsen
- Öppna frågor där respondenterna med egna ord kunde beskriva vad som fungerar och inte fungerar i den egna verksamheten samt hur den kan utvecklas avseende arbetet med våld.

Hela processen med att konstruera frågeformulären präglades av en strävan att skapa så enkla men relevanta frågor som möjligt för att undvika missförstånd. De granskades också av personal vid VKV samt av ett antal forskare med lång erfarenhet av ämnet. De granskades dessutom under konstruktionsfasen, vid återkommande möten, av referensgrupper som bestod av personer som arbetade inom MVC, BVC och UM. Ett kommunikationsföretag anlätades för att konstruera ett webbaserat frågeformulär.

Pilotstudien

En pilotstudie genomfördes under 2012 för att testa frågeformulären på målgrupperna i motsvarande verksamheter inom Region Halland.

Verksamhetschefer för samtliga MVC, BVC och UM i Halland informerades om pilotstudien och godkände genomförandet. Därefter informerades all personal som arbetade direkt med patienter om studien. Det var undersköterskor, sjuksköterskor, barnmorskor, läkare, socionomer, kuratorer, psykologer och psykoterapeuter. Svarsfrekvensen för pilotstudien var efter två påminnelser inom BVC 48 % (antal svarande n=106), MVC 60 % (n=51) och inom UM 79 % (n=27). De synpunkter som lämnades av respondenterna diskuterades i forskargruppen varvid några av frågorna omformulerades och några togs bort. För ytterligare information se bilaga 1.

Datinsamling

Ett par veckor innan de webbaserade frågeformulären skickades till personalen vid de tre verksamheterna i VGR, informerades varje person via e-post om att studien skulle genomföras. E-postadresserna togs fram genom kontakt med de olika enheternas personalregister. Tillsammans med det webbaserade frågeformuläret fick respondenten information om studiens syfte och betydelse. Vidare klargjordes att deltagandet var frivilligt och att den som svarade på frågeformuläret skulle förbli anonym. Två påminnelser skickades ut och den

slutliga svarsfrekvensen blev för BVC 46 % (n=527 svar), MVC 58 % (n=311) samt för UM 64 % (n=184). Totalt erhöles således svar från 1 022 personer. Dessa fördelades på personalkategorier enligt följande: Sjuksköterskor, barnmorskor, distriktssköterskor, barnsjuksköterskor och undersköterskor var totalt 651 personer, antalet läkare var totalt 185, och 186 personer representerade gruppen psykosocial personal (psykologer, psykoterapeuter, socionomer och kuratorer).

Bortfall

Orsaker till det externa bortfallet (personal som inte svarade alls) berodde främst på tidsbrist, vilket flera av dem meddelade VKV via e-post. Det har inte varit möjligt att göra någon bortfallsanalys på ålder, yrke eller verksamhetsområde då alla svar varit anonyma i alla delar av datainsamlingen. Det interna bortfallet var relativt litet, dvs. de allra flesta svarade på samtliga frågor och endast i få fall sakades svar på vissa av frågorna. Initiala problem med webbfråga formuläret kan också ha bidragit till visst bortfall. Det förelåg även svårigheter med att få fram korrekta e-postadresser till vissa av de anställda.

Statistiska analyser

Datamaterialet har analyserats för respektive verksamhetsområde (MVC, BVC, UM). Prevalens (n och %) samt sambandsanalyser har genomförts (oddsrater och 95 % konfidensintervall). Inom varje verksamhetsområde presenteras svaren på flervalsfrågorna per personalkategori, där undersköterskor, sjuksköterskor och barnmorskor redovisas i en grupp (utom för MVC eftersom undersköterskegruppen var något större här och därför särredovisas), läkare i en grupp och psykosocial personal i en grupp, bestående av psykologer, psykoterapeuter, kuratorer och socionomer.

Vissa frekvensanalyser har även gjorts per geografiskt område i enlighet med indelningen Fyrbodal, Göteborg, Södra Älvsborg, Södra Bohuslän och Skaraborg. Dessa biläggs inte denna rapport då det dels skulle påverka anonymiteten samt att det för vissa grupper är få svarande, och därmed kunde inga hållbara slutsatser dras. Således redovisas i denna rapport frekvenser för hela regionen fördelat på yrkeskategorier och verksamhetsområden (MVC, BVC, UM), medan ett antal sambandsanalyser presenteras för samtliga verksamhetsområden sammanslagna. Samtliga analyser har genomförts i statistikprogrammet SPSS, The Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 17.0.

Innehållsanalys

Den valda analysmetoden, innehållsanalys, är en kvalitativ, textnära metod som används inom humanvetenskap och vårdvetenskap för tolkning av texter på olika nivåer (Graneheim och Lundman, 2004). Den är lämplig att använda för att

analysera även korta svar på öppna frågor ställda i ett frågeformulär. Avsikten är att identifiera och beskriva likheter, skillnader och variationer i vad respondenterna svarat.

De tre öppna frågorna, som var identiska för de tre verksamheterna, fanns i slutet av frågeformuläret. Respondenterna ombads i den första frågan att med egna ord dela med sig av vad som fungerar bra, mindre bra och vad som fungerar dåligt när det gäller arbetet med våld. Den andra frågan handlade om att beskriva sina eventuella idéer om hur den egna verksamheten skulle kunna utvecklas/förbättras vad gäller våldsfrågan. I den tredje frågan kunde respondenterna skriva om det var något mer de ville tillägga, som skulle kunna ha betydelse för att höja kvaliteten i arbetet med våldsutsatta och våldsutövande personer.

Svarstexten lästes igenom flera gånger för att man skulle få en känsla för helheten. De tre frågorna hade liknande svar som överlappade varandra. Därför togs beslutet att analysera svaren på de tre frågorna tillsammans. Första steget i själva analysen var att identifiera vad svaren handlade om, så kallade meningsbärande enheter vilka kunde vara såväl ord som meningar. Genom att sätta en kod, en slags etikett på texten, blev den mer hanterbar och det gick att förstå den på ett nytt sätt. De delar av texten som beskrev liknande företeelser fördes ihop. Texten kortades ned, vilket kan beskrivas som en slags abstraktion, där kärnan i svaret behölls och den underliggande betydelsen blev mer synlig.

Nästa steg var att skapa underkategorier och sedan huvudkategorier. Analysarbetet gick från delar till helhet, och tillbaka igen från helhet till delar. Kategorierna jämfördes avseende likheter och skillnader och hölls åtskilda så att inte samma kod placerades i olika kategorier eller överlappade varandra. All data som utgjorde svar på frågorna har tagits med. Då de öppna frågorna var relativt enkla och konkreta, och likaså svaren, ansågs de inte kräva någon mer djupgående analys. Analysen avslutades därför vid tre huvudkategorier, vilka är en så kallad manifest beskrivning av innehållet i svaren. Ett manifest innehåll är en mer synlig och ytlig beskrivning medan ett latent innehåll skulle ha beskrivit en djupare analys och en högre abstraktionsnivå (Graneheim och Lundman, 2004). I denna studie visas innehållsanalysens process i tabellform samt genom löpande text med citat som ger en bild av vad de olika kategorierna handlar om.

Huvudkategorier och de flesta underkategorier blev desamma för såväl MVC som BVC och UM, vilket indikerar att personalen vid dessa verksamheter hade liknande erfarenheter, uppfattningar och upplevelser när det gäller arbetet med våld.

Etik

Att vara deltagare i en studie och dela med sig av sina erfarenheter kan kännas utlämnande, obekvämt och obehagligt (Kvale, 1996). Frågorna i webbfrågeformu-

läret handlade om respondentens erfarenheter av att arbeta med våld. Då detta handlar om respondentens yrkeserfarenhet kan det ha varit ett personligt och känsligt område eftersom svaren skulle kunna blotta kunskapsbrist eller brister i yrkesutövningen. För att skydda dem som deltog i studien och minimera osäkerhet och otrygghet, togs hänsyn till de fyra grundläggande etiska krav som handlar om information, samtycke, sekretess och nyttjande (Forsman, 1997). Å andra sidan kan det ha känts positivt att dela med sig av sina erfarenheter (Kvale, 1996) och att reflektera över sitt arbete med våld, vilket många i pilotstudien gav uttryck för. Att svara på frågeformuläret kan också ha inneburit att respondenten reflekterade över sin yrkesroll och fortsatte att diskutera ämnet med sina kollegor, vilket skulle kunna leda till ökad kunskap och medvetenhet om förtjänster och brister. Att svara på frågeformuläret bör inte ha inneburit någon större kränkning av integriteten för respondenten, då varje person svarat utifrån sin professionella kunskap och erfarenhet. Resultatet redovisas på ett sätt som innebär att inga enskilda personer kan pekats ut. Samtliga verksamheter kommer att kunna reflektera över resultaten som avspeglar hela regionen och kunna använda dessa i sitt framtida arbete.

Studiens utformning var godkänd av regionala etikprövningsnämnden vid Göteborgs universitet, Dnr 935-11. Verksamhetscheferna för respektive mottagning/enhet var informerade om studien och att de webbaserade frågeformulären skickades ut till personalen.

5. Resultat

Resultatavsnittet består av tre delar. I del 1 redovisas resultatet av flervalsfrågorna i frågeformuläret, tillsammans med de delar av innehållsanalysen som relaterade till dessa flervalsfrågor. De tre verksamheterna MVC, BVC och UM redovisas var för sig. Del 2 innehåller en redovisning av vissa sambandsresultat. I del 3 presenteras innehållsanalysen övergripande samt de underkategorier av innehållsanalysen som inte hade någon tydlig motsvarighet i den kvantitativa delen, varför detta resultat redovisas för sig självt.

Del 1. Mödrahälsovården, MVC

Personal inom MVC i Västra Götalandsregionen som arbetade i direkt kontakt med gravida kvinnor och som besvarade webbfrågeformuläret omfattades av undersökningen. Svar inkom från 15 undersköterskor, 223 barnmorskor, 19 läkare och 54 personer som var socionomer, kuratorer, psykoterapeuter eller psykologer (psykosociala gruppen).

I beskrivningen nedan finns hänvisning till frågeformuläret och till fullständiga tabeller som återfinns i bilaga 2.

Resultatredovisningen görs i tre delar (tre tabeller) där personalens ålder, utbildning och erfarenhet presenteras först (frågorna 1–12). Härefter följer en beskrivning av hur man som vårdgivare upptäcker och bemöter våldsutsatta personer inom familjer (frågorna 13–27). Nästa avsnitt handlar om personalens rutiner beträffande dokumentation och journalföring, hur man anmäler och vilket stöd som finns från arbetsgivaren (frågorna 28–36). Personalens känslor relaterade till att fråga om våld redovisas härefter (frågorna 37–39). Vidare beskrivs personalens behov av olika stödresurser (frågorna 40–46). I sammanställningen redovisas barn- morskor, undersköterskor och läkare var för sig, och den psykosociala personalen bildar tillsammans en grupp.

Personalens erfarenhet i sin profession

En stor del av dem som arbetade inom MVC i regionen var över 50 år och endast enstaka personer var under 30, 2,5 % var män. Personalgruppen var erfaren genom att majoriteten arbetat i sin profession i mer än 10 år och majoriteten av undersköterskor, barnmorskor och läkare hade arbetat inom verksamhetsområdet MVC i mer än 10 år. Den psykosociala personalen dominerades av personer som arbetat inom verksamheten i 0–5 år (54,7 %). Majoriteten var anställd inom offentlig sektor. I bilaga 2, tabell 1, redovisas samtliga siffror.

Utbildning och kunskap om våld

När det gäller utbildning inom området våld uppgav 2 (13.3 %) undersköterskor, 22 (9.9 %) barnmorskor och 2 (10.5 %) läkare att de hade haft detta i sin grundutbildning, medan så många som 20 (37 %) i den psykosociala gruppen uppgav detta. Hur omfattande utbildningen hade varit är dock inte känt. Det var endast en person bland MVC personalen som hade högskoleutbildning i ämnet. Majoriteten hade deltagit i seminarier eller enstaka föreläsningar om våld: 6 (40 %) undersköterskor, 166 (74.4%) barnmorskor, 13 (68.4 %) läkare, och 37 (68.5 %) av den psykosociala personalen. En mindre andel av barnmorskor, läkare och psykosocial personal saknade helt utbildning om våld. Det gjorde även 6 av 15 (40 %) undersköterskor.

Att få fortlöpande utbildning beskrevs i svaren på de öppna frågorna som viktigt för att kunna arbeta med våld, både grundutbildning och utbildning som man får genom sin arbetsplats. Förslag på utbildningens innehåll handlade om själva fenomenet våld i nära relationer, hur sådana relationer kan utvecklas, hur beroendeproblematiken ser ut och om anknytningsteorier och systemteorier. Andra viktiga delar som togs upp var hur man som personal ska kunna fånga upp våldsutsatta, vilka tecken som finns. Några uttryckte behov av specialistkunskaper kring traumabearbetning, tidigare våld och förlossningsrädsla samt behov av kunskap kring asylsökandes behov och kunskap om olika religioner.

En av respondenterna uttryckte att hennes profession, undersköterska, också behöver utbildning:

”Jag är svulten på utbildning inom detta. När det gäller utbildning är det endast barnmorskor och distriktssköterskor som får detta. Undersköterskor kommer alltid i kläm, men vi har också kontakt med patienterna.”

Flera respondenter föreslog att utbildningar om våld skulle kunna hållas tillsammans med samverkanspartners såsom socialtjänsten och kvinnojourer i kommunen. Det viktigaste var dock att få någon form av utbildning:

”Uppdatering med föreläsningar gör att man får ny låga och kan brinna för ämnet. Det är så med allt. Glöden klingar ut emellanåt och man måste få sig en påminnelse om att ämnet är viktigt.”

Deltagarna hade framförallt fått kunskap och erfarenheter av våld genom att de i sin dagliga praktik, både på nuvarande arbetsplats och tidigare, träffat personer som utsatts för våld.

Ungefär var femte undersköterska och barnmorska och var femte i den psykosociala gruppen hade dessutom fått erfarenhet av våld genom anhöriga eller vänner, medan endast en av de 19 läkarna uppgav sådan erfarenhet. Enstaka personer hade erfarenhet av våld genom arbete inom en frivilligorganisation. Några uppgav att de inte alls hade varit i kontakt med våld: 4 (26.7 %)

undersköterskor, 31 (13.9 %) barnmorskor, 1 (5.3 %) läkare och 3 (5.6 %) i den psykosociala gruppen. (Se bilaga 2, tabell 1.)

Att upptäcka och bemöta våld

Personalen ombads uppskatta hur ofta de hade haft misstankar om att en gravid kvinna och hennes barn utsatts för våld. Här svarade majoriteten att det hände enstaka gånger per år, medan omkring 20 % av deltagarna i varje professionsgrupp svarade att de aldrig hade haft sådana misstankar. (Se bilaga 2, tabell 3.) Majoriteten hade träffat våldsutsatta kvinnor: 190 (86.8 %) barnmorskor, 10 (76.9 %) undersköterskor, 17 (89.5 %) läkare samt 41 (78.8 %) av den psykosociala personalen. Varje deltagare tillfrågades om hur de upptäcker eller förstår att en gravid kvinna utsatts för våld. Att ställa en direkt fråga om våldsutsatthet till varje kvinna som kom till mottagningen (fråga på rutin) gjordes av 125 (56.8 %) barnmorskor, medan 11 (5.0 %) barnmorskor rapporterade att de aldrig gjorde detta, och övriga frågade ibland. För undersköterskorna var det 3 (23.1 %) som frågade ibland och övriga frågade aldrig, vilket inte heller ingår i deras arbete. Av läkarna svarade alla att de frågade ibland, och av den psykosociala personalen var det 49 (92.5 %) som frågade ibland. Således var det enstaka som alltid respektive aldrig frågade. (Se bilaga 2, tabell 2.)

På frågan hur ofta personalen träffade på våldsutsatta gravida kvinnor var det bara en barnmorska som uppgav att hon gjorde det varje vecka. Några av deltagarna uppgav minst någon gång per månad, medan de flesta uppgav att de haft våldsutsatta kvinnor på mottagningen någon enstaka gång: 88 (39.5 %) barnmorskor, 4 (26.7 %) undersköterskor, 6 (31.6 %) läkare. Av den psykosociala personalen svarade 20 (37 %) att de träffade våldsutsatta på mottagningen vid ett par tillfällen per år och 5 (9.3 %) varje månad. (Se bilaga 2, tabell 2.)

Hur upptäcktes de kvinnor som var utsatta för någon form av våld från sin make/partner? Många (dock ej undersköterskor) frågade när de misstänkte våld. Det gjorde 138 (61.9 %) barnmorskor, 17 (89.5 %) läkare, och 44 (81.5 %) i den psykosociala gruppen. Barnmorskor och läkare ställde frågor vid synliga tecken på våld: 133 (59.6 %) respektive 12 (63.2 %). Alternativt så ledde man in samtalet på våld och ställde sedan en direkt fråga. Detta svarsalternativ valdes av 131 (59.2 %) barnmorskor. Att den gravida kvinnan själv tog upp frågan rapporterades av 64 (28.7 %) barnmorskor, 8 (42.1 %) läkare och 37 (68.5 %) i den psykosociala gruppen. (Se bilaga 2, tabell 2.)

En av underkategorierna i innehållsanalysen beskriver Svårigheter att fånga upp våldsutsatta. Att fråga på rutin skulle kunna vara ett sätt att upptäcka fler fall av våldsutsatthet, men respondenterna påpekade att även om man frågade om våld så kunde det vara svårt att få kvinnorna att berätta:

”Ibland har man en känsla, men de nekar även vid upprepade samtal om våld. Svårt att hitta dem trots att jag försöker vara öppen och att jag lagt upp lite olika sätt att samtala med kvinnorna.”

Flera respondenter tog upp att ett sätt att underlätta för den gravida kvinnan att tala om våldsutsatthet på MVC var att alltid ha ett tillfälle under graviditeten när den gravida kom själv till barnmorskan.

Deltagarna tillfrågades även om vilka åtgärder de vidtog då våldsutsatthet påträffats på mottagningen. De kunde välja flera svarsalternativ, vilka framgår i tabellen nedan. Endast enstaka personer valde att avvakta till nästa besök, medan en stor andel gav stödjande samtal, föreslog remiss till annan profession eller kontaktade socialtjänsten för bedömning samt informerade om rättsväsendet och frivilligorganisationer. (Se bilaga 2, tabell 2.)

Tabell 1. MVC, Åtgärder vid diagnostiserat våld. N=311.

| Åtgärd vid diagnostiserat våld | Barnmorskor N=223 | | Serskötter- skor N=15 | | Läkare N=19 | | Psykosocial personal N=54 | |
|---|-------------------|------|-----------------------|------|-------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Flera svar kan anges | | | | | | | | |
| Avvakta till nästa besök | 10 | 4.5 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 2 | 3.7 |
| Stödjande samtal vid aktuellt besök | 138 | 61.9 | 2 | 13.3 | 13 | 68.4 | 37 | 68.5 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 120 | 53.8 | 0 | 0 | 11 | 57.9 | 41 | 75.9 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 93 | 41.7 | 0 | 0 | 5 | 26.3 | 26 | 48.1 |
| Informera om frivilligorganisation för stöd | 155 | 69.5 | 3 | 20.0 | 11 | 57.9 | 36 | 66.7 |
| Finns inget stöd att ge | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vet inte vad göra | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aldrig träffat någon som utsatts | 0 | 0 | | | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården | 90 | 40.4 | 1 | 6.7 | 7 | 36.8 | 17 | 31.5 |
| Informera om rättsväsendet (anmälan) | 129 | 57.8 | 2 | 13.3 | 12 | 63.2 | 31 | 57.4 |

Våldets former

Det var främst nuvarande eller tidigare partner som utövade våld mot den gravida kvinnan och personalen hade varierande erfarenheter av vilken typ av våld kvinnor utsatts för. Vanligast var att få kunskap om fysiskt våld: 162 (59.2) barnmorskor, 8 (53.3 %) undersköterskor, 15 (78.9 %) läkare och av den psykosociala personalen. Härfter var det psykiskt våld som påträffades: 153 (68.6 %) barnmorskor, 5 (33.3%) undersköterskor, 13 (68.4 %) läkare och 49 (90.7 %) av den psykosociala personalen. Sexuellt våld kom mer sällan fram i konsultationen: 72 (32.3 %) barnmorskor, 9 (47.4 %) läkare och 14 (25.9 %) psykosocial personal. Av undersköterskorna var det ingen som fått kännedom om sexuellt våld. (Se även bilaga 2, tabell 2.) Det var få deltagare som i konsultationen fått kunskap om gravida kvinnor som själva utsatt någon i sin familj för våld: 43 (19.3 %) av barnmorskorna, 1 (6.7 %) av undersköterskorna, 5 (26.3 %) av läkarna och 18 (33.3 %) i den psykosociala gruppen. Det var främst fysiskt våld som kvinnor rapporterat att de använt mot make/partner eller mot barn. (Se bilaga 2, tabell 2.)

Majoriteten av personalen hade inte berört ämnet sexuell exploatering i samtal med gravida. Det var 7 läkare (36.8 %) som hade träffat gravida som anförtrött dem att de utsatts för sexuell exploatering. För barnmorskorna var denna siffra 47 (21.1 %), och för den psykosociala personalen var det 10 (18.5 %), men ingen av undersköterskorna hade fått sådan information i mötet med gravida. Åtgärderna var ungefär desamma som vid annan utsatthet, dvs. stödjande samtal vid det aktuella besöket, att erbjuda fler stödjande samtal samt att föreslå remiss till annan person. (Se bilaga 2, tabell 2.)

Känslor inför att fråga om våld

En annan fråga handlade om huruvida personalen kände olust eller oro inför att fråga gravida kvinnor om våld, och här varierande svaren mellan de olika professionerna. Av barnmorskorna var det endast 35 (15.7 %) som kände detta, medan det var 12 av läkarna, vilket är betydligt större andel (63.2 %), och 41 (75.9 %) i den psykosociala gruppen. Majoriteten av undersköterskorna som svarade behövde inte ta ställning till den frågan. På den efterföljande frågan huruvida personalen var villig att fråga alla gravida på MVC om våld, svarade majoriteten av barnmorskorna ja – 189 (84.8 %), medan färre av läkarna – 8 (42.1 %) – och 29 (53.7 %) av den psykosociala personalen svarade att de var villiga att fråga alla. (Se bilaga 2, tabell 2.)

På frågan om personalen kände sig orolig för att situationer med hot och våld skulle uppkomma i arbetet svarade majoriteten ”nej” och en del att de ”inte tagit ställning” till den frågan, men var tionde barnmorska, var femte läkare och

ungefär en av åtta i den psykosociala gruppen menade att de kände oro. Ingen av undersköterskorna uppgav detta (Se bilaga 2, tabell 3.)

Journaldokumentation

Hur dokumenteras våld i patientjournalen? Att vårdgivaren frågat om våldsutsatthet journalfördes "alltid" eller "oftast" av tre fjärdedelar av barnmorskorna respektive den psykosociala personalen, medan det för läkarna var knappt en tredjedel. För undersköterskorna ingick inte detta i arbetsuppgifterna. (Se bilaga 2, tabell 3.) Det var få i varje personalgrupp som svarade att de alltid journalför när de känner oro för våld. Vid misstanke om våld var det betydligt fler av deltagarna som journalförde detta, och vid bekräftat våld skrev majoriteten alltid in detta i journalen. I de fall som personalen inte dokumenterade i journalen uppgav de flesta att de dokumenterade på annat sätt. Tabell 2 visar resultat i detalj.

Tabell 2. Journaldokumentation vid oro, misstanke eller bekräftat våld, samt skäl till att inte dokumentera i journalen. MVC i Västra Götaland. N=296

| Dokumenterar i journalen oro, misstanke eller bekräftat våld? | Barnmorskor* N=223 | | Läkare N=19 | | Psykosocial personal N=54 | |
|--|--------------------|------|-------------|------|---------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Oro | | | | | | |
| Alltid/oftast | 40 | 17.9 | 7 | 36.9 | 19 | 35.2 |
| Sällan/aldrig | 86 | 38.6 | 7 | 36.9 | 21 | 38.9 |
| Misstanke | | | | | | |
| Alltid/oftast | 84 | 37.7 | 15 | 78.9 | 38 | 70.3 |
| Sällan/aldrig | 51 | 22.9 | 5 | 26.3 | 6 | 11.2 |
| Bekräftat våld | | | | | | |
| Alltid/oftast | 170 | 76.2 | 17 | 89.5 | 43 | 79.6 |
| Sällan/aldrig | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Skäl till att inte dokumentera i journal * | | | | | | |
| *Flera svar kan anges | | | | | | |
| Ingår inte i mina arbetsuppgifter | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 2 | 3.7 |
| Har ej haft misstanke eller fått bekräftat att våld förekommit | 15 | 6.7 | 1 | 5.3 | 1 | 1.8 |
| Orolig att obehöriga får tillgång till sådan uppgifter | 41 | 18.4 | 6 | 31.6 | 3 | 5.6 |
| Dokumenterar på annat sätt | 173 | 77.6 | 19 | 100 | 51 | 94.4 |

*undersköterskor ej med i denna tabell eftersom de uppgivit tidigare att de inte dokumenterar

Av de som uppgav att de dokumenterade ”på annat sätt” gavs exempel på hur denna dokumentation gjordes i den öppna frågan som följde:

- Dokumenterar i en pappersjournal och sparar i vårt arkiv
- Gör en omskrivning så att man får läsa mellan raderna vad jag syftar på
- Jag markerar att frågan ställts till patienten, men MVC journal är inget ställe som nyupptäckt våld skall införas i.
- Om patienten inte ger sitt medgivande till att det ska dokumenteras så kan jag ha det antecknat i ”min” pappersjournal (handskriven lapp)
- Skriver på egen minneslapp för att följa upp nästa gång
- Skriver på mina egna ”arbetsdokument” över patienten

Kontakten mellan MVC och andra verksamheter

Kontakten med andra verksamheter, såsom andra enheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, rättsväsendet eller någon stödverksamhet för våldsutsatta eller våldsutövare, beskrevs som ”mycket bra” eller ”bra” av de flesta i varje personalkategori. Dock var kontakter med rättsväsendet respektive stödverksamhet för våldsutövare inte lika ofta förekommande. (Se bilaga 2, tabell 3.)

I de öppna frågorna beskrev respondenterna med egna ord hur de såg på samverkan. I vissa MVC-verksamheter fungerade samverkan med andra bra, men även det motsatta rapporterades. Vid sämre fungerande samverkan rörde det sig oftast om dåligt informationsutbyte mellan verksamheterna, ofta med hänvisning till tystnadsplikt mellan hälso- och sjukvård och socialtjänst. Gemensamt var dock att samverkan ansågs som betydelsefullt för att kunna arbeta med våldsfrågan på ett bra sätt.

Några av respondenterna uttryckte viss uppgivenhet inför samverkan med andra då resurserna är små och det ofta saknas kompetent hjälp att erbjuda våldsutsatta kvinnor. Många hade dock goda erfarenheter av samverkan med såväl socialtjänst som frivilligorganisationer, och Utvägverksamheterna fick enbart positiva omnämmanden i svaren på de öppna frågorna. Samverkan med andra kunde även handla om att ta del av erfarenheter från t.ex. andra landsting där man arbetar med våld.

Rutiner och erfarenhet av att anmäla enligt socialtjänstlagen

Huruvida verksamheten hade rutiner kring anmälan enligt socialtjänstlagen

kapitel 14, § 1, varierade: 121 (54.3 %) barnmorskor, 6 (40 %) undersköterskor, 9 (47.4 %) läkare och 36 (66.7 %) i den psykosociala gruppen svarade ja på den frågan. En del visste inte och några svarade att det inte fanns rutiner på arbetsplatsen. (Se bilaga 2, tabell 3.)

När det gäller anmälan till socialtjänsten uppgav en stor andel barnmorskor (43.9 %), läkare (42.%) och psykosocial personal (42.6 %) att de inte hade någon sådan erfarenhet. Ungefär lika många hade ”goda” eller ”varken goda eller dåliga erfarenheter”, och ett mindre antal menade att deras erfarenheter var ”dåliga”. (Se bilaga 2, tabell 3.)

På frågan om orsaker till att inte anmäla ett ärende till socialtjänsten var det mest förekommande svaret att familjen redan hade kontakt med socialtjänsten. Övriga orsaker (svarsalternativ som angavs av 5–15 %) var oro för att den vårdsökande skulle förlora förtroendet för vårdgivaren och att det var svårt att överblicka konsekvenserna av en anmälan. Något färre menade att de ”informerade chefen”, som då skulle ta över ansvaret, eller att ”anmälan inte hjälper kvinna och barn”. Dock menade 4 (7.4 %) av den psykosociala gruppen att det var en anledning att inte anmäla. Enstaka personer uppgav att de var oroliga för att bli hotade i tjänsten eller privat, att det inte finns stöd i organisationen, att anmälan gör mer skada än nytta eller att det känns obekvämt. En hel del angav ”annat skäl” som svarsalternativ, och bland dessa återfanns orsaker såsom att kvinnan inte ville att personalen skulle anmäla, att man inte anmälde när det handlade om tidigare utsatthet, att det var svårt att anmäla psykisk misshandel eller att kvinnan själv hade anmält. (Se bilaga 2, tabell 3.)

När det gällde återkoppling efter anmälan hade omkring en tredjedel erfarenhet av att det aldrig hade hänt: 68 (29.1 %) av barnmorskorna, 6 (31.6 %) av läkarna och 12 (22.2 %) i den psykosociala gruppen. Var femte barnmorska, var tionde läkare och var tredje i gruppen psykosocial personal uppgav att de själva tog kontakt med socialtjänsten för att få veta utgången av ärendet.

Riktlinjer/rutiner för upptäckande och bemötande

Riktlinjer/rutiner för hur personalen ska upptäcka och bemöta våldsutsatta gravida kvinnor och deras barn fanns enligt 132 (59.2 %) barnmorskor, 5 (33.3 %) av undersköterskorna, 6 (31.6 %) av läkarna och 13 (24.1 %) i den psykosociala gruppen. Av läkarna var det 6 (31.6 %) som inte visste om det fanns några rutiner, och bland den psykosociala personalen var det 27 (50 %), medan endast 23 (10.3 %) av barnmorskorna inte visste. Resterande uppgav att det inte fanns några rutiner. De flesta menade att de rutiner som fanns kunde tillämpas i alla eller i nästan alla fall. (Se bilaga 2, tabell 3.)

Nedskrivna, gemensamma och kvalitetssäkrade riktlinjer/rutiner kring hur verk-

samheten ska arbeta kring våld beskrevs i de öppna frågorna som grundläggande. Sådana dokument skulle underlätta för såväl personal som gravida och bidra till att ingen kvinna skulle känna sig specifikt utpekad. Flera av respondenterna framhöll vikten av att ha samma dokument inom hela mödrahälsovården, att dessa är beslutade av ledningen, lätta att hitta och regelbundet uppdateras samt introduceras till alla som ett gemensamt arbetssätt. Det framkom också hur omfattande och detaljerade sådana dokument bör vara. Dessa detaljer finns redovisade i en punktlista, vilken kan användas vid framtagande av rutiner (Se bilaga 4.)

Stöd från arbetsplatsen

Slutligen tillfrågades samtliga om vilket stöd och vilka resurser de hade att tillgå i arbetet med att upptäcka och bemöta våldsutsatta. De flesta i respektive yrkeskategori tyckte att de hade stöd från sin närmaste chef att ställa frågor om våld. Barnmorskor var den grupp som kände mest stöd.

I svaren på de öppna frågorna var det framförallt brist på stöd som beskrevs. Det handlade om chefer som uttryckligen sagt till sina anställda att de inte ska fråga om våld på grund av brist på forskning som visar på positiva effekter av att fråga. En respondent menade att de hade fått instruktioner och förhållningsregler om att bara ställa frågan vid misstanke om våld:

”Jag tycker att ett ställe som MVC, som har en sådan stor möjlighet att träffa kvinnor, generellt skulle få ställa frågor om våld i nära relation. Men vi får bara fråga vid misstanke och då blir det inte så ofta.”

Andra uttalanden i de öppna frågorna som handlade om brist på stöd från ledningen var allmän avsaknad av resurser:

”På grund av att vi inte har resurser att ta hand om de kvinnor vi finner som utsatts/utsätts för våld. Enligt min åsikt en katastrof!”

Brist på tid och resurser för att ta upp frågan om våld vid graviditetskontrollen togs upp ur flera aspekter: Det är för lite tid i varje konsultation för att gå in på frågor om våld, om den gravida är utsatt för våld behövs extra tid för samtal vid just det tillfället, och att kunna stödja och följa upp situationen tar också tid. Några uttryckte att man som barnmorska ska ta upp så många olika saker vid besöken med gravida, t.ex. övervikt och alkohol, att det är svårt att få in allt. När det på grund av bristande resurser är ont om tid kanske man låter bli att fråga:

”Alltid risk att man missar, avstår eller inte ”ser” tecken på våld, på grund av pressad arbetssituation allmänt.”

Att låta bli att fråga kunde också bero på oro för bristande stödresurser. Det var dock en barnmorska som menade att hon alltid har tid att följa upp de frågor hon ställer.

Mellan 60 och 85 % i samtliga personalkategorier menade att de har möjlighet att samtala med kollegor på sin arbetsplats om att möta gravida kvinnor med erfarenhet av våld. Endast enstaka personer uppgav att det inte fanns tid för sådana samtal, och ingen valde svarsalternativet att de inte hade behov av detta. (Se bilaga 2, tabell 3.) Samtal med kollegor om våld återfinns i innehållsanalysens underkategorier Teamarbete och Teamdiskussioner, men då dessa underkategorier innehåller så mycket mer än möjlighet att samtala med kollegor redovisas dessa resultat längre fram (detta kapitel, del 3 ”Ytterligare kunskap från de öppna frågorna”).

Drygt hälften av respondenterna menade att de saknade stödresurser i sitt arbete med våld. På frågan om vilka stödresurser som önskades framkom främst kliniskt användbart stöd i form av kanaler för samarbete med andra, att ha klara riktlinjer/rutiner, att ha tid för arbetsplatsdiskussioner samt att ha tillgång till handledning och enstaka utbildningsdagar. (Se bilaga 2, tabell 3.)

En av barnmorskorna förtydligade att handledning kan vara till hjälp särskilt när hon är osäker på hur hon ska agera:

”Viktigast är att stödja professionen i att hantera patienter med våldserfarenhet som inte berättar det även om de blir tillfrågade. Svårt att komma åt dessa för att ge stöd.”

Några av respondenterna tydliggjorde specifikt betydelsen av regelbunden fortlöpande handledning och att personalen bör få handledningstid oftare än engång per månad.

Flera av respondenterna uppgav i svaren på de öppna frågorna att de hade behov av olika typer av Konkreta verktyg att använda som stöd i arbetet med våld. Förslag gavs om att använda sökord eller en förtryckt fråga i datajournalen, vilket skulle kunna bidra till att frågor om våld blev en lika naturlig del av arbetet som frågor om alkohol och rökning. Andra förslag var att ta upp frågor om våld vid livsstilssamtalet eller använda standardiserade frågeformulär som den gravida kvinnan kunde fylla i själv, t.ex. vid det första besöket:

”Kanske ett bra frågeformulär med korta frågor och ej för många, som hon kan fylla i och vid ett visst antal ”poäng” ingår ett vidare samtal med rätt person, en utbildad inom socialtjänsten? Som exempelvis EPDS-skala, liknande men inte så långt?”

