



# **iRiSk II: Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn**

**- rapport från två delprojekt**

---

---

Kjerstin Almqvist, Charlotte Bäckman, Agneta Anderzén-Carlsson, Anna Norlen, Karin Pernebo, Pamela Massoudi

# iRiSk II: Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn

- rapport från två delprojekt

Kjerstin Almqvist, Charlotte Bäckman, Agneta Anderzén-Carlsson,  
Anna Norlen, Karin Pernebo, Pamela Massoudi

**Utvärdering av implementering av att fråga om våldsutsatthet som rutin i Barnhälsovården, och Child-Parent Psychotherapy – stöd till fortsatt implementering av en insats i hälso- och sjukvården för våldsutsatta föräldrar och barn.**

Kjerstin Almqvist, Institutionen för Sociala och Psykologiska studier, Karlstads Universitet, Charlotte Bäckman, Institutionen för Sociala och Psykologiska studier, Karlstads Universitet & Agneta Anderzén-Carlsson, Institutionen för Hälsovetenskaper, Karlstads Universitet, Anna Norlen, Institutionen för Sociala och Psykologiska studier, Karlstads Universitet & Ericastiftelsen, Karin Pernebo, FoU Kronoberg, Region Kronoberg & Institutionen för Psykologi, Linnéuniversitetet, Pamela Massoudi, Institutionen för Psykologi, Linnéuniversitetet

---

ARBETSRAPPORT | 2018

---

BILAGA TILL: Socialstyrelsens rapport ”Barn i familjer med våld”, redovisning av RU10, daterad 20180320.

---

ISBN 978-91-7063-940-1

---

© Författarna

---

Distribution:  
Karlstads universitet  
Fakulteten för hälsa, natur- och teknikvetenskap  
Institutionen för Sociala och Psykologiska studier  
SE-651 88 Karlstad  
+46 54 700 10 00

**WWW.KAU.SE**



insatser & risk- skyddsbedömningar för våldsutsatta barn

## Innehållsförteckning

<b>Utvärdering av implementering av att fråga om våldsutsatthet som rutin i Barnhälsovården</b>	<b>4</b>
<i>Bakgrund</i>	4
Implementering av nya rutiner	6
Tidigare studie om att fråga om våld i barnhälsovården	6
Studiens betydelse	7
Syfte	8
Forskningfrågor	8
<i>Metod</i>	8
Design	8
Procedur	8
Urval	9
Intervjuer	11
Analys	11
Etiska överväganden	11
<i>Resultat</i>	12
BVC-sköterskornas erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor	14
<i>Diskussion</i>	19
Hur stor andel av mammor tillfrågas om utsatthet för våld i nära relation på BVC?	19
Hur stor andel av de tillfrågade mammorna uppgav utsatthet för våld i nära relation, och skiljde sig detta från när man prövade tillvägagångssättet i ett forskningsprojekt?	19
Vilket stöd får våldsutsatta mammor och barn som uppmärksammas i barnhälsovården, och vilka reflektioner har BVC-sköterskorna om sina erfarenheter?	20
<b>Child-Parent Psychotherapy – stöd till fortsatt implementering av en insats i hälso- och sjukvården för våldsutsatta föräldrar och barn.</b>	<b>23</b>
<i>Bakgrund</i>	23
Syfte med detta projekt	25
<i>Resultat</i>	25
Nuvarande spridning av CPP	27
Nordisk samverkan	27
Den svenska genomförbarhetsstudien av CPP – effekterna av insatsen när hela materialet analyserats.	28
<i>Diskussion</i>	29
<i>Referenser</i>	31

## Utvärdering av implementering av att fråga om våldsutsatthet som rutin i Barnhälsovården

Kjerstin Almqvist, Charlotte Bäckman & Agneta Anderzén-Carlsson

### Bakgrund

Våld i nära relationer utgör ett betydande folkhälsoproblem. Män och kvinnor kan vara både förövare och offer för sådant våld, men flera studier indikerar att det våld som riktas mot kvinnor ofta är grövre, upprepat och får flera negativa konsekvenser för både den drabbade och för barnen, jämfört med våld mot män (Miller m fl., 2014). I Sverige anmäls 10 000-tals misshandelsbrott mot kvinnor utförda av en man som kvinnan lever eller har levt tillsammans med, varje år (Brå, 2006). Det grova våldet mot kvinnor, som leder till sjukhusvistelse, kulminerar i åldrarna 25 – 44 år, dvs. i de åldrar då kvinnorna är mammor till förskolebarn och yngre skolbarn (Janson, Jernbro, & Långberg, 2011). Om paret har barn, kan det vara svårare för kvinnan att lämna den destruktiva och farliga relationen (Krug m fl., 2002). Därmed riskerar våldet att pågå under längre tid i kvinnans (och barnets) liv.

På senare år har ett antal studier visat att graviditeten är en tid under vilken risken för våld mot kvinnor är förhöjd (Huth-Bocks m fl., 2011; Levendosky m fl., 2011). Detta innebär att många barn riskerar att drabbas av våld redan innan födelsen eller att våldet utvecklas under barnets första levnadsår (Macy, 2007). Det finns också forskning som har påvisat att kvinnor är mer benägna att ta sig ur våldsamma relationer när de blivit mödrar (Holmberg & Enander, 2011) och en av de viktigaste anledningarna till att kvinnor bryter sig loss från en relation där de misshandlas är att de förstår att situationen påverkar barnen negativt (Krug m fl., 2002).

Våld i föräldrarnas nära relation innebär en påtaglig risk för att även barnets utveckling och hälsa påverkas negativt på olika sätt, till exempel att barnet utvecklar symtom som posttraumatisk stress, ångest, depression och aggressivt beteende (Carpenter & Stacks, 2009; Chan & Yeung, 2009; Evans m fl., 2008). Risken att barnet själv ska utsättas för direkta

övergrepp är dessutom betydligt större i familjer där mamman utsätts (Jernbro & Jansson, 2017; Broberg m fl., 2011). Ur ett anknytningsperspektiv innebär föräldrars våld i hemmet en utmaning för barnets förtroende för att föräldrarna ska finnas tillgängliga och vara lyhörda för dess behov (Godbout m fl., 2009).

Den ackumulerade kunskapen om våldets allvarliga konsekvenser har lett till en rad initiativ för att förbättra upptäckt av och insatser till våldsutsatta kvinnor och barn (SOFS 2014:4).

Socialtjänstens uppdrag på området har förstärkts, och en intensiv metodutveckling pågår. Även hälso- och sjukvårdens möjligheter att bidra till att upptäcka och erbjuda insatser till våldsutsatta har utvecklats. Att uppmärksamma våldsutsatthet genom rutinmässiga frågor och att erbjuda insatser till våldsutsatta inom hälso- och sjukvården har dock inte varit någon självklarhet. Oro för att det skulle kunna leda till att personer inte söker vård eller att man förlorar tillit till vården, eller rent av ökar risken för de redan utsatta har bidragit till att personal undvikit att lyfta frågan om våldsutsatthet i olika situationer (Dagher, Garza, & Backes Kozhimanni, 2014). Socialstyrelsens rekommendationer att alla ska tillfrågas inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och mödrahälsovård har dock bidragit till en förändring med ökad öppenhet för att betrakta våld som en folkhälsorisk bland andra, som rökning eller alkoholmissbruk. Vikten av att ställa frågor om våldsutsatthet har inom hälso- och sjukvården således kommit att uppmärksammas alltmer (NCK, 2011). Många konstaterar att det är mycket viktigt att både situationen och sammanhanget är det rätta och att frågan närmas på ett empatiskt sätt och formuleras med eftertanke (Hooker, Small, & Taft, 2016). Trots utmaningar så redovisas överlag positiva erfarenheter från både yrkesverksamma och såväl utsatta som icke utsatta kvinnor (Edin & Högberg, 2002). Experter från bland annat primärvård, akutvård, äldre- och kvinnohälsovård och psykiatri verkar överens om att det finns ett starkt stöd för att frågor om våld ska ställas rutinmässigt till alla kvinnor som söker vård (NCK, 2011).

Inom barnhälsovården har flera i professionen verksamma lyft frågan om man borde fråga om våld i nära relation som rutin, men konsensus saknas om detta är motiverat eller ej. Nationella riktlinjer om rutinmässiga frågor har hittills saknats. WHO (2013) rekommenderar rutinmässiga frågor till riskgrupper och till gravida kvinnor, men har hittills inte rekommenderat att detta förfarande införs i barnhälsovård. Argument som framförs för att införa rutinfrågor om våld i barnhälsovården är framförallt att psykosociala riskfaktorer idag utgör de största ohälsoriskerna för barns hälsa och utveckling i Sverige, och att förekomsten av våld i familjer är så pass omfattande att det motiverar rutinmässiga frågor. Kunskapen om hur känsliga späda barn är för

allvarliga stressfaktorer i miljön, och risken för att den neurobiologiska utvecklingen påverkas negativt av detta, har även ökat. Det innebär att våld i nära relationer, i likhet med andra omsorgsbrister i familjen, blir något som även ligger inom barnhälsovårdens uppdrag. Slutligen har man även menat att barnavårdscentraler (BVC)-sköterskorna är vana att ta upp känsliga ämnen och att etablera en allians med föräldrar för att ge dem stöd att hantera olika svårigheter, vilket skulle innebära att barnhälsovården är en lämplig arena för rutinmässiga frågor om våld (O'Doherty m fl., 2015).

