

**BARNMORSKORS UPPLEVELSER AV
ERHÅLLET STÖD VID
VÅLDSSCREENING**

**MIDWIVES EXPERIENCES OF
OBTAINED SUPPORT WHEN
SCREENING FOR DOMESTIC VIOLENCE**

Examensarbete inom huvudområdet
Reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa

Avancerad nivå
15 Högskolepoäng
Hösttermin År 2015

Författare: Emma Johansson
Michelle Kiwalabye Parma

Handledare: Elisabeth Hertfelt Wahn
Stina Thorstensson

Sammanfattning

Titel: Barnmorskors upplevelser av erhållet stöd vid våldsscreening

Författare: Emma Johansson och Michelle Kiwalabye Parma

Institution: Institutionen för hälsa och lärande, Högskolan i Skövde

Kurs: Examensarbete i Reproductiv, perinatal och sexuell hälsa, RP720A, 15 högskolepoäng

Handledare: Elisabeth Hertfelt Wahn och Stina Thorstensson

Sidor: 19

Månad och år: augusti, 2015

Nyckelord: barnmorskor, upplevelser, stöd, våldsscreening, våld i nära relationer.

Bakgrund: Våld i nära relation drabbar kvinnor i alla världens länder och alla samhällsklasser. Cirka 30 procent av de kvinnor som levt i en parrelation har utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld av sin partner. Mörkertalet antas vara stort. I Sverige finns det idag inga nationella våldsscreeningsinstrument endast rekommendationer. Forskning visar att barnmorskor upplever tidsbrist, bristande kunskap och avsaknad av stöd i våldsscreeningsarbetet.

Syfte: Att undersöka barnmorskors upplevelser av erhållet stöd vid våldsscreening på barnmorskemottagning.

Metod: Studien har en kvalitativ ansats. Sju barnmorskor intervjuades. Intervjuerna analyserades utifrån en kvalitativ innehållsanalys.

Resultat: Ett bra stöd från kollegor stärker barnmorskors tillit till sin egen förmåga att ge stöttning till en våldsutsatt kvinna. Barnmorskorna beskrev ett väl fungerande samarbete mellan andra professioner och instanser men frustration över att den hjälp som erbjöds i teorin inte alltid var tillgänglig. De önskar mer utbildning och kontinuerligt för vidareutveckling och bibehållande av sin kompetens. Rekommendationer och riktlinjer från verksamheten samt våldsscreeningsinstrument upplevdes underlätta våldsscreeningsarbetet. Tidsbrist beskrevs som en försvårande faktor.

Konklusion: Våldsscreeningsarbetet är komplext och kräver rätt kompetens och ett välfungerande samarbete mellan kollegor, olika instanser och professioner. Verksamheter behöver ge barnmorskor rätt förutsättningar för att de ska kunna arbeta hälsofrämjande.

Abstract

Title: Midwives experiences of obtained support when screening for domestic violence

Department: School of Health and Education, University of Skövde

Course: Master Degree Project in Midwifery, 15 ECTS

Author: Emma Johansson och Michelle Kiwalabye Parma

Supervisor: Elisabeth Hertfelt Wahn and Stina Thorstensson

Pages: 19

Month and year: August 2015

Keywords: midwives, experiences, support, screening for violence, domestic violence.

Background: Domestic violence affects women in all countries and all social classes. Approximately 30 percent of women who have lived in a relationship have been exposed to physical and/or sexual violence by their partner. Unreported cases are presumably many. In Sweden no national violence-screening instrument exists, only recommendations. Research shows that midwives experience lack of time, knowledge and support when screening for domestic violence.

Aim: To examine midwives experiences of obtained support when screening for domestic violence at an antenatal care unit.

Method: This study had a qualitative approach. Seven midwives where interviewed. The interviews where analyzed based on a qualitative content analysis.

Result: Support from colleagues strengthen midwives' confidence in their ability to provide support to abused women. They described a well-functioning cooperation between other professions and agencies, but frustration that the help offered in theory, was not always available. The midwives requested more education and that it should be given continuously to improve and maintain competence. Recommendations and guidelines from the workplace and screening instruments were perceived as facilitating, lack of time was described as an aggravating factor.

Conclusion: Screening for domestic violence is complex and requires the right competence and a well-functioning cooperation between colleagues, other agencies and professions. Antenatal care units need to give midwives the right conditions in order to promote health.

Förord

Vi vill tacka de barnmorskor som deltagit och delgett sina upplevelser och på så sätt möjliggjort denna studie. Tack även till våra handledare Elisabeth Hertfelt Wahn och Stina Thorstensson för stöd och konstruktiv kritik under arbetets gång. Sist men inte minst, tack till studiekamrater som deltagit vid grupphandledningsträffar och delgivit nya tankar och idéer som fört oss framåt i arbetet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Våld i nära relationer	1
Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa	2
Barnmorskans arbete.....	3
Barnmorskemottagning	3
Våldsscreening.....	4
Kvinnors upplevelser av våldsscreening	4
Stöd	5
Professionellt stöd.....	5
Kollegialt stöd.....	5
Barnmorskors upplevelser av att utföra våldsscreening.....	5
PROBLEMFÖRMULERING	7
SYFTE.....	7
METOD	7
Val av metod	7
Miljö.....	7
Urval och Datainsamling	8
Dataanalys.....	8
Förförståelse	10
Etiska aspekter	10
RESULTAT	11
Stöd från barnmorskor, professioner och andra instanser	11
Barnmorskekollegor gör våldsscreeningsarbetet lättare.....	11
Samarbete över gränserna.....	12
Barnmorskors behov av stöd från verksamheten i våldsscreeningsarbetet	13
Rekommendationer och riktlinjer upplevs stödjande vid våldsscreening	13
Våldsscreeningsinstrument gör det lättare att ställa svåra frågor	13
Utbildning om våld i nära relationer.....	14
Verksamheter gör det svårt att ställa frågor om våld.....	14
Resultatsammanfattning.....	14
DISKUSSION.....	15
Metoddiskussion.....	15

Resultatdiskussion	17
Konklusion	19
Förslag på klinisk tillämpning	19
Förslag på fortsatt forskning.....	19

REFERENSLISTA

BILAGOR

INLEDNING

Våld kan förekomma i alla typer av parrelationer, men det är vanligast att en kvinna blir utsatt av en man. Mörkertalet av våld i nära relationer antas vara stort och mycket av det våld kvinnor utsätts för av sin partner polisanmäls aldrig. Barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagning har en unik chans att fånga upp kvinnor som utsätts för våld eller riskerar att utsättas för våld i en nära relation. Det är en viktig del i barnmorskors arbete då en kvinnas sociala situation har stor påverkan på hennes hälsa, graviditet samt det ofödda barnet. Forskning visar att de barnmorskor som frågar alla kvinnor de möter i sin verksamhet om de utsätts för våld i nära relationer träffar fler våldsutsatta kvinnor än de som frågar ibland, på intuition eller på fysiska tecken. De barnmorskor som saknar stöd vid våldsscreening från kollegor och andra professioner, väljer att inte utföra våldsscreening på varje kvinna de möter. Studier visar att kvinnor upplever det positivt att få frågor om våld i nära relationer. Barnmorskor uppger att det är ett ämne som är svårt att ta upp då de upplever att de inte har tillräcklig kunskap och stöd. Avsikten med denna magisteruppsats är att få en tydligare bild av barnmorskors upplevelse av erhållet stöd vid våldsscreening.

BAKGRUND

Våld i nära relationer

Våld i nära relationer innefattar att psykiskt skrämma, förnedra och förminska någon annan, att fysiskt slå eller sparka, tvinga en annan person till samlag eller sexuella handlingar. Definitionen innefattar även att ha ett kontrollerande beteende genom att till exempel övervaka och/eller isolera en person från familj och vänner (World Health Organisation, WHO, 2002 & Socialstyrelsen, u.å. a). Olika former av våld förekommer ofta samtidigt men behöver inte göra det (WHO, 2002; Socialstyrelsen, 2014b & Amnesty, 2004).

Det vanligast förekommande våldet mot kvinnor begås oftast av en person av det manliga könet som de ingår en parrelation med. Våldet drabbar kvinnor i alla världens länder och samhällsklasser (WHO, 2002). Enligt WHO (2013) har cirka 30 procent av de kvinnor som levt i en parrelation utsatts för fysiskt och/eller sexuellt våld av sin partner. Det är svårt att få exakta data om förekomst av våld mot kvinnor i nära relationer och att jämföra dessa (Taillieu & Brownridge, 2010 & WHO, 2002). Faktorer som påverkar dessa studiers resultat är till exempel hur våld i nära relationer definieras och hur frågan om våld i nära relationer ställs (WHO, 2002). Datinsamling försvåras även då våld mot kvinnor är underrapporterat och att det inte alltid dokumenteras av myndigheter (Johnsson-Latham, 2008). En kvinna som utsatts för våld kan komma att successivt börja uppfatta situationen som normal, det kallas normaliseringsprocessen. Toleransen för vad som är okej flyttas för båda parter och våldet blir ett normalt inslag i vardagen (Dahlgren & Sandell, 2014; Nylén, 2014 & Nordborg, 2014).

Våld i nära relationer kan se olika ut i olika länder vad gäller uttryck och omfattning men har samma ursprung och grundar sig i samhällens ekonomiska, sociala, juridiska och politiska

strukturer där män har större makt än kvinnor (Amnesty, 2004 & Johnsson-Latham, 2014). Enligt Jewkes (2002) är det svårt att förstå orsakerna till våld i nära relationer då det kommer ur en social kontext till skillnad från till exempel sjukdom som kan ha biologiskt ursprung. Risken att utsättas för våld i nära relationer varierar mellan länder men även inom samma miljöer inom samma länder. Våldet drabbar kvinnor i alla socioekonomiska grupper men är mer frekvent och grövre bland grupper som har låg socioekonomisk status. Att kvinnor är ekonomiskt självständiga och/eller har hög utbildning kan i vissa miljöer skydda kvinnan från att utsättas för våld. Att kvinnan är gravid kan verka som en skyddande faktor men för vissa kvinnor ökar våldet under graviditeten (Taillieu & Brownridge, 2010).