Ytterligare förslag på konkreta verktyg var broschyrer med information om våld på olika språk och att verksamhetens hemsida skulle kunna användas för att informera om att frågor kring våld och våldsutsatthet är något som tas upp på MVC.

Sammanfattning

Majoriteten av deltagarna vid MVC:

- Var erfarna i sin profession
- Var erfarna inom MVC verksamhet
- Uppgav att de fått kunskap om våld genom enstaka föreläsningar/seminarier
- Hade fått erfarenhet om våld av att ha mött våldsutsatta
- Hade förhållandevis sällan träffat våldsutsatta gravida kvinnor
- Dokumenterade alltid eller oftast i journalen att frågor om våld ställts
- Dokumenterade alltid eller oftast i journalen vid bekräftat våld, färre dokumenterade vid misstänkt och ännu färre vid enbart oro
- Var positiva till att fråga alla gravida om våld
- Var inte oroliga för hot eller våld i arbetet
- Hade stöd av sin chef att ställa frågor om våld
- Hade möjlighet att samtala med kollegor på sin arbetsplats om att möta gravida kvinnor med erfarenhet av våld
- Önskade stödresurser, framförallt direkt kliniskt användbart stöd i form av kanaler för samarbete med andra, klara riktlinjer/rutiner, tid för arbetsplatsdiskussioner, handledning samt enstaka utbildningsdagar

Barnhälsovården, BVC

Från BVC deltog sjuksköterskor, undersköterska, läkare samt kuratorer, psykologer, socionomer och psykoterapeuter.

De yrkeskategorier som är representerade indelades i tre grupper för analysen: Undersköterskor (1 person), barn- och distriktssjuksköterskor, barnmorskor, N=320. Läkare, N=155. Psykologer, socionomer, kuratorer och psykoterapeuter, N=52, vilka bildar gruppen av psykosocial personal.

I beskrivningen nedan finns hänvisning till frågeformuläret och till fullständiga tabeller som återfinns i bilaga 2, tabellerna 4–6.

Resultatredovisningen görs här utifrån de tre tabeller där personalens ålder, utbildning och erfarenhet presenteras först (frågorna 1–12 i BVC-frågeformuläret). Härfter följer en beskrivning av hur man som vårdgivare upptäcker och bemöter våldsutsatta familjer (frågorna 13–22). Sedan redovisas personalens rutiner beträffande dokumentation och journalföring, hur man anmäler enligt socialtjänstlagen samt stöd från arbetsplatsen (frågorna 23–31 i frågeformuläret). Personalens känslor relaterade till att fråga om våld redovisas (frågorna 32–34 i frågeformuläret). Vidare beskrivs personalens behov av olika stödresurser (frågorna 35–41 i frågeformuläret).

I sammanställningen har den undersköterska som deltog lagts till sjuksköterskegruppen. Läkare redovisas för sig, och den psykosociala personalen bildar en grupp.

Personalens erfarenhet i sin profession

Deltagarnas ålder reflekterade en personalgrupp där strax under 50 % var över 50 år. Det var en erfaren grupp som svarade på frågeformuläret genom att majoriteten arbetat i sitt yrke i mer än 10 år. Vidare hade majoriteten av sjuksköterskor och läkare arbetat i BVC-verksamhet i mer än 10 år medan den psykosociala personalen dominerades av personer som arbetat på BVC i 0–5 år (53.1 %). I tabell 4 i bilaga 2 redovisas samtliga siffror. I gruppen sjuksköterskor och psykosocial personal var det 96–99 % kvinnor medan läkargruppen utgjordes av 59.7 % kvinnor. Majoriteten var offentliganställd.

Utbildning och kunskap om våld

När det gällde utbildning om våld så hade cirka en tredjedel i varje grupp haft undervisning om våld i sin grundutbildning, men hur omfattande denna varit är inte känt. Ytterligare få hade tagit en högskolekurs i ämnet, endast 4 personer. De flesta hade dock deltagit i seminarier eller enstaka föreläsningar om våld (sjuksköterskor 79.4 %, läkare 52.3 %, psykosocial personal 71.2 %). Ytterst få i den psykosociala gruppen saknade helt utbildning i ämnet, medan 30 (9.4 %) sjuksköterskor och 37 (23.8 %) läkare saknade detta.

Erfarenhet av och kunskap om våld hade man till stor del fått i sin dagliga praktik. I denna studie hade en stor del av personalen i varje grupp mött patienter med våldserfarenhet. På BVC 55.3 %, för sjuksköterskor, 63.9 % av läkarna respektive 78.8 % för den psykosociala personalen, men de hade även fått erfarenhet från andra verksamheter inom hälso- och sjukvården. Ungefär var femte person hade fått erfarenhet genom anhöriga, vänner eller genom egna erfarenheter. Få hade varit engagerade i någon frivilligorganisation och några hade aldrig varit i kontakt med våld i sin yrkesutövning.

Deltagarna förtydligade i de öppna frågorna att både grundutbildning och utbildning som man fått genom sin arbetsplats borde innehålla flera olika delar: våld som fenomen, definitioner, varningssignaler på våld och kontrollbeteende, hur våga se och fråga om våld, hur frågor om våld ska hanteras professionellt, anmälningsplikten och vad det finns för utarbetat material. Att få utbildning uppfattades generellt som en viktig del för att kunna arbeta med våld:

”Utbildning inom detta område behövs, så att ingen ska behöva vara osäker på hur man ska arbeta med människor som varit utsatta för våld.”

De menade att utbildning kan höja kompetensen hos den enskilde men även i gruppen som helhet. Flera deltagare påpekade att kompetensen avseende att arbeta med våld inom deras verksamhet måste höjas. Ett exempel på detta som gavs var barn som utsätts för sexuella övergrepp:

”Dessa barn är nästan osynliga i vår verksamhet, trots att vi vet att de finns. De

fångas inte upp.”

Några av respondenterna upplevde att de hade tillägnat sig en djupare kunskap genom att de under en utbildning hade skrivit ett arbete om våld.

Att upptäcka och bemöta våld

Personalen beskrev olika sätt att upptäcka och förstå att någon utsatts för våld, antingen det var ett barn eller en eller båda föräldrar/vårdnadshavare. Att fråga alla om våldsutsatthet var det dock få som gjorde (fråga på rutin). Endast 5 sjuksköterskor och 2 läkare gjorde detta, och ingen personal i den psykosociala gruppen. Mer än 80 % i varje grupp angav att de frågade ibland och då främst vid misstanke om våld mot barn eller mellan föräldrar, eller vid synliga tecken på att våld förekommit. En stor del uppgav även att föräldrar själva tar upp att våld förekommer: 170 (53.1%) sjuksköterskor, 62 (40 %) läkare och 34 (65.4 %) av den psykosociala personalen. Det framkom att 37 (11.6 %) sjuksköterskor och 18 (11.6 %) läkare aldrig frågade om våld. Här skiljde de sig från den psykosociala personalen där samtliga svarande uppgav att de ställde frågan ”ibland”. Samtidigt framkom att majoriteten i varje grupp haft barn på BVC som utsatts för våld av förälder eller vårdnadshavare (61.3 %, 54.2 % resp. 63.5 % för sjuksköterskor läkare och psykosocial personal). I tabell 5 finns siffror i detalj för de tre personalkategorierna.

En av underkategorierna i innehållsanalysen beskriver Svårigheter att fånga upp våldsutsatta. Några av respondenterna beskrev att de uppfattade att de inte fått ärliga svar när de frågat om våld. Man drog slutsatsen att föräldrar inte vågat berätta av rädsla för att bli anmälda, och man hade noterat att vissa bytt till annan BVC då svåra frågor ställts. Personalen pekade också på att det under korta besök är lätt för föräldrarna att dölja problem, och efter att barnet är ett år träffar de inte familjen så ofta. De förklarade att de missar många familjer som lever med våld:

”Vi ser oftast inte vad som pågår. Om ett barn har konstiga blåmärken behöver de bara ringa sig sjuka och komma en annan gång.”

Dessutom menade några att våld sällan är lätt att upptäcka, eftersom det ofta rör sig om psykiskt våld.

Våldets former

Det var främst våld från nuvarande/tidigare partner mot en förälder eller föräldrars våld mot barn som upptäcktes. Främst var det fysiskt och psykiskt våld som diagnostiserats, medan sexuellt våld sällan upptäcktes. Sett över en lång yrkesutövning är det endast enstaka gånger som den deltagande personalen upptäckt barn som utsatts för våld av en förälder/vårdnadshavare. Den psykosociala personalen identifierade dock fall av våld något oftare än övriga personalkategorier. Beträffande fall där barn bevittnat våld från en förälder mot

den andra föräldern/vårdnadshavaren upptäcktes sådana händelser endast enstaka gånger under yrkeskarriären för samtliga personalgrupper, men oftare av den psykosociala personalen (ett par ggr/år) än av övriga personalgrupper. (Se bilaga 2, tabell 5.)

Tabell 3. BVC, Åtgärder vid diagnostiserat våld. N=527

| Åtgärd vid diagnostiserat våld (Flera svar kan anges.) | sköterskor n=320 | | Läkare n=155 | | Psykosocial personal n=52 | |
|--|------------------|------|--------------|------|------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Avvakta till nästa besök | 3 | 0.9 | 4 | 2.6 | 5 | 9.6 |
| Stödjande samtal vid aktuellt besök | 171 | 53.4 | 68 | 43.9 | 29 | 55.8 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 121 | 37.8 | 51 | 32.9 | 33 | 63.5 |
| Föreslå remiss till annan profession inom hälso-och sjukvården | 105 | 32.8 | 49 | 31.6 | 18 | 34.6 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 221 | 69.1 | 110 | 71.0 | 41 | 78.8 |
| Informera om rättsväsendet (anmälan) | 125 | 39.1 | 68 | 43.9 | 24 | 46.2 |
| Informera om frivilligorganisation för stöd | 141 | 44.1 | 68 | 43.9 | 31 | 59.6 |
| Finns inget stöd att ge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vet inte vad göra | 4 | 1.25 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aldrig träffat någon som utsatts | 27 | 8.4 | 11 | 7.1 | 2 | 3.8 |

Omedelbara åtgärder som vidtagits vid upptäckt av våldsutsatthet var främst att ta kontakt med socialtjänsten och att ge stödjande samtal. I tabellen nedan visas mer i detalj hur de olika personalkategorierna agerade.

Känslor inför att fråga om våld

I denna undersökning framkom att många kände en viss olust och oro förknippat med att fråga; nästan hälften av sjuksköterskorna, 146 (45.6 %), och läkarna, 76 (49.0 %), angav detta, men i den psykosociala gruppen var det färre, 12 (23.1 %) som kände så. Däremot var majoriteten villig att börja fråga alla som kommer till BVC om våld i familjen: 203 (63.4 %) sjuksköterskor, 60 (38.7 %) läkare och 27 (51.9 %) i den psykosociala gruppen. Det visade sig att cirka 20 % av deltagarna kände oro för hot och våld i sin arbetssituation.

Journaldokumentation

Hur dokumenteras våld i patientjournalen? Att frågan om våld ställts journalfördes alltid av 63 (19.7 %) av sjuksköterskorna, 50 (32.3 %) av läkarna och 21 (40.4 %) av den psykosociala personalen. Det var mellan ca 12 och 19 % som alltid eller oftast journalförde oro för våld. Vid misstanke om våld var det

betydligt vanligare, och vid bekräftat våld hade majoriteten skrivit detta i journalen (mer än 60 % generellt). Tabell 6 i bilaga 2 visar resultat i detalj. Tabellen nedan utgör en kortare sammanfattning.

Tabell 4. BVC, Journaldokumentation vid oro, misstanke eller bekräftat våld samt skäl att inte dokumentera i journalen. N=527.

| Dokumenteras i journalen oro, misstanke eller bekräftat våld? Flera svar kan anges | Sjuksköterskor, undersköterskor N=320 | | Läkare N=155 | | Social personal N=52 | |
|---|---|------|--------------|------|-------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Oro | | | | | | |
| Alltid/oftast | 80 | 25.0 | 53 | 34.2 | 18 | 34.6 |
| Sällan/aldrig | 124 | 38.8 | 65 | 41.9 | 20 | 38.5 |
| Misstanke | | | | | | |
| Alltid/oftast | 136 | 42.6 | 99 | 63.8 | 29 | 55.7 |
| Sällan/aldrig | 60 | 18.8 | 28 | 18.1 | 8 | 15.3 |
| Bekräftat våld | | | | | | |
| Alltid/oftast | 216 | 67.5 | 120 | 77.4 | 41 | 78.8 |
| Sällan/aldrig | 3 | 0.9 | 1 | 0.6 | 1 | 1.9 |
| Skäl till att inte dokumentera i journal | | | | | | |
| Ingår inte i mina arbetsuppgifter | 4 | 1.3 | 4 | 2.6 | 0 | 0 |
| Har ej haft misstanke eller fått bekräftat att våld förekommit | 32 | 10.0 | 15 | 9.7 | 0 | 0 |
| Orolig att obehöriga får tillgång till sådana uppgifter | 37 | 11.6 | 36 | 23.2 | 6 | 11.5 |
| Dokumenterar på annat sätt | 267 | 83.4 | 143 | 92.3 | 49 | 94.2 |

Samtidigt uppgav en stor majoritet att de dokumenterade på annat sätt. En öppen fråga kan här ge en uppfattning om hur denna dokumentation gick till:

- ”Låta ligga” listan i Profdoc
- Handskriven lapp
- Egna anteckningar
- Anteckningar i annat särskilt dokument som följer barnets journal
- Lös komihåglapp för mig själv
- Man kan skriva så att nästa läsare förstår
- Aldrig skriva om föräldrar i barnets journal

Kontakten mellan BVC och andra verksamheter

Kontakt med andra verksamheter, såsom andra enheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, rättsväsendet eller någon stödverksamhet för våldsutsatta eller våldsutövare, rapporterades överlag ha varit ”mycket bra” eller ”bra”. Dock hade kontakter med rättsväsendet respektive stödverksamhet för våldsutövare inte varit lika ofta förekommande som kontakter med övriga verksamheter.

De öppna frågorna tydliggjorde vikten av samverkan. Respondenterna menade att det ska finnas kanaler för att snabbt kunna koppla in stödinsatser med rätt profession och erfarenhet, att de stödåtgärder som sätts in ska hålla god kvalitet och bygga på kunskap och att man tar tillvara de professioner som finns, men även de fakta som redan finns i ett ärende:

”Många frågor ställs redan på MVC men jag upplever inte att den sammanställs eller används, inte så som jag som psykolog upplever det. Kan man använda psykologernas kompetens mer än vad man gör idag?”

Vidare framkom att deltagarna önskade återkoppling efter att de gjort en anmälan enligt socialtjänstlagen. Några av respondenterna menade att just återkopplingen efter ett anmälningssärende kanske mer var en personfråga än en organisationsfråga.

För att förbättra samarbetet gavs förslag om att anställda inom olika verksamheter skulle kunna ha gemensamma utbildningar, ha ett regelbundet samarbete där man gemensamt kan se över vad de olika verksamheterna kan bidra med. Regelbundna nätverksmöten skulle också vara bra för att lära av varandra men även arbeta mer konkret tillsammans för de utsattas bästa:

”På vår familjecentral ska vi till hösten arbeta mera med socionomen. Hon ska vara delaktig i besök på MVC, hembesöket på BVC och ge ökat stöd till utsatta föräldrar.”

Konkret samarbete som föreslogs var att BVC och socialtjänst skulle ha möten tillsammans angående anmälningssärenden. Att fungerande verksamheter som familjecentraler tagits bort ansågs negativt eftersom närheten och personkännedomen bidragit till att många problem kunde lösas snabbt.

Rutiner och erfarenhet av att anmäla enligt socialtjänstlagen

Samtliga personalkategorier uppgav att de främst har haft goda eller neutrala erfarenheter av att anmäla ett ärende i enlighet med socialtjänstlagens kapitel 14, § 1, samtidigt som 15–19 % angav att de aldrig anmält något fall. De flesta uppgav dock att rutiner finns för hur och när en anmälan ska ske: 222 (69.4 %) sjuksköterskor, 82 (52.9 %) läkare och 37 (71.2 %) av den psykosociala personalen.

Orsaker till att inte anmäla var flera, men den helt dominerande orsaken var att familjen redan har kontakt med socialtjänsten. (Se bilaga 2, tabell 6.)

Andra orsaker som angavs var:

- Oro för att vårdnadshavaren ska förlora förtroendet
- Svårt att överblicka konsekvenserna av en anmälan
- Anmälan leder inte till någon åtgärd
- Anmälan gör mer skada än nytta

Vidare angav enstaka personer att:

- Chefen borde ta ansvar för anmälan
- Det finns inte något stöd i organisationen
- Det känns obekvämt
- Oro att bli hotad i tjänsten eller privat

Riktlinjer/rutiner för upptäckande och bemötande

Riktlinjer, rutiner och instruktioner för hur personalen ska upptäcka och bemöta våldsutsatta familjer, barn och föräldrar fanns enligt 26–37 % av deltagarna, medan en stor grupp inte visste: 80 (25.0 %) sjuksköterskor 59 (38.1 %) läkare, 19 (36.5 %) av den psykosociala personalen. Majoriteten av dem som uppgav att det fanns riktlinjer i deras verksamhet menade att dessa i stort sett alltid kunde tillämpas. (Se bilaga 2, tabell 6.)

Liksom inom MVC menade BVC-personalen att gemensamma kvalitetssäkrade riktlinjer och rutiner är viktiga för att tryggt kunna arbeta med våld. De gav detaljerade förslag på hur omfattande dessa dokument behövde vara, och dessa finns i den punktlista som är gemensam för de tre verksamheterna och kan användas som ett underlag för vad riktlinjer och rutiner bör innehålla. Se bilaga 4.

Några av respondenterna tog upp att rutiner borde finnas med som en del i kravboken eller basprogrammet. Detta skulle innebära att arbete med våld skulle bli en självklar uppgift för verksamheten, vilket i sin tur skulle kunna bidra till att personalen skulle få både den tid och den kompetens som krävs. Utarbetade rutiner för att fråga vid olika tidpunkter under barnets BVC-tid skulle även göra det hela mindre dramatiskt gentemot föräldrarna, speciellt om våldsfrågan är obligatorisk hos barnmorskan på MVC och sedan följs upp på BVC. En respondent menade dock att det är långt kvar inom hennes verksamhet innan detta blir verklighet: ”Vi har en del att göra när det gäller att skapa rutiner angående bemötande av familjer som lever med våld.”

De riktlinjer/rutiner som tas fram behöver dessutom vara utformade så att det inte finns utrymme för egna tolkningar.

Stöd från arbetsplatsen

Slutligen var det några frågor i frågeformuläret som handlade om stöd och resurser som finns tillgängliga i arbetet med att upptäcka och bemöta våldsutsatta barn och familjer.

En klar majoritet, cirka 75 %, uppgav att de kunde samtala med kolleger om att bemöta våld, och en majoritet kände även stöd från sin närmaste chef. Trots detta uppgav fler än hälften att de saknade stödresurser i sitt arbete med våld. På frågan om vilka stödresurser som önskades var de fem mest önskade (av de alternativ som gavs) kanaler för samarbete med andra, handledning, klara riktlinjer, enstaka utbildningsdagar samt tid för arbetsplatsdiskussioner. (Se bilaga 2, tabell 6.)

Att få stöd från ledningen och chefen var något som även togs upp i de öppna frågorna. Det uppfattades som viktigt att ha lätt att tala med sin chef och att det hade varit en fördel generellt att få stöd av chefen vid anmälan. Flera beskrev att de saknades förståelse från ledningen för vad arbetet på en BVC egentligen handlar om:

”BVC är en lågprioriterad del på vårdcentralen. Finns en allmän uppfattning att de som arbetar med BVC ägnar sig åt att ”väga friska barn”. Förståelsen för det arbete som verkligen utförs finns inte. Varken hos ledning eller hos övriga kollegor.” Vid framtagandet av rutiner behöver ledningen på enheten vara engagerad och ge sitt stöd. Rutinerna kan annars bli som en sluten värld vid sidan av arbetet. Ledningen ska ge vägledning i de fall det finns olika uppfattningar i personalgruppen men också stödja arbete med våld så att frågan hålls ständigt levande. Flera respondenter efterlyste en ökad öppenhet kring att tala om våld, både med patienter och i personalgruppen.

Ett flertal respondenter beskrev i sina svar på de öppna frågorna behov av konkreta verktyg att använda i arbetet med våld. Förslag på detta var sökord i datajournalen, vilket skulle kunna göra frågan om våld lika naturlig som att ställa frågor om rökning och alkohol. Andra förslag handlade om standardiserade frågeformulär som besökare skulle kunna fylla i när de satt i väntrummet och verktyg bestående av frågor som skulle kunna användas vid givna tillfällen under den tidsperiod som barnet och familjen kommer till BVC. Några föreslog att man skulle kunna använda tankekartor för att komma fram i dialog med föräldrarna. Informationsmallar i form av lathundar ansågs också vara stöd för personalen i arbetet med våld, liksom att använda sig av specifika intervjutekniker. Andra exempel på värdefulla hjälpmedel som föreslogs var att alltid ha informationsmaterial lättillgängligt på mottagningen. Dessa skulle finnas på olika språk. Andra förslag var formulär för föräldrarna som skulle kunna innehålla såväl frågor som information:

”Formulär med frågor och information hur familjen kan söka stöd skulle lämnas till alla familjer som får barn. Det skulle fyllas i redan under barnets första månader när familjen är som mest mottaglig för att vilja skydda sitt barn. Vi ska också ha tid för genomgång och ytterligare muntlig information.”

En av respondenterna önskade utöver information till föräldrarna att det skulle finnas verktyg att användas för barn:

”Jag skulle vilja ha något för de äldre barnen som talar om att man inte får slå, så de förstår det. Jag försöker ta upp det vid 4-årskontrollen, att prata om olika känslor med barnen.”

Några av respondenterna beskrev ensamarbete, vilket i analysen av de öppna frågorna bedömdes handla om planering av verksamheten. Att inte ha någon kollega att prata med kan vara påfrestande, och i situationer kring arbete med våld kan det även handla om trygghet:

”På vår andra VC finns trygghetslarm på rummet men det har vi inte här. Förekommer ofta att jag är helt ensam på mottagningen.”

Andra faktorer som påverkas av planering är kontinuitet och tid. Det krävs tid att ställa frågor, att ta hand om svaren och att följa upp:

”Jag tror att tiden idag är en stor bov i att vi inte alltid pratar om våld. På ett redan pressat schema/tidbok så känns det som man ofta är stressad och då har man inte tid eller ork att ta emot det som patienten eller dess anhöriga har att berätta.”

Underbemanning ansågs leda till att personalen måste prioritera sina arbetsuppgifter. Mer tid skulle kanske göra att man vågar se och bemöta och det skulle skapa både lugnare besök och större lyhördhet.

Sammanfattning

Majoriteten av deltagarna från BVC:

- Var erfarna i sin profession och inom BVC-verksamheten
- Uppgav att de fått kunskap om våld främst genom enstaka utbildningsdagar
- Uppgav att erfarenhet av att ha mött våldsutsatta gett dem kunskap om våld
- Har stött på fall av våld endast vid enstaka tillfällen under sin yrkesverksamhet
- Var villiga att fråga alla på BVC om våld
- Dokumenterade inte alla fall av våld i journalen men gjorde det på ”annat sätt”
- Var inte oroliga för hot eller våld i arbetet, men en femtedel gav dock uttryck för en sådan oro
- Hade stöd från sin chef i att fråga om våld
- Kunde samtala med kollegor om erfarenheter av att möta våld
- Önskade stödresurser, framförallt direkt kliniskt användbart stöd i form av kanaler för samarbete med andra, handledning, klra riktlinjer, enstaka

utbildningsdagar samt tid för arbetsplatsdiskussioner

- Få i personalgruppen frågade alla besökare till BVC om våldserfarenhet
- En dryg tredjedel kände till att ritklinjer/rutiner fanns flr hur anmälan enligt socialtjänstlagen ska gå till, men ungefär lika många hade inte kännedom om dessa

Ungdomsmottagningarna, UM

All personal inom UM i VG-regionen som arbetade i direkt kontakt med ungdomar och som besvarade webbfrågeformuläret omfattades av undersökningen. De yrkeskategorier som är representerade indelades i tre grupper för analysen: Barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor, N=93. Läkare, N=11. Psykologer, socionomer, kuratorer och psykoterapeuter, N=80, vilka bildar gruppen av psykosocial personal. I beskrivningen nedan finns hänvisning till frågeformuläret och till fullständiga tabeller som återfinns i bilaga 2.

Resultatredovisningen görs i tre delar (tre tabeller) där personalens ålder, utbildning och erfarenhet presenteras först (frågorna 1–12 i UM-frågeformuläret). Härfter följer en beskrivning av hur man som vårdgivare upptäcker och bemöter våldsutsatta (frågorna 13–30). Personalens rutiner beträffande dokumentation i journal och hur man anmäler beskrivs därefter (frågorna 31–39). Personalens känslor/farhågor relaterade till att fråga om våld redovisas (frågorna 40–42). Vidare beskrivs personalens stöd på arbetsplatsen sam deras behov av olika stödresurser (frågor 43–49). I sammanställningen har barnmorskor, sjuksköterskor och undersköterskor bildat en grupp. Läkare redovisas för sig, och den psykosociala personalen bildar en grupp.

Personalens erfarenhet av sin profession

En stor del av dem som arbetade inom UM i regionen var över 50 år och det var endast en person som var under 30. Bland barnmorskor/sjuksköterskor och undersköterskor var drygt hälften mellan 31 och 50 år och bland den psykosociala personalen var 60 % i den åldersgruppen. Totalt sett var 20 (10.8 %) av dem som svarat män. Personalgruppen var erfaren, majoriteten hade arbetat i sin profession i mer än 10 år och drygt hälften i alla professioner hade arbetat 6 år eller mer inom just UM. Över 90 % var anställda inom offentlig sektor. (Se bilaga 2, tabell 1.)

Utbildning och kunskap om våld

Mindre än 10 % av gruppen barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor samt läkare uppgav att de haft utbildning om våld i sin grundutbildning. I den psykosociala gruppen var det 15 (18.8 %) som haft sådan utbildning på grundnivå. Hur omfattande utbildningen varit är dock inte känt. Det var totalt 7 (3.8 %) av respondenterna som hade en högskoleutbildning i ämnet. De flesta hade deltagit i seminarier eller enstaka föreläsningar om våld: 68 (73.1 %) av barnmorskor/ sjuksköterskor/undersköterskor, 8 (72.7 %) av läkarna samt 45 (56.3 %) av den psykosociala personalen. Mindre än 10 % i

sjuksköterskegruppen respektive i den psykosociala gruppen saknade utbildning helt, och 2 (18.2 %) läkare angav att de inte alls hade någon utbildning inom ämnet. (Se bilaga 2, tabell 7.)

Personalen hade fått kunskap och erfarenhet om våld även på andra sätt. Majoriteten hade fått sin erfarenhet ”genom att möta patienter med våldserfarenhet”: 69 (74.2 %) av gruppen barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor, 10 (90.9 %) av läkarna och 64 (80.0 %) av den psykosociala personalen. Ungefär var tredje i sjuksköterskegruppen och av läkarna hade dessutom fått erfarenhet av våld genom anhöriga eller vänner. Av den psykosociala personalen var det drygt var femte. Enstaka personer hade erfarenhet av våld genom arbete inom en frivilligorganisation. Endast 3 personer ur gruppen undersköterskor/barnmorskor/sjuksköterskor uppgav att de inte alls hade varit i kontakt med våld. (Se bilaga 2, tabell 7.)

I de öppna frågorna framkom mer specifikt vad som borde tas upp i en utbildning om våld. Förslag som togs upp var hur man ska tolka och känna igen tecken på våld, hur man ska hantera, agera och ge stöd i olika situationer och hur man ska förstå de våldsutsatta situation. Vidare fanns önskemål om föreläsningar kring attityder, genusfrågor och vilka de långsiktiga effekterna blir av uteblivet stöd till den våldsutsatta personen. Några respondenter uttryckte intresse för att få presentationer av aktuell och relevant forskning i ämnet. Ytterligare ett förslag var att bjuda in resurspersoner att vara med på utbildningsdagar:

”Regelbundna utbildningsdagar, temadagar där man får information från andra myndigheter som beskriver sin verksamhet och hur de arbetar med utsatta ungdomar som drabbats av våld.”

Flera av respondenterna menade att de varit på utbildningar om våld i nära relationer med kompetenta föreläsare och att dessa verkligen fyllt ett behov.

Att upptäcka och bemöta våld

Majoriteten av deltagarna från UM hade mött våldsutsatta ungdomar på mottagningen: 84 (90.3 %) i sjuksköterskegruppen, 9 (81.8 %) av läkarna och 74 (92.5 %) av den psykosociala personalen. Ett antal frågor i frågeformuläret berörde i vilken utsträckning deltagarna ställt frågor om våldsutsatthet och sexuell exploatering. Majoriteten svarade att detta sker ibland vid misstanke, läkarna i högst omfattning, 10 av 11 läkare (90.9 %). Ingen av läkarna uppgav dock att de alltid frågar, medan 22 (23.7 %) i sjuksköterskegruppen gjorde detta och 17 (21.3 %) i den psykosociala personalen (Se bilaga 2, tabell 8.)

Hur man som personal fått kunskap om våldsutsatthet varierade. Vanligast förekommande var att ungdomarna själva uppgav våldsutsatthet och att personalen frågade när de misstänkt våld, därefter att den medicinska personalen

frågade vid synliga tecken på våld. Andra sätt var att leda in samtalet på våld och därefter ställa raka frågor. (Se bilaga 2, tabell 8.)

Personalen ombads även att uppskatta hur ofta de hade träffat ungdomar som utsatts för våld. Här svarade 38 (40.9 %) av barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor att det hände ett par gånger per år. Motsvarande för läkare var 5 (45.5%) och för den psykosociala personalen var det 28 (35.0 %). Endast 5 personer av de totalt 184 uppgav att de aldrig träffat på någon ungdom som varit utsatt för våld. (Se bilaga 2, tabell 8.)

Personalen hade vidtagit olika åtgärder när de hade fått reda på att en ungdom utsatts för våld. Hur de svarade framgår av tabellen nedan. Endast enstaka personer hade valt att avvakta tills nästa besök medan en stor andel gav stödjande samtal, både vid det aktuella besöket och senare. De föreslog remiss till annan profession, kontaktade socialtjänsten för bedömning och informerade om rättsväsendet samt om frivilligorganisationer. (Se bilaga 2, tabell 8.)

Tabell 5. UM, Åtgärder vid diagnostiserat våld. N=184.

| Åtgärd vid diagnostiserat våld Flera svar kunde anges | Barnmorskor/ sjuksköterskor/ undersköterskor N=93 | | Läkare N=11 | | Psykosocial personal N=80 | |
|--|---|------|-------------|------|------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Avvakta till nästa besök | 5 | 5.4 | 0 | 0 | 14 | 17.5 |
| Stödjande samtal vid aktuellt besök | 73 | 78.5 | 6 | 54.5 | 57 | 71.3 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 76 | 81.7 | 8 | 72.7 | 68 | 85.0 |
| Föreslå remiss till annan profession inom hälso-och sjukvården | 32 | 34.4 | 6 | 54.5 | 11 | 13.8 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 48 | 51.6 | 7 | 63.6 | 52 | 65.0 |
| Informera om rättsväsendet (anmälan) | 63 | 67.7 | 7 | 63.6 | 56 | 70.0 |
| Informera om frivilligorganisation för stöd | 39 | 41.9 | 5 | 45.5 | 39 | 48.8 |
| Finns inget stöd att ge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Vet inte vad göra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Aldrig träffat någon som utsatts | 2 | 2.2 | 0 | 0 | 1 | 1.3 |

I tillägg till ovanstående framkom i de öppna frågorna att det ibland var svårt att fånga upp våldsutsatta:

”Det är alltid samma svårighet när någon blivit sexuellt utnyttjad att få dem till läkare för gynekologundersökning. Allt bör ju dokumenteras om de vill anmäla senare.”

En annan situation som beskrevs handlade om svårigheter att fånga upp våldsutsatta ungdomar, eftersom personalen ibland kunde uppleva ett dilemma mellan tystnadsplikt och anmälningsplikt. Respondenten hade erfarenhet av att

rädslan att bli anmäld ofta hindrat ungdomar från att berätta om hur de har det, att de inte litade på att hjälp fanns. Vikten av att ungdomen ska kunna känna trygghet i konsultationen beskrevs som av stor betydelse för att förtroenden som våldsutsatthet skulle kunna tas upp.

En annan svårighet som nämndes var att motivera ungdomen till att göra en polisanmälan. Det är en process som går långsamt och som riskerar att bli ytterligare ett nederlag för den som är utsatt.

Våldets former

Många deltagare uppgav att det var en partner eller en tidigare partner som utsatt ungdomen för våld, men även föräldrar. När det gällde vilken typ av våld som personalen fått vetskap om skilde det sig åt i professionsgrupperna.

Barnmorskor/ sjuksköterskor/undersköterskor hade främst fått vetskap om sexuellt våld/sexuell exploatering, medan läkare främst fått vetskap om ungdomars upplevelser av våld i familjen. Den psykosociala personalen hade främst fått vetskap om psykiskt våld. (Se bilaga 2, tabell 8.)

Mer än hälften av deltagarna i varje professionsgrupp hade träffat på ungdomar som anförtrött dem att de utsatts för sexuell exploatering: 56 (60.2 %) barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor, 6 (54.5 %) läkare och 46 (57.5 %) psykosocial personal. Det är relativt höga siffror, och vilken form av sexuell exploatering det rör sig om är okänt, eftersom en sådan fråga inte ställdes.

Vissa deltagare hade även träffat ungdomar som själva använt någon form av våld. Främst var det den psykosociala gruppen, 50 (62.5 %), men även 39 (41.9%) av sköterskegruppen samt 4 (36.4 %) av läkarna. De fick i störst utsträckning vetskap om att en ungdom använt fysiskt och psykiskt våld, men även sexuellt våld, vilket barnmorskegruppen och den psykosociala gruppen fick reda på i större utsträckning än läkarna. Främst drabbad var nuvarande partner, en före detta partner eller en vän. (Se bilaga 2, tabell 8.)

Känslor inför att fråga om våld

En annan fråga handlade om huruvida personalen kände oro eller olust inför att fråga ungdomar om våld, och majoriteten av deltagarna svarade nekande på detta. Bland sjuksköterskor och barnmorskor var det endast 6 (7.6 %) som uppgav att de kände olust och oro inför detta. Av läkarna var det 1 (10 %), av psykologerna/ psykoterapeuterna ingen, men av socionomerna/kuratorerna 6 (11.6 %). På den efterföljande frågan huruvida personalen var villig att fråga alla ungdomar på UM om våld, svarade trots detta ca 80 % i sjuksköterske-/barnmorskegruppen och läkarna att de var villiga att fråga alla, och 62.5 % av den psykosociala personalen svarade på samma sätt. (Se bilaga 2, tabell 8.)