Det finns dock även argument emot att införa rutinmässiga frågor om våld i barnhälsovården. Företrädare för barnhälsovården har uttryckt oro för att mammor (och pappor) ska sluta gå på hälsokontroller av rädsla för att bli tillfrågade om familjeförhållanden. BVC-sköterskor har även uttryckt oro för om man har kompetens att ställa frågor på ett bra sätt, och för hur man ska hantera situationer där våld uppmärksammas. Generellt finns även en oro för att lägga in nya moment i det redan omfattande barnhälsovårdsprogrammet och hur man ska klara av att hinna ta sig an en ny uppgift på ett bra och seriöst sätt om man inte får ökade resurser. Internationella studier har även visat att det finns svårigheter att upprätthålla rutiner att fråga om våldsutsatthet (Taft m fl., 2015; Garzia-Moreno m fl., 2014).

### **Implementering av nya rutiner**

Forskning om implementering i hälso- och sjukvården har pekat på de stora svårigheter som finns i att förändra den befintliga vården genom att införa riktlinjer och rutiner (Levi, Wallin, & Thor, 2010). Beslut i ledningen når inte ut till alla medarbetare trots information och fortbildning. Det finns stora variationer i vårdens utformning, bland annat beroende på hur den enskilda medarbetaren själv tolkar sitt uppdrag. Svensk forskning (Stenson, 2004) har till exempel belyst barnmorskors upplevelser av att samtala om våld under graviditet. Där framkommer att barnmorskor ansåg att uppgiften att samtala om våld var viktig, men att olika svårigheter påverkade hur, och om de frågade. Stenson med flera (2001) konstaterar att det viktigt att få in frågor om våld som en naturlig del av vården för gravida kvinnor och att det skulle underlätta om vården organiseras så att varje kvinna får ett enskilt besök hos barnmorskan. Vi kan förvänta oss att motsvarande svårigheter finns i barnhälsovården (BHV) om man inför rutinmässiga frågor om våldsutsatthet.

### **Tidigare studie om att fråga om våld i barnhälsovården**

Under 2015 - 2016 genomfördes i Värmland och Örebro län en studie vid 12 barnavårdscentraler (BVC) där man provade att använda instrumentet Våld i Familjen (ViF)



(Broberg m fl., 2015), ett kartlägningsinstrument som bygger på ett tidigare utvecklat internationellt instrument, Partner Violence Screening (PVS; Feldhaus m fl., 1997) i samband med 8-månaders besöket på BVC. Resultaten var så positiva (Almqvist m fl., 2017; Anderzén Carlson m fl., 2017) att man i båda landstingen valde att införa en rutin där mammor tillfrågas om sin utsatthet för våld i nära relation. Studiens resultat ledde även till att man valde att tillfråga mammorna i samband med kartläggning av symtom på depression som genomförs vid ett individuellt besök ett par månader efter förlossningen.

I ovanstående projekt i Värmland/Örebro var det enligt mammornas uppgifter enbart ca 30% som uppgav att de hade tillfrågats om våldsutsatthet tidigare, dvs. inom mödrahälsovården, trots att det sedan flera år är en rutin i båda landstingen i enlighet med de nationella riktlinjerna. Inom ramen för projektet tillfrågades merparten, 72% (n = 338), av de aktuella mammorna inom BHV. BVC-sköterskorna som deltog i studien hade dock anmält sig frivilligt och de mammor som tillfrågades var på grund av studiens design tvungna att aktivt välja att delta i studien, och det fanns därför anledning att följa upp hur stor följsamhet man har att fråga om våldsutsatthet när det införs som en rutin inom samtliga enheter i BHV. Följsamheten kan ge en uppfattning om vilket implementeringsstöd som behövs i samband med ett eventuellt samordnat nationellt införande. Det är även angeläget att utforska hur våldsutsatta mammor som uppmärksammas följs upp, vilka åtgärder som behövs och om vård och handläggning fungerar på ett tillfredställande sätt eller behöver utvecklas för att fungera med god kvalitet.

### **Studiens betydelse**

Att införa en rutin i ordinarie BVC-verksamhet som kan identifiera våld i nära relationer anses vara av stor betydelse. Det skulle kunna leda till att mammor och barn som lever under sådana förhållanden skulle kunna identifieras, och i förlängningen kunna få ta del av relevant stöd, eftersom BVC-sjuksköterskor i Sverige träffar i stort sett alla barn i åldrarna 0 - 6 år och deras föräldrar. Inför en eventuell framtida nationell implementering är viktigt att ha ett bra underlag för hur rutinen att samtala om våld utifrån ett strukturerat instrument fungerar i praxis, varför föreliggande studie var viktig att genomföra. Det var viktigt att inte bara se till om våldsutsatta kvinnor uppmärksammas genom en rutin, utan även hur vården möter deras behov och om man kunde ge avsett stöd. En fungerande rutin skulle kunna bidra till att förebygga ohälsa och öka livskvaliteten hos en sårbar grupp kvinnor och barn.

## Syfte

Syftet med detta projekt var att utvärdera implementeringen av en beslutad rutin att fråga mammor om våldsutsatthet med stöd av ett kort frågeformulär i samband med ett ordinarie besök i BHV. Ett ytterligare syfte var att utforska BVC-sjuksköterskornas erfarenheter och handläggning av att ge vård och stöd till våldsutsatta mammor som uppmärksammats.

## Forskningsfrågor:

- Hur stor andel av mammor med barn som kommer på enskilt besök vid 2-månaders för sitt barn där mammans hälsa är i fokus tillfrågas om utsatthet för våld i nära relation?
- Hur stor andel av de tillfrågade mammorna uppgav utsatthet för våld i nära relation?
- Skiljer sig andel tillfrågade mammor och mammor som uppgett utsatthet för våld i nära relation när man infört en rutin i den ordinarie verksamheten jämfört med när man prövade tillvägagångssättet i ett forskningsprojekt?
- Vilket stöd/uppföljning får våldsutsatta mammor och barn som uppmärksammas i barnhälsovården?
- Vilka erfarenheter och reflektioner har BVC-sjuksköterskorna av de fall där en våldsutsatt mamma uppmärksammats?

## Metod

### Design

För att besvara forskningsfrågorna användes dels en registrering av följsamheten till den beslutade rutinen som sammanställdes och jämfördes med resultaten i tidigare forskningsprojekt, dels öppna intervjuer med BVC-sköterskor som uppmärksammat våldsutsatthet hos en eller flera mammor, sedan rutinen infördes, eller tidigare. Intervjuerna fokuserade på hur uppföljningen av enskilda ärenden skett i vården, samt BVC-sköterskornas erfarenheter och reflektioner kring detta.

### Procedur

Den nya rutinen infördes i BHV i Värmlands läns landsting och Region Örebro län under 2017. I Värmland inledde man implementeringen i maj, medan man i Örebro kom igång i september. Studiedagar för all personal med föreläsningar om våld i nära relationer och hur små barns

hälsa och utveckling påverkas av våld i familjen genomfördes i båda organisationer före implementeringen. Informationen följdes upp av verksamhetsutvecklarna i respektive organisation i samband med återkommande möten. Vid respektive BVC tog man beslut om datum när man började att ställa frågorna om våldsutsatthet.

Tillfrågandet om utsatthet för våld sker med stöd av det tidigare prövade formuläret Våld i Familjen (ViF) (Broberg m fl., 2015) i samband med ett ordinarie besök på BVC, cirka två månader efter förlossningen, då förutom sedvanlig kontroll av barnets hälsa, också mammas hälsa står i fokus. Då genomför BVC-sköterskan en kartläggning av symtom på depression med stöd av ett instrument, Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) i enlighet med barnhälsovårdens nationella program. Vid EPDS-samtalet rekommenderas att BVC-sköterskan är ensam med mamman (och barnet).

Den nya rutinen utgör inte en forskningsintervention. Rutinen har beslutats av respektive barnhälsovårdsorganisation och genomförs oavsett eventuell utvärdering. Det som är specifikt för detta projekt var att implementeringen utvärderades genom tre månaders registrering av följsamheten till rutinen, samt intervjuerna med BVC-sköterskor som hade erfarenhet av att uppmärksamma våldsutsatta mammor.

Ett registreringsblad fylldes under uppföljningsperioden i av BVC-sköterskorna i samband med samtliga besök då mammor kom för enskilt samtal om sin psykiska hälsa. På registreringsbladet noterades om mamman tillfrågats om våldsutsatthet eller inte, skälet till att hon ej tillfrågats, om så var fallet, samt utfallet på det ifyllda instrumentet ViF. Dessutom noterades boende- och vårdnadsförhållande för det aktuella barnet samt mammas härkomst, som stöd för eventuell bortfallsanalys samt för analys av mönster avseende eventuell våldsutsatthet. Registreringsbladen kodades så att det var möjligt att identifiera registrerande BVC-sköterska, men ej tillfrågad mamma. Registrering av tillfrågande om våldsutsatthet utgjorde en del av den ordinarie verksamhetens uppföljning av den nya rutinen och var avsedd att genomföras av samtliga BVC-sköterskor under perioden 20170831 - 20171131 (3 mån). Registreringsbladen samlades in av verksamhetsutvecklare i respektive landsting för analys av följsamheten till den nya rutinen.