Under 2014 utfärdades 13 630 anmälningar om misshandel i Sverige, där kvinnan uppges ha blivit utsatt av en person hon hade en nära relation med (Brottsförebyggande rådet, 2014). Nationellt centrum för kvinnofrid (2014) har genomfört en omfångsundersökning i Sverige där kvinnor har svarat på frågor om utsatthet för våld. Resultatet visade att 20 procent av kvinnorna hade blivit utsatta för psykiskt våld av nuvarande eller en tidigare partner, 14 procent hade blivit utsatta för fysiskt våld eller för hot om våld. Enligt Brottsförebyggande rådet, BRÅ (2013) utsätts kvinnor i större grad för hot och misshandel av någon de känner eller lever tillsammans med. Män utsätts oftare för våld där förövaren är okänd. I en svensk studie intervjuades 207 gravida kvinnor, som levde med eller var gifta med män, om våld i nära relationer. Resultatet visade att 27,5 procent av kvinnorna som ingick i studien hade utsatts för fysiskt våld av nuvarande partner vid något tillfälle, 24,5 procent hade upplevt någon form av hot, fysiskt eller sexuellt våld under det senaste året (Widding Hedin, Grimstad, Möller, Schei & Janson, 1998). I en studie genomförd i USA deltog 755 kvinnor. Av dessa rapporterade 14,7 procent att deras partner under någon av deras graviditeter varit våldsam. Av de kvinnor som utsatts för våld uppgav 49 procent att våldet ökade under graviditet, för 26 procent var våldet samma som tidigare, för 25 procent minskade våldet när kvinnan blev gravid (Coker, Sanderson & Dong, 2004).

Kvinnor som drabbas av våld i nära relationer löper ökad risk att drabbas av till exempel kroniskt smärta, ångest, depression och posttraumatisk stress. Det leder till ökad spridning av HIV och andra sexuellt överförbara sjukdomar. Det kan även leda till bland annat oplanerad graviditet, missfall, dödfödsel, intrauterin blödning och buksmärter. Barn kan födas förtidigt eller med låg födelsevikt (WHO, 2013).

Sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa

WHO definierar sexuell och reproduktiv hälsa som ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande i relation till sexualitet, inte endast avsaknad av sjukdom eller ohälsa. Reproduktiv hälsa innefattar reproduktiva processer och funktioner under människans olika livsskederna. Det innebär att människor har rätt till ett ansvarsfullt, tillfredsställande och säkert sexliv och att de har förmågan att reproducera sig, samt friheten att bestämma om, när och hur ofta de vill göra det. Att inneha reproduktiv och sexuell hälsa innebär också att män och kvinnor har rätt att bli informerade om och ha tillgång till säkra, effektiva och prisvärda preventivmedelsmetoder (WHOa, 2014 & WHOb, 2014). För att uppnå sexuell hälsa måste en persons alla rättigheter respekteras, skyddas och uppfyllas (a.a.). Perinatal hälsa innebär

att en kvinna har rätt till adekvat hälso- och sjukvård dit hon kan gå för att få en säker graviditet och förlossning, det innebär även att par ska ges de bästa möjligheterna för att få ett friskt barn (WHO, 2015). I Sverige arbetar barnmorskan med kvinnan i alla livets skeden. Barnmorskans arbete innebär en strävan att förmedla och hjälpa kvinnor att uppnå sexuell, reproduktiv och perinatal hälsa (Barnmorskeförbundet, 2014).

Barnmorskans arbete

Oavsett verksamhetsområde ska barnmorskors arbete utmärkas av en helhetssyn och ett etiskt förhållningssätt och baseras på evidensbaserad och beprövad erfarenhet. Det ska utföras enligt gällande lagar, förordningar och föreskrifter. I barnmorskors kompetensbeskrivning står beskrivet att barnmorskor ska ha kompetens att arbeta hälsofrämjande på samhälls-, grupp- och individnivå, kunna identifiera och förebygga hälsorisker. Barnmorskor ska även utföra och medverka vid diverse screeningundersökningar samt kunna identifiera personer i behov av särskilt stöd och vård. Vården ska utformas i samråd med kvinnan (Socialstyrelsen, 2006). Vidare beskriver International Confederation of Midwives, ICMs etiska kod barnmorskors skyldigheter gentemot kvinnan och hennes mänskliga rättigheter. Barnmorskan ska vara lyhörd för den vårdsökande kvinnans fysiska, psykiska, emotionella och andliga behov. All information kvinnan delger barnmorskan är konfidentiell men barnmorskan kan efter eget omdöme delge informationen vidare i syfte att söka hjälp från andra hälsoprofessioner. Barnmorskan ska samarbeta med andra professioner, enheter och instanser med olika ansvarsområden, när kvinnans vårdbehov går utöver barnmorskans egen kompetens (ICM, 2013 & Socialstyrelsen, 2006).

Enligt Socialstyrelsen (2014b) är personal inom hälso- och sjukvården skyldiga att vid misstanke om att någon utsätts för våld, fråga personen i enskildhet om våld i nära relationer förekommer och även ta reda på om det finns barn i familjen. Finns det barn i familjen är nästa steg att anmäla misstankarna till socialtjänsten och informera personen i fråga om den vård som finns att tillgå och vilken typ av hjälp och stöd socialtjänsten kan erbjuda. Vårdpersonal ska även kontrollera om behov av fysisk eller psykisk vård föreligger. Avslutningsvis ska dokumentation över samtalet, eventuella fysiska tecken och handlingsförloppet skrivas ner (a.a.).

Barnmorskemottagning

Vård riktad specifikt mot gravida kvinnor, så kallad mödravård infördes i Sverige på 1930-talet efter beslut från riksdagen om att mödravård skulle erbjudas kostnadsfritt till alla gravida (Socialstyrelsen, 2014a). Barnmorskans arbete har utvecklats och omfattar nu fler delar av kvinnans sexuella och reproduktiva hälsa. Barnmorskor möter kvinnor från tonåren till efter klimakteriet för till exempel för preventivmedelsrådgivning, graviditetskontroller och för gynekologisk cellprovskontroll (Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi, 2008). Då det inte bara är gravida kvinnor som besöker barnmorskor har mödravårdscentraler bytt namn, det kallas bland annat barnmorskemottagning, BMM. Det hälsofrämjande arbetet på BMM innebär att vidta åtgärder som bevarar eller stärker individens upplevelse av välbefinnande. Samt arbeta sjukdomsförebyggande genom att förebygga uppkomsten av sjukdomar och skador, även psykiska, fysiska samt sociala problem. Genom att reducera

riskfaktorer och sätta in lämpliga åtgärder, minskar risken för ohälsa hos kvinnor generellt, men även gravida kvinnor, ofödda barn och nyfödda barn (Socialstyrelsen, 2014a).

Våldsscreening

Våldsscreening av kvinnor syftar till att identifiera kvinnor som är, har varit eller riskerar att utsättas för våld i en nära relation och kunna erbjuda adekvat stöd och vård (Socialstyrelsen, 2002). Det finns olika typer av våldsscreeningsinstrument skapade för att underlätta upptäckten av våldsutsatta kvinnor, de flesta instrument screenar för fysiskt, emotionellt och sexuellt våld. I Sverige finns inget nationellt screeningsinstrument utan endast en allmän rekommendation från Socialstyrelsen om hur personal inom hälso- och sjukvården ska tänka och agera kring frågor gällande våld i nära relationer. Socialstyrelsen rekommenderar att rutinmässiga frågor om våld ställs på BMM. Vidare rekommenderas att varje verksamhet har rutiner för hur proceduren ska gå till. Personal ska vara utbildad i hur dessa typer av frågor ställs. Det ska finnas rutiner kring hur hänvisning till andra verksamheter ska göras (Socialstyrelsen, u.å. b). Att rutinmässigt utföra våldsscreening ser olika ut inom olika verksamheter och skiljer sig åt runt om i Sverige (Rosengren & Schönemann, 2010). Studier visar att vissa barnmorskor ställer frågor om våld till de kvinnor där de sett fysiska tecken till våld, vissa frågade på intuition, andra ställde inga frågor alls (Rosengren & Schönemann, 2010 & Hakimnia, 2010). Verksamheter som hade skriftliga riktlinjer om att fråga alla kvinnor om de utsatts för våld gjorde det i högre grad än de verksamheter som hade överenskomna eller muntliga riktlinjer eller de som helt saknade riktlinjer (Marchant, Davidson, Garcia, & Parson, 2001). Barnmorskor som frågar alla kvinnor de möter om de utsatts för våld i nära relationer träffar fler våldsutsatta kvinnor per år än de som frågar ibland eller när de frågar på grund av misstanke (Rosengren & Schönemann, 2010).

Kvinnors upplevelser av våldsscreening

Studier visar att nästan 100 procent av tillfrågade kvinnor var positiva till att tillfrågas om våld i nära relationer (Bacchus, Meze & Bewley, 2002 & Webster, Stratio & Grimes, 2001). Även de kvinnor som upplevde obehag av att bli tillfrågade tyckte att det var positivt med våldsscreening (Webster et al., 2001). Kvinnorna ansåg att graviditeten var en bra tid att våldsscreenas av barnmorskan och gärna vid upprepade tillfällen då eventuellt våld kan ha startat, ändrat karaktär eller kvinnan kanske inte kände sig redo att berätta vid första mötet med barnmorskan (Bacchus et al., 2002). Enligt Webster et al. (2002) var en av anledningarna till varför gravida kvinnor var så positivt inställda till våldsscreening, deras vilja att skydda det ofödda barnet. Vissa kvinnor upplevde att frågorna fick dem att reflektera kring saker ur ett annat perspektiv. Även om kvinnan inte berättade om sin situation kunde våldsscreeningen öka kvinnans medvetenhet kring situationen och eventuellt bidra till förändring. Genom att tala öppet kring våld i nära relationer med alla kvinnor minskade stigmat kring problemet (Webster et al., 2002 & Bacchus et al., 2001). Kvinnor berättade inte självmant om sin situation ofta på grund av skam, skuld känslor och av rädsla för att inte bli trodd eller förstådd. Andra orsaker kunde vara att tillit saknades till personalens kompetens att hantera problemet, oro över att sekretessen bryts och att hennes barn skulle tas ifrån henne (Bacchus et al., 2001). Gjordes våldsscreeningen på ett oförberett och okänsligt sätt kan det göra mer skada än nytta (Webster et al., 2002 & Bacchus et al., 2001). De flesta kvinnor upplevde barnmorskan som den bästa personalen att utföra våldsscreening, då hen har den bästa chansen att skapa en

långvarig relation, helst ville kvinnorna träffa samma barnmorska under hela graviditeten (Bacchus et al., 2001). Uppmuntran, stöd, tröst och en icke dömande attityd var det som kvinnorna letade efter i mötet med barnmorskan. De förväntade sig inte att barnmorskan skulle agera problemlösare utan tyckte att det räckte att barnmorskan lyssnade och gav information (a.a.).