Journaldokumentation

Frågan om journaldokumentation är viktig. Att frågan om våldsutsatthet ställts journalfördes alltid av 42 (45.2 %) i sjuksköterskegruppen, av 3 (27.3 %) av läkarna och av 25 (31.3 %) i den psykosociala personalgruppen. Det var få som konsekvent dokumenterade oro i journalhandlingen, vid misstanke om våld var det fler som dokumenterade, och vid bekräftat våld så dokumenterade majoriteten av deltagarna detta i journalhandlingen. Se detaljerad tabell nedan.

Tabell 6. UM, Journaldokumentation vid oro, misstanke eller bekräftat våld, samt skäl till att inte dokumentera i journalen. N=184

| Dokumenteras i journalen oro, misstanke eller bekräftat våld? Flera svar kan anges | Barnmorskor/ Sjuksköterskor/ Undersköterskor N=93 | | Läkare N=11 | | Psykosocial personal N=80 | |
|---|---|------|-------------|------|------------------------------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Oro | | | | | | |
| Alltid/oftast | 39 | 42.0 | 2 | 18.2 | 28 | 35.0 |
| Sällan/aldrig | 28 | 30.1 | 4 | 36.4 | 27 | 33.8 |
| Misstanke | | | | | | |
| Alltid/oftast | 58 | 62.4 | 6 | 54.6 | 43 | 53.8 |
| Sällan/aldrig | 13 | 14 | 3 | 27.3 | 13 | 16.3 |
| Bekräftat våld | | | | | | |
| Alltid/oftast | 76 | 81.7 | 9 | 81.8 | 59 | 73.8 |
| Sällan/aldrig | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Skäl till att inte dokumentera i journal* | | | | | | |
| Ingår inte i mina arbetsuppgifter | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 11 | 13.8 |
| Har ej haft misstanke eller fått bekräftat att våld före- kommit | 1 | 1.1 | 1 | 9.1 | 1 | 1.3 |
| Orolig att obehöriga får tillgång till sådan uppgifter | 5 | 5.4 | 3 | 27.3 | 5 | 6.3 |
| Dokumenterar på annat sätt | 81 | 87.1 | 8 | 72.7 | 76 | 95.0 |

Den öppna frågan om varför man inte hade dokumenterat besvarades av 28 personer, varav 3 uppgav att de aldrig haft misstanke om eller fått bekräftat att våld förekommit. Av de resterande svarade hälften att det inte ingår i deras

arbetsuppgift och den andra hälften att de är oroliga att obehöriga ska få tillgång till journalen. Det fanns möjlighet att kommentera frågan vilket gjordes av 18 personer. Några exempel ges nedan:

”Dokumenterar att jag frågat om jag misstänker eller oroar mig. Dokumenterar alltid vid bekräftat våld.”

”Dokumenterar med eftertanke och ibland i samråd med kollega.” ”Hör med patienten att det är OK att och vad jag skriver först.”

”Ibland vid oro avstår jag pga. att jag vill bygga på relationen ett tag till. Det som står i journalen ska ungdomen kunna läsa om hon vill och då ska jag ha redogjort för vederbörande min oro.”

”Otydliga direktiv om hur uppgifter kring våld skall dokumenteras, alternativt otydliga direktiv kring journalföring generellt.”

Kontakten mellan UM och andra verksamheter

På frågan om olika stödresurser önskade ungefär en tredjedel av alla respondenter kanaler för samverkan med andra. En majoritet i varje personalkategori uppgav dock att kontakter med andra verksamheter (andra enheter inom hälso- och sjukvården, socialtjänsten, rättsväsendet eller någon stödverksamhet för våldsutsatta eller våldsutövare) var ”mycket bra” eller ”bra”. Kontakter med rättsväsendet respektive stödverksamhet för våldsutövare hade inte varit lika ofta förekommande som med övriga verksamheter. (Se bilaga 2, tabell 9.)

De öppna frågorna bekräftade att samverkan är nödvändig för att kunna arbeta med våldsfrågan på ett bra sätt. Denna samverkan gällde ovanstående instanser men även verksamheter för medling och brottsstöd. Bland svaren fanns påpekanden om vikten av återkoppling från socialtjänsten efter anmälan enligt socialtjänstlagen, och en respondent ville ha mer samarbete med skolpersonal kring våld. En annan saknade verksamheter för unga våldsutsatta:

”Det finns inte så stort utbud, till exempel i form av gruppverksamheter att ”lotsa” ungdomarna till.”

Några önskade att UM-personalen skulle kunna gå gemensamma utbildningar om våld tillsammans med exempelvis socialtjänst och skola.

Riktlinjer/rutiner för upptäckande och bemötande

Riktlinjer och rutiner för hur personalen ska upptäcka och bemöta våldsutsatta ungdomar fanns tillgängliga enligt ca en tredjedel av respondenterna i varje grupp: 37 (39.8 %) i sjuksköterskegruppen, 4 (36.4 %) av läkarna och 24 (30.0 %) av den psykosociala personalen. Nästan lika många svarade att sådana dokument saknades, medan nästan var femte i sjuksköterskegruppen, mer än var

tredje läkare och var fjärde person i den psykosociala gruppen inte kände till några rutiner. (Se bilaga 2, tabell 9.) Genom de öppna frågorna framkom att rutiner och klara instruktioner ansågs viktiga för att alla skulle arbeta på liknande sätt och att alla ungdomar skulle få samma frågor enligt en mall eller som en fråga i anamnesen. Några påpekade betydelsen av att dessa dokument skulle utarbetas på regionnivå. Samtidigt som behovet av rutiner och stöd var stort så underströks att man som personal behöver vara öppen för improvisation eftersom varje fall är unikt:

”Det måste handläggas individuellt. Men så klara rutiner som möjligt. Klara och tydliga vägar att arbeta vidare på för den enskilde.”

En annan synpunkt var att verksamhetens rutiner borde förankras lokalt såsom hos socialtjänst och polis. En brist som påtalades handlade om juridiska dokument: ”Olika professioner har olika tolkningar av olika lagar att ta hänsyn till, till exempel sexualbrottslagen och föräldrabalken.”

Rutiner och erfarenhet av att anmäla enligt socialtjänstlagen

Majoriteten av respondenterna, (drygt 80 % av läkarna och drygt 60 % av resterande personal), angav att det fanns rutiner inom deras verksamhet för hur anmälan ska göras enligt socialtjänstlagen kap. 14, § 1. Några svarade att de inte hade sådana rutiner på sin arbetsplats medan en del var osäkra (Se bilaga 2, tabell 9.)

När det gällde erfarenhet av att själv ha gjort en anmälan till socialtjänsten saknade ungefär 5 av 11 läkare erfarenhet av det medan det av övrig personal var omkring 10 %. En knapp tredjedel av läkarna uppgav att de varken hade goda eller dåliga erfarenheter av att anmäla, medan andelen för övrig personal var ca 40 %. Bäst erfarenheter hade den psykosociala personalen. 25 av 80 (31.3 %) i den gruppen hade goda erfarenheter. (Se bilaga 2, tabell 9.)

Som orsak till att inte anmäla ett ärende angav omkring hälften av personalen att anmälan inte behövdes då ungdomen redan hade en kontakt inom socialtjänsten. Det var ingen av dem som svarade på frågeformuläret som avstod från att anmäla på grund av oro över att bli hotade i tjänsten eller privat. Endast en person menade att det inte fanns stöd i organisationen och en person tyckte att det skulle kännas obekvämt.

Stöd från arbetsplatsen

Slutligen tillfrågades deltagarna om oro för sin egen situation i arbetet med våld samt vilket stöd som fanns i arbetet med att upptäcka och bemöta våldsutsatta ungdomar. Det visade sig att de allra flesta, 70–80 %, inte kände någon oro för hot och våld i sin arbetssituation. En klar majoritet, ca 80 %, menade att de kunde samtala med kolleger om att bemöta våld. En majoritet kände också stöd från

närmaste chef: 60 (64.5 %) av barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor, 8 (72.7% av läkarna) och 60 (75 %) av den psykosociala personalen. Dock ser man att drygt hälften av gruppen barnmorskor/sjuksköterskor/undersköterskor och den psykosociala personalen saknade stödresurser i sitt arbete med våld. Av läkarna var det en dryg fjärdedel som rapporterade detta. På frågan om vilka stödresurser som önskades var de fem mest önskade kanaler för samarbete med andra, tid för arbets- platsdiskussioner, klara riktlinjer, handledning samt enstaka utbildningsdagar. (Se bilaga 2, tabell 9.)

En av respondenterna som berörde stöd från chefen, beskrev en situation kring anmälan enligt socialtjänstlagen:

”Jag är väldigt trygg i mitt team och med min chef, vilket jag ser som en förutsättning för att våga göra anmälningar.”

Betydelsen av handledning kom även fram i de öppna frågorna:

”Det är ett tungt arbete och tuffa berättelser att bära, även som samtalare, så mer handledning efterlyses.”

Regelbunden handledning poängterades som en helt nödvändig stödresurs.

En hel del av respondenterna gav i svaren på de öppna frågorna exempel på faktorer som i innehållsanalysen bedömdes handla om konkreta verktyg och planering. Bägge dessa faktorer kan utgöra bra stöd för personalen och underlätta att ta upp frågor om våld. Exempel på verktyg var att sökord eller frågan om våld ska finnas i inskrivningsmallen i journalen och att en checklista eller lathund som alla fick lära sig att använda skulle finnas tillgänglig. Vidare påpekades att frågor om våld ska ingå i anamnesupptagningen inför preventivmedelsförskrivning.

Det framkom synpunkter och erfarenheter om att det ofta var för kort om tid för att gå in på frågor om våld med ungdomarna som kom till mottagningen.

Respondenterna påpekade att det behövs mer tid för varje besök om man ska kunna ställa sådana frågor och kunna stödja och följa upp om det skulle bli aktuellt:

”För att tillfredsställa behovet av tillgänglighet på ungdomsmottagningen har vi s.k. öppen mottagning tre timmar måndag eftermiddag. Då kan det komma över 30 ungdomar och det är meningen att det ska vara ”snabba” besök. Det kan förstås komma upp grejer spontant även då, men det ställs inte så mycket frågor som vid ett inbokat besök.”

Ett par respondenter upplevde att verksamheten hade för lite personal för att kunna arbeta med våld på ett optimalt sätt och att ungdomsmottagningarna behöver mer resurser för att tidigt kunna möta ungdomars olika behov av stöd. Det fanns också önskemål om mindre ensamarbete, vilket också kan ses som en planeringsfråga.

Sammanfattning

Majoriteten av deltagarna från ungdomsmottagningarna:

- Var erfarna i sin profession
- Var erfarna inom UM:s verksamhet
- Uppgav att de fått kunskap om våld genom enstaka utbildningsdagar
- Uppgav att möten med våldsutsatta gett dem kunskap om våld
- Hade förhållandevis sällan träffat våldsutsatta ungdomar
- Dokumenterade alltid eller oftast i journalen att fråga om våld har ställts
- Dokumenterade alltid eller oftast i journalen vid bekräftat våld, färre dokumenterade vid misstänkt och ännu färre vid enbart oro
- Var positiva till att fråga alla ungdomar om våld
- Var inte oroliga för hot eller våld i arbetet
- Hade stöd av sin chef att ställa frågor om våld
- Hade möjlighet att samtala med kollegor på sin arbetsplats om att möta ungdomar med erfarenhet av våld
- Önskade stödresurser, framförallt direkt kliniskt användbart stöd i form av kanaler för samarbete med andra, handledning, klara riktlinjer, enstaka utbildningsdagar samt tid för arbetsplatsdiskussioner

Del 2. Sambandsanalyser och jämförelser

Enkla sambandsanalyser har genomförts där samband undersökts mellan att a) fråga om våld, b) dokumentera i journal och c) anmäla sådana händelser enligt socialtjänstlagen och ett urval av sociodemografiska och psykosociala variabler.

Sociodemografiska och psykosociala faktorer som använts i analyserna är följande:

Utbildning beskrivs här som att ha fått utbildning om våld i grundutbildningen och/eller ha gått högskolekurs (hög utbildning), i motsats till dem som enbart har enstaka utbildningsdag om våld (låg utbildning).

Antal år i yrket beskrivs som att många år i yrket betyder mer än 5 år och kortare tid i yrket är 5 år eller mindre. Antal år i respektive verksamhet beskrivs på samma sätt som antal år i yrket. Rutiner för att upptäcka våld har besvarats med ja/nej-alternativ. Rutiner för att anmäla till socialtjänsten har besvarats med ja/nej. Om det finns stöd från chefen har besvarats med ja/nej.

Här följer en redovisning av samband mellan att fråga om våld, dokumentera i journal resp. anmäla enligt socialtjänstlagen och variablerna a)–f). I dessa analyser har alla personalkategorier lagts samman för varje enhet, inga säranalyser förekommer således per yrkesgrupp.

I redovisningen nedan finns i parentes oddsrater med 95 % konfidensintervall som här ska utläsas som risk för att man inte frågar, dokumenterar eller anmäler. Dessa oddsrater uttyds alltså som risker, exempelvis att om man inte har lång erfarenhet i yrket eller inte har stöd av sin chef så är risken att man inte frågar, dokumenterar eller anmäler förhöjd. I texten nedan har vi för att öka läsbarheten uttryckt sambanden som chans/möjlighet att vidta åtgärd istället för risk att inte vidta samma åtgärd.

Att fråga om våld

Mödravårdscentraler, MVC

Att fråga om våld visade ett statistiskt signifikant samband endast med att ha stöd från chefen, det vill säga att om man som personal på MVC inte hade bra stöd från chefen gällande våldsförhållanden så var risken stor att personalen inte ställde frågor om våldsutsatthet till dem som söker på MVC (OR 7.01; 1.99–24.73, dvs. risken var 7 gånger större att man inte ställde frågan om chefen inte gav sitt stöd). Varken utbildning, år i yrket eller förekomst av rutiner bidrog till att öka chansen att personalen frågade om våld.

Barnavårdscentraler, BVC

Att fråga om våld visade statistiskt signifikant samband med att ha arbetat mer än fem år på BVC (OR 1.78; 1.03–3.07) och med att rutiner fanns att tillgå för hur

man kan upptäcka våld. Här var det således större chans att personalen frågade om våldsutsatthet om man hade lång yrkeserfarenhet samt om det fanns klara rutiner för hur man ska ställa frågor om våld (OR 2.23; 0.99–5.06). Inga statistiskt signifikanta samband fanns för utbildning i våld, antal år i yrket eller om stöd gavs från chefen.

Ungdomsmottagningar, UM

Om man som personal arbetat mer än 5 år på en UM var chansen att man även skulle fråga om våld (alltid eller vid misstanke om våld) ökad jämfört med om man arbetat kortare tid på UM. Sambandet var statistiskt signifikant med OR 2.25; 1.02–4.99. Inga av de andra variablerna visade på några samband.

Att dokumentera i journal

Mödravårdscentraler, MVC

Att ha stöd från sin närmaste chef visade sig vara av stor betydelse för att personalen skulle dokumentera våldsutsatthet i journalen (OR 2.57; 1.10–6.01). Ingen av övriga variabler visade sig ha någon påverkan på att dokumentera i journal.

Barnavårdscentraler, BVC

På de enheter där personalen kände till att det fanns rutiner för hur de skulle kunna upptäcka våld var chansen ökad för att de också skulle dokumentera våldsutsatthet i journalen (OR 1.70; 1.05–2.75). Även att ha utbildning inom våldsområdet bidrog sannolikt till att man dokumenterade i journalen, men sambandet nådde inte statistisk signifikans (1.77; 0.91–3.44). Övriga variabler visade inte några samband med att dokumentera i journal.

Ungdomsmottagningar, UM

För UM visade det sig att vid de enheter där personalen kände till att det fanns rutiner för hur man ska upptäcka våld var chansen stor att man även dokumenterade våldsutsatthet i journalen när det upptäckts på mottagningen (OR 2.25; 1.08–4.69, dvs. 2 ggr större risk att man inte dokumenterade i journalen om man inte kände till att det fanns rutiner). Inga övriga variabler visade något samband med att dokumentera våldsutsatthet i journalen.

Att anmäla till socialtjänsten

Mödravårdscentraler, MVC

Chansen att anmäla fall av våld till socialtjänsten visade sig vara kraftigt ökad och statistiskt signifikant om personalen hade lång yrkeserfarenhet (mer än fem

år) (OR 3.72; 1.61–8.58), och även många års erfarenhet av att arbeta på MVC ökade chansen att man anmälde fall enligt socialtjänstlagen (OR 3.44; 1.97–6.00).

Inga andra variabler visade statistisk signifikans, inte heller huruvida det fanns rutiner för att anmäla.

Barnvårdscentraler, BVC

Även för BVC-personal var lång erfarenhet i yrket (mer än fem år) en avgörande faktor med fem gånger högre chans att anmälan gjordes (OR 5.16; 2.81–9.31), och att ha lång erfarenhet av BVC-verksamhet bidrog fem-falt till att anmälan kom till stånd (OR 5.06; 3.12–8.22). Inga övriga variabler visade några statistiskt signifikanta samband.

Ungdomsmottagningar, UM

Lång erfarenhet (mer än fem år) av UM:s verksamhet visade sig vara en faktor som starkt bidrog till att man anmälde fall av våld till socialtjänsten (OR 3.27; 1.37–7.82). Varken tillgång till rutiner eller någon av de övriga variablerna visade sig påverka anmälningsbenägenheten. Sammanfattande tabeller för MVC, BVC och UM finns i bilaga 3.

Del 3. Ytterligare kunskap från de öppna frågorna

I slutet av frågeformuläret fanns tre öppna frågor där respondenterna ombads skriva vad de tyckte fungerade eller inte, om de hade några idéer om hur deras verksamhet skulle kunna utvecklas eller om de ville bidra med något annat som de tyckte hade betydelse avseende arbetet med våld. Personalen från de tre verksamheterna hade totalt skrivit 997 svar, där varje svar kunde innehålla flera meningsbärande enheter. Den kvalitativa innehållsanalysen resulterade i tre huvudkategorier. Den första beskriver att Organisatoriska förutsättningar kan göra att arbetet med våld fungerar bra, mindre bra eller dåligt. Den andra huvudkategorin handlar om Personalens egna resurser och förmågor och den tredje beskriver Faktorer utanför verksamheten som kan ha betydelse för eller påverka arbetet med våld. De underkategorier som bedömdes relatera till de slutna frågorna har tidigare redovisats i del 1 i detta kapitel, medan de som inte tydligt och avgränsat kan relateras till svaren på de slutna frågorna redovisas här i del 3. De sistnämnda underkategorierna bidrar med ytterligare kunskap kring respondenternas erfarenheter och reflektioner i ämnet. I nedanstående tabell ges en översiktlig redovisning av innehållsanalysens resultat. Kolumnen längst till höger ger information om var i resultatkapitlet de olika underkategorierna presenteras.

Tabell 7. MVC, BVC och UM. Resultatet av den kvalitativa innehållsanalysen avseende de tre

öppna frågorna. Antal svar = 997

| Kategori | Underkategori | Redovisningsdel |
|--|---------------------------------------|-----------------|
| Organisatoriska förutsättningar | Riktlinjer och rutiner | I |
| | Samverkan med andra | I |
| | Handledning | I |
| | Utbildning och kunskap | I |
| | Konkreta verktyg | I |
| | Konkret planering | I |
| | Stöd från ledningen att ställa frågan | I |
| | Teamarbete | 3 |
| | Teamdiskussioner | 3 |
| | Förebyggande arbete (ej MVC) | 3 |
| Verksamheten i sig är ett stöd (ej MVC och BVC) | 3 | |
| Personalens egna resurser och förmågor/förutsättningar | Upplever svårigheter | 3 |
| | Erfarenhet | 3 |
| | Lyhördhet | 3 |
| | Skapa förtroende | 3 |

| | | |
|-------------------------------|--------------------------------------|---|
| | Ser möjligheter | 3 |
| Faktorer utanför verksamheten | Handläggning inom andra verksamheter | 3 |
| | Svårt att fånga upp våldsutsatta | 1 |
| | Våld är en samhällsangelägenhet | 3 |

De underkategorier som beskrivs här i del 3 är Teamarbete, Teamdiskussioner, Förebyggande arbete, Verksamheten i sig är ett stöd, Handläggning i andra verksamheter samt Våld är en samhällsangelägenhet. Den sistnämnda ligger under huvudkategorin Faktorer utanför verksamheten. Därutöver beskrivs nedanhuvudkategorin som handlar om Personalens egna resurser och förmågor/förutsättningar. Denna innehåller underkategorierna Upplever svårigheter, Erfarenhet, Lyhörddhet, Skapa förtroende och Ser möjligheter.

Ovanstående redovisas gemensamt för MVC, BVC och UM och i de fall det var något som var specifikt för respektive verksamhet beskrivs detta i texten.

När det gällde riktlinjer och rutiner hade respondenterna mycket detaljrika förslag på vad en riktlinje/rutin ska innehålla. Därför redovisas de förslagen i en punktlista som kan användas som inspiration och reflektion kring vad ett sådant vägledande dokument bör innehålla. Denna finns som bilaga 4.

Teamarbete

Flera respondenter beskrev vikten av tvärprofessionellt arbete i team. De tog upp betydelsen av att arbeta tillsammans för att våldsutsatta snabbt och bra ska få hjälp, att arbetet följs upp, att arbetsgruppen är trygg och att man stöttar varandra. Trygghet handlade om att ha kunniga kollegor med lång erfarenhet och att vara ett starkt team med erfarenhet av våld. Kompetensområden som särskilt togs upp som betydelsefulla för teamet var familjeterapiutbildning, KBT och kompetens inom hederskulturer. En annan viktig faktor som kom fram var att ha en flexibilitet i systemet avseende bokningar och tid:

”Om en kvinna uppger att hon utsatts för våld, så kanske hennes besök tar längre tid än man först beräknat. Jag skulle önska att man då kunde få hjälp med att ta hand om den våldsutsatta kvinnan alternativt att någon annan tar hand om min nästa patient som sitter i väntrummet och väntar.”

Teamarbete beskrevs också i termer av att tillsammans stå för en anmälan enligt socialtjänstlagen:

”Viktigt att ha gott stöd på arbetsplatsen gällande denna svåra problematik. Styrka att alltid anmäla med två professioner.”

Teamdiskussioner

Att med jämna mellanrum, till exempel på APT eller utbildningsdagar, diskutera frågan om våld, och att ta vara på erfarenheter från projekt ansågs öka medvetenhet och öppenhet inför problemet. Respondenterna menade att diskussioner kan hålla frågan levande så att den inte försvinner bort bland allt annat som ska göras. Allmänna diskussioner i teamet ansågs utgöra kollegialt stöd och erfarenhetsutbyte i största allmänhet:

”Genom att hålla diskussionen öppen på arbetsplatsen och samverkan över gränser skulle vi kunna ge det bästa stödet, resurser och engagemang måste finnas på chefsnivå. Spelar ingen roll hur mycket vi ”vet” om vi inte har något forum för det.” Återkommande team-möten ansågs även vara bra forum för att arbeta med rutiner, vilka som gäller, om de behöver revideras och förnyas:

”En arbetsgrupp som jobbar med att göra en handlingsplan och utarbeta ett sätt som vi kan använda oss av och sedan utbilda alla i rutiner att fråga, dokumentera och ge individuella stödåtgärder.”

Gemensamt arbete med rutiner ansågs även kunna underlätta implementeringen av dessa. Ytterligare synpunkter som i analysen bedömdes handla om diskussioner i teamet var betydelsen av att ta in utomstående resurspersoner:

”Jag tror att vi behöver att någon kommer in just till vårt team och jobbar med oss en halv/heldag för att hjälpa oss att utveckla en samsyn vad gäller våld. Detta för att undvika att det finns teammedlemmar som tycker att visst våld är ok, exempelvis om en kvinna pratar nedlåtande mot en man eller ger honom en örfil.” En av respondenterna, som själv troligtvis arbetade mycket ensam, menade att hon verkligen saknade någon att diskutera sitt arbete med, inte minst arbete som gällde våld i nära relationer.

Förebyggande arbete

I svaren från BVC och UM framkom vikten av förebyggande arbete inom den egna verksamheten, både individuellt och i grupp, men även att arbeta förebyggande tillsammans med andra verksamheter.

Föräldrautbildning på BVC ansågs som en arena för förebyggande insatser i form av information och diskussion med föräldrarna i största allmänhet kring parrelationen, barnets utveckling och anknytning till föräldrarna och om våld ur barns perspektiv. Exempel som gavs var att man på dessa träffar skulle kunna ta upp sådant som barns aggressivitet och hur man som förälder kan hantera det. Det handlar om att tidigt komma in med riktat föräldrastöd för att förebygga våld, såsom att hänvisa familjer till olika typer av stödverksamheter, att ha stödgrupper/ anhörigstöd inom BVC och att erbjuda samtalskontakt i förebyggande syfte:

”Vi låter våra förebyggande socionomer presentera sig för våra familjer på första läkarbesöket. Detta märker vi har god effekt och många tar egen kontakt

med dem (eller bokar tid direkt), de får ett ansikte och förstår att de kan vända sig dit även med dessa svåra frågor.”

Flera av respondenterna från UM tydliggjorde att det utåtriktade arbetet gentemot skolklasser var bra tillfällen för samtal kring attitydfrågor om våld, kränkningar och kontrollerande beteende men också för att förmedla att personalen på mottagningen är medveten och har kunskap kring problemet:

”Att på ett allmänt sätt presentera på mottagningen för ungdomarna att vi kan våld. Detta för att visa att det är ok att prata med oss, vi vet vad som kan göras.” Andra metoder att arbeta förebyggande var att visa filmer i väntrummet på mottagningen och att ha affischer som visar att personalen på mottagningen är beredd att föra samtal om våld. Några framhöll att det vore bra med grupper för ungdomar som varit våldsutsatta, att man där skulle kunna ta upp specifika frågeställningar och problem eftersom det kan vara betydelsefullt att ungdomar förstår de inte är ensamma.

Verksamheten i sig är ett stöd

Detta är en underkategori som analyserades fram genom uttalanden från UM-personal. De menade att ungdomsmottagningens uppdrag och struktur i sig kan utgöra ett stöd för ungdomar som är utsatta för våld. Verksamheten är lättillgänglig, man är bra på att ställa frågor om våld, bra på att lyssna på svaren och att visa för ungdomarna att våld är ett ämne som personalen på mottagningen har kunskap om. Inom verksamheten finns en förståelse för allvaret i våld, och våldsutsatta ungdomar får ofta förtur till samtal. Här kan ungdomar få råd och stöd och de har möjlighet att få en samtalskontakt under längre tid. Ingen av respondenterna inom MVC och BVC tog upp något motsvarande.

Handläggning inom andra verksamheter

Inom MVC och BVC fanns det respondenter som hade negativa uppfattningar av andra verksamheters sätt att handlägga ärenden avseende våldsutsatta. Exempel på detta var erfarenheter av att anmälan om oro för det väntade barnet sällan ledde till åtgärder i den omfattning som personalen på MVC önskade. De efterlyste en socialtjänst som skulle kunna hävda och ta tillvara det ofödda barnets rättigheter. Inom BVC fanns liknande uppfattningar, att socialtjänsten öppnade en utredning för att sedan lägga ned den, trots att man på BVC ansett att anmälan var mycket viktig. Några tyckte till och med att socialtjänsten lägger ned då gott som alla ärenden och det fanns också exempel på personal som menade att anmälan tyvärr sällan leder till någon förbättring, vilket orsakade frågor om nyttan med anmälan, men även kompetensen i stort ifrågasattes av en respondent som uttryckte sig så här:

”Det svåra är kontakten med socialtjänsten, utan tvekan. Mitt förtroende för dem

är otroligt lågt! Jag anmäler ändå, för jag uppfattar det som min skyldighet, men tror ibland att det förvärrar situationen. Min erfarenhet är att socialtjänsten förringar psykiskt våld och/eller inte har kompetensen.”

Rättsväsendet blev ifrågasatt av två respondenter. Det ena uttalandet handlade om att polisen inte tar med sig mor och barn för skydd när mamman ringt polisen på grund av våld, och det andra om att domare och nämndemän har för dålig utbildning och att en vidareutbildning för dem skulle stärka barnperspektivet rejält. Ytterligare exempel handlade om barnmorskor som upplevde bristande handläggning avseende migration samt BVC-personal som menade att det var svårt att få kontakt med och prata med förskolepersonalen på grund av sekretess.

Våld är en samhällsangelägenhet

Flera av respondenterna underströk att eftersom våld är ett samhällsproblem är det viktigt att våld blir en fråga för människor i allmänhet och att det finns en öppenhet kring frågan. Att satsa på ett mer övergripande förebyggande arbete var exempel på idéer som kom fram. Flera av respondenterna ansåg att våldsprevention borde börja i skolan:

”Man kan börja med föreläsningar om relationer/självkänsla och självförtroende redan på mellanstadiet/gymnasiet och även på UM med gruppinformation när eleverna kommer med sin klass.”

Andra reflektioner handlade om vikten av information från samhället till människor i allmänhet. Det ansågs finnas behov av kunskap om att det är förbjudet att slå barn i Sverige, att det finns andra former av våld än fysiskt, och det behövs mer information för dem som utsätter någon för våld:

”Precis som det finns broschyrer och hemsidor för folk som dricker/röker/äter för mycket eller fel, så borde det finnas material för våldsutövare. All info nu verkar rikta sig till offren.”

En respondent påpekade vikten av att män öppet och tydligt tar ställning mot våld, att det inte räcker att kvinnor gör det. Våld är ett svårt problem som sträcker sig långt utanför hälso- och sjukvården. Samhällsplanering och socialtjänst kan vara avgörande för att skydda barn:

”Jag vet hur anmälan till socialtjänst ska gå till och hur stöd kan ges till den som drabbas men det verkar vara svårt att lösa vårdnadstvister som blir långdragna och svårt att skydda barnen som blir utsatta för psykiskt våld när de ser hur föräldrar hotar och bråkar med varandra.”

Ytterligare en respondent uttryckte farhågor om risk för tillvänjning av problemet:

”Det känns som om våldet blir vanligare förekommande och det finns en rädsla att vi ökar vår tolerans som personal.”

Under huvudkategorin Personalens egna resurser och förmågor beskrivs respondenternas reflektioner som i analysen uppfattades handla om mer personliga faktorer som kunde underlätta eller försvåra arbetet med våld.

Erfarenhet

Flera av respondenterna påpekade att våld var ett område som var helt nytt för dem och de frågade sig hur många våldsutsatta de egentligen hade missat. En orsak till svårigheter i själva frågandet var just bristande erfarenhet av att ställa frågor om våld. Det kunde göra att man kände sig mer osäker, både med avseende på hur den man frågar ska reagera och hur man själv reagerar:

”Trots att frågor om våld är svåra att ställa, så tror jag de accepteras om man anser att våld endast är ”fysiskt”. Att diskutera psykiskt våld är mycket svårare men förmodligen är det psykiska våldet mycket mer utbrett.”

Men några menade att när de hade träffat på personer som hade erfarenheter av våld upplevde de sin brist på erfarenhet:

”Fjärilar i magen vid dessa besök gör nog att jag inte alltid agerar professionellt. Jag har vid alla tillfällen utom ett, inte förväntat mig att det skulle komma upp. Ett annat resonemang var att ju mer man lyfter frågan, ju naturligare känns det att fråga och ju mer erfarenhet får man.

Skapa förtroende

Flera respondenter beskrev erfarenheter, uppfattningar och upplevelser som i analysen bedömdes handla om vikten av förtroende. De menade att det tar tid att skapa en förtroendefull situation för att människor ska kunna prata om hur de har det. Det har betydelse att den som ställer frågor om våld har en öppen och ärlig personlig relation till personen ifråga, vilket oftast inte skapas vid första tillfället. Den som tillfrågas måste kunna känna sig trygg, och hur frågor om våld ställs upplevdes som avgörande:

”Frågor måste ställas med god känsla för att få vettiga svar och det hela inte blir kontraproduktivt.”

En uppfattning som kom fram var att det kunde vara kontraproduktivt för förtroende att ha speciella rutinfrågor till alla, det kan bli för många frågor och det kan finnas en risk att personen ifråga inte svarar sanningsenligt. En trygg samtalsrelation, däremot, kan göra att frågor om våld får en naturlig plats i samtalet. Det ansågs viktigt att vidta relevanta förtroendeskapande åtgärder:

”Om patienten har haft mod att berätta så kan vi ju inte kränka dem ytterligare genom att inte göra något.”

Förtroende kan också handla om att tillsammans med den det gäller ta fram en plan. Gott rykte, vilket var ett annat begrepp som kom fram, och som i analysen

ansågs vara en förtroendeskapande faktor. Likaså att personalen framhöll vikten av att klargöra sina skyldigheter vid anmälan enligt socialtjänstlagen. Några respondenter menade att det var viktigt att tydliggöra socialtjänstens stora och viktiga uppgift i detta sammanhang: att stötta föräldrar att vara bra föräldrar och se till barnets rätt till en trygg uppväxt.

Ser möjligheter

Respondenterna påpekade en rad faktorer som handlade om att allting går att utveckla, att det finns stora möjligheter kring arbetet med våld. De menade att våld i nära relationer diskuteras och identifieras på ett helt annat sätt än för några år sedan och att det är många som är intresserade av frågan:

”Det finns ett gryende intresse hos oss alla som arbetar i verksamheten.”

Men de menade också att även om personalen är duktig på att fråga på ett bra sätt, så kan man ändå alltid bli bättre. Det är viktigt att våga möta människor som söker vård och att benämna det svåra, vilket kan uppnås genom ökad kunskap:

”Det är en ständig process i mig själv att utveckla sättet att fråga och att prata om våld i nära relationer.”

Flera av respondenterna inom MVC påpekade att det där finns ett naturligt sammanhang för frågor om våld, eftersom det är naturligt att fråga om den blivande förälderns hälsa och livssituation. Ett par av respondenterna jämförde frågor om våld med screening avseende alkoholbruket hos gravida:

”Det är ingen som tycker det känns obekvämt att fråga längre. Jag tror personligen inte att det skulle ”ramla in” kvinnor som kräver extra resurser, men vi kanske kunde rädda någon. Eller åtminstone ”öppna dörren” för henne.”

De var flera som reflekterade kring att det finns många inkörsportar till att ställa frågan. Å andra sidan, som en annan person påpekade:

”Det är inte alltid svårt att identifiera när det förekommer våld och utsatthet, det som är svårt är att veta vad vi ska göra.”

Ovanstående citat relaterar till viss del även till nedanstående underkategori.

Upplever svårigheter

Många av respondenterna menade att det kan vara svårt att hitta en bra form i samtalet, att hitta ett tydligt men naturligt sätt att tala kring våld. Att våga fråga kräver mod, utbildning och rutiner, men som en av respondenterna uttryckte det, många låter ändå helt enkelt bli:

”Det är en knepig situation. Även om verksamheten ska fråga alla om erfarenhet av våld i nära relationer, så gör inte alla det.”