## Urval

I BHV i Värmland fanns vid den aktuella tiden sammanlagt 23 BVC. Av dessa hade 18 BVC infört rutinen att fråga om våld vid tiden för uppföljningsperioden (ca. 80%). I BHV i Örebro

fanns 25 BVC vid tillfället för uppföljningen, varav 9 hade infört rutinen (36%). Under tre månader som mätningen pågick bedömdes det förväntade antalet nyfödda vars mammor skulle kallas till enskilt samtal till cirka 570 i Värmland och till cirka 790 i Örebro län, det vill säga totalt 1360 kvinnor. Med hänsyn till antalet BVC som hade implementerat rutinen bedömdes ca 455 kvinnor i Värmland (80 % av 570) vara det förväntade antalet som skulle tillfrågas om våldsutsatthet. I Örebro län genomfördes en räkning av antalet inskrivna barn vid de 9 BVC som infört rutinen vid tiden för uppföljningen, och 300 barn var aktuella.

Under uppföljningsperioden registrerades sammanlagt 636 genomförda 2-månaders besök, 443 i Värmland och 193 i Örebro. Det innebär att i Värmland tillfrågades ca 97% av mammorna vid de 18 BVC som infört rutinen, medan det i Örebro var 64% som tillfrågades vid de 9 BVC som infört rutinen. De värmländska siffrorna är dock estimerade på tidigare års siffror av födslar, medan siffrorna från Örebro utgörs av de faktiskt inskrivna barnen. Av de 33 mammor där det finns registreringsblad (oavsett landsting), och där det framgick att mamman inte tillfrågades om våldsutsatthet, var den vanligaste angivna orsaken hinder på grund av språket (n = 10). I fyra av fallen tillfrågades inte mamman om våldsutsatthet för att pappan var närvarande, och i övriga fall (n = 19) handlade det om mer spridda orsaker så som, mamman tackade nej till ett samtal om sin hälsa, ledsna syskon, tidsbrist, att tillfället inte kändes passande eller okänd orsak.

Om man lägger samman resultatet för implementeringen tillfrågades cirka 84% (636) av de sammanlagt 755 mammor som beräknades ha varit aktuella att tillfråga om våldsutsatthet, jämfört med 72% i den tidigare pilotstudien.

Merparten av de registrerade kvinnorna var av svensk härkomst (492; 81,1%), 7 från övriga Norden (1,2%), 26 (4,3%) från övriga Europa och 82 (13,5%) från länder utanför Europa. I de flesta fall hade föräldrarna gemensam vårdnad om barnet (96,4%) medan 19 mammor (3,1%) hade enskild vårdnad. Uppgift om vårdnad saknades för 29 barn. Det var vanligast att barnet var bosatt tillsammans med båda biologiska föräldrar (94,4%). Tjugoett barn bodde tillsammans med enbart mamma (3,3%) och två barn bodde växelvis hos föräldrarna. För 41 av barnen saknades uppgift om boende eller var oklar.

## Intervjuer

Sammanlagt nio BVC-sköterskor intervjuades om sina erfarenheter av att handlägga ärenden med våldsutsatta mammor. Erfarenheterna kunde vara från nutid, sedan rutinen implementerats, men också ligga längre tillbaka i tiden.

För att rekrytera BVC-sköterskor till intervjuerna spreds information om den kvalitativa studien och önskan att komma i kontakt med sköterskor med egna erfarenheter av att uppmärksamma våldsutsatta mammor av verksamhetsutvecklarna och av ansvariga psykologer i respektive mödra- och barnhälsovårdsorganisation. Kontaktuppgifter på BVC-sköterskor som hade egna erfarenheter gavs till forskargruppen som kontaktade dem, gav information och tillfrågade dem om att medverka. De som samtyckte besöktes av någon av forskarna för en intervju på plats.

Intervjuerna fokuserade på BVC-sköterskans erfarenheter och upplevelser av att uppmärksamma och ha kontakt med våldsutsatta kvinnor. En intervjuguide med två huvudfrågor användes; den första frågan fokuserade på hur BVC-sköterskan agerade vid tillfället och på de vårdhandlingar som skedde efter att kvinnans våldsutsatthet uppmärksammats. Den andra frågan fokuserade på hur BVC-sköterskans upplevde situationen kring upptäckt och eventuell orosanmälan till socialtjänsten. Uppföljande frågor som stimulerade till fortsatt och fördjupat berättande användes. Inga personuppgifter rörande den familj, i vilken våld i nära relation identifierats, samlades in vid intervjun.

Intervjuerna spelades in på digitalt ljudmedia och ljudfilerna transkriberades. Ljudfilerna förvaras på lösenordskyddad server på Karlstads Universitet.

## Analys

Uppgifterna från de sammanställda registreringsbladen sammanställdes i SPSS och analyserades med lämplig metod, t ex. med deskriptiv statistik.

De transkriberade intervjuerna analyserades med Interpretative Phenomenological Analysis (IPA), en kvalitativ analysmetod som är lämplig att använda när man söker en fördjupad förståelse av ett fenomen där man har en viss förförståelse (Smith & Osborne, 2003).

## Etiska överväganden

Det har tidigare förts en diskussion om det lämpliga i att ställa frågor om våld som en rutin inom hälso- och sjukvården, men efter en analys av kunskapsområdet har Socialstyrelsen gett

rekommendationer om att detta ska göras till rutin inom psykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och mödrahälsovård. Det finns ännu ingen nationell riktlinje för detta inom BHV, men flera projekt pågår i landet där man prövar olika sätt att gå tillväga och hur detta faller ut. Många gånger avstannar utvärderingar och studier när man tar beslut om att införa en rutin.

Implementeringsforskning har dock visat att det är långt mellan beslut och genomförande. I en tidigare studie kunde vi även uppmärksamma att det endast var 30% av de tillfrågade kvinnorna som uppgav att de tidigare tillfrågats om våldsutsatthet, trots att det sedan länge funnits en beslutad rutin om detta i mödrahälsovården (Almqvist m fl., 2017). Det är således angeläget att utvärdera implementeringen, så att inte man från ansvarig ledning har uppfattningen att en angelägen vårdrutin har införts och det visar sig att det enbart är en mindre andel av befolkningen som får del av den.

För BVC-sköterskor kan det vara en utmaning att börja fråga om våld i nära relationer, men det bedöms inte vara förenat med några direkta risker. De farhågor som ibland finns, att det kan innebära risker för våldsutsatta kvinnor att tillfrågas om detta, har inte bekräftats i någon av de studier som genomförts på området (O'Doherty m fl., 2015). Däremot har upprepade studier visat att frågor om våld uppskattas av de tillfrågade (Dagher m fl., 2014). Om BVC-sköterskor identifierar någon kvinna som berättar att hon lever i en relation där våld förekommer finns inom ordinarie verksamhet möjlighet till fördjupad utredning och stöd av BHV-psykolog. Om sjuksköterskan bedömer att det finns risk för barnet finns riktlinjer för detta ska hanteras, inom respektive landsting.

Studien genomfördes med tillstånd av etikprövningsnämnden i Uppsala (Dnr 2017/300)

## Resultat

Resultatet från registreringsbladet visar att 87 (14,7%) av alla tillfrågade mammor (n = 592) någon gång under sin vuxna livstid hade blivit utsatt för fysiskt våld, alltså blivit slagen, knuffad eller sparkad; och/eller 118 (20,2%) hade utsatts för psykiskt våld, det vill säga blivit hånade, hotade, eller trakasserade. Sammantaget var det 21,4% av de tillfrågade kvinnorna som uppgav att de vid något tillfälle blivit utsatta för våld av en annan vuxen.

Det var en relativt stor andel av kvinnorna (52) som angav en annan person än nuvarande eller tidigare partner som förövare, ibland enbart, ibland utöver partnern. Följdfråga om vilken

annan person som utsatt dem för våld saknades, men fanns i några enstaka fall dokumenterade. I dessa fall uppgavs personer som ”patient” eller ”kollega”, det vill säga ej någon annan familjemedlem trots att frågeunderlaget tydligt avser utsatthet för våld i familjen.

Om man istället enbart ser till de 79 kvinnor som angav att de hade utsatts för våld av en partner var det 61 kvinnor som angav att de hade utsatts för fysiskt våld, och 74 som angav att de utsatts för psykiskt våld. Sammanlagt var det 79 kvinnor som angav att de hade utsatts för någon form av våld av tidigare eller nuvarande partner, dvs. cirka 13,5% av de som besvarat ViF-formuläret. Antalet registrerade svar från kvinnorna på de olika delfrågorna i ViF varierade mellan 536 och 586.

De allra flesta av kvinnorna som hade utsatts för våld i sin nära relation (93,5% eller 55) angav att det var över tre år sedan de blev utsatta, samt att det var en tidigare partner som hade utsatt dem. En liten andel av de som angav våldsutsatthet angav att det var deras nuvarande partner som var våldsutövaren, i 4 (6,5%) av fallen för fysiskt våld ( $n = 62$ ) och i 6 (8,1%) för psykiskt våld ( $n = 71$ ). Av de 525 som angav att de levde i en parrelation kände sig majoriteten (97,6%) trygga. En liten andel, 1,9% (10) av kvinnorna uppgav att de fortfarande kände sig hotade av en tidigare partner.

Tabell 1: Jämförelse mellan andel mammor som angett våldsutsatthet i nära relation (livstidsprevalens) i pilotstudien (Almqvist m. fl., 2017) respektive implementeringsstudien.

Utsatt för våld i nära relation	Pilotstudien ( $n = 198$ )	Implementering ( $n = 536-586$ )
Livstidsprevalens	16%	13,5%
Mer än 3 år sedan	13%	9,6%
1 - 3 år sedan	2,5%	2,4%
Utsatt senaste året	0,5%	1,7%*

\*Avvikelser i avrundning av procentsatser beror på variation i antal svarande på de olika delfrågorna.