Stöd

Stöd beskrivs som ett samspel mellan två individer för att hjälpa en av dem att hantera en händelse i livet. Stöd måste upplevas som något positivt av mottagaren för att ha effekt på personens välbefinnande (Langford, Bowsher, Maloney & Lillus, 1997). Det finns olika typer av stöd, till exempel professionellt och kollegialt stöd.

Professionellt stöd

Professionellt stöd är något som är specifikt för en profession. Det erbjuds när mottagarens behov uppstår utan att först behöva skapa en ömsesidig relation. Professionellt stöd grundas i professionens krav och skyldigheter. I det professionella stödet är relationen ojämlig och stödet ges då det ingår i professionen, givaren är betald för att tillgodose mottagarens behov. Det innebär att mottagaren måste lita på att givaren, till exempel en barnmorska, ger adekvat stöd och vård. Den som ger stöd behöver inte ha samma tillit till mottagaren för att kunna ge professionellt stöd (Hupcey, 1997 & Hupcey & Morse, 1997). Det professionella stödet ges utan några förväntningar på att få något i gengäld (Hupcey & Morse, 1997).

Kollegialt stöd

Kollegialt stöd är en typ av socialt stöd är förlagd till arbetsplatsen (Ducharme & Martin, 2000). Enligt en studie av McDonald, Vickers, Mohan, Wilkes och Jackson (2010) har barnmorskor ett stort behov av stöd från andra barnmorskekollegor. De angav att de genom stöttande samtal återfick förtroende för sitt arbete. Genom att dela med sig av konflikter och problem med kollegorna fick de uppmuntran och hjälp att finna lösning till problemet. Kollegialt stöd kunde innebära att barnmorskan fick hjälp att reflektera kring aspekter som inte sätts tidigare och stödet hjälpte till att behålla en professionell attityd och inte bli personlig. Att reflektera med kollegor kunde skapa en trygg och stöttande arbetsmiljö. Genom samarbete upplevde deltagarna tillit till kollegorna. Denna typ av stöd ansågs ovärderlig.

Barnmorskors upplevelser av att utföra våldsscreening

Barnmorskor såg det som deras skyldighet att fråga kvinnor om de utsatts för våld i nära relationer (Edin & Högberg, 2001 & Lazenbatt, Taylor & Cree, 2006). Skäl som angavs var till exempel att det kunde leda till positiva effekter för kvinnan, för det ofödda barnet och för de barn kvinnan eventuellt hade sedan tidigare (Hakimnia, 2010). Barnmorskor trodde att våld inte alltid upptäcks och att det förekommer oftare än vad som är känt. De flesta barnmorskor var positiva till att ställa frågor om våld i nära relationer till alla kvinnor, på så sätt upplevde barnmorskorna att vissa kvinnor inte pekades ut (Edin & Högberg, 2001). Genom att presentera mäns våld mot kvinnor som ett vardagsproblem, folkhälsoproblem och

ett kvinnohälsoproblem försöker barnmorskor ta bort känsligheten och stigmatiseringen kring våldsscreeningen (Stenson et al., 2005 & Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

Det framkommer i flera studier att barnmorskor upplevde att de hade för lite tid till förfogande för att utföra våldsscreening (Edin & Högberg, 2001; Lazenbatt et al., 2006; Rosengren & Schönemann, 2010; Stenson, Sidenwall & Heimer, 2005 & Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Ytterligare försvårande faktorer var hög arbetsbelastning, språksvårigheter, barnmorskans upplevelse av bristande kunskap och egna förutfattade meningar kring vem som var offret (Stenson et al., 2005 & Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Även barnmorskors personliga erfarenhet av våld i nära relationer kunde eventuellt påverka förmågan att fråga andra kring våld (Stenson et al., 2005). Rädsla upplevdes inför att få jakande svar på frågan, då uppkom frågan hur de skulle gå vidare med svaret (Edin & Högberg, 2001; Marchant et al., 2001; Rosengren & Schönemann, 2010 & Hakimnia 2010). Några barnmorskor kände ambivalens inför att fråga alla kvinnor om våld i nära relationer (Lazenbatt et al., 2006). Skäl som angavs var att det kanske inte var möjligt att få ärliga svar (Edin & Högberg, 2001). Hög personalomsättning, svårighet att inte bli för personlig och rädsla för partners reaktion var ytterligare faktorer som upplevdes hindrande (Mezey, Bacchus, Haworth & Bewley, 2003). Var kvinnans partner med vid mötet ansågs det försvåra utförandet av våldsscreening (Coeling, & Harman, 1997 & Lazenbatt et al., 2006). Det angavs som en av de vanligaste orsakerna till att kvinnan inte våldsscreenades (Stenson et al., 2005 & Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

Utbildning av barnmorskor om våld i nära relationer ser olika ut inom olika verksamheter. Inom vissa verksamheter utbildas barnmorskor, i andra får de ingen utbildning alls (Rosengren & Schönemann, 2010). Flera studier visar att mer utbildning efterfrågas (Rosengren & Schönemann, 2010; Stenson et al., 2005 & Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Bättre träning och stöd önskas för att kunna hantera de fall där våld i nära relationer uppdagas (Marchant et al., 2001). Möjligheterna att kunna hänvisa till andra instanser och ta kontakt med nätverk som kan hjälpa en utsatt kvinna framhölls också som viktiga (Stenson et al., 2005 & Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

I Finnbogadóttir & Dykes studie (2012) berättar barnmorskorna hur de talar med varandra för att få råd och stöd i svåra situationer. Barnmorskorna behöver stöd för att behålla den professionella rollen i arbetet, utan att bli för personligt engagerad (Stenson, 2005). Vidare efterfrågade barnmorskorna rutiner som skulle underlätta våldsscreeningen. De uttryckte även ett behov av uppbackning från deras arbetsgivare vid en eventuell anmälan. Till exempel skulle det finnas ett enkelt sätt med klara riktlinjer att luta sig mot och barnmorskan skulle inte stå ensam med sin anmälan (Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

PROBLEMFÖRMULERING

Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning och etiska kod är barnmorskor skyldiga att värna om kvinnors hälsa och mänskliga rättigheter, genom att arbeta hälsobevärande och motverka både fysiska, psykiska och sociala riskfaktorer.

Barnmorskor upplever sig dåligt förberedda på att möta kvinnor utsatta för våld i nära relationer. Därför upplevs våldsscreening vara ett svårt ämne att lyfta. Barnmorskor uttrycker ett behov av att själva få stöd vid våldsscreening. Trots att studier visar på barnmorskans behov av stöd vid våldsscreening finns det i Sverige idag inga nationella riktlinjer. Det finns endast rekommendationer kring hur verksamheter bör hantera våldsscreening och hjälpa våldutsatta kvinnor. För att få en bild av hur stöd ska ges till barnmorskor behövs en undersökning av barnmorskors upplevelse av erhållet stöd vid våldsscreening.

SYFTE

Syftet med studien är att undersöka barnmorskors upplevelser av erhållet stöd vid våldsscreening på barnmorskemottagning.

METOD

Val av metod

Kvalitativ innehållsanalys har valts som metod för att besvara studiens syfte. Metoden strävar efter att försöka beskriva och eventuellt förklara ett fenomen, skapa en helhetsbild (Polit & Beck, 2012) och studera personligt upplevda erfarenheter av ett specifikt fenomen (Catherine Marshall & Rossman, 2011 & Holloway & Wheeler, 2010). Studien har en induktiv ansats, det vill säga att ett fenomen studerats för att sedan beskrivas så förutsättningslöst som möjligt (Priebe & Landström, 2012). Upplevelser och erfarenheter är i grunden av kvalitativ karaktär då det handlar om hur en person upplever ett fenomen (Starrin, 1994). Som datainsamlingsmetod valdes intervju. Syftet med intervjuerna var att fånga beskrivningar av intervjupersonernas livsvärld (Kvale & Brinkman, 2014).

Miljö

Studien genomfördes vid fem olika barnmorskemottagningar i Sydvästra Sverige. Antalet barnmorskor som arbetade vid dessa mottagningar varierade i antal från två till tolv anställda. Fyra av mottagningarna var belägna på landsbygden och en låg i ett stadsområde. Antalet invånare varierade mellan cirka 9000 till cirka 53 000. Arbetslösheten bland personer i åldrarna 16-64 år varierade mellan 5,9–11 %. Barnmorskemottagningarna där studien utfördes utgick ifrån liknande riktlinjer gällande våldsscreening.

Urval och Datainsamling

I föreliggande studie gjordes ett strategiskt urval vilket syftade till att barnmorskor som ansågs kunna ge informationsrika beskrivningar av det som skulle studeras tillfrågades om att ingå i studien. På så sätt kunde studiens syfte besvaras (Henricson & Billhult, 2012 & Polit & Beck, 2012). Det strategiska urvalet tillgodosågs genom att variation önskades i ålder, kön, etnicitet, antal yrkesverksamma år som barnmorskor samt att de arbetat minst sex månader vid geografiskt spridda barnmorskemottagningar. Kontakt togs med verksamhetschefer för de aktuella barnmorskemottagningarna för att få godkännande att utföra studien (Bilaga 1). Därefter kontaktades enhetscheferna vid de olika barnmorskemottagningarna för att få hjälp med det strategiska urvalet. Barnmorskorna som deltog var i 30 till 65 årsåldern. Alla var kvinnor och hade varit verksamma barnmorskor från 1 till 38 år. Ingen av barnmorskorna som deltog hade utländsk härkomst.

Kontaktuppgifter till barnmorskor erhöles från enhetscheferna efter det att de gett sitt godkännande. På så sätt tillfrågades och rekryterades sex barnmorskor. En barnmorska rekryterades via en av de deltagare som redan ingick i studien, även kallad "snöbollsmetoden", det vill säga att deltagaren tillfrågades om hon kunde rekommendera ytterligare deltagare att ingå i studien (Polit & Beck 2012). Sammanlagt tillfrågades sju barnmorskor vid fem olika barnmorskemottagningar om att ingå i studien, samtliga deltog. Vid första kontakten som skedde via telefon informerades barnmorskorna kring studien. Informanterna informerades kring studiens syfte, tillvägagångssätt, att deltagandet var frivilligt och att de närsomhelst kunde avbryta utan att ange orsak samt att datamaterialet behandlades konfidentiellt. Ytterligare informationen gavs via informationsbrevet (Bilaga 2) och vid intervjutillfället.