En annan svårighet kring att samtala om våld är att våldsutsatta kvinnors egen

ambivalens till sin situation försvårar och frustrerar, även om den är begriplig för personalen. Det kan vara påfrestande att fråga när man upplever att man inte får ärliga svar. I det stora mörkertalet finns många utsatta som inte vill berätta, och det är svårt att vidta några åtgärder på enbart misstankar. Det finns många dolda former av fysisk och psykisk misshandel, och när det gäller högpresterande familjer med god yttre fasad kan det vara svårt att fråga, likaså när det är personer som man känner eller lär känna. Då kan det vara lätt att bli godtrogen och missa våld av den anledningen.

Det fanns även ett visst motstånd i själva frågandet eftersom svaret måste kunna tas omhand. En av barnmorskorna menade att screening inte bör göras utan att man har sett positiva effekter i bra studier och andra uttryckte en tveksamhet inför uppdraget som helhet. Några uttryckte att frågor om våld inte är barnmorskans arbetsuppgift, de menade att det är socialtjänsten som har det ansvaret. Denna synpunkt framkom även från några inom BVC, att det borde vara en annan profession som skulle ha ansvaret för att fråga eller helt enkelt en annan verksamhet:

”Jag tror att BUP är mer lämpande för familjesamtal men BVC-sköterskan är naturligtvis ett bra stöd.”

En av respondenterna beskrev arbetet med våld ur två perspektiv: Samtidigt som våld är ett viktigt ämne att arbeta med, inte minst på grund av att det är ett stort mörkertal, så finns risk att man som personal inte ser problemet på grund av förutfattade meningar:

”Många inom hälso- och sjukvården tror att det mest förekommer våld i socialt belastade familjer men där är det oftast lättare att prata om svåra saker. I de ”fina” familjerna och husen är fasaden stark.”

Detta kan således utgöra ett hinder för att fånga upp barn som lever med våld. Flera respondenter påpekade just vikten av att man som professionell både behöver vara medveten om och arbeta med sina fördomar.

En annan svårighet som kom upp var huruvida rekommenderade frågeinstrument skulle kunna göra att man som personal blir styrd i samtalet, vilket i sin tur skulle kunna göra att det personliga mötet blir lidande, att man helt enkelt förlorar fokus.

Lyhördhet

Flera av respondenterna reflekterade kring lyhördhet och menade att ökad kunskap och medvetenhet kring problemet våld skulle kunna leda till en ökad känslighet, att man börjar prata mer om våld, att man som personal får upp ögonen och lyssnar in på ett annat sätt än tidigare. Det handlar om att vara öppen för vem som skulle kunna vara utsatt och hur den personen har det. Lyhördhet innebär att inte bara ta hänsyn till det uppenbara som man ser vid en första

anblick, utan också beakta de signaler som kan tyda på våldsutsatthet:

”Det är troligt att om vi var mer tillgängliga för föräldrar så skulle vi fånga upp fler. Föräldrar som söker för barns beteende/utveckling men där det istället är ett symtom på våld i familjen eller andra familjeproblem.”

UM-personalen tog upp betydelsen av att ställa öppna frågor till ungdomar och vara vaksam på de ungdomar som söker för problem, vilket skulle kunna vara tecken på att de lever med våld. De menade att frågor om våld inte bara kan ställas på ett sätt. Vidare påpekades att det kan vara lätt att glömma att ställa frågan om allt verkar bra. Det gäller att vara uppmärksam och att ställa rätt frågor vid anamnesen. Utöver detta var det en av respondenterna som ställde sig frågan hur ungdomsmottagningen ska kunna fånga upp fler killar och vara lyhörd för just deras problem. Genom att i större utsträckning uppmärksamma våld kan såväl barn som föräldrar få stöd. Några av barnmorskorna inom MVC påpekade att deras arbetssätt i sig självt inbjuder till lyhördhet och en öppenhet i dialogen med de gravida kvinnorna:

”Vi har en öppenhet för alla sorters behov och därför vana att möta patienter i olika situationer, förhoppningsvis utan skygglappar.”

De menade att en öppen attityd och att fråga hur de har det i familjen och hur de mår är viktigt, även om man som personal inte tror att det förekommer så mycket just i ens eget upptagningsområde.

Sammanfattningsvis hade respondenterna en mängd konkreta förslag på hur de tre verksamheterna skulle kunna förbättras avseende att arbeta med frågan om våld. Dessa viktiga synpunkter och reflektioner hade inte kommit fram i denna studie om respondenterna inte hade svarat på de öppna frågorna.

6. Diskussion och sammanfattning av studiens resultat

Vid en jämförelse mellan verksamheterna MVC, BVC och UM framgick att alla verksamheterna dominerades av kvinnlig personal. Majoriteten av dem som arbetade på MVC och BVC hade mer än 10 års erfarenhet i yrket, medan personalen på UM var yngre och majoriteten hade mindre än 10 års erfarenhet i yrket.

De flesta var offentliganställda, på MVC och UM varierade detta mellan 94 och 100 %. På BVC var skillnaden mellan olika enheter större (73–100 %), och majoriteten arbetade i tätorter med mer än 40 000 invånare.

När det gäller att ha fått utbildning inom våldsområdet var det få som hade utbildning på högskolenivå. Flest fanns inom psykosocial personal på UM men dessa var få till antalet. För alla tre verksamheterna gällde att de flesta hade varit på någon enstaka föreläsning eller på en enstaka konferens. Samtliga personalkategorier uppgav däremot att de fått erfarenhet av att arbeta med våldsfrågan genom att de i sin dagliga verksamhet mött vårdsökande som utsatts för våld eller genom sitt arbete inom andra verksamheter i hälso- och sjukvården. Detta visar således att man lär av sin praktik men saknar mer teoretisk kunskap i ämnet interpersonellt våld. Dock framkom även att många reflekterade över hur få personer eller situationer förknippade med våld som de varit medvetna om att de kommit i kontakt med under sitt yrkesliv.

Identifiering av våld och olika våldsformer

En stor majoritet av de anställda i de tre verksamheterna hade lång erfarenhet i sitt yrke och sin specifika verksamhet, och hade även kommit i kontakt med våldsutsatthet i sitt arbete. Det kan dock konstateras att speciellt på BVC var det en relativt stor andel som aldrig varit i kontakt med våld i sin yrkesutövning (43 % av läkarna, 34 % av sjuksköterskor, 29 % av psykosocial personal) medan det på UM var ytterst få som inte haft våldsutsatta ungdomar på mottagningen. På BVC och UM var det läkarna som hade minst erfarenhet av att bemöta våldsutsatta personer på mottagningen, på MVC var det den psykosociala personalen.

Att fråga om våld är känsligt. De flesta i samtliga verksamheter frågade vid misstanke om våld eller vid synliga tecken på våld medan endast ett fåtal frågade alla som kom till respektive mottagning. Ett undantag var barnmorskor på MVC, där mer än hälften frågade alla systematiskt om våldsupplevelser. Det var heller inte ofta som personalen träffade på fall av våld i sin kliniska verksamhet, men

personalen på MVC och UM gjorde det betydligt oftare än personalen vid BVC (ett par ggr/år), medan detta hade inträffat betydligt mer sällan på BVC.

Hur upptäcker man våld i nära relation eller andra former av interpersonellt våld? För samtliga verksamheter var det inte ovanligt att den som sökte vård och stöd själv tog upp ämnet, och en klar tendens var att det främst var någon i gruppen av psykosocial personal som man anförtror sig åt. Detta förklaras av att den vårdsökande i de flesta fall remitterats dit av någon läkare eller sjuksköterska vid misstanke om våldsutsatthet. Mer vanligt var dock att personalen frågade då de hade en misstanke om att våld hade förekommit eller vid synliga tecken på våld. I samtliga verksamheter upptäcktes främst fysiskt våld och i mindre utsträckning sexuellt och psykologiskt våld.

Vid MVC var det i första hand partnervåld som togs upp i en diskussion med barnmorskan, men även våld utövat av förälder eller vårdnadshavare uppdagas här och likaså våld från en främmande person. Den åtgärd som främst vidtogs var att erbjuda ett eller flera stödjande samtal samt att informera om frivilligorganisationer som kvinnojouren, som kan vägleda och stödja i fortsatta kontakter. Socialtjänsten kontaktades i vissa fall även om färre än hälften av deltagarna från MVC angav detta som en möjlighet. Sexuell exploatering var något som uppdagades av 20–30 % av de anställda inom MVC och den vanligaste åtgärden i sådana fall var att ge stödjande samtal samt att informera om det samhällsstöd som finns.

Vid BVC är det barns bästa som står i centrum, och ifråga om våld är det barnets utsatthet som är av högsta prioritet, antingen barnet är direkt utsatt för våld eller lever med våld riktat mot en förälder eller mellan föräldrarna/vårdnadshavare. Samtliga personalgrupper angav att det endast vid enstaka tillfällen framkommit att barn utsatts för våld i hemmet av en förälder/vårdnadshavare eller att våld utövats av en förälder mot en annan. De åtgärder som vidtogs var att erbjuda stödjande samtal, men i första hand informerades socialtjänsten och frivilligorganisationer.

Till UM kommer ungdomar med erfarenhet av våld. Det kan vara våld mellan familjemedlemmar eller att ungdomen själv utsatts för våld alternativt själv utsatt någon för våld såsom en partner, vän, eller en helt okänd person. Det våld man som personal på UM främst fick kunskap om var psykiskt våld och sexuell exploatering. Stödjande samtal var personalens första insats, och herefter kontaktade man socialtjänsten samt informerade om rättsväsendet och frivilligorganisationer. En stor del av personalen på UM tog upp ämnet sexuell exploatering, över 70 % i varje personalgrupp, och 50–60 % uppgav att de haft

ungdomar på mottagningen som utsatts för detta. Många ungdomar tog själva upp detta men personalen frågade också vid misstanke eller synliga tecken på sådan utsatthet. Det var heller inte ovanligt att personalen fått vetskap om våld från helt okända personer och i dessa fall var det främst fysiskt och psykiskt våld som förekommit. Personalen hade även i ett fåtal fall uppdagat att den som sökte på mottagningen själv utövade våld mot en annan person. Sådant våld avslöjades av förövaren själv men även via frågor från personalen som fått misstanke om att så kunde vara fallet. I dessa fall var det främst en partner eller en f.d. partner som utsatts för våld.

Att fråga om våld

I frågeformuläret fanns två frågor kring känslan av att ställa frågor om våld. Den ena gällde om man känner olust inför att fråga om våldserfarenhet och den andra frågan berörde om man är villig att fråga alla om sådana upplevelser. Det fanns intressanta skillnader mellan personalgrupperna inom MVC, där läkare och psykosocial personal i hög grad kände olust inför att fråga medan barnmorskor inte upplevde det som problematiskt. BVC-personalen uppgav att nästan hälften av sjuksköterskorna och läkarna kände olust inför att fråga medan den psykosociala personalen inte kände så. På UM var det ytterst få som kände olust eller tveksamhet till att fråga om våld.

På den andra frågan, om villighet att fråga alla, svarade majoriteten i alla grupper att de var villiga, men att notera var att av läkarna på MVC och BVC var det 16–18 % som inte var villiga att fråga, medan den tendensen inte fanns på UM.

Att dokumentera i journal

Att dokumentera i journal är generellt känsligt, alla personalgrupper i samtliga verksamheter angav detta. Det var få i personalgruppen, alla kategorier, som dokumenterade vid oro för att våld kunde ha förekommit. Däremot dokumenterade majoriteten av personalen i journal när de fått misstanke om eller sett synliga tecken på att våld förekommit. I genomsnitt 80 % gjorde så.

Tendensen var att sjuksköterskor på BVC och MVC sällan dokumenterade i journal vid misstanke om våld, medan alla personalgrupper på UM oftast dokumenterade sådan misstanke. Intressant att notera var hur sällan man inom varje verksamhet faktiskt hade fått misstankar om att våld förekommit. Det visade sig att detta inträffade enstaka gånger per år för majoriteten av dem som

arbetar på MVC och BVC. Ca 60 % av respondenterna angav detta, medan det på UM inträffade något oftare, jämnt fördelat mellan att det inträffade några gånger per år (35 %) och enstaka gånger per år (32 %).

På frågan om anledningar till att inte dokumentera i journal svarade 70–95 % i personalgrupperna att de dokumenterade 'på annat sätt' av skälet att de var oroliga för att obehöriga skulle få tillgång till sådan information. Andra sätt som angavs var att göra egna noteringar i olika system såsom att skriva på lösa lappar ämnade endast för en själv eller att man gjorde en anteckning i journalen som inte var tydlig men skulle leda tankarna till att något inte stod rätt till.

Med tanke på att framtidens journal kan bli tillgänglig för all personal inom hälso- och sjukvården i Sverige finns det anledning att noga tänka igenom hur framtida dokumentation ska göras. Dessutom ska den enskilda patienten få tillgång till sin egen journal, vilket medför en risk att även förövaren kan få tillgång till journalen och då eventuellt utsätta sin partner för ytterligare våld.

Det är fortfarande stigmatiserande att ha blivit utsatt för våld. Om detta inträffar vid ett enstaka eller några tillfällen som lett till att hälso- och sjukvården kontaktats är det knappast rimligt att sådan information ska följa en person genom livet i varje ny kontakt med hälso- och sjukvården. Detsamma gäller ju även andra tillstånd och därför är det viktigt att följa hur denna diskussion utvecklas och vilka beslut som kommer att fattas. Delar av journalen bör göras mer svåråtkomliga, vilket diskuteras. Inte minst är journalen på ungdomsmottagningarna föremål för en ganska livlig debatt bland personalen, som här försöker föra fram ett ungdomsperspektiv på frågan. Det finns många händelser under ungdomsåren som inte behöver vara aktuella senare i livet. Det är viktigt att ungdomar kan känna sig trygga med att besöka ungdomsmottagningarna. Där ska de kunna få hjälp med sina frågor kring sexualitet, relationer och andra viktiga ungdomsfrågor och de ska kunna berätta och fråga om allt utan att vara oroliga för att dessa funderingar ska komma upp vid andra besök inom hälso- och sjukvården, där kanske mamma, pappa eller någon annan vuxen närstående är med.

Att anmäla till socialtjänsten

På frågan om erfarenhet av att anmäla barn som far illa/misstänks fara illa, enligt socialtjänstlagen kap. 14, § 1, så har de flesta i varje verksamhet svarat att erfarenheterna varken varit goda eller dåliga, alltså ett neutralt svar. Dessutom angav drygt 40 % av BVC-personalen och drygt 18 % av MVC-personalen att de inte hade någon erfarenhet alls av att anmäla ett sådant ärende. På UM var det 45 % av läkarna som inte hade någon erfarenhet av att anmäla, av övriga personalkategorier endast 10–14 %.

Som orsak till att inte anmäla angav man först och främst att personen/familjen redan hade kontakt med socialtjänsten. Detta är dock inte ett skäl till att inte anmäla. Anmälan ska ske varje gång vid misstanke om att ett barn far illa. Varje anmälan blir ett stöd för åtgärder från socialtjänsten. Dessutom skulle kontakt med socialtjänsten kunna handla om t.ex. bistånd och inte alls ha med barnets egen situation att göra. Andra anledningar som angavs som skäl att inte anmäla var att det upplevdes svårt att överblicka konsekvenserna av en anmälan, och att man som personal var rädd att den vårdsökande skulle förlora förtroendet för vårdgivaren. Det var framförallt den psykosociala personalen som framhöll att en anmälan kan göra mer skada än nytta. Ett flertal i samtliga verksamheter angav 'andra skäl' för att inte anmäla, vilket betyder att man i frågeformuläret inte lyckats fånga dessa skäl. Ganska få har svarat på dessa frågor, men de ger en indikation på hur man agerar och det är många som inte över huvud taget har någon erfarenhet av att anmäla fall av våld till socialtjänsten.

Oro för hot och våld i arbetet, rutiner och stödresurser

Inom sjuksköterskegruppen var oro att själv utsättas för hot och våld i arbetssituationen störst bland dem som arbetade på BVC (20 %), härfter MVC (10 %) medan färre på UM rapporterade detta (7 %). Läkarna på MVC och BVC upplevde oro för sådant hot i samma utsträckning (16–21 %), medan inga läkare på UM hyste någon sådan oro. Inom den psykosociala personalgruppen finns sådan oro på alla verksamheter, men den var minst uttalad på UM (UM 11 %, MVC 17%, BVC 21 %).

Det är viktigt att även undersöka om det finns rutiner för hur personalen ska upptäcka och agera då fall av våld uppdagas på en mottagning och hur användbara dessa rutiner är. Att ha stöd från chefen är troligen av stor betydelse för hur orolig man är för egen utsatthet för hot eller våld. I genomsnitt angav drygt en tredjedel att det fanns rutiner medan så många som en fjärdedel och upp till hälften av deltagarna inte visste om rutiner fanns. Majoriteten av samtliga deltagare i studien uppgav att rutinerna alltid eller oftast kunde tillämpas. En övervägande majoritet av de svarande från alla verksamheterna ansåg sig ha gott stöd från sin chef i att ta upp våldsfrågan i konsultationen och att de kunde diskutera frågan med sina kolleger.

På den direkta fråga om man som personal i någon av verksamheterna MVC, BVC eller UM saknade en stödresurs, såsom goda och väl utarbetade möjligheter till samarbete, tydligare rutiner och handledning i sitt arbete med våld på mottagningen, så angav mer än hälften att de gjorde så. På BVC var det så många som 62 % som angav att de saknade stödresurs medan det bland läkare på UM enbart var 27 % som rapporterade att de saknade sådant stöd.

Det framkom således att de rutiner som finns idag inte är tillräckligt väl kända i verksamheterna och att dessa även behöver förtydligas och regelbundet uppdateras. Stöd från chefer fanns, men respondenterna efterfrågade även andra insatser för att göra personalen mer trygg i sin yrkesutövning. Både att känna sig trygg i hur man bör agera i konsultationen men även att känna trygghet i att ha beredskap för egen utsatthet för hot och våld.

Utbildning prioriterades något lägre men önskades i form av enstaka utbildningsdagar och i andra hand en kortare kurs. Att utbildning var relativt lågt prioriterat bland personalgrupperna är förvånande då utbildning brukar vara det som först efterfrågas då man känner sig osäker i sin yrkesutövning. Möjligen ska detta tolkas som att det är erfarenhet i den kliniska vardagen som främst efterfrågas samt att tiden inte räcker till för att gå en längre kurs.

Att inte känna sig trygg i sin yrkesroll

En personalgrupp föreföll mer otrygg i sin yrkesroll när det gällde att identifiera och hantera fall av våld. Det var BVC-personalen och särskilt sjuksköterskegruppen. Detta bekräftades även av att BVC-personalen kände större olust inför att fråga om våldsutsatthet än övriga grupper, och hade mindre erfarenhet av att anmäla sådana fall. Man misstänkte våldsutsatthet mera sällan, och följaktligen dokumenterade man även i mindre utsträckning än övriga. Vidare var det i denna grupp som flest personer angav behov av stödresurser även om skillnaderna inte var stora mellan personalgrupper och verksamheter. De mönster som framträder visar små skillnader, men ytterligare en sådan värd att nämna är UM, där man hade fler fall av våld på mottagningen men kände sig tryggare i sin yrkesutövning jämfört med hur det var i de andra verksamheterna, och hade därmed lättare för att ställa frågor om våldsupplevelser.

Frågan som uppkommer är om det är svårare att beröra ämnet våld på BVC än i andra verksamheter då man på BVC har med små barn att göra och verksamheten i första hand handlar om allmänna hälsokontroller och utvecklingsstatus. Strävan är att se det positiva och uppmuntra föräldrar samt ge råd och stöd. Att då tala om våld som kanske inte direkt utövas mot barnet ifråga utan försiggår mellan föräldrar/vårdnadshavare, kan uppfattas som integritetskränkande.

Det är vidare viktigt att uppmärksamma att många inte har någon erfarenhet av att kontakta stödverksamheter för våldsutsatta, inte känner till om rutiner finns för hur personalen ska kunna upptäcka våld och när man ska anmäla till socialtjänsten samt att det finns en oro för egen utsatthet för hot och våld. Detta tolkas som att beredskapen för att bemöta våldsutsatta vårdsökande på den egna mottagningen är tämligen dålig.

Fler studier behövs, såväl kvantitativa som kvalitativa, för att närmare undersöka attityder och erfarenheter hos hälso- och sjukvårdspersonal av att

bemöta barn, ungdomar och vuxna som har oerfarenheter av våld.

Trots erfaren personal upptäcks få fall av våld

Våld är ett omfattande folkhälsoproblem i Sverige. De undersökta verksamheterna träffar en stor del av befolkningen på sina respektive mottagningar, men trots detta identifierades fall av våld tämligen sällan, endast någon enstaka gång per år i genomsnitt. Troligt är därför att många våldsutsatta och våldsutövare missas inom MVC, BVC och UM, likaväl som inom hälso- och sjukvården generellt. Alla fall av våld kräver inte vård, men då alla de tre verksamheter som här undersökts arbetar såväl hälsofrämjande som förebyggande av ohälsa är det viktigt att personalen frågar fler utan att det upplevs som stötande, obehagligt eller obekvämt av vare sig personal eller vårdsökande. För att komma dithän behöver hälso- och sjukvården få in en rutin i när och hur man ska fråga, och för detta behövs såväl utbildning som träning. Många våldsutsatta vårdsökande önskar bli tillfrågade men tar inte själva upp detta vid sina besök inom hälso- och sjukvården. Därför krävs det att professionella inom hälso- och sjukvård har kunskap och kompetens inom området våld, att de kan ställa frågor om våld och bemöta svaren på ett bra sätt för att vara till hjälp och stöd för den som är utsatt för någon form av våld men också fånga upp dem som själva utsatt någon närstående.

Personalens önskemål om resurser

Deltagarna hade flera önskemål om stödresurser för att kunna göra ett bättre arbete med att identifiera, bemöta och omhänderta våldsutsatta vuxna, ungdomar och barn. Framförallt framhölls vikten av välfungerande samarbetsmöjligheter med andra verksamheter och olika former av interna möten på arbetsplatsen samt handledning och tydliga rutiner för hur man bör formulera frågor om våld och hur man ska bemöta och handla när våld upptäckts.

Ett önskemål var således att få till stånd ett fungerande teamarbete på arbetsplatsen, där olika professioner och kompetenser fanns företrädda för att ge kollegialt stöd. Som önskvärt i ett sådant team nämndes särskilt kunskap i familjeterapi, kognitiv beteendeterapi och särskild kunskap om hederskulturer och inställning till våld. Arbetsplatsmöten föreslogs vidare kunna bli ett forum för kortare diskussioner om våld genom att man där kunde diskutera genomförda projekt och ta vara på ny kunskap och erfarenheter.

Även vidareutbildning önskades, men främst som endagsutbildning eller en kortare kurs. De som deltog i denna studie var överlag personer med lång erfarenhet i sitt yrke och de baserade sin praktik främst på sin yrkeserfarenhet. Att inte en längre utbildning var högt prioriterat kan förstås så att den utbildning

man har ligger långt tillbaka i tiden (grundutbildningen), och att det därför inte känns naturligt att efterfråga någon längre utbildning men väl sådana åtgärder som finns inom räckhåll. Sambandsanalyserna bekräftade att det främst var lång yrkeserfarenhet, bra rutiner för att upptäcka fall av våld samt gott stöd av närmaste chef som bidrog till att man oftare frågade, dokumenterande respektive anmälde fall av våld. Slutsatsen är att utbildning behövs, men att den ska anpassas till personalens behov och ges som kortare kurser eller föreläsningar i tillägg till andra åtgärder.

Metodologiska aspekter

Varje person med behandlingsansvar på MVC, BVC, och UM i Västra Götalandsregionen inbjöds att delta i studien. Svarsfrekvensen var relativt låg i denna studie men i samma storleksordning som för nationella studier som genomförs i Sverige av exempelvis Statistiska centralbyrån. Den relativt sett låga svarsfrekvensen är dock något förvånande då information sändes ut i förväg och personalgrupperna uppmuntrades av sina chefer att besvara frågorna.

Förklaringar till den relativt låga svarsfrekvensen kan vara flera. Det var svårt att nå samtlig personal per e-post på grund av att e-postadresser inte fanns tillgängliga eller inte var korrekta för de personalkategorier som avsågs för studien. Detta kan ha bidragit till låg svarsfrekvens men framförallt har personalen svarat direkt att det inte fanns tid för att fylla i frågeformuläret. Detta är en klar indikation på en stor arbetsbörda då ett ifyllande innebär möjlighet att påverka sina arbetsvillkor. Dessa svar kan även tolkas som att våldsfrågan inte är högprioriterad, vilket i sin tur kan bero på att man upptäcker relativt få fall på mottagningarna och att andra problem är av större vikt.

Avsikten var att göra frågeformuläret så kort som möjligt och enkelt att besvara, då detta kan vara faktorer som påverkar svarsfrekvenser. De svar som inkommit bedöms vara pålitliga, då frågeformuläret var enkelt konstruerat. Vissa frågor kunde besvaras med flera alternativ, vilket gav en bättre bild av en situation än att tvinga de svarande att välja endast ett svarsalternativ.

I den pilotstudie som genomfördes framkom svårigheter att förstå syftet med vissa frågor, och detta korrigerades. Bedömningen är att de svar som inkommit speglar den dagliga verksamheten på de berörda mottagningarna men att vissa samband inte kan ses på grund av för få antal svarande. De öppna frågorna besvarades av många och här uttryckte flera personer att det kändes bra att också få uttrycka sina svar med egna ord.

En viktig fråga är huruvida de resultat som presenterats för de slutna frågorna i frågeformulärsundersökningen är representativa för samtlig personal i de grupper som undersökts. Eftersom svarsfrekvensen var omkring 50 % för de olika grupperna, och i något fall lägre, så finns en osäkerhet, och man kan inte

omedelbart generalisera fynden till att gälla hela gruppen. Man kan dock resonera kring att de som arbetar på MVC, BVC och UM har liknande arbetsförhållanden i hela regionen. Då personal från samtliga enheter svarat, kan en försiktig slutsats ändå vara att det är troligt att likartade resultat hade framkommit om samtliga anställda i de olika personalkategorierna hade svarat på frågeformuläret.

Analyserna har begränsats till förekomst (prevalens med antal och procentsats) samt några sambandsanalyser (oddsrater med 95 % konfidensintervall) för att undersöka orsaker till vissa tendenser i materialet och för att kunna göra jämförelser mellan grupper.

Diskussion avseende innehållsanalysen

Forskarna som genomförde studien har bäge erfarenheter av att ha använt denna analysmetod tidigare, de har också kunskap och erfarenhet av ämnet. För att kunna värdera i vilken utsträckning resultatet av den kvalitativa analysen av de öppna frågorna kan användas, diskuteras nedan resultatets giltighet, tillförlitlighet och överförbarhet.

Giltighet

Valet av analysmetod ansågs lämplig för syftet. De öppna frågorna som analyserades fanns i slutet på det ganska omfattande frågeformuläret. Trots detta var det många respondenter som svarat på de öppna frågorna, vilket tyder på ett engagemang i ämnet. Eftersom respondenterna var anonyma har de troligtvis svarat ärligt och rakt. De kategorier som identifierades stämmer väl överens med resultatet av de kvantitativa frågorna.

Tillförlitlighet

Frågeformuläret har tagits fram genom en process där såväl kliniskt verksam personal som forskare har varit delaktiga i konstruktionen av frågorna. Formuläret testades genom en pilotstudie, och när det gäller de öppna frågorna gjordes ingen förändring efter genomläsning av svaren, vilka föreföll relevanta.

De olika stegen i metoden följdes och gick igenom med forskarkollegor på VKV, vilket kan anses stärka tillförlitligheten.

Resultaten av de öppna och de slutna frågorna i den kvantitativa delen av frågeformuläret stämmer väl överens. En fråga som uppkommer är om svaren på de öppna frågorna var en reflektion av de slutna frågorna samt huruvida respondenterna hade svarat på samma sätt på de öppna frågorna om de hade svarat på dessamförst. Bedömningen, baserad på svarens formulering och innehåll, är dock att de slutna frågorna endast i ringa omfattning påverkat svaren på de öppna frågorna.

Överförbarhet

Genom en noggrann metodbeskrivning skulle analysen av de öppna frågorna kunna upprepas med liknande resultat. Huruvida resultatet skulle kunna överföras och användas i annat sammanhang är upp till den som läser resultatet. Men resultatet av denna studie måste ändå ses i ljuset av sitt sammanhang (Graneheim och Lundman, 2004).

Referenser

- Ali, T. S., Krantz, G., Mogren, I. 2011. 'Violence permeating daily life': A qualitative study investigating perspectives on violence among women in Karachi, Pakistan, *Global Health Action*. 4:7448.
- Allmänna barnhuset. Våld mot barn 2006–2007. 2007. En nationell kartläggning. Skriftserie 2007:4. Stockholm.
- Andershed, A-K, Andershed, H., Cater, Å. 2011. RESUME studien. RETrospektiv Studie om Unga Människors Erfarenheter av utsatthet och stöd i unga år.
- Annerbäck, E-M, Wingren, G., Svedin, C-G, Gustafsson, P-A. 2010. Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden – findings from a population-based youth survey. *Acta Pædiatrica*. 99: 1229–1236.
- Archer, J. 2000. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*. 126: 651-80.
- Berglund, A. 2004. Hundra år av mödrahälsovård. Ingår i: Svensk kvinnosjukvård under ett sekel. [1904–2004: jubileumsskrift]
- Bernards, S., Graham, K. 2013. The Cross-Cultural Association Between Marital Status and Physical Aggression Between Intimate Partners. *Journal of Family Violence* 28:403–418 DOI 10.1007/s10896- 013-9505-1.
- Boy, A., Salihu, H. M. 2004. Intimate partner violence and birth outcomes: a systematic review. *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 49(4), 159–164.
- BRIS. 2008. Barnen, BRIS och It. En studie av ungas kontakter med BRIS om Internet, It och mobiltelefoni. Stockholm: BRIS.
- Broberg, A., Almqvist, L., Axberg, U., Almqvist, K., Cater, Å. K., Eriksson, M., Forssell, A., Grip, K., Iversen, C., Sharifi, U. 2011. Stöd till barn som bevittnat våld mot mamma: Resultat från en nationell utvärdering. Göteborg: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Brottsförebyggande rådet (BRÅ). 2007. Vuxnas sexuella kontakter med barn via Internet. Omfattning, karaktär, åtgärder. Rapport 2007:11. Västerås: Edita Norstedts.

Campbell, J. 2002. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 359: 1331-36. Carbone-Lopez, K., Kruttschnitt, C., Macmillan, R. 2006. Patterns of intimate partner violence and their associations with physical health, psychological distress and substance use. *Public Health Reports*. 121: 382-92.

Coker, A. L., Smith, P. H., Thompson, M. P., McKeown, R. E., Bethea, L., Davis, K. E. 2002. Social Support Protects against the Negative Effects of Partner Violence on Mental Health. *Journal of Women's Health & Gender-Based Medicine*. 11(5): 465-476.

Colarossi, L.G., Breitbart, V., Betancourt, G. 2010. Screening for Intimate Partner Violence in Reproductive Health Centers: An Evaluation Study. *Women & Health* 50: 313-326.

Corneliussen, T. 2012. Genväg till forskning nr 4. Barn som upplever våld – konsekvenser för välmående och hälsa. Göteborg: VKV, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Dobash, R. E., Dobash, R. P. 1980. *Violence against wives*. London: Open University Books.

Edin, K., Högberg, U. 2002. Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*. 18:268-278.

Edvardsson, D. (ed). 2010. *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Ellsberg, M., Pena, R., Herrera, A., Liljestrand, J., Winkvist, A. 2000. Candies in hell: women's experiences of violence in Nicaragua. *Social Science and Medicine*. 51(11):1595-1610.

Eriksson, M. (red). 2002. *Barn som upplever våld*. Nordisk forskning och praktik. Stockholm: Gothia.

Eriksson, M. 2003. *I skuggan av pappa*. Familjerätten och hanteringen av faders våld. Akademisk avhandling. Stehag: Gondol.

Feder, G., Ramsay, J., Dunne, D., Rose, M., Arsene, C., Norman, R., Kuntze, S., Spencer, A., Bacchus, L., Hague, G., Warburton, A., Taket, A. 2009. How far does screening women for domestic (partner) violence in different health-care settings meet criteria for a screening programme? Systematic reviews of nine UK National Screening Committee criteria. *Health Technology Assessment*. 13(16), 1-113, 137-347.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, W., Koss, M. P., Marks, J. S. 1998. Relationship of childhood abuse and household dysfunction of many of the leading causes of death in adults. The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventive Medicine*. 14(4), 245-58.

Finneran, C., Stephenson, R. 2013. Intimate partner violence among men who have sex with men: A systematic review. *Trauma, Violence & Abuse*, 14(2), 168–185.

Fleming, J., Mullen, P. E., Sibthorpe, B., Bammer, G. 1999. The longterm impact of childhood sexual abuse in Australian women. *Child Abuse and Neglect*. 23 (2):145-159.

Folkhälsomyndigheten. 2014. ”Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland homo- och bisexuella personer”. Resultat från nationella folkhälsofrågeformuläret Hälsa på lika villkor.

Forsman, B. 1997. *Forskningsetik. En introduktion*. Lund: Studentlitteratur.

FSUM. 2002. *Föreningen för Sveriges ungdomsmottagningar. Policyprogram*.

Garcia-Moreno, C., Jansen, H., Ellsberg, M., Heise, L., Watts, C. 2005. WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women’s responses. Geneva: WHO.

Graham-Kevan, N., Archer, J. 2005. Investigating three explanations of women’s relationship aggression. *Psychology of women quarterly*. 29: 270-7.

Graneheim, U., Lundman, B. 2004. Quantitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today* 24: 105-112.

Heise L. L. 1998. Violence against women: An integrated, ecological framework. *Violence against women*. 4: 262-290.

Heise, L, Garcia-Moreno, C. 2002. Violence by intimate partners. In: Krug m.fl. *World report on violence and health*, pp. 87–121. Geneva, World Health Organization.

Hensing, G., Alexanderson, K. 2000. The relation of adult experience of domestic harassment, violence, and sexual abuse to health and sickness absence. *International Journal of Behaviour Medicine*. 7: 1-18.