Om kvinnan blivit utsatt för våld eller inte (dvs. antingen fysiskt våld och/eller psykiskt våld) visade sig inte hänga samman med vare sig vårdnadsförhållande av barnet eller kvinnans födelseland ( $p > 0,05$ ), men däremot med boendesituationen. Fler kvinnor som angav att de

blivit våldsutsatta bodde själva med sina barn ( $n = 8$ , förväntat värde 2,7) jämfört med kvinnor som inte blivit våldsutsatta ( $n = 7$ , förväntat värde 15,8)( $\chi^2 = 25,351$ ,  $df = 4$ ,  $p < 0,001$ ). Det var alltså nära 3 gånger så vanligt att kvinnor som blivit våldsutsatta bodde själva med sina barn än förväntat.

### **BVC-sköterskornas erfarenheter av att möta våldsutsatta kvinnor**

Analysen av intervjuerna med BVC-sköterskorna genererade fyra övergripande kategorier

- Öppenhet för att våga se våld
- Relationsbyggande (bygga upp och finnas med genom process)
- (Tvär)professionell samverkan är viktig
- Engagerande arbetsuppgift

#### *1. Öppenhet för att våga se att våld förekommer i nära relationer*

BVC-sköterskorna reflekterade över att det är angeläget att våga identifiera/vara uppmärksam på tecken på att våld kanske förekommer i familjerna de möter i BHV. Flera av dem beskrev att de börjat se saker som de tidigare inte lagt märke till och att de blivit mycket mer observanta, eller kanske snarare att de inte längre bortsåg från sådant som de tidigare inte noterat på samma sätt. Till exempel nämndes att man inte var nöjd med förklaringen om att blåmärken uppstått för att mamman ”gått på en skåpdörr” utan att man då ställde direkta frågor om våld. Mammor som uteblev från besök på BVC, avböjde hembesök eller gjorde täta besök utan klar anledning var andra beteenden som väckte oro hos BVC-sköterskan och då även aktualiserade frågan om det kunde handla om våldsutsatthet. Det beskrevs också som viktigt att våga agera och sätta gränser när olämpligt beteende/fysiskt våld skedde när BVC-sköterskan är närvarande.

Hembesök beskrevs som bra tillfällen att uppmärksamma olika svårigheter i en familj. Under dessa ser BVC-sköterskan hur relationen mellan föräldrarna verkar vara och hur de beter sig mot varandra. Ett uppfattat kontrollbehov hos pappan var ett observandum som de kunde återkomma till och fråga mamman om senare. Lyhördhet och magkänsla var något BVC-sköterskorna tog upp som viktigt. Om de var oroliga ställde de upprepade frågor, vid senare tillfällen. I samband med hembesöket hade nyligen en allmän information om barns rätt att växa upp utan våld initierats, och en broschyr om



detta delas ut. BVC-sköterskor efterfrågade broschyren på flera språk. Familjecentralen utgjorde en arbetsform som lyftes fram och som BVC-sköterskor menade gav bättre möjligheter för dem själva, och andra professioner, att observera familjen.

Besöket på BVC där man använder instrumentet Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) beskrevs som ett bra tillfälle att fråga mamman om våld. Dels hade BVC-sköterskan då fokus på mammans psykiska hälsa, dels hade de mamman i ett enskilt samtal, utan partner. Man uppfattade att användandet av ett frågeformulär ledde till mera "sanna svar", och att det blev mycket lättare att ta upp frågan om våld när man hade ett enkelt frågeunderlag. Detta hade även lett till att man i den värmländska mödrahälsovården börjat använda samma instrument, ViF, då man ställer frågan om våldsutsatthet under graviditeten.

BVC-sköterskorna beskrev hur viktigt det är att lyssna på mammors berättelser, och att prata med både mamma och pappa. De beskrev även att de kunde känna en rädsla för att bli manipulerade vid vårdnadstvister, där våld i nära relation kunde återopas.

## **2. Relationsbyggande**

BVC-sköterskorna beskrev relationen till föräldrarna som central. En viktig del av deras uppdrag handlar om att bygga upp en vårdrelation, framför allt med (utsatta) mammor, men ibland också med pappor och barn. Relationen beskrevs som viktig i sig, men också för att "ha koll".

BVC-sköterskorna beskrev att de uppfattade det som centralt i sitt arbete att bibehålla relationen till utsatta mammor, och att en stor del av deras arbete handlar om att finnas med som ett stöd över lång tid. Vid längre kontakter med familjer lärde de känna familjerna väl, fick kännedom om hur de hade det och kunskap om deras sociala nätverk. Det förekom att man hade känt föräldrar från det att de själva var barn.

Att göra en orosanmälan beskrevs som att det innebar en risk för att förlora relationen genom att föräldern drog sig undan, kanske till och med flyttade eller bytte BVC. Det innebar att man noga övervägde när och hur en eventuell orosanmälan skulle göras. Man ville helst informera föräldrarna och göra dem delaktiga i orosanmälan, för att försöka undvika sådana avbrott i relationen. När man lyckades så som man önskade beskrevs erfarenheter av att det var möjligt att bibehålla en god relation och ibland till

och med få tack från föräldrarna för att anmälan hade gjorts. Det fanns dock flera erfarenheter av att en orosanmälan bröt relationen genom att föräldrarna avslutade vårdkontakten.

BVC-sköterskorna beskrev att det uppstod en svår situation i fall där de gjorde en orosanmälan men inte uppfattade att det ledde till någon åtgärd från socialtjänsten. I sådana situationer beskrev de att orosanmälan hade gett en förtroendeskada, ökat risken för att relationen bröts och att de ”tappade” barnet. Att relationen till föräldrarna och barnet avbröts ingav dem oro; det blev en mindre vuxen som kunde följa upp ett barn som hade misstänkts fara illa.

I de fall BVC-sköterskan kunde fortsätta sin kontakt med den våldsutsatta mamman och finnas med i den fortsatta processen beskrevs det som mycket bättre även om det var svårt och väckte känslor. Det var möjligt för dem att förklara olika skeenden och framförallt att hänvisa mamman till olika insatser, till exempel ett skyddat boende. BVC-sköterskorna beskrev även att de kunde följa med till socialtjänsten och finnas med som stöd i vårdnadsprocessen, inom ramen för den långsiktiga relationen mellan BVC-sköterska och den våldsutsatta mamman.

Barnen nämndes inte på samma sätt, men det förekom att BVC-sköterskan pratade med äldre barn om våld, i närvaro av familjen. Annars beskrevs mer vikten av att skydda barnet i olika situationer.

### **3. *Tvärprofessionell samverkan.***

Alla BVC-sköterskor beskrev vikten av att samarbeta med andra verksamheter, både inom hälso- och sjukvården och inom socialtjänsten. Många beskrev positiva erfarenheter av kontakterna med andra verksamheter i arbetet kring våldsutsatta, men det finns också önskemål om förbättringar, och situationer där det beskrevs som att man arbetade mot olika mål.

Samverkan med socialtjänsten beskrevs av flera BVC-sköterskor som komplicerad. Socialtjänstens tystnadsplikt upplevdes som ett hinder för ett gott samarbete i de enskilda ärendena. För att få information om vad som hände måste BVC-sköterskorna vanligtvis tillfråga berörd mamma/föräldrar. Detta skilde sig från hur man var van att utbyta information om patienter inom hälso- och sjukvården. BVC-sköterskorna

saknade återkoppling från socialtjänsten, och uttryckte att de i vissa ärenden var osäkra på om vare sig utredning eller någon insats gavs. De uttryckte även en otrygghet om barnets bästa var i fokus. Ibland fick BVC-sköterskorna svara på frågor från socialtjänsten, men hörde sedan inget mera vilket väckte frustration. ”*Jättehemskt, för vi vårdar ju samma barn*”.

Skillnaden var stor för de BVC-sköterskor som hade sin arbetsplats på en familjecentral. De beskrev ett gott stöd av socialtjänsten och ett gott samarbete i enskilda ärenden. Fysisk närhet beskrevs som bra förutsättning för fungerande samarbete. BVC-sköterskorna menade att samarbetet blev lättare när man kunde ”bolla” tankar informellt, jämfört med ett formellt remissförfarande eller en orosanmälan. Samverkan med socionom på familjecentral, där man höll gemensamma samtal med föräldrar, eller motsvarande tillsammans med läkare på vårdcentral och tvärprofessionella hembesök, var andra exempel på konkret samarbete som uppfattades som positivt.

Samverkan var emellertid något som inte bara beskrevs i relation till socialtjänsten. Flera BVC-sköterskor tog upp samverkan i den egna organisationen. Att samarbete med mödrahälsovården var det som beskrevs som enklast - ”*pratar med dem om man upplever konstigheter*”. Att rapportera över ett ärende när en familj bytte till ett annat BVC vid flytt (med medgivande) beskrevs som viktigt. Grupphandledning, formellt och informellt stöd från kollegor, kurator, chef och psykolog, utgjorde viktiga förutsättningar för att arbetet med våldsutsatta mammor skulle fungera. Det räckte dock inte att det fanns en kollega med denna funktion, till exempel en psykolog med uppdrag att ge stöd till BVC-sköterskan i svåra ärenden. Kollegans personlighet, personliga mognad och erfarenhet beskrevs av BVC-sköterskorna ha stor betydelse för hur mycket stöd man bedömde sig kunna få i det aktuella läget, och därmed för i vilken utsträckning man använde sig av funktionen eller ej.