Intervjuerna hölls under våren 2015. Samtliga intervjuer utfördes på barnmorskornas arbetsplats under arbetstid. Vid intervjutillfällena deltog båda författarna och intervjuerna utfördes växelvis. En utförde intervjun och den andra fanns med som stöd och kunde ställa kompletterande frågor i slutet av intervjun. En intervjuguide (Bilaga 3) utformades och bestod av fem huvudfrågor med underfrågor. Intervjuguiden är ett hjälpmedel vid semistrukturerade intervjuer för att få syftet besvarat (Starrin, 1994). Informanten kunde under intervjun tala fritt kring temat (Polit & Beck, 2012). Frågornas form och ordningsföljd kunde ändras under intervjun och följdfrågor kunde ställas om intervjuaren upplevde att frågan som ställts inte besvarades (Starrin, 1994). Intervjuerna påbörjades med bakgrundsfrågor (Bilaga 3). Intervjuerna spelades in och transkriberades. En pilotintervju utfördes. Enligt Patel & Davidson (2011) görs det för att testa den teknik som skulle användas vid intervjuerna. I föreliggande studie var det intervjuguiden som testades och den upplevdes adekvat och den kom att ingå i studiens resultat.

Dataanalys

Insamlad data har analyserats enligt Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Det är en metod som analyserar texter från till exempel intervjuer för att sammanställa den information som införskaffats och skapa mening och helhet utifrån den. De inspelade intervjuerna transkriberades ordagrant och på så sätt erhöles hanterbar data att analysera. Därefter lästes materialet igenom ett flertal gånger för att få en förståelse för det

som sagts. Nästa steg var att urskilja meningar och stycken, så kallade *meningsbärande enheter* som var relevanta för studiens syfte. Vidare *kondenserades* data ytterligare till enstaka meningar som sammanfattade den meningsbärande enheten. Därefter gjordes en *abstrahering*, det vill säga att med hjälp av kodning ta innehållet till en högre logisk nivå, för att kunna tolka det mest centrala budskapet i data. Kodningen innebar att den kondenserade texten tilldelades en etikett som belyste kärnan av innehållet. Koder med liknande innebörd sammanföll under samma *subkategori*. Subkategorierna som tillhörde “samma ämne”, som till exempel liknande händelser eller motsatser grupperades och därigenom skapades *kategorier* (Graneheim & Lundman, 2004). I tabell 1 visas ett exempel på analysprocessen.

TABELL 1

Meningsbärande enhet	Kondensering	Kod	Subkategori	Kategori
Sen har vi god kontakt med socialkontoret, det har vi haft i många, många, många år så att det är väldigt lätt att ha kontakt med dem och även, det är inte svårt att ringa så att säga och prata med dem. Eh X är också väldigt hjälpsamma och ringa så det är väldigt eh, väldigt bra. Mmm, skulle jag vilja säga. Väldigt lätthanterligt, man får tips och råd, man kan alltid vara anonym och bara FRÅGA, om man inte riktigt vet hur man ska handlägga något som kommer upp så så.	Samarbete med socialkontoret och andra myndigheter underlättar arbetet. Man får tips, råd och kan ställa frågor.	Stöd från andra instanser.	Samarbete över gränsen.	Stöd från andra barnmorskor, professioner och instanser.

Förförståelse

Att vara medveten om sin förförståelse är viktigt vid tolkning av datamaterial. Det vill säga vara medveten om sin egen kunskap, egna föreställningar och tankar, förutfattade meningar och sin egen påverkan på resultatet. Förförståelse kan beskrivas som en horisont. För att se bortom horisonten måste förutfattade meningar åsidosättas. Förförståelsen kan dock även hjälpa till att underlätta tolkningen, så länge personen är medveten om att den påverkar tolkningen. Den egna förförståelsen kommer troligtvis aldrig kunna förstås helt eller bli helt åsidosatt. Därför är det viktigt att konstant reflektera under tolkningsprocessen, gärna med en annan person, för att utveckla tolkningen av resultatet (Nyström & Dahlberg, 2001). Författarna har endast liten personlig erfarenhet kring våldsscreening. Som studerande har våld i nära relationer diskuterats i undervisning. Då båda nyligen har gjort praktik på barnmorskemottagning och utfört våldsscreeningar har uppfattningar skapats kring arbete med våldsscreening. Ytterligare kunskap kring ämnet har inhämtats under förebberedelserna inför denna studie.

Etiska aspekter

Utformningen av studien har gjorts med de fyra huvudkraven för etiska regler från Vetenskapsrådet i åtanke. De är: informationskravet, konfidentialitetskravet, samtyckeskravet och nyttjandekravet. Dessa regler finns för att skydda personers identitet och integritet vid deltagande i medicinsk forskning (Vetenskapsrådet, 2009). Att prata om våld i nära relationer och våldsscreening kan väcka tankar och känslor hos de deltagande barnmorskorna om händelser de privat eller professionellt varit utsatta för. Därför informerades de innan genomförandet av intervjuerna om studiens syfte och tillvägagångssätt. De informerades även om att deras deltagande var frivilligt och kunde avbrytas när som helst under studiens gång. Information gavs både muntligt och skriftligt till berörda barnmorskor, således uppfylldes informations- och samtyckeskravet. Det tredje kravet var konfidentialitetskravet och det kravet uppfylldes genom att deltagarnas personliga uppgifter hanterades konfidentiellt och inga utomstående hade tillgång till dessa uppgifter. Även det insamlade materialet från intervjuerna har hanterats konfidentiellt, genom att materialet kodats för att hindra identifiering av deltagarnas personuppgifter. För att uppfylla det fjärde kravet, nyttjandekravet, samlades uppgifter kring deltagarna i studien in endast i forskningssyfte och har inte delats med obehöriga (a.a.). Fördelar med att delta är att kunskap erhålls om barnmorskornas upplevelser och att arbetet kring våldsscreening kan förbättras.

RESULTAT

Vid analysen av intervjuernas innehåll framkom två kategorier (Tabell 2) med tillhörande sex subkategorier: *Stöd från barnmorskor, professioner och andra instanser* och *Barnmorskors behov från den egna verksamheten*.

TABELL 2 Översikt av resultat

Subkategori	Kategori
Barnmorskekollegor gör våldsscreeningsarbetet lättare	Stöd från barnmorskor, professioner och andra instanser
Samarbete över gränserna	
Rekommendationer och riktlinjer upplevs stödjande vid våldsscreening	Barnmorskors upplevelser av stöd från verksamheten i våldsscreeningsarbetet
Våldsscreeningsinstrument gör det lättare att ställa svåra frågor	
Utbildning om våld i nära relationer	
Verksamheter gör det svårt att ställa frågor om våld	

Stöd från barnmorskor, professioner och andra instanser

Barnmorskekollegor gör våldsscreeningsarbetet lättare

Barnmorskorna beskrev arbetet på en barnmorskemottagning som självständigt och tidvis ensamt men fann en trygghet i att ha andra barnmorskor nära till hands för rådgivning och reflektion. Barnmorskorna uttryckte ett behov av gott samarbete mellan de barnmorskor som arbetade på samma mottagning. Ett bra stöd från kollegor underlättade våldsscreeningsarbetet och stärkte barnmorskans tillit till sin egen förmåga att ge stöttning till en våldsutsatt kvinna. Ett kontinuerligt utbyte av erfarenheter och reflektion i personalgrupp upplevdes positivt och utvecklande. Utbytet kunde ske både spontant eller i planerade handledningsgrupper. De kunde till exempel få stöttning, råd och tips från andra barnmorskor vid handläggning av patientfall där de upplevde en osäkerhet inför hur de skulle agera.

“Alltså låsa in på sitt eget spår och därför är det så bra tycker jag att fråga ibland, “Hur säger du? “Hur gör du?” Så att man kan få in lite ny input för hur man själv kan tänka i lite nya banor eller uttrycka sig på ett annat sätt eller så. Och det tänker jag väl gäller generellt, att lära av varandra.” (Intervju 4)

Samarbete över gränserna

Barnmorskorna berättade att den farligaste tiden för kvinnan var efter att hon berättat för någon om det våld hon utsatts för. Med det i åtanke upplevde barnmorskorna att det var viktigt att veta vart de skulle vända sig. De uppgav att de ofta hade starkt stöd från andra professioner och instanser vilket gjorde att de kände sig trygga i att utföra en våldssceneing.

Det var relativt vanligt att barnmorskorna som intervjuades inte hade fått ett jakande svar på frågorna om våld i nära relationer. De hade dock fått svaret från kvinnor att de tidigare levt i förhållande där våld hade förekommit. Samtliga kände ändå att de visste vart de skulle vända sig om de skulle träffa en kvinna som utsattes eller tidigare hade varit utsatt för våld i en nära relation. Vart berodde på vilken hjälp den våldsutsatta kvinnan var i behov av. Akut hjälp kunde vara att kvinnan fick hjälp med akut boende från kvinnojour, hjälp från polis eller socialtjänst. Långsiktig hjälp kunde istället vara samtal med psykolog eller kurator. Det kunde även innebära hjälp från myndigheter som samarbetar mot våld i nära relationer. Samverkan kunde vara organiserad mellan till exempel kurator, familjebehandlare, boendestöd, brottsofferjouren, försäkringskassan, polis, åklagare och kvinnofridssamordnare på socialtjänsten. Andra berättade att deras arbetsplats låg i närheten av socialtjänsten eller att de arbetade i samma byggnad som kuratorer. Det beskrevs som en bidragande faktor till ett bättre samarbete och därigenom en starkare känsla av stöd. De upplevde det som positivt att kunna kontakta en annan verksamhet för att rådfråga och få stöd i hur de skulle göra vid misstanke kring våld i nära relation eller hur de kunde hjälpa den utsatta kvinnan på bästa sätt.

“Man vet vilka man kan vända sig till. Man får namn och telefonnummer, dit kan jag ringa och prata med dom. Det kan ju vara att jag vill bara rådfråga om någonting, liksom, jag tycker att det här verkar lite mysigt och såhär.” (Intervju 5)

Barnmorskorna belyste att deras del i arbetet mot våld i nära relationer var att fånga upp de kvinnor som utsatts för våld, därefter lotsa dem vidare till andra instanser med rätt sorts kompetens som krävs för att på bästa sätt kunna hjälpa den våldsutsatta kvinnan. Barnmorskorna upplevde det betryggande att veta att där deras kunskap och befogenhet tog slut tog en annan instans vid.

Barnmorskorna upplevde ett gott samarbete mellan de olika instanserna och möjligheterna fanns till kontakt för rådgivning och stöd i vidare handläggning. Trots det uttryckte barnmorskorna frustration över att hjälpen som i teorin erbjöds, ibland inte var tillgänglig på grund av till exempel platsbrist på jourhem, långa väntetider, telefontider att ta hänsyn till eller att instansen inte svarade i telefon. Tidigare negativa erfarenheter gjorde att barnmorskorna upplevde oro inför framtida möten och en osäkerhet om de verkligen skulle kunna erbjuda den hjälp kvinnan behövde.