- Holm, U. 1987. *Empati. Att förstå andra människors känslor*. Lund: Rahms. Natur och Kultur.
- Holmberg, C., Enander, V. 2004. *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*. Lund: Studentlitteratur.
- Holmberg, C., Stjernqvist, U., Sörensen, E. 2005. *Våldsamt lika och olika: om våld i samkönade parrelationer*. Stockholm: Stockholms universitet, Centrum för genusstudier.
- Holt, S., Buckley, H., Whelan, S. 2008. The impact of exposure to domestic violence on children and young people: a review of the literature. *Child abuse & neglect*. 32(8): 797-810.
- IVO. Inspektionen för vård och omsorg. 2014. *Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld. Slutrapport från en nationell tillsyn 2012–2013*.
- IVO. Nationell tillsyn av hälso- och sjukvårdens arbete med våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld, Västra Götalandsregionen. *Inspektionen för vård och omsorg 20130905 Dnr. 8.5-3726/2013*).
- Johnson, M. P., Ferraro, K. J. 2000. Research on domestic violence in the 1990s: Making distinctions. *Journal of Marriage and the Family*. 62: 948-63.
- Johnson, M. P. 2006. Gender symmetry and asymmetry in domestic violence. *Violence against women*. 12(11): 1003-18.
- Kelly, L. 1999. *Violence Against Women: A policy of neglect or a neglect of policy?* Walby, S. (ed.) *New Agendas for Women*, London: Macmillan.
- Kirkwood, C. 1993. *Leaving Abusive Partners: From the scars of survival to the wisdom for change*. London, Thousand Oaks and New Delhi: Sage.
- Krantz, G., Östergren, P-O. 2000. The association between violence victimisation and common symptoms in Swedish women. *Journal of Epidemiology Community Health*. 54(11):815-21.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. 2002. *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Kvale, S. 1996. *InterViews: An introduction to qualitative research interviewing*. California Thousand Oaks: Sage Publications.
- Lagerberg, D. 2001. *A descriptive survey of Swedish child health nurses'*

awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*. 25: 1583–1601.

Landstedt, E., Gillander-Gådin, K. 2011. Deliberate self-harm and associated factors in 17-year-old Swedish students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 39: 17-25.

Leander, K. 2007. Mäns våld mot kvinnor. Ett folkhälsoproblem. Stockholm läns landsting, Centrum för folkhälsa: Stockholm.

Lundgren, E., Heimer, G., Westerstrand, J., Kalliokoski, A-M. 2001. Slagen dam. Mäns våld mot kvinnor i jämställda Sverige, en omfångsundersökning. Umeå: Brottsoffermyndigheten.

Lundgren, E. 2004. Våldets normaliseringsprocess. Linköping: Tryckeriet AB.

Lövestad, S., Krantz, G. 2012. Men's and women's exposure and perpetration of partner violence: an epidemiological study from Sweden. *BMC Public Health*. 2;12(1):945.

Mburia-Mwalili, A., Clements-Nolle, K., Lee, W., Shadley, M., Wei Yang. 2010. Intimate partner violence and depression in a population-based sample of women: can social support help? *Journal of interpersonal violence*. 25(12):2258-78.

Miller, J. A. 2006. Specification of the types of intimate partner violence experienced by women in the general population. *Violence Against Women*. 12 (12):1105-1131.

Murphy, C., Schei, B., Myhr, T. 2001. Abuse – a risk factor for low birth weight? A systematic review and meta-analysis. *CMAJ. Canadian Medical Association journal*, 164, 1567-1572.

Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa. Svensk förening för obstetrik och gynekologi, 2008: 59. Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. 2009.

NCK rapport 2009:2. Våld i samkönade parrelationer – en kunskaps- och forskningsöversikt.

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. 2010. NCK rapport 2010:4. Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen. Antologi. Uppsala: Edita Västra Aros.

Nationellt centrum för kvinnofrid, NCK. 2014. Våld och Hälsa, en

befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa. ISSN 1654-7195.

Neroien, A. I., Schei, B. 2008. Partner violence and health: results from the first national study on violence against women in Norway. *Scandinavian journal of public health*. 36(2):161-8.

Nicolaidis, C., Gregg, J., Galian, H., McFarland, B., Curry, M., Gerrity, M. 2008. "You always end up feeling like you're some hypochondriac": intimate partner violence survivors' experiences addressing depression and pain. *J Gen Intern Med*. 23(8):1157-63.

Nybergh, L., Taft, C., Enander, V., Krantz, G. 2013. Self-reported exposure to intimate partner violence among women and men in Sweden: results from a population-based survey. Accepted for publication in *BMC Public Health*. 13:845.

O'Reilly, R., Beale, B., Gillies, D. 2010. Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma, Violence and Abuse*. 11(4): 190-201.

Ottosson, J-O. 1999. Patient-läkarrelationen – läkekonst på vetenskaplig grund. Vol. 144. Stockholm: SBU:s publikationsserie. Natur & Kultur.

Paterson, J., Fairbairn-Dunlop, P., Cowley-Malcolm, E. T., Schluter, P. 2007. Maternal childhood parental abuse history and current intimate partner violence: data from the Pacific Islands Families Study. *Violence and Victims*. 22 (4):474-488.

Prop. Justitiedepartementet, Regeringens proposition 2005/06:166, Barn som bevittnat våld.

Prop. Justitiedepartementet, Regeringens proposition 2006/07:38, Socialtjänstens stöd till våldsutsatta kvinnor.

Redd Barna. 2004. Chattevenner er ikke som andre venner ... En rapport om barn og unges chattekompetanse. Oslo: Redd Barna.

Reichenheim, M. E., Moraes, C. L., Szklo, A., Hasselman, M. H., Ramos de Souza, E., de Azevedo Lozana, J., Figueiredo, V. 2006. The magnitude of intimate partner violence in Brazil: portraits from 15 capital cities and the Federal District. *Cad. Saude Publica, Rio de Janeiro*. 22(2): 425-37.

- Ristock, J. och Tingbang, N. 2005. Relationship Violence in Lesbian/Gay/Bisexual/ Transgender/Queer [LGBTQ] Communities. Moving Beyond a Gender-Based Framework.
- Rädda barnen och Stiftelsen Allmänna Barnhuset. 2007. Akta barnen. Om våld mot små barn.
- Sarkar, N. N. 2008. The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrical Gynaecology*. 28(3), 266-71.
- Schlack, R., Petermann, F. 2013. Prevalence and gender patterns of mental health problems in German youth with experience of violence: the KiGGS study. *BMC Public Health*, 13:628.
- SFOG. 2008. Mödrahälsovård, Sexuell och Reproductiv Hälsa. Rapport 59. Intressegruppen för Mödrahälsovård inom SFOG Samordningsbarnmorskorna inom SBF i samarbete med MödraBarnhälso- vårdpsykologernas Förening.
- SFS 1982:763. Hälsa- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS 2006:493. Hälsa- och sjukvårdslagen. Stockholm: Socialdepartementet.
- SKL. Sveriges kommuner och landsting. 2013. För kvinnofrid – mot våld i nära relationer.
- Socialstyrelsen. 2002. ”Tack för att ni frågar” – Screening om våld mot kvinnor. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. 2005. När mamma blir slagen: att hjälpa barn som levt med våld i familjen. Att hjälpa barn som levt med våld i familjen. Artikelnr 2005-131-9. Stockholm: KopieCenter.
- Socialstyrelsen. 2009a. Nationella indikatorer för God vård. Hälsa- och sjukvårdsövergripande indikatorer. Indikatorer i Socialstyrelsens nationella rutiner.
- Socialstyrelsen. 2009b. Våldsutsatta kvinnor och barn som bevittnat våld – Alla kommuners ansvar. Slutrapport från en nationell tillsyn 2008–2009. Artikelnr 2009-11-24. Publicerad www.socialstyrelsen.se, december 2009.
- Socialstyrelsen. 2010. Lägesrapport 2010. Västerås: Edita Västra Aros AB
- Socialstyrelsen. 2013a. Barn som far illa eller riskerar att fara illa, en vägledning

för hälso- och sjukvården samt tandvården gällande anmälningskyldighet och ansvar. ISBN 978-91-7555-102-9.

Socialstyrelsen. 2013b. Konsekvensutredning – förslag till föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer. 4.1.1-43635/2013.

Socialstyrelsen. 2013c. Könsperspektiv i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. ISBN 978-91-7555- 131-9.

Socialstyrelsen. 2013d. Att förstärka och kvalitetsutveckla stödet till våldsutsatta kvinnor, barn som bevittnat våld och våldsutövare – en uppföljning av 2011 års utvecklingsmedel. Artikelnummer 2013- 8-12.

Socialstyrelsen. 2013e. Metod och resultat – Öppna jämförelser 2013. stöd till brottsoffer.

SOSFS 2008:14. Socialstyrelsens föreskrifter om informationshantering och journalföring i hälso- och sjukvården.

SOU 2001:72. Barnmisshandel – Att förebygga och åtgärda.

SOU 2004:71. Sexuell exploatering av barn i Sverige.

SOU 2013:44. Statens offentliga utredningar. Ansvarsfull hälso- och sjukvård.

Statens folkhälsoinstitut. 2005. Levin M. B. Barnhälsans politiska historia. I: Eds: Sundin J., Hogstedt C., Lindberg J., Moberg H. Svenska folkets hälsa i historiskt perspektiv.

Statens folkhälsoinstitut. 2006:08. Roth, N., Boström, G., Nyqvist, K. 2006. Hälsa på lika villkor? Hälsa och livsvillkor bland hbt-personer. Elanders Gotab AB: Stockholm, 2006.

Stenson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M. L., Saarinen, H., Wenker, A. 2001. The prevalence of violence investigated in pregnant population in Sweden. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 22(4): 189- 97.

Straus, M. A., Gelles, R. J., Steinmetz, S. K. 1980. Behind closed doors: violence in the American family. Garden City, NY: Doubleday.

Swahnberg, K., Wijma, K. 2007. Validation of the Abuse Screening Inventory (ASI). *Scandinavian Journal of Public Health.* 35: 330-334.

Tingberg, B., Bredlöf, B., Ygge, B-M. 2008. Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of*

Clinical Nursing. 17: 2718–2724.

Tingberg, B. 2010. Child abuse – clinical investigation, management and nursing approach. Akademisk avhandling. Stockholm: Karolinska institutet.

Ungdomsstyrelsen. 2010. Hon hen han: En analys av hälsosituationen för homosexuella och bisexuella ungdomar samt för unga transpersoner. Stockholm: Ungdomsstyrelsen.

Ungdomsstyrelsen, 2012. Om unga hbtq-personer. Hälsa. Stockholm: Ungdomsstyrelsen, 2012.

Ulstein Moseng, B. 2007 Vold mot lesbiske og homofile tenåringer. En representativ undersøkelse av omfang, risiko og beskyttelse. Ung i Oslo 2006. Norsk insitutt for forskning om oppvekts, velferd og olrding. Rapport 19/07.

Vinthagen, S. 2007. Kommunikation ur ett maktperspektiv. In: Fossum, B., editor. Kommunikation samtal och bemötande i vården. Lund: Studentlitteratur.

Vos, T., Astbury, J., Piers, L. S., Magnus, A., Heenan, M., Stanley, L., Walker, L., Webster, K. 2006. Measuring the impact of intimate partner violence on the health of women in Victoria, Australia. Bulletin of the World Health Organization, 84(9):739– 744.

Vung, N. D., Östergren, P-O., Krantz, G. 2008 Intimate partner violence against women in rural Vietnam: different socio-demographic factors are associated with different forms of violence. Need for new intervention guidelines? BMC Public Health. 8:55.

Vårdguiden Stockholms läns landsting [http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Halso-och-sjukvard/ Narsjukvard/Barnhalsovard/](http://www.vardguiden.se/Sa-funkar-det/Halso-och-sjukvard/Narsjukvard/Barnhalsovard/).

Walsh, K., Blaustein, M., Knight, W. G., Spinazzola, J., van der Kolk, B. A. 2007. Resiliency factors in the relation between childhood sexual abuse and adulthood sexual assault in college-age women. J Child Sexual Abuse. 16(1):1-17.

Weinehall, K. Att växa upp i våldets närhet: Ungdomars berättelser om våld i hemmet. Akademisk avhandling, Umeå universitet, 1997, ISBN: 91-7191-364-5.

WHO. 2005. WHO multi country study on women´s health and domestic

violence against women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. Geneva: World health Organization.

WHO. 2010. World Health Organization/London School of Hygiene and Tropical medicine. Preventing intimate partner and sexual violence against women: taking action and generating evidence. Geneva: World health Organization.

WHO. 2013. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women.

Bilaga I. Framtagandet av studiens frågeformulär

Utöver att använda internationell forskning i ämnet användes två av VKV:s rapporter för att få ett bra underlag för frågeformulärna. Den första rapporten var en intervjustudie med syfte att beskriva hinder och möjligheter i det primär- preventiva arbetet med våld i nära relationer. Data insamlades med hjälp av två fokusgruppsdiskussioner med barnmorskor från mödravårdscentraler (MVC) och gynnottagningar och med barnmorskor och kuratorer på ungdomsmottagningar (UM). Därutöver gjordes enskilda intervjuer med fyra mödrahälsovårdsöverläkare, representerande olika delar i regionen. Studien verifierar tidigare forskningsresultat vad gäller hinder såsom tidsbrist och rädsla för att kränka kvinnan och paret genom att ställa frågor om våldsutsatthet. Resultatet visade på okunskap, svårigheter att fråga patienter som man har regelbunden kontakt med, hopplöshetskänslor och frustration som står i vägen för att ställa frågor om våld i nära relationer samt låg tilltro till samhällets resurser och stödkapacitet (32).

Den andra rapporten var en enkätstudie där barnmorskor på barnmorskemottagningar och ungdomsmottagningar i Västra Götaland tillfrågades om att delta. Syftet var att undersöka vilken erfarenhet barnmorskor på barnmorske- och ungdomsmottagningar har av att upptäcka våld, bemöta våldsutsatta kvinnor och handlägga vården av kvinnor utsatta för partnervåld. Data samlades in med hjälp av ett strukturerat frågeformulär som besvarades av 28 barnmorskor (32 tillfrågades). De flesta barnmorskorna (92.6 %) hade någon gång träffat en kvinna som utsatts för våld i nära relation. Hälften angav att de systematiskt frågar kvinnorna om våldsutsatthet medan övriga endast gjorde detta sporadiskt eller aldrig. De barnmorskor som alltid frågade upptäckte våldsutsatta kvinnor mer frekvent (33).

Utöver att använda ovanstående rapporter genomfördes en fokusgruppsintervju med sjuksköterskor och psykologer från barnavårdscentraler i VGR. Syftet var att få information om hur personal inom BVC-verksamheten i Västra Götaland arbetar och tänker kring våld i nära relationer. Även detta för att öka kunskapen och ge ett underlag för vilka frågor som skulle ställas till BVC-personal. Intervjuguiden innehöll följande frågeområden: Vad är våld i nära relationer? Synen på det egna uppdraget. Dagens arbetssätt och dess för- och nackdelar? Hinder och svårigheter för att arbeta på ett bra sätt med våld i nära relationer? Vilka möjligheter som finns för att arbeta på ett bra sätt med våld i nära relationer? Önskemål och idéer om hur arbetet med våld i nära relation kan förbättras. Resultatet av denna fokusgrupps- diskussion har använts vid utformandet av frågeformulären.

Pilotstudien i Region Halland

Utöver att svara på frågeformuläret ombads respondenterna/deltagarna att ge sina synpunkter på frågeformuläret. Ungefär 40 % ansåg att formuläret innehöll lagom många frågor, några få personer (drygt 1 %) tyckte att det var för få frågor/ det fanns frågeområden som inte kommit med i frågeformuläret och resterande, knappt 60 %, menade att frågeformuläret innehöll för många frågor. Majoriteten, ca 63 %, ansåg att frågorna var lätta att förstå, drygt 28 % tyckte att de varken var lätta eller svåra och ca 8 % att frågorna var svåra att förstå. På frågan hur lätta eller svåra frågorna var att besvara så ansåg nästan hälften att de varken var lätta eller svåra, nästan 20 % att de var svåra och resterande, nästan 32 %, att de var lätta att besvara. På frågan huruvida respondenterna tyckte att det fanns frågor som överlappade varandra så svarade 72.5 % nej. En annan fråga som var viktig att få svar på i pilotstudien var ungefär hur lång tid det hade tagit att svara på

frågeformuläret. För en liten andel, 8 %, hade det tagit 5–10 minuter, 32 % hade bedömt tiden till 10–15 minuter, nästan hälften, ca 47 %, 15–20 minuter, och för resterande 13 % hade det tagit mer än 20 minuter att svara på frågorna. Utifrån det som kom fram i pilotstudien så reviderades samtliga frågeformulär, antalet frågor reducerades och några frågor förtydligades. Därefter kontaktades företaget som konstruerat de webb-baserade frågeformulären och frågeformulären för huvudstudien i VGR färdigställdes.

Bilaga 2. Frågeformulär för MVC, BVC och UM

MVC Västra Götaland

Detta är ett frågeformulär som vänder sig till dig som arbetar inom mödrahälsovård (MHV) med graviditetskontroller vid mödravårdscentral (MVC) i Västra Götalandsregionen.

Vi börjar med några frågor om dig själv, din utbildning och ditt yrke.

1. Kön?

- Man
- Kvinna
- Annan könsidentitet

2. Vilken är din ålder?

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- > 60

3. Vilken är din profession?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Barnmorska
- Undersköterska
- Läkare
- Socionom
- Kurator
- Psykolog
- Psykoterapeut
- Annan psykosocial utbildning
- Annan profession: _____

4. Har du något av följande uppdrag?

Flera svarsalternativ möjliga.

- MBHV psykolog
- Verksamhetschef/enhetschef
- Områdeschef
- Annan form av övergripande ansvar
- Nej

5. Hur många år har du arbetat i ditt yrke?

- 0-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20

> 20

6. Hur många år har du arbetat med gravida på MVC?

- 0-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

7. Arbetar du även inom BHV/BVC eller UM?

- Nej
- Ja, inom BHV/BVC
- Ja, inom UM

8. Är du?

- Privatanställd
- Offentliganställd

9. I vilken kommun/vilka kommuner inom Västra Götalandsregionen arbetar du?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ale
- Alingsås
- Bengtsfors
- Bollebygd
- Borås (Stadsdel Norr)
- Borås (Stadsdel Väster)
- Borås (Stadsdel Öster)
- Dals-Ed
- Essunga
- Falköping
- Färgelanda
- Grästorp
- Gullspång
- Göteborg (Stadsdel Angered)
- Göteborg (Stadsdel Askim-Frölunda-Högsbo)
- Göteborg (Stadsdel Centrum)
- Göteborg (Stadsdel Lundby)
- Göteborg (Stadsdel Majorna-Linné)
- Göteborg (Stadsdel Norra Hisingen)
- Göteborg (Stadsdel Västra Göteborg)
- Göteborg (Stadsdel Västra Hisingen)
- Göteborg (Stadsdel Örgryte-Härlanda)
- Göteborg (Stadsdel Östra Göteborg)
- Götene
- Herrljunga
- Hjo
- Härryda
- Karlsborg
- Kungälv
- Lerum
- Lidköping
- LillaEdet
- Lysekil
- Mariestad
- Mark

- Mellerud
- Munkedal
- Mölndal
- Orust
- Partille
- Skara
- Skövde
- Svenljunga
- Strömstad
- Sotenäs
- Stenungsund
- Tanum
- Tibro
- Tidaholm
- Tjörn
- Tranemo
- Trollhättan
- Töreboda
- Uddevalla
- Ulricehamn
- Vara
- Vårgårda
- Vänersborg
- Åmål
- Öckerö

10. Hur många invånare bor i den största tätort där du arbetar?

- < 5000 invånare
- 5.000-20.000 invånare
- 21.000-40.000 invånare
- > 40.000 invånare

Definitioner - vad menar vi med våld?

Innan du fortsätter svara på frågorna ber vi dig läsa igenom nedanstående.

Våld kan ta olika uttryck. I detta frågeformulär ställer vi frågor som handlar om så kallat interpersonellt våld. Det är våld som pågår mellan två eller flera individer. Det kan vara våld mellan partners, familjemedlemmar, vänner och bekanta, eller mellan människor som är okända för varandra.

Definitioner;

Fysiskt våld är varje form av oönskad fysisk beröring och fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta.

Sexuellt våld är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja eller i oförenlighet med sin mognad.

Psykiskt våld är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot person, egendom eller människovärde. Psykiskt våld kan ta sig många olika uttryck. Det kan handla om verbala kränkningar, isolering, hot och kontroll av olika slag. Det psykiska våldet kan också vara materiellt såsom aggressiva handlingar riktade mot materiella ting vilket skapar oro och rädsla.

Med uttrycket "barn som upplevt våld" avser vi barn som lever i eller har levt i en hemmiljö där våld förekommer mellan för barnet viktiga vuxna/föräldragestalter - oavsett om barnet själv är utsatt för våld från de vuxna eller ej.

Genom hela frågeformuläret finns det en klickbar länk ifall du snabbt vill läsa ovanstående.

I detta avsnitt ställs frågor om din specifika utbildning, dina kunskaper och erfarenheter av att fråga om våld.

Definitioner - vad menar vi med våld?

11. Har du genomgått någon utbildning inom området våld (interpersonellt våld, se definitionen)?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ja det ingick i min grundutbildning
- Ja, jag har deltagit i: Enstaka föreläsning/seminarium
- Ja, jag har deltagit i: Föreläsningsserie/längre konferens > 2 dgr
- Ja, jag har deltagit i: Högskolekurs med poäng
- Annat: _____
- Nej

12. På vilka andra sätt har du fått kunskap och erfarenhet av våld?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Genom mitt arbete i en frivilligorganisation
- Genom mitt arbete i annan verksamhet inom hälso- och sjukvården (t.ex. akutsjukvård)
- Genom att möta patienter med våldserfarenhet
- Genom anhöriga och/eller vänner
- Inte alls kommit i kontakt med våld
- Annat: _____

13. Har du på MVC träffat gravida kvinnor som utsatts för någon form av våld från sin make/partner?

- Ja
- Nej

14. Brukar du fråga du gravida kvinnor som kommer till mottagningen om våldserfarenhet?

- Nej, aldrig
- Ja, ibland, då jag har misstankar
- Ja, alltid

15. Hur får du i mötet reda på att en gravid kvinna utsatts för våld från sin make/partner?

Ange de tre vanligaste alternativen.

- Kvinnorna tar själva upp att de utsatts för våld
- Jag frågar när jag misstänker att en gravid kvinna utsatts för våld
- Jag frågar när jag ser att en gravid kvinna har synliga tecken, t.ex. blåmärken och rivsår.
- Jag leder in samtalet på våld och frågar sedan frågor om våld till alla
- Jag får aldrig reda på att en gravid kvinna utsatts för våld

Annat sätt. Beskriv:

16. Vilken form av våld har de främst utsatts för?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Annan form av våld: _____

Definitioner - vad menar vi med våld?

17. Hur ofta har du mött gravida kvinnor som någon gång utsatts för fysiskt, psyksikt eller sexuellt våld från sin make/partner eller tidigare partner?

- Aldrig
- Enstaka gånger under min yrkesverksamhet
- Någon gång per år
- Mer sällan än varje månad men ett par gånger per år
- Minst någon gång per månad
- Varje vecka

18. Vad brukar du göra för de gravida kvinnor som berättat att de utsatts för våld från sin make/partner?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Avvakta till nästa besök för att se om det finns behov av åtgärd
- Ge stödjande samtal vid det aktuella mötet
- Erbjuder flera stödjande samtal för att följa upp situationen
- Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården
- Kontakta socialtjänsten för bedömning och eventuell utredning
- Informera om rättsväsendet (polis, åklagare) och möjligheten att anmäla
- Informera om frivilligorganisation som ger stöd till dem som utsatts för våld (kvinnojour, tjejjour, brottsofferjour, barn- och ungdomsgrupp) eller motsvarande inom kommunen
- Jag har inte träffat någon som utsatts för våld
- Det finns inget stöd att ge
- Jag vet inte vad jag ska göra
- Annat: _____

Definitioner - vad menar vi med våld?

19. Har du inom MHV träffat gravida kvinnor som vid något tillfälle i livet utsatts för våld från någon annan person än make/partner, såsom annan familjemedlem, arbetskamrat eller en okänd person etc.

- Ja
- Nej

20. Vilken form av våld har de främst utsatts för?

Om du svarat ja på fråga 19 så ska du även besvara denna fråga.

Flera svarsalternativ möjliga.

Fysiskt våld

-
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Annan form av våld: _____

21. Vem är oftast förövare i de fall du får vetskap om?

Ange högst tre alternativ.

- Partner
- F.d. partner
- Förälder/Vårdnadshavare
- Syskon
- Vän
- Arbetskamrat/studiekamrat/bekant
- Främmande person
- Vet ej

22. Har du på MVC träffat på gravida kvinnor som själv utsatt någon i sin familj (sambo/maka/make, barn, annan närstående) för våld?

- Ja
- Nej

23. Vilken form av våld har det handlat om?

Om du svarat ja på fråga 22 så ska du även besvara denna fråga.

Flera svarsalternativ möjliga.

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Annat: _____

24. Vilken person har kvinnan oftast utövat våld mot?

Om du svarat ja på fråga 22 så ska du även besvara denna fråga.

Ange de tre vanligaste alternativen

- Barn
- Partner
- F.d. partner
- Förälder/Vårdnadshavare
- Syskon
- Vän
- Arbetskamrat/studiekamrat
- Främmande person
- Vet ej

Dessa frågor handlar specifikt om sexuell exploatering och med det menar vi trafficking, prostitution, pornografi och sexuell utsatthet via Internet.

Definitioner - vad menar vi med våld?

25. Berör du någon gång ämnet sexuell exploatering i ditt möte med gravida

kvinnor?

- Ja
- Nej

Kommentera gärna:

26. Har du på MVC träffat gravida kvinnor som berättat att de utsatts för sexuell exploatering?

- Ja
- Nej
- Vet ej

27. Vad brukar du göra för de kvinnor som berättat för dig att de utsatts för sexuell exploatering?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Avvakta till nästa besök för att se om det finns behov av åtgärd
- Ge stödjande samtal vid det aktuella mötet
- Erbjuder flera stödjande samtal för att följa upp situationen
- Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården
- Kontakta socialtjänsten för bedömning och eventuell utredning
- Informera om rättsväsendet (polis, åklagare) och möjligheten att anmäla
- Informera om frivilligorganisation som ger stöd till dem som utsatts för sexuell exploatering (kvinnojour, tjejjour, brottsofferjour, barn- och ungdomsgrupp) eller motsvarande inom kommunen
- Jag har inte träffat någon som utsatts för sexuell exploatering
- Det finns inget stöd att ge
- Jag vet inte vad jag ska göra
- Annat: _____

Nu följer frågor om hur man på din mottagning hanterar journaldokumentation, anmälan till socialtjänsten samt hur kontakten med andra verksamheter fungerar.

Definitioner - vad menar vi med våld?

28. Brukar du dokumentera i journalen när du har ställt frågor om våld?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig
- Nej, jag dokumenterar på annat sätt. Beskriv hur: _____
- Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att dokumentera i journaler

29. Dokumenterar du i journalen när du utifrån ett samtal känt oro, misstanke eller fått bekräftat att personen du mött har erfarenhet av våld?

Om du inte dokumenterar i journalen vänligen gå direkt till fråga 30.

Flera svarsalternativ möjliga.

| | Oro | Misstanke | Bekräftat |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, alltid vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, oftast vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, men sällan vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, aldrig vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

30. Varför dokumenterar du inte i journalen?

- Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att dokumentera
- Jag har aldrig haft misstanke om eller fått bekräftat att våld förekommit
- Jag är orolig att obehöriga skall få tillgång till journalen

Jag dokumenterar på annat sätt. Beskriv hur:

31. Vid våldsärenden, hur fungerar kontakten mellan MVC och nedanstående verksamheter?

| | Mycket bra | Bra | Dåligt | Mycket dåligt | Har ingen erfarenhet av sådana kontakter |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Annan verksamhet inom hälso- och sjukvården | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rättsväsendet (polis, åklagare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhet som stödjer dem som utsatts för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhet som stödjer dem som utsatt någon för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annat:

32. Finns PM/rutiner på din arbetsplats hur man anmäler enligt socialtjänstlagen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Definitioner - vad menar vi med våld?

33. Har du någon gång i din yrkesverksamhet haft misstankar om att en gravid kvinna och hennes barn utsatts för våld?

- Nej aldrig
- Ja, någon enstaka gång per år
- Ja, några gånger per år
- Ja, någon enstaka gång per månad
- Ja, några gånger per månad
- Ja, varje vecka

34. Vad har du för erfarenhet av att anmäla sådana ärenden?

Mina erfarenheter är:

- Goda
- Varken goda eller dåliga
- Dåliga
- Jag har ingen erfarenhet av att anmäla

Kommentera gärna:

35. Om du avstår från att anmäla, vad är orsaken?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Kvinnan/familjen har redan en pågående kontakt med socialtjänsten
- Jag är orolig att kvinnan ska förlora förtroendet för mig
- Jag har svårt att överblicka konsekvenserna av en anmälan
- Anmälan gör mer skada än nytta
- Jag informerar min chef som tar ansvaret för åtgärderna
- Jag har inget stöd i organisationen för att anmäla
- Det känns obekvämt för mig själv
- Jag är orolig för att bli hotad i tjänsten
- Jag är orolig för att bli hotad privat
- Det händer ändå ingenting efter en anmälan som kan förbättra situationen för kvinnan eller hennes barn
- Annat: _____

36. Efter anmälan, har det skett någon återkoppling mellan dig och socialtjänsten?

- Ja, socialtjänsten tar kontakt och ger återkoppling

- Ja, jag tar själv kontakt med socialtjänsten och får återkoppling
- Nej, det har aldrig skett någon återkoppling
- Jag har ingen erfarenhet av anmälan och kontakt med socialtjänsten

Definitioner - vad menar vi med våld?

37. Känner du oro eller olust inför att fråga gravida kvinnor om våld?

- Nej
- Ja
- Har inte haft anledning att ta ställning till detta

Kommentera gärna:

38. Skulle du kunna tänka dig att i ditt arbete på MVC fråga alla gravida kvinnor om de tidigare varit utsatta för våld och om våld förekommer eller har förekommit i familjen?

- Ja
- Tveksam
- Nej
- Vet inte

Kommentera gärna:

39. Är du orolig för att situationer med hot och våld mot dig kan uppkomma i ditt arbete?

- Nej
- Ja
- Har inte haft anledning att ta ställning till detta

Kommentera gärna:

Nu kommer några frågor om vilket stöd som finns på din arbetsplats.

Definitioner - vad menar vi med våld?

40. Finns det på din mottagning specifika PM/riktlinjer för hur du ska upptäcka och bemöta kvinnor som har erfarenhet av våld?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Beskriv vilka riktlinjer du känner till att ni har:

41. Hur användbara tycker du att dessa PM/riktlinjer är?

- De kan alltid användas
- De kan användas i nästan alla fall
- De kan användas i vissa fall
- Olika användbara beroende på vilket område riktlinjerna täcker
- De kan aldrig användas
- Om riktlinjerna inte är till hjälp, varför? _____
- Vi har inga riktlinjer

42. Introduceras nyanställda till dessa PM/riktlinjer?

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vi har inga PM/riktlinjer

Definitioner - vad menar vi med våld?

43. Har du stöd av din närmaste chef i att ställa frågor om våld?

- Ja
- Tveksamt
- Nej
- Vet ej

Kommentera gärna:

44. Har du möjlighet att samtala med kolleger på din arbetsplats om att möta gravida kvinnor med erfarenhet av våld?

- Ja, jag har möjlighet till sådana samtal
- Nej, jag har ingen tid för sådana samtal
- Nej, jag har inget behov av sådana samtal
- Vet ej
- Annat: _____

45. Saknar du/önskar du någon stödresurs för att bättre kunna möta gravida kvinnor med erfarenhet av våld?

- Nej
- Ja

46. Om du saknar/önskar någon stödresurs - i vilken form vill du ha stöd :

Ange högst tre alternativ.

- Klara riktlinjer från arbetsgivaren
- Tid för arbetsplatsdiskussioner
- Kanaler för samarbete med andra verksamheter
- Universitetskurs som ett led i min fortbildning

- Kortare kurs
- Enstaka utbildningsdagar
- Handledning
- Litteratur dvs böcker, vetenskapliga artiklar
- Broschyrer

Andra stödresurser?

Vi är mycket tacksamma om du också vill ta dig tid att besvara några öppna frågor.

Definitioner - vad menar vi med våld?

47. Vad tycker du fungerar bra, mindre bra och vad är det som inte fungerar när det gäller arbete med våld i din verksamhet.

48. Beskriv dina eventuella idéer om hur din verksamhet skulle kunna utvecklas avseende hur man bör bemöta gravida med våldserfarenhet.

49. Är det något mer du vill delge oss som du tror kan ha betydelse?

50. Var det något som du reflekterade över när du besvarade frågeformuläret?

- Nej
- Ja

Beskriv gärna:

STORT TACK för att du tog dig tid att delge oss dina erfarenheter!

Vänliga hälsningar VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

BVC Västra Götaland

Detta är ett frågeformulär som vänder sig till dig som arbetar inom barnhälsovård (BHV) vid barnavårdscentraler (BVC) i Västra Götalandsregionen.

Vi börjar med några frågor om dig själv, din utbildning och ditt yrke.

1. Kön?

- Man
- Kvinna
- Annan könsidentitet

2. Vilken är din ålder?

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- > 60

3. Vilken är din profession?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Sjuksköterska utan vidareutbildning
- Sjuksköterska med vidareutbildning barn och ungdom
- Distrikssköterska
- Undersköterska
- Läkare
- Socionom
- Kurator
- Psykolog
- Psykoterapeut
- Annan psykosocial utbildning
- Annan profession: _____

4. Har du något av följande uppdrag?

Flera svarsalternativ möjliga.

- MBHV psykolog
- Verksamhetschef/enhetschef
- Områdeschef
- Annan form av övergripande ansvar
- Nej

5. Hur många år har du arbetat i ditt yrke?

- 0-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

6. Hur många år har du arbetat på BVC?

- 0-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

7. Arbetar du även inom MHV/MVC eller UM?

- Nej
- Ja, inom MHV/MVC
- Ja, inom UM

8. Är du?

- Privatanställd
- Offentliganställd

9. I vilken kommun/vilka kommuner inom Västra Götalandsregionen arbetar du?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ale
- Alingsås
- Bengtsfors
- Bollebygd
- Borås (Stadsdel Norr)
- Borås (Stadsdel Väster)
- Borås (Stadsdel Öster)
- Dals-Ed
- Essunga
- Falköping
- Färgelanda
- Grästorps
- Gullspång
- Göteborg (Stadsdel Angered)
- Göteborg (Stadsdel Askim-Frölunda-Högsbo)
- Göteborg (Stadsdel Centrum)
- Göteborg (Stadsdel Lundby)
- Göteborg (Stadsdel Majorna-Linné)
- Göteborg (Stadsdel Norra Hisingen)
- Göteborg (Stadsdel Västra Göteborg)
- Göteborg (Stadsdel Västra Hisingen)
- Göteborg (Stadsdel Örgryte-Härlanda)
- Göteborg (Stadsdel Östra Göteborg)
- Götene
- Herrljunga
- Hjo
- Härryda
- Karlsborg
- Kungälv
- Lerum
- Lidköping
- LillaEdet
- Lysekil
- Mariestad

- Mark
- Mellerud
- Munkedal
- Mölndal
- Orust
- Partille
- Skara
- Skövde
- Svenljunga
- Strömstad
- Sotenäs
- Stenungsund
- Tanum
- Tibro
- Tidaholm
- Tjörn
- Tranemo
- Trollhättan
- Töreboda
- Uddevalla
- Ulricehamn
- Vara
- Vårgårda
- Vänersborg
- Åmål
- Öckerö

10. Hur många invånare bor i den största tätort där du arbetar?

- < 5000 invånare
- 5.000-20.000 invånare
- 21.000-40.000 invånare
- > 40.000 invånare

Definitioner - vad menar vi med våld?