Polisanmälan beskrevs som något som socialtjänsten uppfattades ha ansvar för och som man även hade erfarenhet att de tog ansvar för. Det fanns dock även enskilda BVC-sköterskor som hade tagit egen kontakt med polisen.

För flera av BVC-sköterskorna hade samverkan med andra instanser inte fungerat så bra som de hade förväntat sig när de uppmärksammat en våldsutsatt mamma. BVC-sköterskorna beskrev sitt uppdrag som att uppmärksamma, men inte själva ta ansvar för den fortsatta handläggningen av vården. Det var emellertid långt ifrån alltid klart vem som skulle ta vid och ge stöd till mammor som utsatts för våld i sin nära relation. BVC-sköterskorna beskrev det även som oklart vem som skulle ta ansvar för kontakten med pappor som utsätter sin partner för våld eller för barn som bevittnar våld mot en förälder. BVC-sköterskorna beskrev att de saknade egen kompetens för detta och de uppfattade det inte heller som sitt ansvar eller uppdrag. Deras roll i BHV innebär att de uppmärksammar olika sjukdomar eller symtom, och remitterar familjerna vidare till rätt vårdinstans. Det egna uppdraget handlar om att arbeta hälsofrämjande och förebyggande. När de uppmärksammade att en mamma var utsatt för våld var det emellertid flera som saknat en instans att remittera vidare till, och som både vill och kan ta emot familjen. Den rutin som fanns i verksamheten för handläggning fungerade inte alltid i de enskilda ärendena. Det kunde till exempel handla om att en mamma som utsatts för våld även hade en egen missbruksproblematik eller en psykisk ohälsa som innebar att hon kom att bollas mellan mödra- och barnhälsovårdspsykologerna, socialtjänsten och öppenvårdspsykiatrin som alla tyckte att någon annan var den lämpligaste insatsen.

I ett av de två landsting som BVC-sköterskorna var verksamma i pågick ett byte av journalsystem. Några av BVC-sköterskorna påtalade att när olika vårdenheter inte har tillgång till och kan ta del av varandras journaler kan det leda till fördröjd insikt om att en förälder eller ett barn utsätts för våld och därmed en fördröjning av en orosanmälan

#### **4. *En engagerande arbetsuppgift***

BVC-sjuksköterskorna beskrev att de blev engagerade av frågan om våld i nära relation, och att mötet med våldsutsatta kvinnor väckte starka känslor; ansvar, rädsla, frustration, ilska, otillräcklighet och vanmakt. Det innebar att de fick ett ökat behov av eget känslomässigt stöd, handledning och kontinuerligt lärande. De blev också mer beroende av att andra verksamheter tog ansvar för sina uppdrag så att de kunde remittera de våldsutsatta kvinnorna vidare för stöd och hjälp i olika avseenden.

Barnen och barnens behov var oftast inte i fokus för BVC-sjuksköterskornas berättelser om sina erfarenheter och känslor. Det var mammornas situation som var i centrum, och som väckte tankar och engagemang. Om mammans situation förändrades, till exempel genom separation från mannen, så att hon inte längre var utsatt för våld, tycktes BVC-sjuksköterskornas oro lägga sig. Det förekom att en BVC-sköterska hade försökt remittera barn för insats, men det vanligaste tycktes vara att oron för barnens situation minskade när föräldrarna separerade.

## Diskussion

### Hur stor andel av mammor tillfrågas om utsatthet för våld i nära relation på BVC?

Den genomförda studien bekräftar att implementering av nya rutiner i vården tar tid. Även när man hade fattat ett beslut i vardera landstings BHV att införa en ny rutin att fråga mammor om våld i nära relationer, var det långt ifrån samtliga BVC som hade börjat arbeta på det nya sättet vid den tidpunkt då uppföljningen genomfördes. Det var inte i något fall så att en BVC-enhet sagt att man inte ämnade att införa rutinen, man bara sköt fram införandet i tiden. Många gånger motiverades detta med arbetsbelastning, byte av personal och andra arbetsförhållanden som innebar att man inte bedömde sig ha möjlighet att införa en ny rutin och det var något som var både känt, och i viss mån accepterat av BHV-ledningen. Under hösten 2017 införde dock fler och fler BVC-enheter rutinen att fråga om våld med stöd av ViF-formuläret, och införandet förväntas att fortsätta. Vid de BVC där man hade infört den nya rutinen tycktes den fungera väl, såtillvida att den användes i merparten av de aktuella hälsosamtalen med mammorna och att BVC-sköterskorna beskrev tillvägagångssättet som välfungerande. Vi kunde notera att rutinen infördes något tidigare och med högre följsamhet i det ena landstinget, vilket även kan indikera att den övergripande förankringen av införandet har betydelse. De registerblad som skapades för föreliggande uppföljning, med möjlighet att spåra vilken BVC-sjuksköterska som besvarat den, kan utgöra ett instrument för verksamhetsutvecklarna inom respektive BHV att använda vid årliga uppföljningar av den fortsatta implementeringsgraden.

### Hur stor andel av de tillfrågade mammorna uppgav utsatthet för våld i nära relation, och skiljde sig detta från när man prövade tillvägagångssättet i ett forskningsprojekt?

Andelen tillfrågade mammor som uppgav att de hade varit utsatta för våld var i implementeringsstudien högre än i pilotstudien. En närmare analys visade dock att en relativt

stor andel uppgett våld som de utsatts för av annan person än sin partner eller tidigare partner (52 , eller ca 10 %), och att det inte var säkert att denna person var en anhörig. När denna andel togs bort var andelen mammor som uppgav att de utsatts för våld i nära relation 13,5%, dvs. något lägre än i pilotstudien (16%). Skillnaden var dock relativt liten, och implementeringsstudien tyder på att rutinmässiga frågor om våldsutsatthet i BHV fångar upp många kvinnor som har utsatts för våld i en nära relation.

Även om det förekom att mammor i pilotstudien också tog upp våld från någon utomstående var de enbart i enstaka fall. Det kan bero på den muntliga och skriftliga information som mammorna i pilotstudien fick innan de gav sitt informerade samtycke om att medverka. Där framgick tydligt att det var våld i nära relationer som studien avsåg. När rutinen infördes som en del av barnhälsovårdens arbete blev momentet att fråga inte längre något man förberedde och informerade om i förväg att man skulle göra. Resultatet i implementeringsstudien pekar på att man kan behöva göra ett klagörande tillägg i instrumentet ViF, samt att BVC-sköterskorna kan behöva bli tydligare i att frågeformuläret och samtalet fokuserar på våld i familjen.

Den positiva erfarenheten av att använda ett enkelt formulär medförde som tidigare beskrivits även att man i Värmland tog beslutet att använda ViF i mödravården då frågan om våld ställdes. Man bedömde det fördelaktigt att rutinen på detta sätt återkom vid flera tillfällen, och menade att instrumentet ViF underlättade för barnmorskorna att ställa frågan om våld i nära relation till alla gravida på ett likartat sätt. Dessutom möjliggör detta förfarande att det i framtiden blir möjligt att jämföra prevalens av rapporterat våld i nära relation under graviditeten och efter att barnet fötts.

### Vilket stöd får våldsutsatta mammor och barn som uppmärksammas i barnhälsovården, och vilka reflektioner har BVC-sköterskorna om sina erfarenheter?

Intervjustudien belyste tydligt att det inte räcker med att uppmärksamma kvinnor som utsätts för våld i nära relationer. Vården måste ha beredskap att ge stöd åt kvinnan och familjen i övrigt. När man prövat att införa rutinmässiga frågor om våld i andra länder har det visat sig att det finns stora risker att rutinerna frångås om det inte finns en helhjärtad beredskap i hela vårdsystemet att hantera frågan (Garzia-Moreno m fl., 2014).

BVC-sköterskornas roll är inte att erbjuda vård och stöd vid olika allvarliga tillstånd, de är vana att lotsa barn och föräldrar som de uppmärksammat ha ett vårdbehov vidare till läkare, psykolog, logoped eller annan specialistinstans. Förfarandet innebär en remiss till annan profession i den egna organisationen, en tydlig och enkel rutin. Motsvarande tydlighet och enkelhet saknades enligt flera av BVC-sköterskorna när det gäller våld som uppmärksammades. När rutinen innebar att man skulle göra en orosanmälan till socialtjänsten, uppfattades det i vissa fall som komplicerat. I de fall då BVC-sköterskan inte hade närhet till och kännedom om socialtjänsten genom andra kontaktytor kom samverkan att kännetecknas av bristande information som ledde till osäkerhet om att barnets och familjens behov tillgodosågs. Även när en remiss till annan enhet i hälso- och sjukvården bedömdes vara mest relevant förekom att BVC-sköterskan inte fick det stöd som hon förväntat, och att den våldsutsatta mamman hänvisades vidare. När detta skedde innebar det ett tillitsbrott i relationen mellan BVC-sköterska och mamman, som påverkade relationen negativt. Det bör utvecklas en annan tydlighet hur våldsutsatta kvinnor och barn får stöd och nödvändiga insatser för sin psykiska hälsa inom hälso- och sjukvården. Detta är sannolikt en förutsättning för att implementera och upprätthålla en rutin att fråga om våldsutsatthet. Det är en förutsättning för att BVC-sköterskorna ska känna den trygghet som krävs för att fråga om våldsutsatthet (Hooker, Small & Taft, 2016). Det är dock viktigt att ta i beaktande att alla de erfarenheter som BVC-sköterskorna beskrev, inte tidsmässigt hängde samman med införandet av den nya rutinen. En del utsagor kunde härledas till erfarenheter som låg längre tillbaka i tiden.