“Men som i många fall finns det ju då ett jourboende och tyvärr nås man ju utav det ganska ofta att det är helt fullt, och då hamnar man ju i jättesvåra dilemma. Och det har vi också erfarenhet utav. I det sammanhanget, fanns det nån, en vän som kunde öppna upp sitt hem, men det finns ju många gånger situationer där man inte alls vet vart man tar vägen i dem lägen.” (Intervju 4)

Barnmorskors behov av stöd från verksamheten i våldsscreeningsarbetet

Rekommendationer och riktlinjer upplevs stödjande vid våldsscreening

Barnmorskorna hade som rutin från verksamheten att fråga framförallt alla gravida kvinnor om våld i nära relation. Övriga kvinnor tillfrågades till exempel vid uppenbar skada, på intuition eller ibland. Barnmorskorna beskrev rutinen att fråga alla gravida kvinnor de mötte om de utsatts för våld i nära relationer som underlättande i våldsscreeningen. Det var framförallt upplevelsen av att behandla alla lika i mötet som bidrog till det. Det erhöles genom att informera kvinnor om att alla fick samma fråga. Att kunna lita sig på rekommendationer och riktlinjer från verksamheten vid utförandet och hanteringen av en våldsscreening upplevdes stödjande. Barnmorskorna kunde söka information och hjälp på verksamheternas interna databas. Vid verksamheter där även läkare, sjuksköterskor, kuratorer, psykologer och barnavårdscentralen också ställde frågor om våld upplevdes det som positivt. Det upplevdes som att verksamheten prioriterade frågan och barnmorskor upplevde sig mindre ensamma i arbetet. Verksamheten visade även att det var en prioriterad fråga genom att broschyrer delades ut med information om våld i nära relationer samt att det fanns information tillgängligt i verksamhetens allmänna utrymmen. Barnmorskorna hoppades på så sätt att kvinnorna uppfattade det arbete mot våld i nära relationer som pågick på mottagningen och att de visste vart de skulle vända sig.

“Att vi gör det på alla, att det är en rutin och att vi lägger det på den nivån att vi frågar alla. Det är väldigt bra att ha det när man gör våldsscreeningar. Och vi gör ju så många andra screeningar så vi kan ju dra paralleller med att vi screenar om det och det, vi frågar om alkohol och vi frågar om...” (Intervju 7)

Våldsscreeningsinstrument gör det lättare att ställa svåra frågor

Flera av barnmorskorna arbetade inom verksamheter där det fanns våldsscreeningsinstrument. Det kunde till exempel vara förslag på frågor, formulär med förslag på inledande frågor och telefonnummer till andra instanser att ta hjälp av vid behov. Våldsscreeningsinstrument gjorde att barnmorskorna till en början upplevde det lättare att ställa frågor om våld i nära relationer. Frågorna blev ofta omformulerade när de blev tryggare i sin roll och kunde anpassa frågan till kvinnan framför sig. En barnmorska arbetade på en verksamhet där de inte hade några färdiga frågeformulär och uttryckte en önskan av att få mer verktyg om hur frågor om våld i nära relationer kan ställas.

Utbildning om våld i nära relationer

Det varierade om och när de deltagande barnmorskor hade fått utbildning kring våld i nära relationer. De berättade att våldsscreening är något som har blivit aktuellt de senaste 10-15 åren och att det troligtvis inte togs upp under deras barnmorskeutbildningar. De hade erhållit utbildning och fördjupning om våld i nära relationer från andra verksamheter, vilket upplevdes positivt. Det påpekades också hur främjande för samarbetet dessa utbildningstillfällen mellan olika instanser var. Några av barnmorskorna hade efter utbildning i ämnet undervisat sina barnmorskekollegor. Det upplevdes också lärorikt när kollegor delade med sig av egna erfarenheter gällande våldsscreening.

Barnmorskorna uppgav att det utbildningarna framförallt gav dem var tips på hur de skulle ställa frågor om våld i nära relationer. De fick även förståelse för hur utbrett det var, hur våldets olika former kunde se ut, vart de skulle vända sig samt vilken hjälp de utsatta kvinnorna kunde få. Flera barnmorskor uppgav att de fick kontinuerlig utbildning i ämnet vilket gjorde att de höll kunskaperna aktuella och kände sig tryggare i våldsscreeningsprocessen.

Verksamheter gör det svårt att ställa frågor om våld

En barnmorska uttryckte stress av att hinna med våldsscreening utöver alla de andra frågor som skulle ställas och diskuteras. Vidare beskrevs pressen över att det är många olika screeningar och checklistor som skulle bockas av i mötet med den gravida kvinnan. Ytterligare oro framkom kring den tidsbrist som skulle uppstå om kvinnan skulle ge ett jakande svar då barnmorskorna redan har ett tidspressat schema. Verksamheterna upplevdes oflexibla när det kom till att anpassa möten efter kvinnans behov och barnmorskorna uttryckte en frustration av att vara styrda av rutiner som skulle appliceras på varje kvinna oberoende situation.

“men frågan är ju vad har vi för beredskap när väl situationen blir uppdagad och det är inte alltid som det finns varken resurser eller utrymme för vi är ju väldigt begränsade i, våra tidböcker och utrymme liksom, och har vi då fångat in nånting så är det tyvärr så att, om en liten stund så står nästa patient och väntar på sin tur.” (Intervju 4)

Resultatsammanfattning

I föreliggande studie framkom det att barnmorskor ansåg att barnmorskekollegor var ett stort stöd vid våldsscreeningsarbetet, de kunde till exempel få råd och stöttning vid svåra patientfall. Att veta vart de skulle vända sig vid uppdagande av våld framhölls som viktigt. Samtliga barnmorskor visste vart de skulle vända sig om en kvinna berättade att hon blev utsatt för våld. De berättade att samarbete med andra instanser och professioner så som kvinnojourer, kuratorer och socialtjänsten oftast fungerade väl men inte alltid. Underlättande faktorer för våldsscreening var att verksamheten där barnmorskorna arbetade vid hade som rutin att fråga alla gravida kvinnor om våld i nära relationer samt tillhandahållande av våldsscreeningsinstrument. Utbildning och framförallt kontinuerlig utbildning upplevdes som något positivt då barnmorskorna fick underhålla och utveckla sin kompetens. Det blev

lättare med tiden att ställa frågor om våld i nära relationer. En försvårande faktor var den upplevda tidsbristen till att utföra en våldsscreening.

DISKUSSION

Metoddiskussion

Studiens syfte ska styra valet av metod (Olsson & Sören, 2007). Då föreliggande studies syfte var att undersöka barnmorskors upplevelser av erhållet stöd vid våldsscreening valdes en kvalitativ metod. Den ansågs vara lämplig då den syftar till att förstå människors erfarenheter som just de upplever dem (Polit & Beck 2012 & Olsson & Sörensen, 2007). Målet med kvalitativ metod är inte att jämföra data utan att tolka upplevelser. Kvantitativa metoder syftar till att kvantifiera insamlad data (Polit & Beck, 2012). Med hjälp av en kvantitativ metod skulle föreliggande studiens syfte inte kunna besvaras.

Ett strategiskt urval gjordes, vilket innebär att vikt lades vid att finna informanter som ansågs kunna ge informationsrika beskrivningar av det som skulle undersökas (Alvesson, 2011 & Danielson, 2012). I föreliggande studie tillfrågades barnmorskor med varierande ålder och antal yrkesverksamma år. Barnmorskor som hade arbetat i minst sex månader på barnmorskemottagning inkluderades i studien. Det ansågs att de som arbetat i mindre än sex månader inte hade tillförskaffat sig tillräcklig erfarenhet av att utföra våldsscreening eller hunnit reflektera kring sin upplevelse av erhållet stöd vid våldsscreening. De sju barnmorskorna som ingick i studien arbetade vid fem olika barnmorskemottagningar, vilket gav variation i urvalet och därmed stärker det studiens giltighet, det vill säga hur sant resultatet är. Enligt Lundman och Hällman Graneheim (2008) är variation bland informanterna till fördel vid innehållsanalys för att få spridning av erfarenheter som är relevanta för studiens syfte. En svaghet skulle därför kunna vara att de deltagande informanterna alla arbetade med samma eller liknande riktlinjer för våld i nära relationer samt fått likande utbildning, vilket kan ha lett till ett snävare resultat än önskat.

Sju informanter ingick i studien. I kvalitativa studier finns inga regler för storleken på antalet informanter (Polit & Beck, 2012). Enligt Henricson och Billhult (2012) är det berättelsernas innehållsmängd som är det väsentliga i en studie med kvalitativ karaktär. Vidare beskriver Polit och Beck (2012) att målet är att erhålla tillräckligt djupgående data som påvisar mönster och där kategorier och dimensioner av det fenomen som studeras framträder. Vikt lades därför inte vid antal informanter utan vid att hitta ett mindre antal som kunde ge informationsrika beskrivningar av det som skulle studeras. Kvaliteten på insamlad data påverkas av hur väl informanterna kan reflektera över deras erfarenheter och hur de kan uttrycka dessa (a.a.). Informanterna i föreliggande studie upplevdes kunna ge rika beskrivningar och reflektera kring sina upplevelser av erhållet stöd vid våldsscreening.

Intervju valdes som datainsamlingsmetod, det ökade chanserna till att få ett mer innehållsrikt material än till exempel en enkätundersökning. Med en enkätundersökning får forskaren svar på de frågor som ställts men inget mer, chans till förtydligande av oklarheter finns inte. Risken att informanten skulle missförstå frågorna är lägre vid intervju då intervjupersonen kan be om

att få frågan förtydligad. Möjligheten gavs också att ställa följdfrågor för att få svar som var mer uttömmande (Rees, 1997). Semistrukturerad intervju valdes och en intervjuguide utformades utifrån syftet vilket även underlättade utförandet av intervjuerna då det fanns struktur kring intervjufrågorna. Studiens trovärdighet, det vill säga resultatets sanningshalt kan ha påverkats av oerfarenhet av att utföra intervjuer. Metodlitteratur studerades för att få en inblick i hur intervjuaren skulle tänka i intervjusituationer. Fokus lades på att skapa ett tillåtande klimat där intervjupersonen kunde känna sig trygg, till exempel genom att utföra intervjun på en plats vald av informanten. En av författarna tog den mer aktiva rollen för att försöka minska intervjupersonens eventuella upplevelse av underläge. Kvale och Brinkmann (2009) beskriver hur ett vänligt och öppet bemötande skapar en miljö där intervjupersonen tillåts tala till punkt och pauser får vara en del av dialogen.