Innan du fortsätter svara på frågorna ber vi dig läsa igenom nedanstående.

Våld kan ta olika uttryck. I detta frågeformulär ställer vi frågor som handlar om så kallat interpersonellt våld. Det är våld som pågår mellan två eller flera individer. Det kan vara våld mellan partners, familjemedlemmar, vänner och bekanta, eller mellan människor som är okända för varandra.

Definitioner;

Fysiskt våld är varje form av oönskad fysisk beröring och fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta.

Sexuellt våld är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja eller i oförenlighet med sin mognad.

Psykiskt våld är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot person, egendom eller människovärde. Psykiskt våld kan ta sig många olika uttryck. Det kan handla om verbala kränkningar, isolering, hot och kontroll av olika slag. Det psykiska våldet kan också vara materiellt såsom aggressiva handlingar riktade mot materiella ting vilket skapar oro och rädsla.

Med uttrycket "barn som upplevt våld" avser vi barn som lever i eller har levt i en hemmiljö där våld förekommer mellan för barnet viktiga vuxna/föräldragestalter - oavsett om barnet

själv är utsatt för våld från de vuxna eller ej.

Genom hela frågeformuläret finns det en klickbar länk ifall du snabbt vill läsa ovanstående.

I detta avsnitt ställs frågor om din specifika utbildning, dina kunskaper och erfarenheter av att fråga om våld.

Definitioner - vad menar vi med våld?

11. Har du genomgått någon utbildning inom området våld (interpersonellt våld, se definitionen)?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ja det ingick i min grundutbildning
- Ja, jag har deltagit i: Enstaka föreläsning/seminarium
- Ja, jag har deltagit i: Föreläsningsserie/längre konferens > 2 dgr
- Ja, jag har deltagit i: Högskolekurs med poäng
- Annat: _____
- Nej

12. På vilka andra sätt har du fått kunskap och erfarenhet av våld?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Genom mitt arbete i en frivilligorganisation
- Genom mitt arbete i annan verksamhet inom hälso- och sjukvården (t.ex. akutsjukvård)
- Genom att möta patienter med våldserfarenhet
- Genom anhöriga och/eller vänner
- Inte alls kommit i kontakt med våld
- Annat: _____

13. Har du på BVC träffat barn som utsatts för någon form av våld från förälder/vårdnadshavare? (t.ex. att socialtjänsten har rapporterat till dig eller att en förälder har berättat)

- Ja
- Nej

14. Brukar du fråga du förälder/vårdnadshavare som kommer till mottagningen om våldserfarenhet i familjen?

- Nej, aldrig
- Ja, ibland, då jag har misstankar
- Ja, alltid

15. Hur får du i mötet med barn och deras föräldrar/vårdnadshavare reda på att det har förekommit våld i familjen?

Ange högst tre alternativ.

- Föräldern/vårdnadshavaren tar själv upp ämnet våld i familjen
- Jag frågar när jag misstänker att ett barn utsatts för våld
- Jag frågar när jag misstänker att en förälder utsatts för våld
- Jag frågar när jag ser att barnet eller föräldern/vårdnadshavaren har synliga tecken, t.ex. blåmärken och rivsår.
- Jag leder in samtalet på våld och frågar sedan
Jag ställer frågor om våld till alla

- Jag får aldrig reda på att ett barn utsatts för våld

Annat sätt? Beskriv:

16. Vem är oftast förövare i de fall du får vetskap om?

Ange de tre vanligaste alternativen.

- Partner
- F.d. partner
- Förälder/Vårdnadshavare
- Syskon
- Vän
- Arbetskamrat/studiekamrat/bekant
- Främmande person
- Vet ej

Definitioner - vad menar vi med våld?

17. Vilken form av våld har barnen främst utsatts för?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Upplevt våld i familjen
- Annan form av våld: _____

18. Hur ofta har du mött barn som någon gång utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld från förälder/vårdnadshavare?

- Aldrig
- Enstaka gånger under min yrkesverksamhet
- Någon gång per år
- Mer sällan än varje månad men ett par gånger per år
- Minst någon gång per månad
- Varje vecka

19. Hur ofta har du mött barn som upplevt fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld mellan föräldrar/vårdnadshavare?

- Aldrig
- Enstaka gånger under min yrkesverksamhet
- Någon gång per år
- Mer sällan än varje månad men ett par gånger per år
- Minst någon gång per månad
- Varje vecka

Definitioner - vad menar vi med våld?

20. Har du på BVC mött någon förälder/vårdnadshavare som utsatt någon i sin familj (sambo/maka/make, annan närstående) för våld?

- Ja
- Nej

21. Vilken form av våld har det handlat om?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Annat: _____
- Nej

22. Vad brukar du göra för de föräldrar/vårdnadshavare som berättat att det förekommer våld i familjen?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Avvakta till nästa besök för att se om det finns behov av åtgärd
- Ge stödjande samtal vid det aktuella mötet
- Erbjuder flera stödjande samtal för att följa upp situationen
- Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården
- Kontakta socialtjänsten för bedömning och eventuell utredning
- Informera om rättsväsendet (polis, åklagare) och möjligheten att anmäla
- Informera om frivilligorganisation som ger stöd till dem som utsatts för våld (kvinnojour, tjejjour, brottsofferjour, barn- och ungdomsgrupp) eller motsvarande inom kommunen
- Jag har inte träffat någon som utsatts för våld
- Det finns inget stöd att ge
- Jag vet inte vad jag ska göra
- Annat: _____

Nu följer frågor om hur man på din mottagning hanterar journaldokumentation, anmälan till socialtjänsten samt hur kontakten med andra verksamheter fungerar.

Definitioner - vad menar vi med våld?

23. Brukar du dokumentera i journalen när du har ställt frågor om våld?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig
- Nej, jag dokumenterar på annat sätt. Beskriv hur: _____
- Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att dokumentera i journaler

24. Dokumenterar du i journalen när du utifrån ett samtal känt oro, misstanke eller fått bekräftat att personen du mött har erfarenhet av våld?

Om du inte dokumenterar i journalen vänligen gå direkt till fråga 25.

Flera svarsalternativ möjliga.

Oro Misstanke Bekräftat

Ja, alltid vid:

| | | | |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, oftast vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, men sällan vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, aldrig vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

25. Varför dokumenterar du inte i journalen?

- Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att dokumentera
- Jag har aldrig haft misstanke om eller fått bekräftat att våld förekommit
- Jag är orolig att obehöriga skall få tillgång till journalen

Jag dokumenterar på annat sätt. Beskriv hur:

26. Vid våldsärenden, hur fungerar kontakten mellan BVC och nedanstående verksamheter?

| | Mycket bra | Bra | Dåligt | Mycket dåligt | Har ingen erfarenhet av sådana kontakter |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Annan verksamhet inom hälso- och sjukvården | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rättsväsendet (polis, åklagare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhet som stödjer dem som utsatts för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhet som stödjer dem som utsatt någon för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annat:

27. Finns PM/rutiner på din arbetsplats hur man anmäler enligt socialtjänstlagen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Definitioner - vad menar vi med våld?

28. Har du någon gång i din yrkesverksamhet haft misstankar om att ett barn lever i en familj där det förekommer våld?

- Nej aldrig
- Ja, någon enstaka gång per år
- Ja, några gånger per år
- Ja, någon enstaka gång per månad
- Ja, några gånger per månad
- Ja, varje vecka

Kommentera gärna:

29. Vad har du för erfarenhet av att anmäla sådana ärenden?

Mina erfarenheter är:

- Goda
- Varken goda eller dåliga
- Dåliga
- Jag har ingen erfarenhet av att anmäla

Kommentera gärna:

30. Om du avstår från att anmäla, vad är orsaken?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Barnet/familjen har redan en pågående kontakt med socialtjänsten
- Jag är orolig att förälder/vårdnadshavare ska förlora förtroendet för mig
- Jag har svårt att överblicka konsekvenserna av en anmälan
- Anmälan gör mer skada än nytta
- Jag informerar min chef som tar ansvaret för åtgärderna
- Jag har inget stöd i organisationen för att anmäla
- Det känns obekvämt för mig själv
- Jag är orolig för att bli hotad i tjänsten
- Jag är orolig för att bli hotad privat
- Det händer ändå ingenting efter en anmälan som kan förbättra situationen för barnet och familjen
- Annat: _____

31. Efter anmälan, har det skett någon återkoppling mellan dig och socialtjänsten?

- Ja, socialtjänsten tar kontakt och ger återkoppling
- Ja, jag tar själv kontakt med socialtjänsten och får återkoppling
- Nej, det har aldrig skett någon återkoppling
- Jag har ingen erfarenhet av anmälan och kontakt med socialtjänsten

Definitioner - vad menar vi med våld?

32. Känner du oro eller olust inför att fråga föräldrar/vårdnadshavare om våld?

- Nej
- Ja
- Har inte haft anledning att ta ställning till detta

Kommentera gärna:

33. Skulle du kunna tänka dig att i ditt arbete på BVC fråga alla föräldrar/vårdnadshavare om våld förekommer eller har förekommit i familjen?

- Ja

- Tveksam
- Nej
- Vet inte

Kommentera gärna:

34. Är du orolig för att situationer med hot och våld mot dig kan uppkomma i ditt arbete?

- Nej
- Ja
- Har inte haft anledning att ta ställning till detta

Kommentera gärna:

Nu kommer några frågor om vilket stöd som finns på din arbetsplats.

Definitioner - vad menar vi med våld?

35. Finns det på din mottagning specifika PM/riktlinjer för hur du ska upptäcka och bemöta barn och barnets förälder/vårdnadshavare när våld förekommer i familjen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Beskriv vilka riktlinjer du känner till att ni har:

36. Hur användbara tycker du att dessa PM/riktlinjer är?

- De kan alltid användas
- De kan användas i nästan alla fall
- De kan användas i vissa fall
- Olika användbara beroende på vilket område riktlinjerna täcker
- De kan aldrig användas
- Om riktlinjerna inte är till hjälp, varför? _____
- Vi har inga riktlinjer

37. Introduceras nyanställda till dessa PM/riktlinjer?

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vi har inga PM/riktlinjer

Definitioner - vad menar vi med våld?

38. Har du stöd av din närmaste chef i att ställa frågor om våld?

- Ja
- Tveksamt
- Nej
- Vet ej

Kommentera gärna:

39. Har du möjlighet att samtala med kolleger på din arbetsplats om att möta familjer som lever med våld/har erfarenhet av våld?

- Ja, jag har möjlighet till sådana samtal
- Nej, jag har ingen tid för sådana samtal
- Nej, jag har inget behov av sådana samtal
- Vet ej
- Annat: _____

40. Saknar du/önskar du någon stödresurs för att bättre kunna möta familjer med erfarenhet av våld?

- Nej
- Ja

41. Om du saknar/önskar någon stödresurs - i vilken form vill du ha stöd:

Ange högst tre alternativ.

- Klara riktlinjer från arbetsgivaren
- Tid för arbetsplatsdiskussioner
- Kanaler för samarbete med andra verksamheter
- Universitetskurs som ett led i min fortbildning
- Kortare kurs
- Enstaka utbildningsdagar
- Handledning
- Litteratur dvs böcker, vetenskapliga artiklar
- Broschyrer

Andra stödresurser?

Vi är mycket tacksamma om du också vill ta dig tid att besvara några öppna frågor.

Definitioner - vad menar vi med våld?

42. Vad tycker du fungerar bra, mindre bra och vad är det som inte fungerar när det gäller arbete med våld i din verksamhet?

43. Beskriv dina eventuella idéer om hur din verksamhet skulle kunna utvecklas avseende hur man bör bemöta barn och familjer med våldserfarenhet.

44. Är det något mer du vill delge oss som du tror kan ha betydelse?

45. Var det något som du reflekterade över när du besvarade frågeformuläret?

Nej

Ja

Beskriv gärna:

STORT TACK för att du tog dig tid att delge oss dina erfarenheter!

Vänliga hälsningar VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

UM Västra Götaland

Detta är ett frågeformulär som vänder sig till dig som arbetar vid en ungdomsmottagning (UM) i Västra Götalandsregionen.

Vi börjar med några frågor om dig själv, din utbildning och ditt yrke.

1. Kön?

- Man
- Kvinna
- Annan könsidentitet

2. Vilken är din ålder?

- 20-30
- 31-40
- 41-50
- 51-60
- > 60

3. Vilken är din profession?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Sjuksköterska
- Barnmorska
- Undersköterska
- Läkare
- Socionom
- Kurator
- Psykolog
- Psykoterapeut
- Annan psykosocial utbildning
- Annan profession: _____

4. Har du något av följande uppdrag?

Flera svarsalternativ möjliga.

- MBHV psykolog
- Verksamhetschef/enhetschef
- Områdeschef
- Annan form av övergripande ansvar
- Nej

5. Hur många år har du arbetat i ditt yrke?

- 0-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

6. Hur många år har du arbetat inom ungdomsmottagningsverksamhet?

- 0-2
- 3-5
- 6-10
- 11-20
- > 20

7. Arbetar du även inom MHV/MVC eller BVH/BVC?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Nej
- Ja inom MHV/MVC
- Ja inom BVH/BVC

8. Är du?

- Privatanställd
- Offentliganställd

9. I vilken kommun/vilka kommuner inom Västra Götalandsregionen arbetar du?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ale
- Alingsås
- Bengtsfors
- Bollebygd
- Borås (Stadsdel Norr)
- Borås (Stadsdel Väster)
- Borås (Stadsdel Öster)
- Dals-Ed
- Essunga
- Falköping
- Färgelanda
- Grästorp
- Gullspång
- Göteborg (Stadsdel Angered)
- Göteborg (Stadsdel Askim-Frölunda-Högsbo)
- Göteborg (Stadsdel Centrum)
- Göteborg (Stadsdel Lundby)
- Göteborg (Stadsdel Majorna-Linné)
- Göteborg (Stadsdel Norra Hisingen)
- Göteborg (Stadsdel Västra Göteborg)
- Göteborg (Stadsdel Västra Hisingen)
- Göteborg (Stadsdel Örgryte-Härlanda)
- Göteborg (Stadsdel Östra Göteborg)
- Götene
- Herrljunga
- Hjo
- Härryda
- Karlsborg
- Kungälv
- Lerum
- Lidköping
- LillaEdet
- Lysekil

- Mariestad
- Mark
- Mellerud
- Munkedal
- Mölndal
- Orust
- Partille
- Skara
- Skövde
- Svenljunga
- Strömstad
- Sotenäs
- Stenungsund
- Tanum
- Tibro
- Tidaholm
- Tjörn
- Tranemo
- Trollhättan
- Töreboda
- Uddevalla
- Ulricehamn
- Vara
- Vårgårda
- Vänersborg
- Åmål
- Öckerö

10. Hur många invånare bor i den största tätort där du arbetar?

- < 5000 invånare
- 5.000-20.000 invånare
- 21.000-40.000 invånare
- > 40.000 invånare

Definitioner - vad menar vi med våld?

Innan du fortsätter svara på frågorna ber vi dig läsa igenom nedanstående.

Våld kan ta olika uttryck. I detta frågeformulär ställer vi frågor som handlar om så kallat interpersonellt våld. Det är våld som pågår mellan två eller flera individer. Det kan vara våld mellan partners, familjemedlemmar, vänner och bekanta, eller mellan människor som är okända för varandra.

Definitioner;

Fysiskt våld är varje form av oönskad fysisk beröring och fysisk handling som skadar och orsakar fysisk smärta.

Sexuellt våld är när någon blir tvingad att delta i eller se på sexuella handlingar mot sin vilja eller i oförenlighet med sin mognad.

Psykiskt våld är kränkningar med ord och handlingar som riktar sig mot person, egendom eller människovärde. Psykiskt våld kan ta sig många olika uttryck. Det kan handla om verbala kränkningar, isolering, hot och kontroll av olika slag. Det psykiska våldet kan också vara materiellt såsom aggressiva handlingar riktade mot materiella ting vilket skapar oro och rädsla.

Med uttrycket "barn som upplevt våld" avser vi barn som lever i eller har levt i en hemmiljö

där våld förekommer mellan för barnet viktiga vuxna/föräldragestalter - oavsett om barnet själv är utsatt för våld från de vuxna eller ej.

Genom hela frågeformuläret finns det en klickbar länk ifall du snabbt vill läsa ovanstående

I detta avsnitt ställs frågor om din specifika utbildning, dina kunskaper och erfarenheter av att fråga om våld.

Definitioner - vad menar vi med våld?

11. Har du genomgått någon utbildning inom området våld (interpersonellt våld, se definitionen)?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ja det ingick i min grundutbildning
- Ja, jag har deltagit i: Enstaka föreläsning/seminarium
- Ja, jag har deltagit i: Föreläsningsserie/längre konferens > 2 dgr
- Ja, jag har deltagit i: Högskolekurs med poäng
- Annat: _____
- Nej

12. På vilka andra sätt har du fått kunskap och erfarenhet av våld?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Genom mitt arbete i en frivilligorganisation
- Genom mitt arbete i annan verksamhet inom hälso- och sjukvården (t.ex. akutsjukvård)
- Genom att möta patienter med våldserfarenhet
- Genom anhöriga och/eller vänner
- Inte alls kommit i kontakt med våld
- Annat: _____

13. Har du i ditt arbete på en ungdomsmottagning träffat ungdomar som vid något tillfälle i livet utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld/upplevt våld i familjen?

- Ja
- Nej

14. Brukar du fråga ungdomarna som kommer till mottagningen om de har upplevt våld/sexuell exploatering?

- Nej, aldrig
- Ja, ibland, då jag har misstankar
- Ja, alltid

15. Hur får du i mötet reda på att en ungdom utsatts för någon form av våld/upplevt våld i familjen?

Ange de tre vanligaste alternativen

- Ungdomar tar själva upp att de utsatts för våld
- Jag frågar när jag misstänker att en ungdom utsatts för våld
- Jag frågar när jag ser att ungdomen har synliga tecken, t.ex. blåmärken och rivsår.
- Jag leder in samtalet på våld och frågar sedan
- Jag ställer raka frågor om våld till alla
- Annat sätt? Beskriv: _____
- Jag får aldrig reda på att en ungdom utsatts för våld

Definitioner - vad menar vi med våld?

16. Vilken form av våld har ungdomarna främst utsatts för?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Upplevt våld i familjen
- Annan form av våld: _____

17. Vem är oftast förövare i de fall du får vetskap om?

Ange de tre vanligaste alternativen

- Partner
- F.d. partner
- Förälder/Vårdnadshavare
- Syskon
- Vän
- Arbetskamrat/studiekamrat/bekant
- Främmande person
- Vet ej

18. Hur ofta har du under din tid på en ungdomsmottagning mött ungdomar som någon gång utsatts för fysiskt, psykiskt eller sexuellt våld/upplevt våld i familjen?

- Aldrig
- Enstaka gånger under min yrkesverksamhet
- Någon gång per år
- Mer sällan än varje månad men ett par gånger per år
- Minst någon gång per månad
- Varje vecka

Definitioner - vad menar vi med våld?

19. Vilken form av våld får du framför allt vetskap om?

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld inklusive sexuell exploatering
- Upplevt våld i familjen

20. Vad brukar du göra för de ungdomar som berättat att de utsatts för våld/upplevt våld i familjen?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Avvakta till nästa besök för att se om det finns behov av åtgärd
- Ge stödjande samtal vid det aktuella mötet
- Erbjuder flera stödjande samtal för att följa upp situationen
- Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården

- Kontakta socialtjänsten för bedömning och eventuell utredning
- Informera om rättsväsendet (polis, åklagare) och möjligheten att anmäla
- Informera om frivilligorganisation som ger stöd till dem som utsatts för våld (kvinnojour, tjejjour, brottsofferjour, barn- och ungdomsgrupp) eller motsvarande inom kommunen
- Jag har inte träffat någon som utsatts för våld
- Det finns inget stöd att ge
- Jag vet inte vad jag ska göra
- Annat: _____

Dessa frågor handlar specifikt om sexuell exploatering och med det menar vi trafficking, prostitution, pornografi och sexuell utsatthet via Internet.

Definitioner - vad menar vi med våld?

21. Berör du någon gång ämnet sexuell exploatering i ditt möte med ungdomar?

- Ja
- Nej

Kommentera gärna:

22. Har du på din ungdomsmottagning träffat ungdomar som berättat att de utsatts för sexuell exploatering?

- Ja
- Nej
- Vet ej

23. Hur får du i mötet reda på att en ungdom utsatts för sexuell exploatering?

Ange de tre vanligaste alternativen.

- Ungdomar tar själva upp att de utsatts för sexuell exploatering
- Jag frågar när jag misstänker att en ungdom utsatts för sexuell exploatering
- Jag frågar när jag ser att ungdomen har synliga tecken som t.ex. blåmärken och rivsår.
- Jag leder in samtalet på sexuell exploatering och frågar sedan
- Jag ställer raka frågor om sexuell exploatering till alla
- Annat sätt? Beskriv:
- Jag får aldrig reda på att en ungdom utsatts för sexuell exploatering

24. Vad brukar du göra för de ungdomar som berättat att de utsatts för sexuell exploatering?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Avvakta till nästa besök för att se om det finns behov av åtgärd
- Ge stödjande samtal vid det aktuella mötet
- Erbjuder flera stödjande samtal för att följa upp situationen
- Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården
- Kontakta socialtjänsten för bedömning och eventuell utredning
- Informera om rättsväsendet (polis, åklagare) och möjligheten att anmäla
- Informera om frivilligorganisationer som ger stöd till dem som utsatts för våld (kvinnojour, tjejjour, brottsofferjour, barn- och ungdomsgrupp) eller motsvarande inom kommunen

- Jag har inte träffat någon som utsatts för våld eller sexuell exploatering
- Det finns inget stöd att ge
- Jag vet inte vad jag ska göra
- Annat: _____

Nu följer några frågor om din erfarenhet av att möta ungdomar som har utsatt någon för våld.

Definitioner - vad menar vi med våld?

25. Har du i ditt arbete på en ungdomsmottagning träffat på ungdomar som själva utsatt någon för våld/sexuell exploatering?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ja
- Nej

26. Vilken form av våld har det handlat om?

Om du svarat ja på fråga 25 så ska du även besvara denna fråga.

Flera svarsalternativ möjliga.

- Fysiskt våld
- Psykiskt våld
- Sexuellt våld
- Annat: _____

27. Hur ofta har du mött ungdomar som någon gång utsatt någon för våld/sexuell exploatering?

- Aldrig
- Enstaka gånger under min yrkesverksamhet
- Någon gång per år
- Mer sällan än varje månad men ett par gånger per år
- Minst någon gång per månad
- Varje vecka

28. Hur får du i mötet reda på att en ungdom utsatt någon för våld/sexuell exploatering?

Ange de tre vanligaste alternativen.

- Ungdomar tar själva upp att de utsatt någon för våld/sexuell exploatering
- Jag frågar när jag misstänker att en ungdom har utsatt någon för våld/sexuell exploatering
- Jag leder in samtalet på våld/och sexuell exploatering och frågar sedan
- Jag ställer frågor om våld/sexuell exploatering till alla
- Jag får inte reda på att en ungdom utsatts för våld/sexuell exploatering

Annat sätt? Beskriv:

29. Vilken person har ungdomen oftast utövat våld/sexuell exploatering emot?

Ange de tre vanligaste alternativen.

- Partner
- F.d. partner
- Förälder
- Syskon
- Kompis
- Arbetskamrat/studiekamrat/bekant
- Främmande person
- Vet ej

30. Vad brukar du göra för de ungdomar som berättat att de utsatt någon för våld eller sexuell exploatering?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Avvakta till nästa besök för att se om det finns behov av åtgärd
- Ge stödande samtal vid det aktuella mötet
- Erbjuder fler samtal för att följa upp situationen
- Föreslå remiss till annan profession inom hälso- och sjukvården
- Kontakta socialtjänsten för bedömning och eventuell utredning
- Jag har inte träffat någon som sagt sig ha utsatt någon annan för våld eller sexuell exploatering
- Det finns inget stöd att ge
- Jag vet inte vad jag ska göra
- Annat: _____

Nu följer frågor om hur man på din mottagning hanterar journaldokumentation, anmälan till socialtjänsten samt hur kontakten med andra verksamheter fungerar.

31. Brukar du dokumentera i journalen att du när ställt frågor om våld/sexuell exploatering?

- Alltid
- Oftast
- Sällan
- Aldrig
- Nej, jag dokumenterar på annat sätt. Beskriv hur: _____
- Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att dokumentera i journaler

32. Dokumenterar du i journalen när du utifrån ett samtal känt oro, misstanke eller fått bekräftat att personen du mött har erfarenhet av våld?

Om du inte dokumenterar i journalen vänligen gå direkt till fråga 33.

Flera svarsalternativ möjliga.

| | Oro | Misstanke | Bekräftat |
|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Ja, alltid vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, oftast vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ja, men sällan vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Nej, aldrig vid: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

33. Varför dokumenterar du inte i journalen?

- Det ingår inte i mina arbetsuppgifter att dokumentera
- Jag har aldrig haft misstanke om eller fått bekräftat att våld förekommit
- Jag är orolig att obehöriga skall få tillgång till journalen

Jag dokumenterar på annat sätt. Beskriv hur:

34. Vid våldsärenden, hur fungerar kontakten mellan UM och nedanstående verksamheter?

| | Mycket bra | Bra | Dåligt | Mycket dåligt | Har ingen erfarenhet av sådana kontakter |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|
| Annan verksamhet inom hälso- och sjukvården | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Socialtjänsten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rättsväsendet (polis, åklagare) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhet som stödjer dem som utsatts för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verksamhet som stödjer dem som utsatt någon för våld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Annat:

35. Finns PM/rutiner på din arbetsplats hur man anmäler enligt socialtjänstlagen?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Definitioner - vad menar vi med våld?

36. Har du någon gång i din yrkesverksamhet haft misstankar om att en ungdom utsatts för våld/sexuell exploatering/upplevt våld i familjen?

- Nej, aldrig
- Ja, någon enstaka gång per år
- Ja, några gånger per år
- Ja, någon enstaka gång per månad
- Ja, några gånger per månad
- Ja, varje vecka

37. Vad har du för erfarenhet av att anmäla sådana ärenden?

Mina erfarenheter är:

- Goda
- Varken goda eller dåliga
- Dåliga
- Jag har ingen erfarenhet av att anmäla

Kommentera gärna:

38. Om du avstår från att anmäla, vad är orsaken?

Flera svarsalternativ möjliga.

- Ungdomen har redan en pågående kontakt med socialtjänsten
- Jag är orolig att ungdomen ska förlora förtroendet för mig
- Jag har svårt att överblicka konsekvenserna av en anmälan
- Anmälan gör mer skada än nytta
- Jag informerar min chef som tar ansvaret för åtgärderna
- Jag har inget stöd i organisationen för att anmäla
- Det känns obekvämt för mig själv
- Jag är orolig för att bli hotad i tjänsten
- Jag är orolig för att bli hotad privat
- Det händer ändå ingenting efter en anmälan som kan förbättra situationen för ungdomen
- Annat: _____

39. Efter anmälan, har det skett någon återkoppling mellan dig och socialtjänsten?

- Ja, socialtjänsten tar kontakt och ger återkoppling
- Ja, jag tar själv kontakt med socialtjänsten och får återkoppling
- Nej, det har aldrig skett någon återkoppling
- Jag har ingen erfarenhet av anmälan och kontakt med socialtjänsten

Definitioner - vad menar vi med våld?

40. Känner du oro eller olust inför att fråga ungdomar om våldserfarenheter/sexuell exploatering?

- Nej
- Ja
- Har inte haft anledning att ta ställning till detta

Kommentera gärna:

41. Skulle du kunna tänka dig att i ditt arbete på ungdomsmottagningen fråga alla ungdomar om de har varit utsatta för våld och om de upplevt våld i hemmet?

- Ja
- Tveksam
- Nej
- Vet inte

Kommentera gärna:

42. Är du orolig för att situationer med hot och våld mot dig kan uppkomma i ditt arbete?

- Nej
- Ja
- Har inte haft anledning att ta ställning till detta

Kommentera gärna:

Definitioner - vad menar vi med våld?

43. Finns det på din mottagning specifika PM/riktlinjer för hur du ska upptäcka och bemöta ungdomar som på något sätt har erfarenheter av våld/sexuell exploatering?

- Ja
- Nej
- Vet ej

Beskriv vilka riktlinjer du känner till att ni har:

44. Hur användbara tycker du att dessa PM/riktlinjer är?

- De kan alltid användas
- De kan användas i nästan alla fall
- De kan användas i vissa fall
- Olika användbara beroende på vilket område riktlinjerna täcker
- De kan aldrig användas
- Om riktlinjerna inte är till hjälp, varför? _____
- Vi har inga riktlinjer

45. Introduceras nyanställda till dessa PM/riktlinjer?

- Ja
- Nej
- Vet ej
- Vi har inga PM/riktlinjer

Definitioner - vad menar vi med våld?

46. Har du stöd av din närmaste chef i att ställa frågor om våld?

Definitioner - vad menar vi med våld?

- Ja
- Tveksamt
- Nej
- Vet ej

Kommentera gärna:

47. Har du möjlighet att samtala med kolleger på din arbetsplats om att möta ungdomar som har erfarenhet av våld/sexuell exploatering?

- Ja, jag har möjlighet till sådana samtal
- Nej, jag har ingen tid för sådana samtal
- Nej, jag har inget behov av sådana samtal
- Vet ej
- Annat: _____

48. Saknar du/önskar du någon stödresurs för att bättre kunna möta ungdomar med erfarenhet av våld/sexuell exploatering?

- Nej
- Ja

49. Om du saknar/önskar någon stödresurs - i vilken form vill du ha stöd:

Ange högst tre alternativ.

- Klara riktlinjer från arbetsgivaren
- Tid för arbetsplatsdiskussioner
- Kanaler för samarbete med andra verksamheter
- Universitetskurs som ett led i min fortbildning
- Kortare kurs
- Enstaka utbildningsdagar
- Handledning
- Litteratur dvs böcker, vetenskapliga artiklar

Broschyrer

Andra stödresurser?

Vi är mycket tacksamma om du också vill ta dig tid att besvara några öppna frågor.

Definitioner - vad menar vi med våld?

50. Vad tycker du fungerar bra, mindre bra och vad är det som inte fungerar när det gäller arbete med våld i din verksamhet?

51. Beskriv dina eventuella idéer om hur din verksamhet skulle kunna utvecklas avseende hur man bör bemöta ungdomar med våldserfarenhet.

52. Är det något mer du vill delge oss som du tror kan ha betydelse?

53. Var det något som du reflekterade över när du besvarade frågeformuläret?

Nej

Ja

Beskriv gärna:

STORT TACK för att du tog dig tid att delge oss dina erfarenheter!