Barnhälsovården har genomgått en stor förändring från det att det var i stort sett enbart mammor som kom med sina barn till besöken till att det nu i stor utsträckning är båda föräldrar som kommer tillsammans. Detta är en utveckling som man har uppmuntrat då ett jämställt föräldraskap har varit ett mål att arbeta för. Det innebär dock en svårighet i arbetet med våld i nära relationer, framförallt genom att det blivit betydligt mindre vanligt att man kan prata med mamman enskilt. Frågan om man inte borde erbjuda pappor enskilda samtal och ge dem motsvarande rutinfrågor uppstod även inom ramen för både denna studie och pilotstudien. Detta är en av de frågor som bör undersökas mer, liksom hur man ska förhålla sig till samkönade relationer.

BHV utgör en del av hälso- och sjukvården och ligger inom landstingens/regionernas ansvar. Det innebär att det finns utrymme för lokala variationer. Samtidigt finns en nationell samverkan och styrning där man gemensamt gör överenskommelser om nationella program och riktlinjer

som utgör styrdokument för samtliga BHV-organisationer. De nationella riktlinjerna har avgörande betydelse, och även om man inte på alla håll förmår genomföra allt som ligger inom det så kallade basprogrammet, utgör det en given målbild som alla arbetar för att uppnå. Uppdraget att fråga om våldsutsatthet som en rutin har ännu inte inkluderats i det nationella programmet (Rikshandboken, 2016). Denna studie och andra pågående kan dock utgöra en värdefull grund för att pröva frågan vidare. Målsättningen bör vara att rutinfrågor om våldsutsatthet inkluderas i BHV arbete, och att det finns ett gott omhändertagande när våldsutsatta föräldrar och barn uppmärksammas.

Följande områden bedöms i behov av fortsatt utveckling och utvärdering

- Mer kunskap behövs om hur våldsutsatta mammor och barn som uppmärksammas i BHV kan erbjudas de insatser de behöver på ett tillfredställande sätt. Mödra- och barnhälsovårdspedagogernas roll behöver tydliggöras, liksom barn- och ungdomspsykiatriens respektive allmänpsykiatriens ansvar för barn och föräldrar som utvecklat psykisk ohälsa efter våldsutsatthet, eller som har en egen våldsbenägenhet.
- Samverkan mellan BHV och socialtjänsten behöver utvecklas. Det innebär en utmaning då BHV är en insats för alla och därmed dimensionerad för att möta alla barn, medan socialtjänsten har målgruppen barn som har behov av socialtjänstens skydd eller insatser. Olika möjligheter bör dock prövas och utvärderas, till exempel om familjecentraler är en bra arena för arbetet med våldsutsatta kvinnor och barn.
- Barnperspektivet och kunskapen om hur barn påverkas av våld behöver förstärkas i BHV. BVC-sköterskornas engagemang riktas i första hand till de våldsutsatta mammorna och det finns en risk att barn som fått egna svårigheter eller svårigheter i samspelet med föräldrarna inte uppmärksammas tillräckligt.
- BHV arbete baseras på olika rutiner som sammanställts i nationella riktlinjer. Ett arbete för att etablera riktlinjer på detta område bör stödjas.



## Child-Parent Psychotherapy – stöd till fortsatt implementering av en insats i hälso- och sjukvården för våldsutsatta föräldrar och barn.

Kjerstin Almqvist<sup>1</sup>, Anna Norlen<sup>1,2</sup>, Karin Pernebo<sup>3,4</sup>, och Pamela Massoudi<sup>3</sup>.

### Bakgrund

Socialstyrelsen gav 2012 Göteborgs och Karlstad Universitet i uppdrag att utveckla bedömningsmetoder och stödinsatser för våldsutsatta barn (Dnr 2.4-55224/2012). Uppdraget innebar bland annat att utvärdera genomförbarheten av fyra insatsmetoder (Traumafokuserad Kognitiv Beteendeterapi, Child–Parent Psychotherapy, Project Support och Kid’s Club), som visat goda effekter i upprepade internationella studier. Projektet löpte 2012 - 2014 och avrapporterades till Socialstyrelsen våren 2015 (Broberg m. fl., 2015). Insatsmetoden Project Support, som prövats i Socialtjänsten, fick därefter ett implementeringsstöd som möjliggjorde utbildning av fler behandlare och utvärdering av insatsen på ett något större material (Almqvist & Draxler, 2016). Föreliggande projekt gav möjlighet att på motsvarande sätt bidra till implementering av CPP i Sverige.

Child–Parent Psychotherapy (CPP) hade inte prövats i Sverige före genomförbarhetsstudien i iRiSk-projektet. CPP är en dyadisk barnpsykoterapi som är utvecklad för våldsutsatta föräldrar och barn 0 - 6 år, men som även har vetenskapligt stöd för att användas med barn som är psykiskt traumatiserade av andra anledningar, t ex föräldrars dödsfall eller allvarliga sjukdomar (Lieberman, Van Horn & Ghosh Ippen, 2005; Tooth, Rogosch & Cicchetti, 2006). CPP är även möjlig att använda för insats till barn i familjehem. Teoretiskt är CPP en integrativ behandlingsmetod, baserad på anknytningsteori, traumateori, neuropsykologi och utvecklingspsykologi. Metodmässigt används tekniker från såväl psykodynamisk psykoterapi som kognitiv beteendeterapi. Lek, bild och rörelser är centrala i behandlingsarbetet, vilket innebär att barnet blir delaktigt på egna villkor tillsammans med sin förälder. Behandlingstiden är flexibel, beroende på allvaret i barnets och föräldrarnas svårigheter, men mellan 15 och 30 behandlingstillfällen är vanligast. Målet för behandlingen i CPP är att förbättra anknytningsrelationen mellan barnet och föräldern, att skapa en sammanhållen berättelse som ger förståelse hos barn och förälder om vad som hänt och hur man påverkas av

trauma/påfrestningar samt stärka föräldraförmågor och stimulera typisk utveckling hos barnet.

För att kunna importera CPP till Sverige med god kvalitet etablerades samarbete med de forskare som utvecklat metoden; Alicia Lieberman och Chandra Ghosh Ippen, University of California, San Fransisco. Upphovsmännen till CPP är angelägna om att bibehålla metodens kvalitet vid spridning, och har utvecklat ett utbildningskoncept där de själva i hög utsträckning har kontroll på all utbildning som sker. Det har borgat för god behandlingskvalitet, men även bidragit till att metoden hittills varit föga spridd utanför USA. När teamet i San Fransisco accepterade att gå in i projektet var det den första internationella satsningen man hade gjort förutom en utbildning i Israel. Utbildningen genomfördes av Chandra Ghosh Ippen som besökte Sverige vid tre tillfällen och dessutom hade konsultationer med de 12 behandlarna i den första utbildningsomgången var 14:e dag i 18 månader. För att säkra följsamheten till metoden användes olika arbetsmaterial som behandlarna fyllde i och rapporterade. Metoden prövades efter den inledande utbildningen vid fem enheter: Barn- och ungdomspsykiatri i Växjö, Karlstad och Hisingen samt verksamheterna Tummen i Karlstad och Bojen i Göteborg.

Genomförbarhetsstudien var lovande och såväl behandlare som föräldrar var genomgående positiva (Broberg m. fl., 2015). CPP är en behandlingsmetod som passar väl för barn- och ungdomspsykiatriens uppdrag, men som även kan användas inom andra behandlingsenheter i hälso- och sjukvården, till exempel barnhälsovården eller första linjen, beroende på hur man organiserat uppdraget avseende behandlingsinsatser för barn i åldersgruppen. Av de fyra metoder som prövades i genomförbarhetsstudien var CPP lättast att acceptera av de svenska behandlarna, då teoretisk förankring och metodologiskt utförande matchade de i Sverige dominerande värderingarna bland professionella som arbetar med barn i åldrarna 0 - 6 år. Med hänsyn till att förskolebarn är den åldersgrupp som har högst utsatthet för att bevittna våld mellan föräldrar, och att det saknats evidensbaserade anpassade behandlingsmetoder för våldsutsatta små barn som utvecklat en egen problematik med allvarliga symtom, bedömdes det särskilt angeläget att sprida CPP i Sverige. För att detta skulle vara möjligt krävdes dock svenska utbildare och handledare, samt utveckling och översättning av material anpassat till en svensk utbildning.

Antalet utbildade behandlare och behandlade familjer i CPP var mycket begränsat, (12 behandlare och 12 familjer) då iRiSk rapporterades 2015. För att få ett bättre underlag för att

bedöma CPPs styrkor och svagheter inför en eventuell implementering i svensk hälso- och sjukvård behövde fler behandlare utbildas och ett större patientunderlag inkluderas. En andra utbildning genomfördes med stöd av Ericastiftelsen 2015 – 2017, vilket innebär att det idag finns totalt ca 30 behandlare som är utbildade i metoden av Chandra Ghosh Ippen. Utbildning av svenska utbildare/handledare hade inletts men finansiering av deras utbildning samt övrig utveckling av en svensk utbildning, till exempel översättning och bearbetning av undervisningsmaterial, saknades före detta projekt.