En pilotintervju utfördes med syfte att testa intervjuguiden och se om de frågor som ställdes gav svar på studiens syfte (Rees, 1997 & Kvale & Brinkmann, 2013). Efter att ha testat intervjuguiden vid pilotintervjun ansågs den adekvat då svaren som erhöles upplevdes svara på studiens syfte. Inga ändringar gjordes och även den fick ingå i studien. Intervjuerna utfördes tillsammans vilket upplevdes vara en styrka, då den mer passiva intervjuaren kunde ställa ytterligare följdfrågor som kunde vara relevanta till att svara på studiens syfte. Intervjuarens beteende under intervjun och personens sociala status, så som kön, ålder eller yrke, påverkar intrycket som informanten får av intervjuaren och det skulle kunna påverka de svar som erhöles (Denscombe, 2012). Det ansågs positivt att inneha studentrollen i intervjun med de yrkesverksamma barnmorskorna, då övertaget som intervjuare upplevdes minska och ett mer jämlikt samtal kunde äga rum. Vidare utfördes alla intervjuer på barnmorskornas arbetsplats vilket kan ha bidragit till att de kände sig mer bekväma i situationen. Intervjuerna inleddes med information kring studien och frågor om informantens bakgrund, vilket enligt Kylén (2004) är ett bra sätt för att göra situationen mer avslappnad. De flesta barnmorskorna delgav sina erfarenheter och reflektioner och upplevdes inte besväras nämnvärt av att intervjun spelades in. Några av informanterna gav uttryck av att vara obekväma av att bli intervjuad och inspelad. Möjligtvis kan det ha påverkat svaren som erhöles, om informanten kände sig otrygg i att ge ärliga svar. Huruvida det berodde på ämnet som kan ha upplevts laddat eller intervjusituationen i sig var svår att säga. Efter varje intervju transkriberades det inspelade materialet ordagrant. Transkribering av insamlad data minskar risken för att missuppfatta det som sagts (Olsson & Sörensen, 2007) och gör data mer hanterbar inför den kommande analysen (Denscombe, 2012).

Studies trovärdighet stärks då reflektion har förts kring den egna förförståelsen och dess påverkan på dataanalys och resultat (Lundman & Hällman Graneheim, 2008). Då intervjuerna utfördes parallellt med den verksamhetsförlagda utbildningen ökade kunskapen kring utförandet av våldsscreening, vilket kan ha färgat tolkningen av datamaterialet under analysprocessen.

Analys av data gjordes utifrån Graneheim och Lundmans (2004) kvalitativa innehållsanalys. Användning av innehållsanalys ansågs lämplig då den syftar till att tolka data från intervjuer (Lundman & Hällgren Graneheim, 2008). Analysprocessen utfördes gemensamt. Tillförlitligheten till studiens resultat ökar då till exempel olika tolkningar efter gemensam

diskussion ledde fram till gemensamma tolkningar av det som sagts. Giltigheten i resultatet påverkas av hur analysen är utförd (Lundman & Hällman Graneheim, 2008). För att ytterligare stärka resultatets giltighet lades vikt vid att beskriva urval, datainsamling och analysmetoden noggrant. Citat från intervjupersonerna användes också i studiens resultat. Användning av citat i resultatet ökar studiens trovärdighet (Danielson, 2012). Det ger läsaren en inblick i resultatet (Kvale & Brinkmann, 2013), samt en inblick i den tolkning av data som har gjorts (Patel & Davidson, 2011). Läsaren kan själv bedöma studiens giltighet då hen får en beskrivning av urvalet, hur analysen av data har utförts och få ta del av citat.

För att kunna göra en studies resultat överförbart till liknande situationer eller grupper krävs en grundlig beskrivning av urval, informanter, hur data har samlats in, analys av data (Polit & Beck, 2012 & Lundman & Hällman Graneheim, 2008). Då informanterna arbetar under snarlika arbetsförhållanden, kan det vara en svaghet i studiens överförbarhet till andra miljöer. Resultatet hade troligtvis sett annorlunda ut om studien utfördes i andra delar av Sverige.

Resultatdiskussion

Det varierade om barnmorskorna i föreliggande studie hade fått utbildning om våld i nära relationer vid de verksamheter de arbetade. Utbildningen gjorde att de fick en djupare kunskap kring ämnet samt erhöll tips på hur de skulle ställa frågor vid våldsscreening. Utbildning kring våld i nära relationer ser olika ut och ges inte på alla barnmorskemottagningar i Sverige (Rosengren & Schönemann, 2010). Enligt Socialstyrelsen (2014b) bör verksamheter inom hälso- och sjukvården ha rutiner kring utvecklingen av arbetet med våldsutsatta. Det är den verksamhet barnmorskan arbetar vid som bör se till att barnmorskan har kunskap om våld i nära relationer och att de ska kunna använda kunskapen praktiskt (a.a.). Barnmorskorna måste därför erhålla utbildning om våld i nära relationer då de med säkerhet kommer eller redan har träffat våldsutsatta kvinnor. Brist på kunskap hos barnmorskorna gör att de känner sig otrygga i våldsscreeningsarbetet och inte alltid ställer frågor om våld i nära relationer. I förlängningen bidrar det till ojämlig vård och förhindrar insättning av hjälpinsatser för kvinnorna och eventuella barn de har. I det avseendet borde verksamheter beakta vikten av utbildning.

Vidare framkom vikten av att utbildning om våld i nära relationer gavs kontinuerligt. Det stöds i flera andra studier, där barnmorskor uttrycker samma behov och positiva upplevelse av kontinuerlig utbildning. Det gjorde att kunskaper om våld i nära relationer fördjupades och vidgades (Socialstyrelsen, 2002 & Protheroe, Green & Spiby, 2002), och ämnet hölls på så sätt aktuellt (Socialstyrelsen, 2002). Salmon, Murphy, Baird och Price (2004) undersökte barnmorskors attityder till att utföra våldsscreening, deras kunskaper om ämnet samt deras färdigheter. De erhöll undervisning kring våld i nära relationer med syfte att på rutin ställa frågor om våld i nära relationer. Direkt efter utbildningen hade barnmorskornas kunskaper ökat kring ämnet jämfört med tidigare, de var mer positiva till att utföra våldsscreening och utförde det oftare. Uppföljning sex månader senare visade att dessa variabler förbättrats jämfört med innan utbildningen men kunskapsnivån, attityder och utförandefrekvens var lägre jämfört med direkt efter utbildningen (a.a.). Det påvisar vikten av att utbildning ges till alla barnmorskor och att det ges kontinuerligt. Våld i nära relationer bidrar till ohälsa, inte

bara genom fysiska skador utan även med ökad risk för bland annat kronisk smärtproblematik, depression, ångest och sömnsvårigheter (Campbell, 2002 & Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & García-Moreno, 2008). Det kan även leda till missfall, dödfödelse, att barn föds för tidigt och/eller med låg födelsevikt (WHO, 2013 & Campbell, 2002). Enligt barnmorskans kompetensbeskrivning ska de arbeta hälsofrämjande, identifiera och förebygga risker kopplade till hälsa. De ska även kunna identifiera behov av vård och stöd (Socialstyrelsen, 2006). Med riskerna i åtanke är det viktigt att barnmorskan besitter den kunskap som krävs för att kunna identifiera och hjälpa våldsutsatta kvinnor. Barnmorskor måste därför få kontinuerlig utbildning för att kunna arbeta sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande mot våld i nära relationer, tillräckliga kunskaper erhålls inte om det enbart blir ett inslag vid enstaka utbildningstillfällen. Kontinuerlig utbildning om våld i nära relationer gör att våldsscreening blir ett stående inslag i barnmorskans arbete.

I en barnmorskas arbete ingår en mängd varierande uppgifter så som handläggning av en normal som komplicerad graviditet, preventivmedelsrådgivning och utförande av gynekologiska hälsoundersökningar. Vidare tillkommer olika typer av screeningar och hälsosamtal som steg i främjandet av kvinnans och familjens hälsa (Socialstyrelsen, 2006). Ett flertal barnmorskor upplevde att de fick allt fler arbetsuppgifter. Våldsscreening upplevdes som en viktig men stundtals svår screening att utföra på grund av tidsbrist och ett ökat antal arbetsuppgifter. Under intervjuerna framkom att en fullbokad tidbok var en stressande faktor i barnmorskans arbete, tiden som disponeras på barnmorskemottagningarna lämnade inte utrymme för oförutsägbara händelser. Stress uppstod då barnmorskorna inte kände att de hade tid att ta emot jakande svar och utföra nödvändiga åtgärder när nästkommande patient väntar. Det framkom även i Protheroe et al. (2002) och Barnetts (2005) studier. Resultatet visar att verksamheterna måste se över den tid som disponeras för varje besök på barnmorskemottagningarna så att barnmorskorna kan utföra alla de screeningar de är ålagda. Genom att prioritera den kvinna som ger ett jakande svar, kan eventuellt nästkommande kvinnas behov bortprioriteras.

Det var viktigt för barnmorskorna i föreliggande studie att veta vart de skulle vända sig om det skulle uppstå att kvinnan var utsatt för våld. Möjligheten att kunna ringa och rådfråga andra instanser och professioner ansågs vara ett stort stöd. Att veta att de kunde lämna över handläggningen till en instans eller profession med rätt kompetens var ett viktigt stöd i arbetet. Det var viktigt för att kunna utföra och hantera våldsscreeningsprocessen på ett adekvat sätt. Resultatet beskriver i likhet med Stenson et al. (2005), Finnbogadóttir & Dykes (2012) & Protheroe et al. (2002) att ett bristande stöd från andra instanser och professioner var något som påverkade deras trygghet i sin roll som barnmorska vid en våldsscreening. De intervjuade barnmorskorna gav uttryck för en osäkerhet kring om de tilltänkta instanserna för hjälp, verkligen fanns där som stöd när behovet uppkom. Att bli ensam med handläggningen av en kvinna i en våldssituation var något som barnmorskorna uttryckligen var oroliga för. Otryggheten och upplevelsen av bristande stöd påverkade i sin tur barnmorskorna, till hur de utförde våldsscreeningen. Även barnmorskorna i Protheroe et al. (2002) och Barnetts (2005) studier uttryckte ett behov av att veta exakt vart de kunde vända sig för att hänvisa vidare kvinnan som var i behov av hjälp, annars ville de inte utföra våldsscreeningen. Barnmorskorna trodde att om de inte med säkerhet kunde veta att hjälp

fanns att få, skulle de förvärra kvinnans situation (Barnetts, 2005). För att barnmorskor ska våga utföra våldsscreening måste de med säkerhet veta att berörd instans finns tillgänglig.