Vänliga hälsningar VKV – Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Tabell 1. MVC. Socio-demografiska och psykosociala faktorer. N=311.

| Variabler | Barnmorskor N=223 | | Undersköterskor N=15 | | Läkare N=19 | | Psykolog, socionom, psykoterapeut N= 54 | | Skillnad mellan yrkesgrupper (Chi2) |
|--|----------------------|------|-------------------------|------|----------------|------|---|------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 2. Alder | | | | | | | | | .152 |
| 20-30 år | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | |
| 31-50 år | 93 | 41.7 | 8 | 53.3 | 5 | 26.3 | 26 | 48.1 | |
| >50 år | 128 | 57.4 | 7 | 46.7 | 14 | 73.7 | 26 | 48.1 | |
| 1. Kön | | | | | | | | | .000 |
| Kvinna | 220 | 99.1 | 15 | 100 | 15 | 78.9 | 52 | 96.3 | |
| Man | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 2 | 3.7 | |
| 4. Uppdrag | | | | | | | | | .000 |
| MBHV psykolog | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 46 | 85.2 | |
| Verksamhetschef | 15 | 6.7 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 0 | 0 | |
| Områdeschef | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Annat övergripande ansvar | 18 | 8.1 | 1 | 6.7 | 4 | 21.1 | 3 | 5.6 | |
| 5. År i yrket | | | | | | | | | .002 |
| 0-5 år | 24 | 11.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 14 | 27.5 | |
| 6-10 år | 21 | 9.6 | 1 | 6.7 | 2 | 10.5 | 9 | 10.9 | |
| >10 år | 173 | 79.4 | 14 | 93.3 | 17 | 89.5 | 28 | 54.9 | |
| 6. Arbetat med gravida (år) | | | | | | | | | .000 |
| 0-5 år | 56 | 25.5 | 4 | 28.6 | 2 | 10.5 | 29 | 54.7 | |
| 6-10 år | 45 | 20.5 | 1 | 7.1 | 1 | 5.3 | 9 | 17.0 | |
| >10 år | 119 | 54.1 | 9 | 64.3 | 16 | 84.2 | 15 | 28.3 | |
| 7. Arbetar även inom annan verksamhet | | | | | | | | | .000 |
| Ja inom BVC | 2 | 0.9 | 1 | 6.7 | 1 | 5.6 | 51 | 94.4 | |
| Ja inom UM | 36 | 16.3 | 1 | 6.7 | 4 | 22.2 | 1 | 1.9 | |
| Nej | 183 | 82.8 | 13 | 86.7 | 13 | 72.2 | 2 | 3.7 | |
| 8. Anställningsform | | | | | | | | | .465 |
| Privat | 5 | 2.3 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 0 | 0 | |
| Offentlig | 217 | 97.7 | 15 | 100 | 18 | 94.7 | 53 | 100 | |
| 10. Invånare i arbetsorten | | | | | | | | | .406 |
| <5.000 | 16 | 7.7 | 1 | 7.1 | 1 | 5.3 | 1 | 2.0 | |
| 5.- 20.000 | 51 | 24.6 | 1 | 7.1 | 2 | 10.5 | 11 | 22.4 | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----|------|---|------|----|------|----|------|--|
| 21.- 40.000 | 53 | 25.6 | 5 | 35.7 | 3 | 15.8 | 13 | 26.5 | |
| >40.000 | 87 | 42.0 | 7 | 50.0 | 13 | 68.4 | 24 | 49.0 | |
| 11. Utbildning inom området våld (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Ingick i grundutbildningen | 22 | 9.9 | 2 | 13.3 | 2 | 10.5 | 20 | 37.0 | |
| Enstaka föreläsning/seminarium | 166 | 74.4 | 6 | 40.0 | 13 | 68.4 | 37 | 68.5 | |
| Föreläs.n.serie/konferens >2dgr | 33 | 14.8 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 9 | 16.7 | |
| Högskolekurs | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Annan utbildning | 8 | 3.6 | 2 | 13.3 | 1 | 5.3 | 0 | 0 | |
| Nej, ingen utbildning inom våld | 24 | 10.8 | 6 | 40.0 | 3 | 15.8 | 6 | 11.1 | |
| 12. Kunskap och erfarenhet av våld på annat sätt (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Arbetat i frivilligorganisation | 6 | 2.7 | 1 | 6.7 | 1 | 5.3 | 1 | 1.9 | |
| Genom arbete i annan verksamhet i hälso- o sjukvården | 60 | 26.9 | 4 | 26.7 | 15 | 78.9 | 10 | 18.5 | |
| Mött patienter med våldserfarenhet | 141 | 63.2 | 7 | 46.7 | 11 | 57.9 | 47 | 87.0 | |
| Genom anhöriga/vänner | 49 | 22.0 | 3 | 20.0 | 1 | 5.3 | 12 | 22.2 | |
| På annat sätt: personliga erfarenheter, litteratur, samverkansgrupp | 25 | 11.2 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 9 | 16.7 | |
| Inte alls kommit i kontakt med våld | 31 | 13.9 | 4 | 26.7 | 1 | 5.3 | 3 | 5.6 | |

*procenttal kan överstiga 100

| | | | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|----|------|----|------|------|
| Ja | 43 | 19.3 | 1 | 6.7 | 5 | 26.3 | 18 | 33.3 | |
| Nej | 174 | 78.0 | 8 | 53.3 | 14 | 73.7 | 33 | 61.1 | |
| 23. Form av våld som kvinnor använt (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Fysiskt våld | 38 | 17.0 | 1 | 6.7 | 3 | 15.8 | 15 | 27.8 | .351 |
| Psykiskt våld | 14 | 6.3 | 1 | 6.7 | 3 | 15.8 | 11 | 20.4 | .135 |
| Sexuellt våld | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Annan form av våld | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 0 | 0 | .124 |
| 24. Personer som utsatts för våld från kvinna, tre mest förekommande* | | | | | | | | | |
| Barn | 18 | 8.1 | 2 | 13.3 | 3 | 15.8 | 13 | 24.1 | .112 |
| Partner | 26 | 11.7 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 16 | 29.6 | .013 |
| F.d partner | 9 | 4.0 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 4 | 7.4 | .858 |
| Förälder/vårdnadshavare | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | .855 |
| Syskon | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | .937 |
| Arbetskamrat/studiekamrat/vän | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Främmande person | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | .937 |
| Vet ej | 5 | 2.2 | 1 | 6.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | .166 |
| 25. Berör ämnet sexuell exploatering i mötet med gravida | | | | | | | | | .210 |
| Ja | 47 | 21.1 | 0 | 0 | 6 | 31.6 | 13 | 24.1 | |
| Nej | 165 | 72.6 | 11 | 73.3 | 13 | 68.4 | 36 | 66.7 | |
| 26. På MVC träffat gravida om utsatts för sexuell exploatering | | | | | | | | | .269 |
| Ja | 47 | 21.1 | 0 | 0 | 7 | 36.8 | 10 | 18.5 | |
| Nej | 142 | 63.7 | 10 | 66.7 | 10 | 52.6 | 31 | 57.4 | |
| Vet ej | 25 | 11.2 | 1 | 6.7 | 2 | 10.5 | 9 | 16.7 | |
| 27. Åtgärder vidtagna vid sexuell exploatering (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Avvakta till nästa besök | 3 | 1.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 5.6 | .050 |
| Stödjande samtal vid aktuellt besök | 41 | 18.4 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 8 | 14.8 | .187 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 31 | 13.9 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 9 | 35.2 | .100 |
| Föreslå remiss till annan profession | 39 | 17.4 | 0 | 0 | 5 | 26.3 | 5 | 9.3 | .145 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 24 | 10.8 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 6 | 11.1 | .345 |
| Informera om rättsväsendet och möjlighet att anmäla | 33 | 14.8 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 9 | 16.7 | .085 |
| Informera om frivilligorganisation för | 32 | 14.3 | 1 | 6.7 | 3 | 15.8 | 9 | 16.7 | .295 |

| | | | | | | | | | |
|--|-----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| stöd | | | | | | | | | |
| 37. Känner du oro eller olust inför att fråga gravida kvinnor om våld | | | | | | | | | .000 |
| Ja | 35 | 15.7 | 3 | 20.0 | 12 | 63.2 | 41 | 75.9 | |
| Nej | 164 | 73.5 | 3 | 20.0 | 5 | 26.3 | 9 | 16.7 | |
| Ej behövt ta ställning | 10 | 4.5 | 6 | 40.0 | 1 | 5.3 | 1 | 1.9 | |
| 38. Villig fråga alla gravida om våld | | | | | | | | | .000 |
| Ja | 189 | 84.8 | 4 | 26.7 | 8 | 42.1 | 29 | 53.7 | |
| Tveksam | 14 | 6.3 | 3 | 20.0 | 7 | 36.8 | 14 | 27.5 | |
| Nej | 1 | 0.4 | 2 | 13.3 | 3 | 15.8 | 4 | 7.4 | |
| Vet inte | 5 | 2.2 | 2 | 13.3 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | |

**procenttal kan överstiga 100*

Tabell 3. MVC Arbetsituation, journaldokumentation, anmälan N= 311.

| Variabler | Barnmorskor N=223 | | Undersköterskor N=15 | | Läkare N=19 | | Psykolog, socionom, psykoterapeut N= 54 | | Skillnad mellan yrkesgrupper (Chi2) |
|--|----------------------|------|-------------------------|------|----------------|------|---|------|--|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 28. Dokumenterar i journal att frågor om våld ställts | | | | | | | | | .000 |
| Alltid | 122 | 54.7 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 22 | 40.7 | |
| Oftast | 49 | 22.0 | 0 | 0 | 13 | 5.8 | 18 | 33.3 | |
| Sällan | 16 | 7.17 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 8 | 14.8 | |
| Aldrig | 6 | 2.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Nej, dok på annat sätt | 18 | 8.1 | 1 | 6.7 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | |
| Ingår ej i arbetsuppgifterna | 1 | 0.4 | 11 | 73.3 | 0 | 0 | 2 | 3.8 | |
| 29. Dokumenterar i journal vid oro, misstanke eller bekräftat våld (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Oro | | | | | | | | | |
| Ja alltid | 23 | 10.3 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 7 | 13.0 | .565 |
| Ja, oftast | 17 | 7.6 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 12 | 22.2 | .023 |
| Ja men sällan | 45 | 20.2 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 16 | 29.6 | .553 |
| Nej, aldrig | 41 | 18.4 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 5 | 9.3 | .121 |
| Misstanke | | | | | | | | | |
| Ja alltid | 35 | 15.7 | 0 | 0 | 7 | 36.8 | 20 | 37.0 | .005 |
| Ja, oftast | 49 | 22.0 | 0 | 0 | 8 | 42.1 | 18 | 33.3 | .212 |
| Ja men sällan | 30 | 13.5 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 3 | 5.6 | .159 |
| Nej, aldrig | 21 | 9.4 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 3 | 5.6 | .507 |
| Bekräftat våld | | | | | | | | | |
| Ja alltid | 133 | 59.6 | 0 | 0 | 14 | 73.7 | 39 | 72.2 | .834 |
| Ja, oftast | 37 | 16.6 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 4 | 7.4 | .116 |
| Ja men sällan | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Nej, aldrig | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | .681 |
| 30. Skäl till att inte dokumentera i journal (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | .000 |
| Ingår inte i mina arbetsuppgifter | 2 | 0.9 | 11 | 73.3 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | |
| Har aldrig haft misstanke om eller fått bekräftat att våld förekommit | 15 | 6.7 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 1 | 1.8 | |
| Orolig att obehöriga skall få tillgång till journalen | 41 | 18.4 | 0 | 0 | 6 | 31.6 | 3 | 5.6 | |
| Dokumenterar på annat sätt | 173 | 77.6 | 14 | 93.3 | 19 | 100 | 51 | 94.4 | |
| 31. Kontakt mellan MVC och andra verksamheter vid våldsärenden | | | | | | | | | |
| A. Hälso- och sjukvården | | | | | | | | | .036 |
| Mycket bra | 26 | 11.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 7.4 | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| Bra | 77 | 34.5 | 0 | 0 | 10 | 52.6 | 19 | 35.2 | |
| Dåligt | 7 | 3.1 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 0 | 0 | |
| Mycket dåligt | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 69 | 30.9 | 0 | 0 | 5 | 26.3 | 20 | 37.0 | |
| B. Socialtjänsten | | | | | | | | | .000 |
| Mycket bra | 29 | 13.0 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 5 | 9.3 | |
| Bra | 91 | 40.8 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 18 | 33.3 | |
| Dåligt | 31 | 13.9 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 11 | 20.4 | |
| Mycket dåligt | 9 | 4.0 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 3 | 5.6 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 38 | 17.0 | 9 | 60.0 | 7 | 36.8 | 13 | 24.1 | |
| C. Rättsväsendet | | | | | | | | | .171 |
| Mycket bra | 12 | 5.4 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 1 | 1.8 | |
| Bra | 44 | 19.7 | 0 | 0 | 6 | 31.6 | 7 | 13.0 | |
| Dåligt | 3 | 1.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | |
| Mycket dåligt | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 1 | 1.8 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 128 | 57.4 | 9 | 60.0 | 8 | 42.1 | 35 | 64.8 | |
| D. Stödverksamhet för våldsutsatta | | | | | | | | | .017 |
| Mycket bra | 47 | 21.1 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 10 | 18.5 | |
| Bra | 72 | 32.3 | 0 | 0 | 8 | 42.1 | 25 | 46.3 | |
| Dåligt | 4 | 1.8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | |
| Mycket dåligt | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 63 | 28.3 | 8 | 53.3 | 8 | 42.1 | 11 | 20.4 | |
| E. Stödverksamhet för våldsutövare | | | | | | | | | .531 |
| Mycket bra | 16 | 7.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | |
| Bra | 30 | 13.5 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 10 | 18.5 | |
| Dåligt | 3 | 1.3 | 1 | 6.7 | 1 | 5.3 | 1 | 1.9 | |
| Mycket dåligt | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 138 | 61.9 | 8 | 53.3 | 11 | 57.9 | 11 | 20.4 | |
| 32. Finns rutiner om hur man anmäler enligt socialtjänstlagen | | | | | | | | | .022 |
| Ja | 121 | 54.3 | 6 | 40.0 | 9 | 47.4 | 36 | 66.7 | |
| Nej | 44 | 19.7 | 0 | 0 | 3 | 15.8 | 2 | 3.7 | |
| Vet ej | 45 | 20.2 | 5 | 33.3 | 7 | 36.8 | 12 | 22.2 | |
| 33. Haft misstankar om att gravid kvinna/barn utsatts för våld | | | | | | | | | .326 |
| Ja varje vecka | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ja, några ggr/månad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | |
| Ja, enstaka gång/månad | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | |
| Ja några ggr/år | 22 | 9.9 | 2 | 13.3 | 2 | 10.5 | 9 | 16.7 | |
| Ja, enstaka gång/år | 144 | 64.6 | 6 | 40.0 | 12 | 63.2 | 27 | 50.0 | |
| Nej, aldrig | 45 | 20.2 | 3 | 20.0 | 4 | 21.1 | 12 | 22.2 | |
| 34. Erfarenhet av att anmäla sådana ärenden | | | | | | | | | |
| Goda | 30 | 13.5 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 7 | 13.0 | |
| Varken goda eller dåliga | 65 | 29.1 | 0 | 0 | 7 | 36.8 | 12 | 22.2 | |

| | | | | | | | | | |
|---|-----|------|----|------|----|------|----|------|------|
| Dåliga | 11 | 4.9 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 7 | 13.0 | |
| Ingen erfarenhet | 98 | 43.9 | 11 | 73.3 | 8 | 42.1 | 23 | 42.6 | |
| 35. Orsak till att inte anmäla | | | | | | | | | |
| Familjen har redan pågående kontakt med socialtjänsten | 97 | 43.5 | 2 | 13.3 | 7 | 36.8 | 19 | 35.2 | .010 |
| Orolig att kvinnan ska förlora förtroende | 16 | 7.2 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 8 | 14.8 | .075 |
| Svårt överblicka konsekvenser av anmälan | 20 | 9.0 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 4 | 7.4 | .661 |
| Anmälan gör mer skada än nytta | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | .111 |
| Informerar chefen som tar ansvar för eventuella åtgärder | 11 | 4.9 | 4 | 26.7 | 1 | 5.3 | 2 | 3.7 | .005 |
| Finns inget stöd i organisationen för att anmäla | 2 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | .283 |
| Känns obekvämt | 1 | 0.4 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 0 | 0 | .120 |
| Orolig att bli hotad i tjänsten | 4 | 1.8 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | .667 |
| Orolig att bli hotad privat | 6 | 2.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | .786 |
| Anmälan hjälper ej kvinna/barn | 4 | 1.8 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 4 | 7.4 | .084 |
| Annat skäl | 30 | 13.5 | 5 | 33.3 | 6 | 31.6 | 9 | 16.7 | .053 |
| 36. Återkoppling efter anmälan | | | | | | | | | .000 |
| Socialtjänsten tar kontakt | 20 | 9.0 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 1 | 1.9 | |
| Tar själv kontakt med socialtjänsten | 43 | 19.3 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 16 | 29.6 | |
| Aldrig skett återkoppling | 68 | 29.1 | 0 | 0 | 6 | 31.6 | 12 | 22.2 | |
| Ingen erfarenhet av att anmäla | 46 | 20.6 | 10 | 66.7 | 5 | 26.3 | 12 | 22.2 | |
| 39. Oro för hot och våld i arbetet | | | | | | | | | .036 |
| Ja | 23 | 10.3 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 9 | 16.7 | |
| Nej | 169 | 75.8 | 9 | 60.0 | 10 | 52.6 | 39 | 72.2 | |
| Inte tagit ställning | 19 | 8.5 | 3 | 20.0 | 4 | 21.1 | 2 | 3.7 | |
| 40. Finns riktlinjer för hur upptäcka/ bemöta våldsutsatta kvinnor | | | | | | | | | .000 |
| Ja | 132 | 59.2 | 5 | 33.3 | 6 | 31.6 | 13 | 24.1 | |
| Nej | 51 | 22.9 | 0 | 0 | 6 | 31.6 | 11 | 20.4 | |
| Vet ej | 23 | 10.3 | 5 | 33.3 | 6 | 31.6 | 27 | 50.0 | |
| 41. Hur användbara är dessa riktlinjer | | | | | | | | | .003 |
| Kan alltid användas | 73 | 32.7 | 3 | 20.0 | 2 | 10.5 | 6 | 11.1 | |
| Kan användas i nästan alla fall | 35 | 14.3 | 2 | 13.3 | 2 | 10.5 | 6 | 11.1 | |
| Kan användas i vissa fall | 16 | 7.2 | 0 | 0 | 2 | 10.5 | 1 | 1.9 | |
| Olika användbara | 4 | 1.8 | 1 | 6.7 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Kan aldrig användas | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Finns inga PM/riktlinjer | 30 | 13.5 | 0 | 0 | 5 | 26.3 | 12 | 22.2 | |
| 42. Riktlinjer introduceras till nyanställda | | | | | | | | | .001 |
| Ja | 88 | 36.5 | 6 | 40.0 | 3 | 15.8 | 5 | 3.7 | |
| Nej | 19 | 8.5 | 0 | 0 | 1 | 5.3 | 3 | 5.6 | |
| Vet ej | 61 | 27.4 | 5 | 33.3 | 8 | 42.1 | 28 | 51.9 | |
| Finns inga riktlinjer | | | | | | | | | |
| 43. Stöd från chef att fråga om våld | | | | | | | | | .585 |
| Ja | 156 | 70.0 | 4 | 26.7 | 11 | 57.9 | 37 | 63.0 | |
| Tveksamt | 15 | 6.7 | 1 | 6.7 | 2 | 10.5 | 2 | 3.7 | |

| | | | | | | | | | |
|--|-----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| Nej | 6 | 2.7 | 1 | 6.7 | 0 | 0 | 2 | 3.7 | |
| Vet ej | 32 | 14.3 | 2 | 13.3 | 5 | 26.3 | 10 | 18.5 | |
| 44. Möjlighet att samtala med kolleger om att bemöta våld | | | | | | | | | .009 |
| Ja | 189 | 84.8 | 9 | 60.0 | 12 | 63.2 | 43 | 79.6 | |
| Nej, ingen tid | 10 | 4.5 | 0 | 0 | 4 | 21.1 | 1 | 1.9 | |
| Har inget behov av sådana samtal | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Vet ej | 3 | 1.3 | 1 | 6.7 | 1 | 5.3 | 4 | 7.4 | |
| 45. Saknar stödresurs | | | | | | | | | .677 |
| Ja | 127 | 57.0 | 5 | 33.3 | 10 | 52.6 | 26 | 48.1 | |
| Nej | 78 | 35.0 | 4 | 26.7 | 8 | 42.1 | 23 | 42.6 | |
| 46. Önskar stöd i form av (högst tre alternativ)* (N=168) | | | | | | | | | .245 |
| Klara riktlinjer | 70 | 31.4 | 1 | 6.7 | 8 | 42.1 | 14 | 25.9 | .245 |
| Tid för arbetsplatsdiskussioner | 54 | 24.2 | 0 | 0 | 5 | 26.3 | 11 | 20.4 | .300 |
| Kanaler för samarbete med andra verksamheter | 92 | 41.3 | 1 | 6.7 | 8 | 42.1 | 22 | 40.7 | .090 |
| Universitetskurs | 12 | 5.4 | 1 | 6.7 | 1 | 5.3 | 4 | 7.4 | .793 |
| Kortare kurs | 32 | 14.3 | 3 | 20.0 | 2 | 10.5 | 8 | 14.8 | .409 |
| Enstaka utbildningsdagar | 59 | 26.5 | 5 | 33.3 | 2 | 10.5 | 11 | 20.4 | .052 |
| Handledning | 70 | 31.4 | 3 | 20.0 | 4 | 21.1 | 8 | 14.8 | .109 |
| Litteratur, vetenskapliga artiklar | 8 | 3.6 | 0 | 0 | 0 | 0 | 7 | 13.0 | .007 |
| Broschyrer | 23 | 10.3 | 1 | 6.7 | 1 | 5.3 | 4 | 7.4 | .886 |

*procenttal kan överstiga 100

Tabell 4. BVC. Socio-demografiska och psykosociala faktorer. N=527

| Variabler | Sjuksköterskor (+ 1 undersköterska) N=320 | | Läkare N=155 | | Psykolog, socionom, psykoterapeut N= 52 | | Skillnad mellan yrkesgrupper (Chi2) |
|--|--|------|-----------------|------|---|------|--|
| | n | % | n | % | n | % | |
| 2. Alder | | | | | | | .215 |
| 20-30 år | 61 | 19.1 | 25 | 16.2 | 16 | 30.8 | |
| 31-50 år | 103 | 32.2 | 50 | 32.5 | 12 | 23.1 | |
| >50 år | 156 | 48.8 | 79 | 51.3 | 24 | 46.2 | |
| 1. Kön | | | | | | | 0.000 |
| Kvinna | 317 | 99.4 | 92 | 59.7 | 50 | 96.2 | |
| Man | 2 | 0.6 | 62 | 40.3 | 2 | 3.8 | |
| 4.Uppdrag | | | | | | | .000 |
| MBHV psykolog | 0 | 0 | 1 | 0.6 | 49 | 94.2 | |
| Verksamhetschef | 23 | 7.2 | 30 | 19.4 | 1 | 1.9 | |
| Områdeschef | 2 | 0.6 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | |
| Annat övergripande ansvar | 15 | 4.7 | 18 | 5.6 | 1 | 1.9 | |
| 5. År i yrket | | | | | | | .000 |
| 0-5 år | 38 | 12.2 | 6 | 3.9 | 13 | 26.5 | |
| 6-10 år | 46 | 14.8 | 23 | 15.1 | 13 | 26.5 | |
| >10 år | 227 | 73.0 | 123 | 80.9 | 23 | 46.9 | |
| 6. Arbetat på BVC (år) | | | | | | | .023 |
| 0-5 år | 123 | 39.2 | 43 | 28.1 | 26 | 53.1 | |
| 6-10 år | 64 | 20.4 | 36 | 23.5 | 7 | 14.3 | |
| >10 år | 127 | 40.4 | 74 | 48.4 | 16 | 32.7 | |
| 7. Arbetar även inom annan verksamhet | | | | | | | .000 |
| Ja inom MVC | 4 | 1.3 | 5 | 3.2 | 47 | 95.9 | |
| Ja inom UM | 2 | 0.6 | 4 | 2.6 | 2 | 4.1 | |
| Nej | 307 | 98.1 | 146 | 94.2 | 0 | 0 | |
| 8. Anställningsform | | | | | | | .000 |
| Privat | 84 | 26.7 | 35 | 22.9 | 0 | 0 | |
| Offentlig | 231 | 73.3 | 118 | 77.1 | 51 | 100 | |
| 10. Invånare i arbetsorten | | | | | | | .0042 |
| <5.000 | 48 | 15.0 | 11 | 7.1 | 1 | 1.9 | |
| 5.- 20.000 | 96 | 30.0 | 38 | 24.5 | 12 | 23.1 | |

| | | | | | | | |
|---|-----|------|----|------|----|------|------|
| 21.- 40.000 | 48 | 15.0 | 34 | 21.9 | 11 | 21.2 | |
| >40.000 | 109 | 34.1 | 71 | 45.8 | 23 | 44.2 | |
| 11. Utbildning inom området våld (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | |
| Ingick i grundutbildningen | 77 | 24.1 | 48 | 31.0 | 20 | 38.5 | .035 |
| Enstaka föreläsning/seminarium | 254 | 79.4 | 81 | 52.3 | 37 | 71.2 | .000 |
| Föreläs.n.serie/konferens >2dgr | 17 | 5.3 | 11 | 7.1 | 4 | 7.7 | .627 |
| Högskolekurs | 3 | 0.9 | 1 | 0.3 | 0 | 0 | .762 |
| Annan utbildning | 8 | 2.5 | 5 | 1.6 | 1 | 1.9 | .848 |
| Nej, ingen utbildning inom våld | 30 | 9.4 | 37 | 11.6 | 5 | 1.6 | .000 |
| 12. Kunskap och erfarenhet av våld på annat sätt (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | |
| Arbetat i frivilligorganisation | 4 | 1.3 | 12 | 7.7 | 1 | 1.9 | .001 |
| Genom arbete i annan verksamhet i hälso- o sjukvården | 110 | 34.4 | 90 | 58.1 | 12 | 23.1 | .000 |
| Mött patienter med våldserfarenhet | 177 | 55.3 | 99 | 63.9 | 41 | 78.8 | .000 |
| Genom anhöriga/vänner | 71 | 22.2 | 35 | 22.6 | 17 | 32.7 | .152 |
| På annat sätt: personliga erfarenheter, litteratur, samverkansgrupp | 23 | 7.2 | 4 | 2.6 | 7 | 13.5 | .011 |
| Inte alls kommit i kontakt med våld | 40 | 12.5 | 9 | 5.8 | 1 | 1.9 | .012 |

*procenttal
kan överstiga
100

Tabell 5. BVC Att identifiera barn/föräldrar/vårdnadshavare med erfarenhet av våld. N=527

| Variabler | Sjuksköterskor (+1 undersköterska) N=320 | | Läkare N=155 | | Psykolog, socionom, psykoterapeut N= 52 | | Skillnad mellan yrkesgrupper (Chi2) |
|--|---|------|-----------------|------|---|------|--|
| | n | % | n | % | n | % | |
| 13. På BVC träffat barn/som utsatts för våld från förälder/vårdnadshavare | | | | | | | .144 |
| Ja | 196 | 61.3 | 84 | 54.2 | 33 | 63.5 | |
| Nej | 109 | 34.1 | 66 | 42.6 | 15 | 28.8 | |
| 14. Frågar förälder/vårdnadshavare om våld i familjen | | | | | | | .117 |
| Ja alltid | 5 | 1.6 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | |
| Ja ibland | 263 | 82.2 | 130 | 83.9 | 47 | 85.5 | |
| Nej aldrig | 37 | 11.6 | 18 | 11.6 | 0 | 0 | |
| 15. Hur upptäcks våld i familjen (Flera svarsalternativ möjliga) * | | | | | | | |
| Förälder/vårdnadshavare tar upp ämnet våld | 170 | 53.1 | 62 | 40.0 | 34 | 65.4 | .000 |
| Frågar vid misstanke om våld mot barn | 206 | 64.4 | 113 | 72.9 | 42 | 80.8 | .006 |
| Frågar vid misstanke om våld mot förälder | 205 | 64.1 | 84 | 54.2 | 38 | 73.1 | .004 |
| Frågar vid synliga tecken på våld | 161 | 50.3 | 95 | 61.3 | 11 | 21.2 | .000 |
| Leder in samtalet på våld, frågar | 38 | 11.9 | 17 | 11.0 | 10 | 19.2 | .200 |
| Frågar alla om våld i familjen | 8 | 2.5 | 1 | 0.6 | 0 | 0 | .207 |
| Får aldrig reda på våldsutsatthet | 11 | 3.4 | 4 | 2.6 | 1 | 1.9 | .782 |
| 16. Vem/vilka är oftast förövare (tre mest förekommande)* | | | | | | | |
| Partner | 183 | 57.2 | 80 | 51.6 | 35 | 67.3 | .033 |
| F.d partner | 116 | 36.3 | 74 | 47.7 | 26 | 50.0 | .024 |
| Förälder/vårdnadshavare | 189 | 59.1 | 81 | 52.3 | 39 | 75.0 | .002 |
| Syskon | 14 | 4.4 | 11 | 7.1 | 8 | | .007 |
| Arbetskamrat/Studiekamrat/Bekant /Vän | 8 | 2.5 | 10 | 6.5 | 3 | 5.8 | |

| | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|----|------|------|
| 22. Åtgärd vid diagnosticerat våld (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | |
| Avvakta till nästa besök | 3 | 0.9 | 4 | 2.6 | 5 | 9.6 | .001 |
| Stödjande samtal vid aktuellt möte | 171 | 53.4 | 68 | 43.9 | 29 | 55.8 | .080 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 121 | 37.8 | 51 | 32.9 | 33 | 63.5 | .000 |
| Föreslå remiss till annan profession | 105 | 32.8 | 49 | 31.6 | 18 | 34.6 | .912 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 221 | 69.1 | 110 | 71.0 | 41 | 78.8 | .269 |
| Informera om rättsväsendet och möjlighet att anmäla | 125 | 39.1 | 68 | 43.9 | 24 | 46.2 | .444 |
| Informera om frivilligorganisation för stöd | 141 | 44.1 | 68 | 43.9 | 31 | 59.6 | .083 |
| Finns inget stöd att ge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Vet inte vad göra | 4 | 1.25 | 0 | 0 | 0 | 0 | .270 |
| Aldrig träffat någon som utsatts | 27 | 8.4 | 11 | 7.1 | 2 | 3.8 | .483 |
| 32. Känner du oro eller olust inför att fråga föräldrar/vårdnadshavare om våld | | | | | | | .000 |
| Ja | 146 | 45.6 | 76 | 49.0 | 12 | 23.1 | |
| Nej | 109 | 34.1 | 53 | 34.2 | 34 | 65.4 | |
| Ej behövt ta ställning | 23 | 7.2 | 7 | 4.5 | 0 | 0 | |
| 33. Villig fråga alla på BVC om våld | | | | | | | .000 |
| Ja | 203 | 63.4 | 60 | 38.7 | 27 | 51.9 | |
| Tveksam | 58 | 18.1 | 44 | 28.4 | 15 | 28.8 | |
| Nej | 9 | 2.8 | 28 | 18.1 | 3 | 5.8 | |
| Vet inte | 8 | 2.5 | 4 | 2.6 | 2 | 3.8 | |

*procenttal
kan överstiga
100

Tabell 6. BVC Arbetsförhållanden, journaldokumentation, anmälan. N=527

| Variabler | Sjuksköterskor (+1 undersköterska) N=320 | | Läkare N=155 | | Psykolog, socionom, psykoterapeut N= 52 | | Skillnad mellan yrkesgrupper (Chi2) |
|--|---|------|-----------------|------|---|------|--|
| | n | % | n | % | n | % | |
| 23. Dokumenterar i journal att frågor om våld ställts | | | | | | | .000 |
| Alltid | 63 | 19.7 | 50 | 32.3 | 21 | 40.4 | |
| Oftast | 89 | 27.8 | 60 | 38.7 | 18 | 34.6 | |
| Sällan | 70 | 21.9 | 20 | 12.9 | 8 | 15.4 | |
| Aldrig | 25 | 7.8 | 3 | 1.9 | 0 | 0 | |
| Nej, dok på annat sätt | 27 | 8.4 | 5 | 3.2 | 0 | 0 | |
| Ingår inte i arbetsuppgifterna | 3 | 0.9 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 24. Dokumenterar i journal vid oro, misstanke eller bekräftat våld (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | |
| Oro | | | | | | | |
| Alltid | 39 | 12.2 | 23 | 14.8 | 8 | 15.4 | .973 |
| Oftast | 41 | 12.8 | 30 | 19.4 | 10 | 19.2 | .434 |
| Sällan | 68 | 21.3 | 40 | 25.8 | 12 | 23.1 | .873 |
| Nej, aldrig | 56 | 17.5 | 25 | 16.1 | 8 | 15.4 | .433 |
| Misstanke | | | | | | | |
| Alltid | 52 | 16.3 | 43 | 27.7 | 15 | 28.8 | .057 |
| Oftast | 84 | 26.3 | 56 | 36.1 | 14 | 26.9 | .275 |
| Sällan | 39 | 12.2 | 17 | 11.0 | 6 | 11.5 | .592 |
| Nej, aldrig | 21 | 6.6 | 11 | 7.1 | 2 | 3.8 | .592 |
| Bekräftat våld | | | | | | | |
| Alltid | 192 | 60.0 | 109 | 70.3 | 40 | 76.9 | .631 |
| Oftast | 24 | 7.5 | 11 | 7.1 | 1 | 1.9 | .210 |
| Sällan | 1 | 0.3 | 0 | 0 | 1 | 1.9 | .181 |
| Nej, aldrig | 2 | 0.6 | 1 | 0.6 | 0 | 0 | .825 |
| 25. Skäl till att inte dokumentera i journal (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | .067 |
| Ingår inte i mina arbetsuppgifter | 4 | 1.3 | 4 | 2.6 | 0 | 0 | |

| | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|----|------|------|
| Har aldrig haft misstanke om eller fått bekräftat att våld förekommit | 32 | 10.0 | 15 | 9.7 | 0 | 0 | |
| Orolig att obehöriga skall få tillgång till journalen | 37 | 11.6 | 36 | 23.2 | 6 | 11.5 | |
| Dokumenterar på annat sätt | 267 | 83.4 | 143 | 92.3 | 49 | 94.2 | .999 |
| 26. Kontakt mellan BVC och andra verksamheter vid våldsärenden | | | | | | | |
| A. Hälso- o sjukvården | | | | | | | .028 |
| Mycket bra | 44 | 13.8 | 23 | 14.8 | 4 | 7.7 | |
| Bra | 136 | 42.5 | 80 | 51.6 | 19 | 36.5 | |
| Dåligt | 11 | 3.4 | 1 | 0.6 | 1 | 1.9 | |
| Mycket dåligt | 1 | 0.3 | 1 | 0.6 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 63 | 19.7 | 19 | 12.3 | 17 | 32.7 | |
| B. Socialtjänsten | | | | | | | .250 |
| Mycket bra | 37 | 11.6 | 16 | 10.3 | 5 | 9.6 | |
| Bra | 106 | 33.1 | 70 | 45.2 | 19 | 36.5 | |
| Dåligt | 80 | 25.0 | 24 | 15.5 | 13 | 25.0 | |
| Mycket dåligt | 18 | 5.6 | 5 | 3.2 | 2 | 3.8 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 33 | 10.3 | 16 | 10.3 | 5 | 9.6 | |
| C. Rättsväsendet | | | | | | | .008 |
| Mycket bra | 10 | 3.1 | 5 | 3.2 | 2 | 3.8 | |
| Bra | 57 | 17.8 | 49 | 31.6 | 5 | 9.6 | |
| Dåligt | 18 | 5.6 | 8 | 5.2 | 2 | 3.8 | |
| Mycket dåligt | 4 | 1.3 | 1 | 0.6 | 1 | 1.9 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 175 | 54.7 | 62 | 40.0 | 34 | 65.4 | |
| D. Stödverksamhet för våldsutsatta | | | | | | | .097 |
| Mycket bra | 34 | 10.6 | 15 | 9.7 | 6 | 11.5 | |
| Bra | 89 | 27.8 | 54 | 34.8 | 23 | 44.2 | |
| Dåligt | 19 | 5.9 | 2 | 1.3 | 1 | 1.9 | |
| Mycket dåligt | 4 | 1.3 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 117 | 36.6 | 49 | 31.6 | 13 | 25.0 | |
| E. Stödverksamhet för | | | | | | | .643 |

| våldsutövare | | | | | | | |
|--|-----|------|----|------|----|------|------|
| Mycket bra | 17 | 5.3 | 5 | 3.2 | 3 | 5.8 | |
| Bra | 50 | 15.6 | 26 | 16.8 | 11 | 21.2 | |
| Dåligt | 16 | 5.0 | 4 | 2.6 | 0 | 0 | |
| Mycket dåligt | 4 | 1.3 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 172 | 53.8 | 80 | 51.6 | 28 | 53.8 | |
| 27. Finns rutiner om hur man anmäler enligt socialtjänstlagen | | | | | | | .000 |
| Ja | 222 | 69.4 | 82 | 52.9 | 37 | 71.2 | |
| Nej | 30 | 9.4 | 16 | 10.3 | 3 | 5.8 | |
| Vet ej | 32 | 10.0 | 41 | 26.5 | 8 | 15.4 | |
| 28. Haft misstankar om att barn lever med våld i familjen | | | | | | | .007 |
| Aldrig | 28 | 8.6 | 13 | 8.4 | 3 | 5.8 | |
| Enstaka gång/år | 193 | 60.3 | 88 | 56.8 | 21 | 40.4 | |
| Några ggr/år | 54 | 16.9 | 32 | 20.6 | 18 | 34.6 | |
| Enstaka gång/månad | 2 | 0.6 | 3 | 1.9 | 3 | 5.8 | |
| Några ggr/månad | 1 | 0.3 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | |
| Varje vecka | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 29. Erfarenhet av att anmäla sådana ärenden | | | | | | | .604 |
| Goda | 55 | 17.2 | 29 | 18.7 | 9 | 17.3 | |
| Varken goda eller dåliga | 123 | 38.4 | 71 | 45.8 | 21 | 40.4 | |
| Dåliga | 35 | 10.9 | 13 | 8.4 | 8 | 15.4 | |
| Ingen erfarenhet | 63 | 19.7 | 24 | 15.5 | 8 | 15.4 | |
| 30. Orsak till att inte anmäla | | | | | | | |
| Barn/familj har redan pågående kontakt med socialtjänsten | 132 | 41.3 | 64 | 41.3 | 20 | 38.5 | .440 |
| Orolig att förälder/vårdnadshavare ska förlora förtroende | 26 | 8.1 | 12 | 7.7 | 5 | 9.6 | .955 |
| Svårt överblicka konsekvenserna av anmälan | 20 | 6.3 | 9 | 5.8 | 5 | 9.6 | .694 |
| Anmälan gör mer skada än nytta | 11 | 3.4 | 5 | 3.2 | 5 | 9.6 | .124 |
| Informerar chefen som tar ansvar för eventuella åtgärder | 14 | 4.4 | 2 | 1.3 | 1 | 1.9 | .149 |
| Finns inget stöd i organisationen för att anmäla | 3 | 0.9 | 0 | 0 | 2 | 3.8 | .060 |