Materialet från de behandlingsärenden som genomfördes inom ramen för från iRiSk-studien (totalt 19 barn och föräldrar), var ej färdigt för analys vid rapporteringen 2015. Analys och rapportering av resultaten från genomförbarhetsstudien kan ge fortsatt stöd till implementeringen av CPP i Sverige, dels genom att belysa hållbarheten av tidigare redovisade effekter av metoden, dels genom att sprida information om metoden och dess användbarhet i hälso- och sjukvården.

### **Syfte med detta projekt**

Syftet var att ge förutsättningar för att implementera Child–Parent Psychotherapy i hälso- och sjukvårdens arbete för våldsutsatta barn och föräldrar genom att

1. Översätta och utveckla undervisningsmaterial anpassat till svenska förhållanden.
2. I samverkan med Chandra Ghosh Ippen, University of California, San Fransisco, utbilda två svenska utbildare och handledare (Karin Pernebo, leg. psykolog, leg. psykoterapeut och Pamela Massoudi, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, fil. dr.), för att kunna erbjuda utbildning och handledning på svenska.
3. Bearbeta och rapportera insamlade data om behandlingsärenden med CPP för att belysa hållbarheten av metodens effekter vid implementering i svensk kontext samt sprida information om metoden i hälso- och sjukvården.

### **Resultat**

Genom implementeringsstödet har en rad åtgärder genomförts som möjliggjort att genomföra den första utbildningen i Child–Parent Psychotherapy på svenska och i svensk regi.

Utbildningsmaterialet har översatts av auktoriserad översättare, i samarbete med de båda psykologer/psykoterapeuter som övertar utbildningen i Sverige. Dessa har granskat, redigerat och bearbetat allt översatt material, till exempel bildspel, kartläggningsinstrument och

metodtrohets instrument. De ansvariga utbildarna har även utvecklat eget material för den svenska utbildningen, t ex ärendebeskrivningar, demonstrationsfilmer och övningar, för att anpassa utbildningen till svensk kontext. De har även detaljplanerat den svenska utbildningen. Allt arbete med den svenska anpassningen har skett i nära samarbete med Chandra Ghosh Ippen.

Utbildningen i CPP har i Sverige utformats som en högskoleutbildning, där teori och praktik kombineras. Detta arbete har genomförts i samarbete med projektansvarig, rektor för Ericastiftelsen där utbildningen ges, och de två utbildarna. Det innebär även att samtliga krav för en högskolekurs har utvecklats (20 HP), med litteratur som examineras (individuellt skriftligt tentamen) i tillägg till de kliniska uppgifterna som måste uppfyllas för att bli godkänd (deltagande i metodkonsultation, egna ärenden som föredras i metodkonsultation, mm). Teoretiska moment om psykisk traumatisering och annan relevant teoribildning har därmed integrerats i den inledande kursveckan. Det viktigaste momentet i utbildningen utgörs av att deltagarna har egna ärenden i behandling och att de deltar i utbildande konsultation var 14:e dag där tillvägagångssätt i behandlingen diskuteras, baserat på inspelat eller skriftligt dokumenterat material. Fördjupande utbildningstillfällen återkommer under utbildningen gång, som totalt beräknas ta 20 månader. Utbildningen har godkänts inom ramen för Psykologförbundets specialistordning, där den motsvarar två kurser i klinisk psykologi. Psykologer som önskar tillgodogöra sig utbildningen enligt specialistordningen genomför även en individuell skriftlig hemuppgift.

Genom projektmedlen har de svenska utbildarna kunnat erhålla handledning inför utbildningstillfällena samt på varje konsultationstillfälle som de genomför med deltagarna i utbildningen (var 14:e dag) av Chandra Ghosh Ippen. Detta är i enlighet med de krav som metodens upphovsman ställt upp för att sprida metoden till andra som kan ta ansvar för utbildningen. Sverige är därmed det första landet som ges möjlighet att ge utbildningen i CPP på sitt hemspråk.

Allt arbete har skett i nära samarbete med Chandra Ghosh Ippen, och undervisningsmaterialet har godkänts för undervisning i Sverige av henne och Alicia Lieberman på University of California, San Francisco. Den svenska utbildningen är därför fullt ut godkänd av upphovsmännen till CPP.

## Nuvarande spridning av CPP

Idag finns drygt 30 utbildade CPP - terapeuter i Sverige samt ytterligare 28 under utbildning i den utbildning som inletts 2017. Idag finns CPP med i behandlingsutbudet i flera barn- och ungdomspsykiatriska mottagningar; Borås, Ericastiftelsen, Kronoberg, Kungälv, Malmö (Viktoriagården), NU-sjukvården, Norrtälje, Skaraborg, Stockholm (inkl Traumaenheten, Prima, Mellanvården och Ektorpe) Värmland, Södertälje, Örebro och Östergötland (Traumamottagning Elefanten). CPP erbjuds även vid andra enheter; Föräldra- barnhälsovården i Värmland, Drottning Silvias och Skaraborgs barnmedicinska mottagningar, St Lukas i Luleå samt behandlingsverksamheterna Bojen, Gryningen, Rädda Barnens Centrum och Barnteamet Södertälje.

Ett dilemma för flera verksamheter är att vidmakthålla ett tillräckligt stort antal utbildade terapeuter för att metoden ska få stabilitet i verksamheten. I såväl barn- och ungdomspsykiatri som i andra verksamheter i hälso- och sjukvård samt socialtjänst är omsättningen av medarbetare hög på vissa orter. Vi har kunnat konstatera att under perioden 2012 – 2017, när arbetet med att importera CPP till Sverige pågått, är det minst en tredjedel av de utbildade terapeuterna som inte fortsätter att arbeta med insatsen efter utbildningens slut på grund av förändrade arbetsförhållanden eller byte av arbetsplats. Det krävs därför en kontinuerlig möjlighet att utbilda nya medarbetare för att verksamheter som infört metoden i sitt behandlingsutbud ska kunna fortsätta erbjuda insatsen.

## Nordisk samverkan

För att skapa hållbara förutsättning till fortsatt utveckling och etablering av Child–Parent Psychotherapy har ett nordiskt nätverk etablerats. Två möten har hållits hittills. Nätverket avser att ge stöd och inspiration till de som utbildats i metoden genom att de kan träffas och föredra ärenden där de får kollegial konsultation, samt tar del av forskning och utveckling som genomförs om metoden. Hittills har även Chandra Ghosh Ippen medverkat i de möten som genomförts i Nordic Network for CPP. Upphovsmännen stöder tanken på ett utvidgat nordiskt nätverk där även exempelvis Danmark kan inkluderas, då det underlättar spridning av metoden.

Fem norska psykologer och psykoterapeuter från Alternativ Till Våld och Barn- och ungdomspsykiatri deltog i den andra utbildningen som genomfördes i Sverige och följer nu den första som genomförs av Chandra Ghosh Ippen i Norge med sikte på att utveckla en norsk utbildning i likhet med den svenska. I den första norska utbildningen deltar 28 behandlare. I

den nuvarande utbildningen i Sverige deltar även tre finska behandlare.

Forskare från Regionalt kompetanscenter för Barn och Ungdomspsykiatri (RBUP) i Norge genomför nu en genomförbarhetsstudie motsvarande den som genomfördes på Socialstyrelsens uppdrag inom ramen för det första iRiSk-projektet. Ett samarbete är etablerat för att genom en gemensam rekrytering av behandlare och patienter skapa förutsättningar att få den ärendevolym som krävs för att genomföra en randomiserad kontrollerad norsk-svensk studie.

### **Den svenska genomförbarhetsstudien av CPP – effekterna av insatsen när hela materialet analyserats.**

Som tidigare beskrivits var underlaget av samtliga CPP-ärenden inte analyserat när iRiSk-projektet med genomförbarhetsstudien rapporterades (Broberg & Almqvist m. fl., 2015). Sammanlagt inkluderades 19 förälder – barn-dyader för behandling i den studien. Föräldrar rapporterade såväl egna som sina barns symtom genom upprepade föräldraskattningar vid varje session. För kartläggning av barnens symtom användes Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-P) och Young Child PTSD Checklist (YCPC). Föräldrarna skattade även egna posttraumatiska symtom samt den egna föräldraförmågan med tre olika instrument. För beskrivning av metod och instrument se Broberg & Almqvist m. fl. (2015). Barnens förbättringar visas i tabell 1 nedan.

Tabell 1: Barnens symtom på psykisk ohälsa (SDQ-P) och posttraumatisk stress (YCPC) före (T1) och efter (T2) insats med CPP enligt deras föräldrars rapportering (n = 19)

	T1 M (SD)	T2 M (SD)	<i>p</i>
SDQ-P Tot.score	18,06 (8,32)	13,06 (6,84)	.007
SDQ-P Impact	2,41 (2,06)	1,12 (1,8)	.004
YCPC Tot. score	22,09 (16,38)	10,54 (7,84)	.028

Förutom att barnen förbättrades av insatsen rapporterade föräldrarna även signifikanta förbättringar av sin egen hälsa efter att de deltagit i CPP. Egenrapporterade generella symtom på psykisk ohälsa (HSCL-25) sjönk från M = 1,52 till M = 0,86 ( $p = .006$ ). Även symtom på posttraumatisk stress (IES-R) reducerades signifikant hos de våldsutsatta föräldrarna, från M =

37,67 till  $M = 26,17$  ( $p = .009$ ).

## Diskussion

Sammanfattningsvis har det erhållna implementeringsstödet skapat förutsättningar för att etablera den svenska utbildningen i Child–Parent Psychotherapy, och lagt grunden för fortsatt utvecklingsarbete.