Konklusion

Arbetet med våldsscreening är komplext och kräver att kollegor, andra instanser och professioner arbetar tillsammans mot våld i nära relationer. Det kräver att de som arbetar mot våld i nära relationer har rätt kompetens för att kvinnor ska få den hjälp och vård de behöver. Verksamheterna där barnmorskorna arbetar ansvarar för att barnmorskor får de förutsättningar som krävs, för att de ska känna sig trygga i att ställa frågor om våld i nära relationer och kunna arbeta hälsofrämjande.

Förslag på klinisk tillämpning

Utifrån studiens resultat behöver barnmorskor utbildning, framförallt kontinuerlig utbildning om våld i nära relationer och våldsscreening. Möjlighet till reflektion med kollegor och ett välutvecklat samarbete med andra professioner och instanser är nödvändigt. Barnmorskor behöver riktlinjer för hur de ska gå tillväga när de får jakande svar på frågan om en kvinna varit eller är utsatt för våld i nära relationer.

Förslag på fortsatt forskning

Då det inte finns nationella riktlinjer för barnmorskemottagningar att ta del av, utan endast rekommendationer från socialstyrelsen skulle det kännas relevant med utförandet av en rikstäckande jämförande undersökning där granskning av våldsscreeningsarbetet och lokala riktlinjer görs.

REFERENSLISTA

Alvesson, M. (2011). *Intervjuer: genomförande, tolkning och reflexivitet*. Malmö: Liber.

Amnesty. (2004). *Mäns våld mot kvinnor i nära relationer*. Hämtad 2014-12-16, från <http://www.amnesty.se/upload/files/2011/05/04/mans-vald-mot-kvinnor-i-nara-relationer-amnesty.pdf>

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2002). Womens perspetions and experiances of routine enquiry for domestic violence in a maternity service. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 109(1), 9-16. doi: 10.1111/j.1471-0528.2002.00514.x

Barnett, C. (2005). Exploring midwives' attitudes to domestic violence screening. *Brittish journal of midwifery*, 13(11), 702-705. doi:10.12968/bjom.2005.13.11.19994

Barnmorskeförbundet. (2014). *Yrkeskunnande, kompetens och förhållningssätt*. Hämtad 2014-01-02, från <http://www.barnmorskeforbundet.se/barnmorskan/>

Brottsförebyggande rådet. (2014). Övergripande tabeller - Slutlig statistik. Anmälda brott Hämtad 2015-07-23, från <https://www.bra.se/bra/statistik/100/2014/100La-2014.html>

Brottsförebyggande rådet. (2013). *NTU 2013 Om utsatthet, otrygghet och förtroende*. Hämtad 2014-12-16, från http://www.bra.se/download/18.35c681d4143337cb6b29e9/1395068368052/2013_1_NTU_2013.pdf

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B. (2008). Analysing and presenting qualitative data. *British Dental Journal* 204(4), 429-432. doi: 10.1038/sj.bdj.2008.292

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 359(9314), s.1331-36. doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Coeling, H. & Harman, G. (1997). Learning to ask about domestic violence. *Women's Health Issues*, 7(4), 263-268. doi:10.1016/S1049-3867(97)00008-X

Coker, A., Sanderson, M. & Dong, B. (2004). Partner violence during pregnancy and risk of adverse pregnancy outcomes. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*, 18(4), 260-269. doi:10.1111/j.1365-3016.2004.00569.x

Dahlberg, K., Segesten, K., Nyström, M., Suserud, B-O. & Fagerberg, I. (2003). *Att förstå vårdvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlgren, P., & Sandell, K. (2014). Mediebevakningen av mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor*, (s. 279-297). Danmark: Studentlitteratur.

- Danielsson, E. (2012). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad* (s.330-343). Estonia: Studentlitteratur AB.
- Denscombe, M. (2012). *Forskningshandboken - för småskaliga forskningsprojekt inom samhällsvetenskaperna*. (2:a uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Ducharme, L. J & Martin, J. K. (2000). Unrewarding work, coworker support, and job satisfaction. A test of the buffering hypothesis. *Work and occupations* 27(2). S. 223-243.
- Edin, K. & Högberg, U. (2001). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked. *Midwifery*, 18(4), 268-278. doi:10.1054/midw.2002.0318
- Ellsberg, M., Jansen, Henrica A F M., Heise, L., Watts, C. H., García-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *The Lancet*, 371(9619), 1165-72. doi:10.1016/S0140-6736(08)60522-X
- Finnbogadóttir, H., & Dykes, A. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181-189. doi:10.1016/j.midw.2010.11.010
- Friberg, F., & Öhlén, J. (2012). Fenomenologi och hermeneutik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod- från idé till examination inom omvårdnad*. (s.346-370) Estonia: Studentlitteratur AB.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gustafsson, I., & Lindberg, M. (2012). *Att upptäcka relationsvåld - en sammanställning av sex screeninginstrument* (Kandidatuppsats). Stockholm: Röda Korsets Högskola - utbildning & forskning inom vårdområdet Tillgänglig: <http://rkh.diva-portal.org/smash/get/diva2:572915/FULLTEXT01.pdf>
- Hakimnia, R. (2010). *Hinder och möjligheter vid primärprevention av våld i nära relationer. En intervjustudie med barnmorskor på MVC, personal på ungdomsmottagning och mödrahälsovårdsöverläkare. Rapport 2010:2*. Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.
- Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.

Holloway, I., & Wheeler, S. (2010). *Qualitative research in nursing and healthcare*. Oxford: Blackwell Publishing.

Hupcey J. E., (1997). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231-1241.

Hupcey, J. E., & Morse J. M. (1997). Can a professional relationship be considered social support? *Nursing Outlook*, 45(6), 270-276.

ICM, International confederation of midwives. *Essential competencies for basic midwifery practice 2010*, (reviderad 2013). Hämtad 2014-12-15, från <http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/ICM%20Essential%20Competencies%20for%20Basic%20Midwifery%20Practice%202010,%20revised%202013.pdf>

Jewkes, R. (2002). Intimate partner violence: causes and prevention. *The Lancet*, 365(9315), 1423-1429. doi:10.1016/S0140-6736(02)08357-5

Johnsson-Latham, G. (2008). Mäns våld mot kvinnor i ett globalt perspektiv. I G. Heimer & D. Sandberg (Red.), *Våldsutsatta kvinnor: Samhällets ansvar*. (s. 19-39). Lund: Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.

Kylén, J-A. (2004). *Att få svar- intervju, enkät, observation*. Stockholm: Bonnier Utbildning.

Langford, C., Browsher, J., Maloney, J., & Lillis, P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of advanced nursing*, 25(1), 95-100.

Lazenbatt, A., Taylor, J. & Cree, L. (2006). A healthy settings framework: an evaluation and comparison of midwives' response to addressing domestic violence. *Midwifery*, 25(6), 622-636. doi:10.1016/j.midw.2007.11.001

Lundman, B. & Hällgren Graneheim, U. (2008). Kvalitativ innehållsanalys. I M. Granskär & B. Höglund-Nielsen (Red.), *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (s. 159-172). Lund: Studentlitteratur.

Marchant, S., L. Davidson, L., Garcia, J. & E. Parson, J. (2001). Addressing domestic violence through maternity services: policy and practice. *Midwifery*, 17(3). 165-170. doi:10.1054/midw.2001.0254

Marshall, C. & Rossman, G.B. (2011). *Designing qualitative research*. (5. ed.) Los Angeles: Sage.

- McDonald, G., Vickers, M.H., Mohan, S., Wilkers, L., & Jackson, D. (2010). Workplace conversations: building and maintaining collaborative capital. *Contemporary Nurse*, 36(1-2), 96-105. doi:10.5172/conu.2010.36.1-2.096
- Mezey, G., Bacchus, L., Haworth, A., & Bewley, S. (2003). Midwives' perceptions and experiences of routine enquiry for domestic violence. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 110(8), 744-752. doi:10.1111/j.1471-0528.2003.01263.x
- Nationellt centrum för kvinnofrid. (2014). *Våld och hälsa. En befolkningsundersökning om kvinnors och mäns våldsutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK), Uppsala universitet.
- Nordborg, G. (2014). Mäns våld mot kvinnor. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor* (s. 43-72). Danmark: Studentlitteratur.
- Nylén, L. (2014). Rättsväsendet - Polisens, Åklagarens och Domstolens Roller. I G. Heimer, A. Björck & C. Kunosson (Red.), *Våldsutsatta kvinnor* (s. 181-244). Danmark: Studentlitteratur.
- Nyström, M., & Dahlberg, K. (2001). Pre-understanding and openness - a relationship without hope. *Nordic College of Caring Sciences*, 15(4), 339-346. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.00043.x
- Olsson, H. & Sörensen, S. (2007). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (2. uppl.) Stockholm: Liber.
- Patel, R. & Davidson, B. (2011). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2012). *Nursing research: Generating and assesing evidence for nursing practice* (9. ed.) Philadelphia PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins
- Priebe, G., & Landström, C. (2012). Den vetenskapliga kunskapens möjligheter och begränsningar- grundläggande vetenskapsteori. I M, Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod. Från idé till examination inom omvårdnad vetenskaplig teori och metod* (s. 31-50). Lund: Studentlitteratur.
- Protheroe, L., Green, J., & Spiby, H. (2002). An interview study of the impact of domestic violence training on midwives. *Midwifery*, 20(1), 94-103. doi:10.1016/j.midw.2003.08.001
- Rees, C. (1997). *An introduction to research for midwives*. (1:a upplagan) Hale: Books for Midwives Press.

Rosengren, J., & Schönemann, K. (2010). *Söker du, så finner du. Barnmorskors erfarenheter av att upptäcka våld, bemöta kvinnor och handlägga vården vid våld i nära relation* (Rapport 2010:1). Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.