| | | | | | | | |
|---|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|------|
| Känns obekvämt | 2 | 0.6 | 2 | 1.3 | 0 | 0 | .583 |
| Orolig att bli hotad i tjänsten | 4 | 1.3 | 0 | 0 | 0 | 0 | .258 |
| Orolig att bli hotad privat | 6 | 1.9 | 1 | 0.6 | 0 | 0 | .347 |
| Anmälan leder ej till åtgärd | 13 | 4.1 | 5 | 3.2 | 5 | 9.6 | .177 |
| Annat skäl | 30 | 9.4 | 18 | 11.6 | 7 | 13.5 | .651 |
| 31. Sker återkoppling efter anmälan | | | | | | | .324 |
| Socialtjänsten tar kontakt | 34 | 10.6 | 22 | 14.2 | 4 | 7.7 | |
| Tar själv kontakt med socialtjänsten | 63 | 19.7 | 22 | 14.2 | 15 | 28.8 | |
| Aldrig skett återkoppling | 128 | 40.0 | 64 | 41.3 | 20 | 38.5 | |
| Ingen erfarenhet av att anmäla | 40 | 12.5 | 21 | 13.5 | 5 | 9.6 | |
| 34. Oro för hot och våld i arbetet | | | | | | | .391 |
| Ja | 63 | 19.7 | 26 | 16.8 | 11 | 21.2 | |
| Nej | 162 | 50.6 | 90 | 58.1 | 32 | 61.5 | |
| Inte tagit ställning | 47 | 14.7 | 18 | 11.6 | 4 | 7.7 | |
| 35. Finns riktlinjer för hur upptäcka/ bemöta våldsutsatta barn/vårdnadshavare | | | | | | | .036 |
| Ja | 105 | 32.8 | 41 | 26.5 | 19 | 36.5 | |
| Nej | 90 | 28.1 | 36 | 23.2 | 10 | 19.2 | |
| Vet ej | 80 | 25.0 | 59 | 38.1 | 19 | 36.5 | |
| 36. Hur användbara är dessa riktlinjer | | | | | | | .417 |
| Kan alltid användas | 34 | 10.6 | 13 | 8.4 | 9 | 17.3 | |
| Kan användas i nästan alla fall | 37 | 11.6 | 20 | 12.9 | 5 | 9.6 | |
| Kan användas i vissa fall | 19 | 5.9 | 7 | 4.5 | 2 | 3.8 | |
| Olika användbara | 15 | 4.7 | 9 | 5.8 | 0 | 0 | |
| Kan aldrig användas | 6 | 1.9 | 6 | 3.9 | 2 | 3.8 | |
| 37. Riktlinjer introduceras till nyanställda | | | | | | | .088 |
| Ja | 49 | 15.3 | 19 | 12.3 | 7 | 13.5 | |
| Nej | 28 | 8.8 | 5 | 3.2 | 5 | 9.6 | |
| Vet ej | 108 | 33.6 | 73 | 47.1 | 24 | 46.2 | |
| Finns inga riktlinjer | 69 | 21.6 | 32 | 20.6 | 9 | 17.3 | |
| 38. Stöd från chef att fråga om våld | | | | | | | .000 |
| Ja | 160 | 50.0 | 94 | 60.6 | 37 | 71.2 | |

| | | | | | | | |
|---|-----|------|-----|------|----|------|------|
| Tveksamt | 36 | 11.3 | 4 | 2.6 | 2 | 3.8 | |
| Nej | 11 | 3.4 | 2 | 1.3 | 4 | 7.7 | |
| Vet ej | 70 | 21.9 | 32 | 20.6 | 4 | 7.7 | |
| 39. Möjlighet att samtala med kolleger om att bemöta våld | | | | | | | .536 |
| Ja | 237 | 74.1 | 120 | 77.4 | 41 | 78.8 | |
| Nej, ingen tid | 14 | 4.4 | 2 | 1.3 | 1 | 1.9 | |
| Har inget behov av sådana samtal | 2 | 0.6 | 3 | 1.9 | 1 | 1.9 | |
| Vet ej | 11 | 3.4 | 4 | 2.6 | 3 | 5.8 | |
| 40. Saknar stödresurs | | | | | | | .002 |
| Ja | 197 | 61.6 | 72 | 46.5 | 29 | 55.8 | |
| Nej | 76 | 23.6 | 60 | 38.7 | 16 | 30.8 | |
| 41. Önskar stöd i form av: (högst tre alternativ)* (N=298) | | | | | | | |
| Klara riktlinjer | 93 | 29.1 | 24 | 15.5 | 18 | 34.6 | .007 |
| Tid för arbetsplatsdiskussioner | 65 | 20.3 | 22 | 14.2 | 11 | 21.2 | .557 |
| Kanaler för samarbete andra verksamheter | 115 | 35.9 | 63 | 40.6 | 20 | 38.5 | .012 |
| Universitetskurs | 12 | 3.6 | 4 | 2.6 | 3 | 5.8 | .602 |
| Kortare kurs | 39 | 12.2 | 19 | 12.3 | 3 | 5.8 | .301 |
| Enstaka utbildningsdagar | 89 | 27.8 | 29 | 18.7 | 10 | 19.2 | .298 |
| Handledning | 122 | 38.1 | 31 | 20.6 | 11 | 21.2 | .001 |
| Litteratur, vetenskapliga artiklar | 13 | 4.1 | 5 | 3.2 | 4 | 7.7 | .363 |
| Broschyrer | 32 | 10.0 | 8 | 5.2 | 3 | 5.8 | .337 |

**procenttal
kan överstiga
100*

Tabell 7. UM Socio-demografiska och psykosociala faktorer. N=184

| Variabler | Sjuksköt, Barnmorskor, undersköterskor (3) N=93 | | Läkare N=11 | | Socionom, kurator N=55 | | Psykolog, psykoterapeut N= 25 | | Skillnad mellan yrkesgrupper (Chi2) |
|--|--|------|----------------|------|---------------------------|------|-------------------------------------|------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % | |
| 2. Alder | | | | | | | | | .517 |
| 20-30 år | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 31-50 år | 48 | 51.6 | 3 | 27.3 | 35 | 64.8 | 13 | 52.0 | |
| >50 år | 44 | 47.3 | 8 | 72.7 | 19 | 35.2 | 12 | 48.0 | |
| 1.Kön | | | | | | | | | .002 |
| Kvinna | 89 | 96.7 | 9 | 81.8 | 46 | 85.2 | 18 | 72.0 | |
| Man | 3 | 3.3 | 2 | 18.2 | 8 | 14.8 | 7 | 28.0 | |
| 4. Uppdrag (flera svarsalternativ möjliga) | | | | | | | | | |
| MBHV psykolog | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 16.7 | .000 |
| Verksamhetschef | 5 | 5.4 | 0 | 0 | 3 | 5.5 | 0 | 0 | .577 |
| Områdeschef | 3 | 3.2 | 1 | 9.1 | 1 | 1.8 | 0 | 0 | .456 |
| Annat övergripande ansvar | 5 | 5.4 | 2 | 18.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | .019 |
| 5. År i yrket | | | | | | | | | .233 |
| 0-5 år | 6 | 6.5 | 0 | 0 | 3 | 5.9 | 4 | 17.3 | |
| 6-10 år | 16 | 17.4 | 0 | 0 | 12 | 23.5 | 6 | 26.1 | |
| >10 år | 70 | 76.1 | 11 | 100 | 36 | 70.6 | 13 | 56.5 | |
| 6. Arbetat på UM (år) | | | | | | | | | .511 |
| 0-5 år | 30 | 33.0 | 5 | 45.5 | 26 | 48.1 | 10 | 41.7 | |
| 6-10 år | 26 | 28.6 | 2 | 18.2 | 14 | 25.9 | 7 | 29.2 | |
| >10 år | 35 | 38.5 | 4 | 36.4 | 14 | 26.0 | 7 | 29.2 | |
| 7. Arbetar även inom annan verksamhet (flera svarsalternativ möjliga) | | | | | | | | | |
| Ja inom BVC | 0 | 0 | 4 | 36.4 | 2 | 3.7 | 4 | 17.4 | .000 |
| Ja inom MVC | 30 | 33.0 | 7 | 63.6 | 4 | 7.4 | 4 | 17.4 | .000 |
| Nej | 61 | 67.0 | 1 | 9.1 | 50 | 92.6 | 19 | 82.6 | .000 |
| 8. Anställningsform | | | | | | | | | .122 |
| Privat | 6 | 6.5 | 1 | 10.0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Offentlig | 86 | 93.5 | 10 | 90.0 | 54 | 100 | 23 | 100 | |

| | | | | | | | | | |
|---|----|------|----|------|----|------|----|------|------|
| 10. Invånare i arbetsorten | | | | | | | | | .797 |
| <5.000 | 6 | 6.7 | 0 | 0 | 3 | 5.9 | 2 | 9.1 | |
| 5.- 20.000 | 28 | 31.1 | 1 | 11.1 | 16 | 31.4 | 6 | 27.3 | |
| 21.- 40.000 | 28 | 31.1 | 4 | 44.4 | 13 | 25.5 | 4 | 18.2 | |
| >40.000 | 28 | 31.1 | 4 | 44.4 | 19 | 37.3 | 10 | 45.5 | |
| 11. Utbildning inom området våld (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Ingick i grundutbildningen | 6 | 6.5 | 1 | 9.1 | 10 | 18.2 | 5 | 20.0 | .064 |
| Enstaka föreläsning/seminarium | 68 | 73.1 | 8 | 72.7 | 33 | 60.0 | 12 | 48.0 | .239 |
| Föreläs.n.serie/konferens >2dgr | 11 | 11.8 | 1 | 9.1 | 11 | 20.0 | 5 | 20.0 | .365 |
| Högskolekurs | 2 | 2.1 | 0 | 0 | 4 | 7.3 | 1 | 4.0 | .383 |
| Annan utbildning | 7 | 7.5 | 1 | 9.1 | 4 | 7.3 | 2 | 8.0 | .994 |
| Nej, ingen utbildning inom våld | 9 | 9.7 | 2 | 18.2 | 2 | 3.6 | 3 | 12.0 | .314 |
| 12. Kunskap och erfarenhet av våld på annat sätt (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Arbetat i frivilligorganisation | 4 | 4.3 | 1 | 9.1 | 6 | 10.9 | 1 | 4.0 | .440 |
| Genom arbete i annan verksamhet i hälso- o sjukvården | 35 | 37.6 | 8 | 72.7 | 12 | 21.8 | 7 | 28.0 | .011 |
| Mött patienter med våldserfarenhet | 69 | 74.2 | 10 | 90.9 | 44 | 80.0 | 20 | 80.0 | .396 |
| Genom anhöriga/vänner | 28 | 30.1 | 3 | 27.3 | 13 | 23.6 | 5 | 20.0 | .765 |
| På annat sätt: personliga erfarenheter, litteratur, samverkansgrupp | 8 | 8.6 | 0 | 0 | 16 | 29.1 | 4 | 16.0 | .004 |
| Inte alls kommit i kontakt med våld | 3 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | .399 |

*procenttal kan överstiga 100

| | | | | | | | | | |
|---|----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| Vet ej vad göra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Har inte träffat någon som utsatts | 2 | 2.2 | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 0 | 0 | .866 |
| 21. Berör ämnet sexuell exploatering i mötet med ungdomar | | | | | | | | | .796 |
| Ja | 71 | 76.3 | 8 | 72.7 | 42 | 76.4 | 20 | 80.0 | |
| Nej | 13 | 14.0 | 2 | 18.2 | 9 | 16.4 | 2 | 8.0 | |
| 22. Träffat ungdomar på mott. som utsatts för sex exploatering | | | | | | | | | .267 |
| Ja | 56 | 60.2 | 6 | 54.5 | 28 | 50.9 | 18 | 72.0 | |
| Nej | 24 | 25.8 | 2 | 18.2 | 18 | 32.7 | 1 | 4.0 | |
| Vet ej | 8 | 8.6 | 1 | 9.1 | 4 | 7.3 | 2 | 8.0 | |
| 23. På UM träffat ungdomar som utsatts för sexuell exploatering (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Ungdomar tar upp sexuell exploatering | 38 | 40.7 | 8 | 72.7 | 26 | 47.3 | 17 | 68.0 | .002 |
| Frågar vid misstanke | 54 | 58.1 | 6 | 54.5 | 34 | 61.8 | 14 | 56.0 | .863 |
| Frågar vid synliga tecken | 32 | 34.4 | 5 | 45.5 | 8 | 14.5 | 2 | 8.0 | .004 |
| Leder in samtalet på ämnet och frågar sedan | 30 | 32.3 | 3 | 27.3 | 18 | 32.7 | 7 | 28.0 | .989 |
| Ställer frågor till alla | 10 | 10.8 | 1 | 9.1 | 1 | 1.8 | 2 | 8.0 | .275 |
| Annat sätt | 8 | 8.6 | 1 | 9.1 | 2 | 3.6 | 2 | 8.0 | .697 |
| Får aldrig reda på att en ungdom utsatts för sexuell exploatering | 10 | 10.8 | 0 | 0 | 6 | 10.9 | 0 | 0 | .264 |
| 24. Åtgärder vid sexuell exploatering (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | |
| Avvakta till nästa besök | 2 | 2.2 | 0 | 0 | 4 | 7.3 | 0 | 0 | .232 |
| Stödjande samtal vid aktuellt besök | 64 | 68.8 | 6 | 54.5 | 30 | 54.5 | 13 | 52.0 | .182 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 55 | 59.1 | 4 | 36.4 | 37 | 67.3 | 18 | 72.0 | .036 |
| Föreslå remiss till annan profession | 28 | 30.1 | 5 | 45.5 | 11 | 20.0 | 5 | 20.0 | .143 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 38 | 40.9 | 6 | 54.5 | 24 | 43.6 | 12 | 48.0 | .435 |
| Informera om rättsväsendet och möjlighet att anmäla | 44 | 47.3 | 6 | 54.5 | 30 | 54.5 | 18 | 72.0 | .019 |
| Informera om frivilligorganisation för stöd | 23 | 24.7 | 3 | 27.3 | 18 | 32.7 | 12 | 48.0 | .061 |
| Annat | 17 | 18.3 | 1 | 9.1 | 5 | 9.1 | 1 | 4.0 | .204 |
| Finns inget stöd att ge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Vet ej vad göra | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Har inte träffat någon utsatt för | 7 | 7.5 | 1 | 9.1 | 6 | 10.9 | 0 | 0 | .409 |

Kommenterad [EW1]: Hur tänkte vi här? Besök på det ena svarsalternativet och möte på det andra i frågeformuläret.....

| | | | | | | | | | | |
|---|----|------|---|------|----|------|----|------|------|------|
| sexuellexploatering | | | | | | | | | | |
| 25. Träffat förövare av våld/sex exploatering (flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | | |
| Ja | 39 | 41.9 | 4 | 36.4 | 36 | 65.5 | 14 | 56.0 | .024 | |
| Nej | 51 | 54.8 | 6 | 54.5 | 19 | 34.5 | 8 | 32.0 | .033 | |
| 26. Vilken form av våld (Flera svarsalternativ möjliga)* | | | | | | | | | | |
| Fysiskt | 24 | 25.8 | 3 | 27.3 | 25 | 45.5 | 10 | 40.0 | .765 | |
| Psykiskt | 19 | 20.4 | 4 | 36.4 | 25 | 45.5 | 10 | 40.0 | .063 | |
| Sexuellt | 20 | 21.5 | 2 | 18.2 | 11 | 20.0 | 8 | 32.0 | .175 | |
| Annat | 3 | 3.2 | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 0 | 0 | .559 | |
| 27. Hur ofta mött förövare av våld/sex exploatering | | | | | | | | | | .301 |
| Aldrig | 28 | 30.1 | 5 | 45.5 | 12 | 21.8 | 5 | 20.0 | | |
| Enstaka gång | 33 | 35.5 | 2 | 18.2 | 20 | 36.4 | 6 | 24.0 | | |
| Någon gång/år | 6 | 6.5 | 1 | 9.1 | 9 | 16.4 | 5 | 20.0 | | |
| Ett par ggr/år | 4 | 4.3 | 2 | 18.2 | 7 | 12.7 | 4 | 16.0 | | |
| Minst ngn gång/månad | 3 | 3.2 | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 2 | 8.0 | | |
| Varje vecka | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | | |
| 28. Hur få reda på att en ungdom utsatt någon för våld/sexuell exploatering (tre vanligaste alternativen)* | | | | | | | | | | |
| Ungdomar tar själva upp ämnet | 25 | 26.9 | 2 | 18.2 | 28 | 50.9 | 15 | 60.0 | .001 | |
| Frågar vid misstanke | 35 | 37.6 | 3 | 27.3 | 35 | 63.6 | 9 | 36.0 | .008 | |
| Leder in samtalet på ämnet och frågar sedan | 24 | 25.8 | 2 | 18.2 | 20 | 36.4 | 8 | 32.0 | .592 | |
| Ställer frågor till alla | 8 | 8.6 | 0 | 0 | 6 | 10.9 | 3 | 12.0 | .684 | |
| Får aldrig reda på att en ungdom utsatt någon | 14 | 15.1 | 2 | 18.2 | 3 | 5.5 | 2 | 8.0 | .175 | |
| 29. Vem/vilka har ungdomen utövat våld/sexuell exploatering emot (tre vanligaste alternativen)* | | | | | | | | | | |
| Partner | 34 | 36.6 | 2 | 18.2 | 25 | 45.5 | 12 | 48.0 | .336 | |
| F.d partner | 32 | 34.4 | 2 | 18.2 | 19 | 34.5 | 6 | 24.0 | .494 | |
| Förälder | 4 | 4.3 | 0 | 0 | 8 | 14.5 | 5 | 20.0 | .037 | |
| Syskon | 4 | 4.3 | 1 | 9.1 | 3 | 5.5 | 3 | 12.0 | .496 | |

| | | | | | | | | | |
|---|----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| Vän | 12 | 12.9 | 1 | 9.1 | 10 | 18.2 | 5 | 20.0 | .787 |
| Arbetskamrat/studiekamrat/bekant | 4 | 4.3 | 1 | 9.1 | 5 | 9.1 | 4 | 16.0 | .263 |
| Främmande person | 10 | 10.8 | 1 | 9.1 | 6 | 10.9 | 5 | 20.0 | .607 |
| Vet ej | 21 | 22.6 | 2 | 18.2 | 7 | 12.7 | 2 | 8.0 | .133 |
| 30. Åtgärd vid förövare av våld/ sexuell exploatering (Flera svarsalternativ möjliga) | | | | | | | | | |
| Avvakta till nästa besök | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 5 | 9.1 | 3 | 12.0 | .061 |
| Stödjande samtal vid aktuellt möte | 39 | 41.9 | 3 | 27.3 | 27 | 49.1 | 12 | 48.0 | .510 |
| Erbjuda flera stödjande samtal | 41 | 44.1 | 3 | 27.3 | 35 | 63.6 | 16 | 64.0 | .018 |
| Föreslå remiss till annan profession | 18 | 19.4 | 3 | 27.3 | 9 | 16.4 | 6 | 24.0 | .625 |
| Kontakta socialtjänsten för bedömning | 18 | 19.4 | 3 | 27.3 | 19 | 34.5 | 9 | 36.0 | .299 |
| Annat | 13 | 14.0 | 3 | 27.3 | 5 | 9.1 | 2 | 8.0 | .228 |
| Finns inget stöd att ge | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Vet ej vad göra | 2 | 2.2 | 0 | 0 | 1 | 1.8 | 0 | 0 | .833 |
| Har inte träffat någon som utsatt annan för våld eller sexuell exploatering | 9 | 9.7 | 2 | 18.2 | 6 | 10.9 | 1 | 4.0 | .590 |
| 40. Känner oro eller olust inför att fråga alla ungdomar om våldserfarenhet/sexuell exploatering | | | | | | | | | .335 |
| Nej | 72 | 91.1 | 8 | 80.0 | 43 | 84.3 | 21 | 100 | |
| Ja | 6 | 7.6 | 1 | 10.0 | 6 | 11.8 | 0 | 0 | |
| Ej tagit ställning | 1 | 1.3 | 1 | 10.0 | 2 | 3.9 | 0 | 0 | |
| 41. Villig fråga alla på UM om våldsutsatthet/våld i familjen | | | | | | | | | .313 |
| Ja | 65 | 80.2 | 8 | 80.0 | 33 | 64.7 | 17 | 77.3 | |
| Tveksam | 13 | 16.0 | 2 | 20.0 | 10 | 19.6 | 4 | 18.2 | |
| Nej | 1 | 1.2 | 0 | 0 | 5 | 9.8 | 0 | 0 | |
| Vet inte | 2 | 2.5 | 0 | 0 | 3 | 5.9 | 1 | 4.5 | |

*procenttal kan överstiga 100

| | | | | | | | | | |
|--|----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| journal | | | | | | | | | |
| Ingår inte i mina arbetsuppgifter | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 11 | 20.0 | 0 | 0 | |
| Har ej haft misstanke eller fått bekräftat att våld förekommit | 1 | 1.1 | 1 | 9.1 | 1 | 1.8 | 0 | 0 | |
| Orolig att obehöriga skall få tillgång till journalen | 5 | 5.4 | 3 | 27.3 | 4 | 7.3 | 1 | 4.0 | |
| Dokumenterar på annat sätt | 81 | 87.1 | 8 | 72.7 | 51 | 92.7 | 25 | 100 | .131 |
| 34. Kontakt mellan MVC och andra verksamheter | | | | | | | | | |
| A. Hälso- och sjukvården | | | | | | | | | .447 |
| Mycket bra | 15 | 16.1 | 2 | 18.2 | 3 | 5.5 | 2 | 8.0 | |
| Bra | 45 | 48.4 | 4 | 36.4 | 30 | 54.5 | 13 | 52.0 | |
| Dåligt | 3 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4.0 | |
| Mycket dåligt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 12 | 12.9 | 3 | 27.3 | 11 | 20.0 | 4 | 16.0 | |
| B. Socialtjänsten | | | | | | | | | .654 |
| Mycket bra | 14 | 15.1 | 2 | 18.2 | 12 | 21.8 | 6 | 24.0 | |
| Bra | 49 | 52.7 | 3 | 27.3 | 28 | 50.9 | 10 | 40.0 | |
| Dåligt | 11 | 11.8 | 2 | 18.2 | 5 | 9.1 | 2 | 8.0 | |
| Mycket dåligt | 2 | 2.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingenerfarenhet av sådana kontakter | 7 | 7.5 | 2 | 18.2 | 2 | 3.6 | 3 | 12.0 | |
| C. Rättsväsendet | | | | | | | | | .914 |
| Mycket bra | 9 | 9.7 | 1 | 9.1 | 5 | 9.1 | 1 | 4.0 | |
| Bra | 35 | 37.6 | 3 | 27.3 | 24 | 43.6 | 12 | 48.0 | |
| Dåligt | 4 | 4.3 | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 1 | 4.0 | |
| Mycket dåligt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 31 | 33.3 | 5 | 45.5 | 15 | 27.3 | 6 | 24.0 | |
| D. Stödverksamhet för våldsutsatta | | | | | | | | | .230 |
| Mycket bra | 19 | 20.4 | 2 | 18.2 | 12 | 21.8 | 7 | 28.0 | |
| Bra | 36 | 38.7 | 2 | 18.2 | 23 | 41.8 | 9 | 36.0 | |
| Dåligt | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 0 | 0 | |
| Mycket dåligt | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Ingen erfarenhet av sådana kontakter | 27 | 29.0 | 5 | 45.5 | 9 | 16.4 | 4 | 16.0 | |
| E. Stödverksamhet för våldsutövare | | | | | | | | | .099 |
| Mycket bra | 7 | 7.5 | 0 | 0 | 3 | 5.5 | 4 | 16.0 | |

| | | | | | | | | | |
|---|----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| Orolig att bli hotad privat | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| Anmälan leder ej till åtgärd | 2 | 2.2 | 0 | 0 | 6 | 10.9 | 1 | 4.0 | .099 |
| Annat skäl | 17 | 18.3 | 1 | 9.1 | 9 | 16.4 | 4 | 16.0 | .827 |
| 39. Återkoppling efter anmälan | | | | | | | | | .129 |
| Socialtjänsten tar kontakt | 6 | 6.5 | 1 | 9.1 | 4 | 7.3 | 2 | 8.0 | |
| Tar själv kontakt med socialtjänsten | 25 | 26.9 | 2 | 18.2 | 27 | 49.1 | 7 | 28.0 | |
| Aldrig skett återkoppling | 31 | 33.3 | 2 | 18.2 | 14 | 25.5 | 7 | 28.0 | |
| Ingen erfarenhet av att anmäla | 9 | 9.7 | 4 | 36.4 | 4 | 7.3 | 3 | 12.0 | |
| 42. Oro för hot och våld i arbetet | | | | | | | | | .731 |
| Ja | 7 | 7.5 | 0 | 0 | 7 | 12.7 | 2 | 8.0 | |
| Nej | 66 | 71.0 | 9 | 81.8 | 39 | 70.9 | 17 | 68.0 | |
| Inte tagit ställning | 9 | 9.7 | 0 | 0 | 5 | 9.1 | 3 | 12.0 | |
| 43. Finns PM/riktlinjer för hur upptäcka/bemöta ungdomar med erfarenhet av våld/sexuell exploatering | | | | | | | | | .476 |
| Ja | 37 | 39.8 | 4 | 36.4 | 15 | 27.3 | 9 | 36.0 | |
| Nej | 29 | 31.2 | 2 | 18.2 | 21 | 38.2 | 7 | 28.0 | |
| Vet ej | 16 | 17.2 | 4 | 36.4 | 15 | 27.3 | 6 | 24.0 | |
| 44. Hur användbara är dessa riktlinjer (N=127) | | | | | | | | | .606 |
| Kan alltid användas | 11 | 11.8 | 3 | 27.3 | 5 | 9.1 | 4 | 16.0 | |
| Kan användas i nästan alla fall | 13 | 14.0 | 1 | 9.1 | 6 | 10.9 | 4 | 16.0 | |
| Kan användas i vissa fall | 5 | 5.4 | 1 | 9.1 | 4 | 7.3 | 1 | 4.0 | |
| Olika användbara | 8 | 8.6 | 0 | 0 | 9 | 11.3 | 0 | 0 | |
| Beror på vilket område som ska täckas | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 2 | 2.5 | 0 | 0 | .962 |
| Finns inga riktlinjer | 27 | 29.0 | 2 | 18.2 | 14 | 25.5 | 6 | 24.0 | |
| 45. Riktlinjer introduceras till nyanställda | | | | | | | | | |
| Ja | 27 | 29.0 | 3 | 27.3 | 11 | 20.0 | 7 | 28.0 | |
| Nej | 4 | 4.3 | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 1 | 4.0 | |
| Vet ej | 25 | 26.9 | 4 | 36.4 | 19 | 34.5 | 6 | 24.0 | |
| Finns inga PM/riktlinjer | 22 | 23.7 | 2 | 18.2 | 15 | 27.3 | 6 | 24.0 | |
| 46. Stöd från chef att fråga om våld | | | | | | | | | .551 |
| Ja | 60 | 64.5 | 8 | 72.7 | 41 | 74.5 | 19 | 76.0 | |
| Tveksamt | 10 | 10.8 | 0 | 0 | 5 | 9.1 | 0 | 0 | |
| Nej | 1 | 1.1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4.0 | |

| | | | | | | | | | |
|--|----|------|---|------|----|------|----|------|------|
| Vet ej | 9 | 9.7 | 2 | 18.2 | 5 | 9.1 | 2 | 8.0 | |
| 47. Möjlighet att samtala med kolleger om att bemöta våld | | | | | | | | | .189 |
| Ja | 75 | 80.6 | 9 | 81.8 | 50 | 90.9 | 19 | 76.0 | |
| Nej, ingen tid | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4.0 | |
| Vet ej | 3 | 3.2 | 1 | 9.1 | 1 | 1.8 | 2 | 8.0 | |
| Annat | 3 | 3.2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | |
| 48. Saknar stödresurs | | | | | | | | | .105 |
| Ja | 47 | 50.5 | 3 | 27.3 | 26 | 47.3 | 16 | 64.0 | |
| Nej | 29 | 31.2 | 7 | 63.6 | 23 | 41.8 | 6 | 24.0 | |
| 49. Önskar stöd i form av: (högst tre alternativ)* | | | | | | | | | |
| Klara riktlinjer | 35 | 37.6 | 2 | 18.2 | 11 | 20.0 | 8 | 32.0 | .109 |
| Tid för arbetsplatsdiskussioner | 26 | 28.0 | 4 | 36.4 | 18 | 32.7 | 3 | 12.0 | .078 |
| Kanaler för samarbete andra v-sam | 29 | 31.2 | 3 | 27.3 | 13 | 23.6 | 11 | 44.0 | .400 |
| Universitetskurs | 6 | 6.5 | 0 | 0 | 6 | 10.9 | 5 | 20.0 | .127 |
| Kortare kurs | 18 | 19.4 | 1 | 9.1 | 13 | 23.6 | 9 | 36.0 | .185 |
| Enstaka utbildningsdagar | 26 | 28.0 | 0 | 0 | 10 | 18.2 | 6 | 24.0 | .134 |
| Handledning | 21 | 22.6 | 5 | 45.5 | 13 | 23.6 | 5 | 20.0 | .239 |
| Litteratur, vet art | 4 | 4.3 | 1 | 9.1 | 3 | 5.5 | 3 | 12.0 | .542 |
| Broschyrer | 5 | 5.4 | 0 | 0 | 2 | 3.6 | 3 | 12.0 | .432 |

*procenttal kan överstiga 100

Bilaga 4. Insatser inom VKV som har hämtat erfarenhet och inspiration av Kartläggingsstudien

Projekt kring att ställa rutinmässiga frågor om våld inom hälso- och sjukvården och folktandvården

VKV har genomfört och utvärderat två projekt som syftade till att synliggöra och uppmärksamma patienter med erfarenhet av våld i nära relationer genom att ställa rutinmässiga frågor om våld. Rutinmässigt frågande innebär att en verksamhet på ett systematiskt sätt med stöd av en genomtänkt rutin tillfrågar vissa utvalda grupper av patienter, alternativt alla patienter som besöker en verksamhet. Frågorna ställs oberoende av om personalen har misstanke om att patienten har erfarenhet av våld eller inte. Att rutinmässigt fråga om våld vid besök inom hälso- och sjukvården och folktandvården ökar möjligheten att barn och vuxna som utsatts vågar berätta, oavsett om det är i ett tidigt eller sent skede av pågående våldsutsatthet eller om det hänt tidigare i livet.

Målet med det så kallade "Christina" – projektet som VKV startade 2012 var att utveckla en god och effektiv samverkansmodell mellan barnavårdscentraler, folktandvård och socialtjänst. Barn som under uppväxten bevittnat/upplevt våld mot en närstående samt barn som utsatts för våld, sexuella övergrepp och/eller försummelse skulle identifieras genom att personalen ställde rutinmässiga frågor. Därmed skulle barn med erfarenheter av våld kunna få skydd, stöd och behandling, som de har rätt till enligt svensk lagstiftning. Utvärderingen visade att personalen genom deltagande i projektet upplevde en större trygghet i arbetet med utsatta barn och deras föräldrar. Efter projektets utvärdering påbörjades arbetet med att implementera metoden inom samtliga barnavårdscentraler i Västra Götalandsregionen. Detta implementeringsarbete pågick under 2015-2017-
Fråga på rutin projektet startade hösten 2013. Målet var att stärka hälso- och sjukvården i att ställa rutinmässiga frågor om våld inom vårdcentraler, rehabiliteringsmottagningar, tvärprofessionella bedömningsteam och barnavårdscentraler. Tillsammans med projektledningen tog verksamheterna fram rutiner för hur de skulle ställa rutinmässiga frågor i syfte att identifiera våldsutsatta och därmed kunna erbjuda dem skydd, stöd och behandling. Till skillnad från "Christina-projektet" ingick även frågor för att fånga upp personer som utövat våld. Utvärderingen visade att under projekttiden började en stor del av personalen att ställa rutinmässiga frågor med stöd av frågeformuläret FOV- Frågor Om Våld, som tagits fram för just detta projekt. Analysen visade att formuläret identifierade personer som varit våldsutsatta, men även de som utövat våld. Personalen uttryckte att de besvarade frågorna kunde användas som ett underlag för det efterföljande samtalet med patienten. När personalen fick kännedom om våld kunde de erbjuda adekvata insatser.

Under 2016 och 2017 har ytterligare två liknande projekt startat. Det ena projektet handlar om att ställa rutinmässiga frågor om våld inom

ungdomsmottagningsverksamheter (UM projektet) och det andra engagerar verksamheter som barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar, barn- och ungdomsmedicinska mottagningar samt vårdcentraler (SIMBA-projektet). Dessa båda projekt kommer att utvärderas under 2019.

Regionala medicinska riktlinjer

Syftet med regionala medicinska riktlinjer (RMR) är att utjämna skillnader i vården genom standardisering och att sprida ny tillkommen kunskap. RMR riktas till vårdpersonal, verksamhets- och förvaltningschefer. VKV fick under 2014 ett uppdrag från förvaltningsledningen att ta fram tre regionala medicinska riktlinjer (RMR) inom VKVs ämnesområden:

Barn under 18 år som far illa eller riskerar att fara illa inklusive barn som har bevittnat/upplevt våld – indikationer och handläggning.

Våld i nära relationer – indikationer och handläggning.

Handläggning vid akuta sexuella övergrepp, Barn och vuxen.

Utbildning inom Västra Götalandsregionen: hälso- och sjukvårdsverksamheter, folktandvården samt utbildningar på högskola och universitet

VKV erbjuder fortlöpande basutbildning till all hälso- och sjukvårdspersonal samt folktandvårdspersonal. Inom ramen för de projekt som VKV bedriver tillsammans med utvalda verksamheter erbjuder VKV metodutbildning i att ställa rutinmässiga frågor om våld till patienter. Personal inom VKV håller i de flesta utbildningsinsatserna, men i en del fall anlitas personer med specialistkompetens såsom gynekolog, rättsmedicinare, jurist, polis, och socialsekreterare.

Som ett led i att uppfylla VKVs uppdrag har VKV utöver utbildning för hälso- och sjukvård samt folktandvård medverkat vid grundutbildning för läkare, grundutbildning samt vidareutbildning för sjuksköterskor, röntgensjuksköterskor, barnmorskor, psykologer, socionomer, fysioterapeuter, arbetsterapeuter, folkhälsovetare, tandläkare, tandsköterskor samt tandhygienister. Därutöver föreläser VKV om våld i nära relationer för sjuksköterskor som går utbildning för att få svensk legitimation.