Att importera och sprida internationella psykologiska behandlingsmetoder i en ny kulturell kontext kräver noggrann utvärdering och en lång implementeringsprocess (Gardner, Montgomery & Knerr, 2015). Child–Parent Psychotherapy är en behandlingsmetod med en rad kvaliteter som talar för att metoden sprids i Sverige. Den har gott vetenskapligt stöd och har visat goda effekter, den har visat god genomförbarhet och acceptans hos både föräldrar, barn och behandlare, och den riktar sig till en målgrupp där behandlingsinsatser saknas (Broberg m. fl., 2015). Genom iRiSk-projekten har det även varit möjligt att etablera en svensk utbildning av god kvalitet, och med svenska, av upphovsmännen godkända, utbildare och handledare. Trots detta kan man inte räkna med att metoden är införd och etablerad i Sverige. iRiSk-projekten har tydligt visat på den bristande stabiliteten bland medarbetare och organisationer med ansvar att erbjuda insatser till våldsutsatta barn som finns i dagens Sverige. Utbildade medarbetare byter tjänster, uppdrag och arbetsplatser, vilket gör att flera av de personer som utbildats i CPP inte fortsätter att bedriva insatsen. Detsamma gäller samtliga fyra evidensbaserade insatser som prövades i iRiSk-projektet. Det innebär att utbildning i en behandlingsmetod måste bedrivas över lång tid så att ett större antal behandlare får kompetensen ifråga, och att de som slutar bedriva insatsen därmed kan ersättas med nya behandlare med utbildning. Ett nationellt stöd för utbildningar för hälso- och sjukvårdens personal i insatser för våldsutsatta barn och föräldrar som utvecklat psykisk ohälsa behövs.

Hittills har det varit de enskilda landstingen/regionerna som avgjort om de bedömer att särskild kompetens behövs inom vården för att bedriva behandling till våldsutsatta barn och föräldrar som utvecklat en egen problematik med psykisk ohälsa. En ökad tydlighet i hälso- och sjukvårdens uppdrag på detta område, i likhet med det tydliga uppdrag socialtjänsten har att erbjuda stöd till alla våldsutsatta kvinnor och barn, skulle behövas. Child–Parent Psychotherapy utgör ett gott behandlingsalternativ till barn som traumatiserats av våld i familjen eller andra allvarliga livshändelser, men tillgången till insatsen behöver breddas och förstärkas. Även

fortsatt forskning och utvärdering av olika insatser behövs även. Små barn som utvecklat psykiska svårigheter efter att de bevittnat våld mot en förälder har rätt till effektiva behandlingsinsatser!



## Referenser

- Almqvist, K., & Draxler, H. (2016). *Project Support – hållbart föräldrastöd*. Rapport från Karlstads universitet.
- Almqvist, K., Källström, Å., Appell, P., & Anderzén-Carlsson, A. (2017). Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden. *Journal of Child Health Care*. DOI:10.1177/1367493517753081.
- Anderzén-Carlsson, A., Gillå, C., Lind, M., Almqvist, K., & Källström, Å. (2017). Child health care nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence *Journal of Clinical Nursing*. DOI: 10.1111/jocn.14242
- Broberg, A. G., Almqvist, L., Axberg, U., Grip, K., Almqvist, K., Sharifi, U., Cater, Å. K., Forssell, A., Eriksson, M., & Iversen, C. (2011). *Stöd till barn som upplevt våld mot mamma*. Göteborg: Göteborgs universitet, Psykologiska institutionen.
- Broberg, A. G., Almqvist, K., Appell, P., Axberg, U., Cater, Å., Draxler, H., Eriksson, M., Hjärthag, F., Hultman, O., Iversen, C., & Röbbäck de Souza, K. (2015). *Utveckling av bedömningsinstrument och stödinsatser för våldsutsatta barn*. Rapport från Göteborgs, Karlstads och Örebro Universitet samt Mälardalens Högskola.
- Brå (2006). *Tema: Våld mot kvinnor*. Stockholm: Brottsförebyggande rådet, 51 [www.bra.se/extra/news/?module\\_instance=2&id=3](http://www.bra.se/extra/news/?module_instance=2&id=3) Hämtad 2006-12-12.
- Carpenter, G. L., & Stacks, A. M. (2009). Developmental effects of exposure to intimate partner violence in early childhood: A review of the literature. *Children and Youth Services Review, 31*(8), 831-839.
- Chan, Y. C., & Yeung, J. W. K. (2009). Children living with violence within the family and its sequel: A meta-analysis from 1995-2006. *Aggression and Violent Behavior, 14*(5), 313-322.
- Dagher, R., Garza, M., & Backes Kozhimannil, K. (2014). Policymaking under uncertainty: Routine screening for intimate partner violence. *Violence Against Women, 20*(6): 730–749.
- Edin, K. E., & Högberg, U. (2002). Violence against pregnant women will remain hidden as long as no direct questions are asked, *Midwifery, 18*(4), 268-78.

- Evans, S., Davies, C., & DiLillo, D. (2008). Exposure to domestic violence: A meta-analysis of child and adolescent outcomes. *Aggression and Violent Behavior, 13*, 131–140.
- Feldhaus, K. M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H. L., Norton, I. M., Lowenstein, S. R., & Abbott, J. T. (1997). Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA, 277*, 1357-1361.
- Gardner, F., Montgomery, P., & Knerr, W. (2015). Transporting evidence-based parenting programs for child problem behavior (age 3–10) between countries: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 1-14*.
- Garcia-Moreno, C., Hegarty, K., D'Oliveira, et al. (2014). The health systems response to violence against women. *Lancet, 385*: 1567-1579.
- Godbout, N., Dutton, D. G., Lussier, Y., & Sabourin, S. (2009). Early exposure to violence, domestic violence, attachment representations, and marital adjustment, *Personal Relationships, 16*, 365–384.
- Holmberg, C., & Enander, V. (2011). *Varför går hon? Om misshandlade kvinnors uppbrottsprocesser*, Lund: Studentlitteratur
- Hooker, L., Small, R., & Taft, A. (2016). Understanding sustained domestic violence identification in maternal and child health nurse care: process evaluation from a 2-year follow-up of the MOVE trial. *Journal of Advanced Nursing, 72*(3): 534-544.
- Huth-Bocks, A., Theran, S., Levendosky, A., & Bogat, G. (2011). Concordance and discordance between maternal representations of the infant during pregnancy and infant-mother attachment. *Infant Mental Health Journal, 32*, 1-22. doi: 10.1002/imhj.20304.
- Janson, S., Jernbro, C., & Långberg, B. (2011). *Kroppslig bestraffning och annan kränkning av barn i Sverige - en nationell kartläggning 2011*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Jernbro, C., & Janson, S. (2017). *Våld mot barn 2016. En nationell kartläggning*. Stiftelsen Allmänna Barnhuset.
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B., Lozano, R. (Eds.) (2002). *World Report on Violence and Health*. Geneva (Switzerland): World Health Organization.

- Levendosky, A. A., Bogat, G. A., & Huth-Bocks, A. C. (2011). The influence of domestic violence on the development of the attachment relationship between mother and young child. *Journal of Psychoanalytic Psychology*, 28, 512-517.
- Levi, R., Wallin, L., & Thos, J. (2010). Nödvändigt förstå sammanhanget när evidens ska tillämpas i vården. *Läkartidningen*, nr. 49 (107): 3134-3137.
- Lieberman, A., Van Horn, P. & Gosh Ippen, C. (2005). Toward evidence-based treatment. Child Parent Psychotherapy with preschoolers exposed to marital violence, *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 44(12), 1241-1248.
- Macy, R., Martin, S., Kupper, L. et al. (2007). Partner violence among women before, during, and after pregnancy: Multiple opportunities for intervention. *Women's Health Issues*, 17(5), 290.
- MacMillan, H., Wathen, N. et al. (2009). Screening for intimate partner violence in health care settings, A randomized trial. *JAMA*, 302(5), 493-501.
- NCK (2011). *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen*. NCK-rapport 2010:4, Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK).
- O'Doherty, L., Hegarty, K. et al. (2015) Screening women for intimate partner violence in healthcare settings (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (7): CD007007. DOI: 10.1002/14651858.CD007007.pub3.
- Rikshandboken (2016). *Vägledning för barnhälsovård (SoS) Barnhälsovårdens nationella program*
- SOFS 2014:4. *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer*. ISSN 0346-6000, 0346-6019.
- Smith, J. A., & Osborne, M. (2003). Interpretive phenomenological analysis. In J. A. Smith (ed.), *Qualitative psychology. A practical guide to research methods*, (pp.51-80). London: Sage Publications
- Stenson, K. (2004). *Men's violence against women: a challenge in antenatal care*. Uppsala: Uppsala universitet.

- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G., & Sidenvall, B. (2001). Women's attitudes to being asked about exposure to violence, *Midwifery*, 17(1), 2-10.
- Taft, A., Hooker, L., Humphreys, C. et al. (2015). Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a clustered randomized trial. *BMC Medicine*, 13(150). doi:10.1186/s12916-015-0375-7.
- Toth, S. L., Rogosch, F., & Cichetti, D. (2006). The efficacy of Toddler-Parent Psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6): 1006-1016.
- Wendt, E. (2012). *Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor – en genomgång av internationell forskning*. Genväg till forskning, Västra Götalandsregionen
- WHO (World Health Organization )(2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines*. World Health Organization.