Salmon, D., Murphy, S., Baird, K., Price, S. (2005). An evaluation of the effectiveness of an educational programme promoting the introduction of routine antenatal enquiry for domestic violence. *Midwifery*, 22(1), 6-14. doi:10.1016/j.midw.2005.05.002

Socialstyrelsen. a (u.å.). *Definition av våld och utsatthet i nära relationer*. Hämtad 2014-12-15, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/valdsutovare/definition>

Socialstyrelsen. b (u.å.). *Att upptäcka och ställa frågor om våld i nära relationer*. Hämtad 2015-01-01, från <http://www.socialstyrelsen.se/valds-ochbrottsrelateradefragor/valdinararelationer/upptackavald>

Socialstyrelsen. (2002). *“Tack för att ni frågar” - screening om våld mot kvinnor*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-01-01, från [http://www.kvinnofrid.nu/download/bank/Tack for att ni fragar.pdf](http://www.kvinnofrid.nu/download/bank/Tack%20for%20att%20ni%20fragar.pdf)

Socialstyrelsen. (2006). *Kompetensbeskrivning för legitimerad barnmorska*. Hämtad 2014-12-15, från http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/9431/2006-105-1_20061051.pdf

Socialstyrelsen. (2009). *Socialtjänstens arbete med våldsutsatta kvinnor och deras barn*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad 2015-01-01, från <http://www.socialstyrelsen.se/lists/artikelkatalog/attachments/17829/2009-11-25.pdf>

Socialstyrelsen. (2014)a. *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Hämtad 2014-12-29, från <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/19328/2014-2-2.pdf>

Socialstyrelsen. (2014)b. *Nya föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer SOSFS 2014:4*. Hämtad 2014-12-15, från <http://www.socialstyrelsen.se/SiteCollectionDocuments/Foreskrifter-vald-marit-20141212.pdf>

SOU 2014:49. *Våld i nära relationer – en folkhälsofråga: Förslag för ett effektivare arbete*. Stockholm: Elanders Sverige AB.

Starrin, B. & Svensson, P. (Red.) (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Stenson, K., Sidenwall, B., & Heimer, G. (2005). Midwives' experience of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21(4), 311-321. doi:10.1016/j.midw.2005.01.002

Sullivan, K., Lock, L., & Homer S.E., C. (2010). Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia. *Midwifery*, 27(3), 331-335. doi:10.1016/j.midw.2011.01.007

Svensk förening för obstetrik och gynekologi. (2008). *Mödrahälsovård, sexuell och reproduktiv hälsa*. Stockholm: Svensk förening för obstetrik och gynekologi.

Taillieu, T. L. & Brownridge, D. A. (2010). Violence against pregnant women: Prevalence, patterns, risk factors, theories, and directions for future research. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 14-35. doi:10.1016/j.avb.2009.07.013

Todres, L., Galvin, K. & Dalberg, K. (2006). Lifeworld-led healthcare: revisiting a humanising philosophy that integrates emerging trends. *Medicine, Health Care & Philosophy*, 10(1), 53-63. doi:10.1007/s11019-006-9012-8

Vetenskapsrådet. (2009). *Forskningsetiska principer inom humanistisk samhällsvetenskaplig forskning*. Hämtad 2014-12-30, från <http://www.codex.vr.se/texts/HSFR.pdf>

Webster, J., Stratigos, S. M., & Grimes, K.M. (2001). Womens responses to screening for domestic violence in a health-care setting. *Midwifery*, 17(4), 289-294. doi:10.1054/midw.2001.0279

WHO. (1948). *Definiton of Health*. Hämtad 2015-01-02, från <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

WHO. (2002). *World report on violence and health*. Hämtad 2014-12-10, från http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf?ua=1

WHO. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. Hämtad 2014-12-10, från http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85239/1/9789241564625_eng.pdf

WHOa. (2014). *Reproductive health*. Hämtad 2014-12-15, från http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/

WHOb. (2014). *Sexual and reproductive health*. Hämtad 2014-12-15, från http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

WHO. (2015). *Maternal and perinatal health*. Hämtad 2015-01-16, från http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/maternal/maternal_perinatal/en/

Widding Hedin, L., Grimstad, H., Möller, A., Schei, B. & Janson, P. O. (1998). Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 78(4), 310-315. doi:10.1034/j.1600-0412.1999.780407.x

Wiklund, L. (2003). *Vårdvetenskap i klinisk praxis*. Stockholm: Natur och kultur.

Bilaga 1

Till verksamhetschef/enhetschef

Vi är två barnmorskestudenter som heter Emma Johansson och Michelle Parma. Vi kontaktar Dig då vi ska skriva en magisteruppsats om barnmorskors arbete kring våldsscreening och därför behöver vi komma i kontakt med barnmorskor inom din verksamhet. Vi önskar få ditt tillstånd att utföra intervjuer med barnmorskorna samt hjälp att få kontaktuppgifter till barnmorskor.

Bakgrund och syfte

Barnmorskor har ett unikt tillfälle att fånga upp våldsutsatta kvinnor i vården. Våldsscreening är en del i barnmorskans hälsofrämjande arbete då våld mot kvinnan kan påverka hennes och det ofödda barnets hälsa negativt.

Vi skulle vilja intervjua barnmorskor på olika Barnmorskemottagningar inom XXX län om deras arbete kring våldsscreening.

Hur går studien till

Intervjuerna kommer utföras med båda författarna närvarande efter överenskommen tid och plats. Vi planerar att utföra intervjuerna under våren 2015.

De barnmorskor som vi vill ska delta ska ha arbetat på BMM i minst 6 månader och tala svenska. Variation önskas bland deltagarna vad gäller ålder, kön, etnicitet och antal yrkesverksamma år som barnmorska.

För att kunna genomföra studien behöver vi din hjälp som verksamhetschef eller annan lämplig person inom verksamheten att informera barnmorskorna om studien utifrån det informationsbrev som vi har bifogat. Efter deras godkännande önskar vi få deras kontaktuppgifter för att vidare informera om studien.

Vi önskar härmed att få ditt godkännande att utföra studien. Önskas mer information kan kontakt tas med ansvariga för studien. Studiens resultat kommer att publiceras på Digitala Vetenskapliga Arkivets hemsida (DiVA.se).

Med vänliga hälsningar

Emma & Michelle

Bilaga 2

Information och förfrågan om deltagande i en studie kring barnmorskors arbete med våldsscreening

Vi är två barnmorskestuderande som heter Emma Johansson och Michelle Parma. Vi kontaktar Dig då vi ska skriva vår magisteruppsats och vill intervjua barnmorskor som arbetar på barnmorskemottagningar.

Bakgrund och syfte

Syftet med vår studie är att undersöka barnmorskors arbete kring våldsscreening. Barnmorskor har ett unikt tillfälle att fånga upp våldsutsatta kvinnor i vården. Våldsscreening är en del i barnmorskans hälsofrämjande arbete, då våld mot kvinnan kan påverka hennes och det ofödda barnets hälsa negativt.

Förfrågan om deltagande

Vi skulle vilja intervjua Dig kring Dina upplevelser och erfarenheter av våldsscreening i Ditt arbete. Vi har fått tillstånd från Din verksamhetschef att utföra studien och erhållit Dina kontaktuppgifter från Din enhetschef.

Hur kommer studien gå till

Du kommer att intervjuas. Intervjun kommer att utföras med båda författarna närvarande. Efter Ditt medgivande kommer intervjun att spelas in och sedan transkriberas.

Hantering av insamlade data

Insamlad data kommer att behandlas konfidentiellt, endast vi författare samt våra handledare kommer att ha tillgång till materialet. Data kommer att kodas för att ytterligare försvåra identifiering av deltagare. Vid redovisning i uppsatsen kommer allt resultat presenteras på ett sådant sätt att du som enskild person inte kommer att kunna identifieras. Ansvarig för dina personuppgifter är Högskolan i Skövde.

Frivillighet och informerat samtycke

Deltagandet är frivilligt och kan när som helst under studiens gång avbrytas utan att något skäl behöver anges. Du samtycker till studien genom att delta i intervjun.

Har du frågor är du välkommen att kontakta oss.

Med vänliga hälsningar

Emma & Michelle

Elisabeth Hertfelt Wahn, Universitetslektor (huvudhandledare):

telefon: XXXX-XX XX XX

email: elisabeth.hertfelt.wahn@his.se

Stina Thorstensson, Universitetslektor (handledare):

telefon: XXXX-XX XX XX

mail: stina.thorstensson@his.se

Emma & Michelle

Emma Johansson:

telefon: XXX-XXXXXXXX

mail: g13emmjo@student.his.se

Michelle Parma:

telefon: XXX-XXXXXXXX

mail: a14micki@student.his.se

Bilaga 3

Intervjuguide

Bakgrundsfrågor

Hur gammal är du?

Hur länge har du arbetat som barnmorska?

Inom vilka verksamheter har du arbetat som barnmorska?

Vad har du arbetat med tidigare?

Kan du berätta om hur du utför en våldsscreening?

-Om du våldsscreenar hur lägger du upp det i mötet

-Använder du dig av våldsscreeningsinstrument? berätta om det, och underlättar det? (söker du så finner du)

Hur ser rutinerna ut om en barnmorska skulle upptäcka att en kvinna blivit/blir utsatt för våld i nära relationer?

-Har ni riktlinjer på mottagningen

-Vart/vem vänder du dig till?

Hur upplever du det är att våldsscreena?

-Vad försvårar/underlättar?

-Är det en självklarhet för dig? På din mottagning?

-Hur skulle du vilja att våldsscreeningsprocessen såg ut?

Utbildning om våld i nära relationer

-Utbildning vid barnmorskeprogrammet?

-Utbildning via arbetsgivaren?

-Hur upplevde du utbildningen?

Kan du berätta om ett möte där du ställde frågor om våld i nära relationer och fick ett jakande svar.

-Vad hände?

-Vad gjorde du för åtgärder? Hur gick du vidare med fallet?

-Vad kände du?

Arbetsfördelning

Emma Johansson
Kiwalabye Parma

Michelle

Utförande av informationsbrev	Utförande av informationsbrev
Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer	Genomläsning och sammanställning av etiska riktlinjer
Uttalad sökning av vetenskapliga artiklar inför bakgrund.	Uttalad sökning av vetenskapliga artiklar inför bakgrund.
Sammanställning av tidigare forskning och bakgrund	Sammanställning av tidigare forskning och bakgrund
Formalia	Huvudsakligt ansvar formalia
Genomläsning av metodböcker	Genomläsning av metodböcker
Huvudsaklig samordning av informanter	Samordning av informanter
Utformning av intervjuguide	Utformning av intervjuguide
Utförande av intervjuer	Utförande av intervjuer
Transkribering av intervjuer	Transkribering av intervjuer
Sammanställning och nedskrivning av resultat	Sammanställning och nedskrivning av resultat
Dataanalys (kvalitativ innehållsanalys)	Dataanalys (kvalitativ innehållsanalys)
Formulering av metoddiskussion	Formulering av metoddiskussion
Formulering av resultatdiskussion	Formulering av resultatdiskussion
Bearbetning av resultatdiskussion	Bearbetning av resultatdiskussion
Korrekturläsning	Korrekturläsning

