

*Västra Götalandsregionens
kompetenscentrum om
våld i nära relationer*

*”Nu har vi öppnat
ögonen lite till”*

*Utvärdering av Christina-projektet – ett samverkans- och utvecklings-
projekt kring barn som upplevt våld i nära relationer*



Viveka Enander

Layout: Daniel Cederberg, Västra Götalandsregionens kompetenscentrum
om våld i nära relationer (VKV), 2015

Tryck: Västra Götalandsregionen Regiontryckeriet, Trollhättan, 2015

Ytterligare exemplar kan beställas genom:
www.valdinararelationer.se/vkv
vkv@vgregion.se

”Nu har vi öppnat ögonen lite till”

Utvärdering av Christina-projektet – ett samverkans- och utvecklingsprojekt kring barn som upplevt våld i nära relationer

Innehållsförteckning

Inledning	5
”Ett väldigt bra material” – utvärdering av projektmaterial	12
Att fråga om våld inom BVC	19
Att fråga om våld inom Folk tandvården	30
Mot framtiden - samverkan, trygghet, implementering	40
Sammanfattning och slutord	52

TACK TILL ALLA INTERVJUPERSONER OCH TILL ALLA
PROJEKTDELTAGARE SOM PÅ OLIKA SÄTT GIVIT UNDERLAG
TILL DENNA RAPPORT. SYNPUNKTER PÅ TEXTEN LÄNGS
RESANS GÅNG HAR VARIT ETT VIKTIGT OCH UPPSKATTAT
BIDRAG; INGEN PERSON NÄMND, MEN INGEN HELLER
GLÖMD. SIST MEN INTE MINST TACK TILL JENNY STRÖM
FÖR UTSKRIFT AV INTERVJUER OCH ÖVRIG ADMINISTRATIV
ASSISTANS.

VIVEKA ENANDER

INLEDNING

Barn som far illa är beroende av samhällets insatser för att få hjälp och stöd. Socialtjänsten har genom Socialtjänstlagen ett särskilt ansvar för att beakta dessa barns behov av stöd. Vårdgivare inom Hälso- och sjukvården har enligt samma lag skyldighet att ”genast anmäla till socialnämnden om de i sin verksamhet får kännedom om eller misstänker att ett barn far illa” (Kap. 14 § 1 SoL). Detta omfattar barn som har upplevt våld i nära relationer, antingen genom att vara direkt utsatta för våld eller genom att vara mer indirekt utsatta. Idag uppmärksammas i ökande grad att barn som har sett, hört eller på annat sätt erfarit våld från den ena föräldern mot den andra - oftast fadern mot modern - också far mycket illa. Då flera verksamheter kommer i kontakt med barn som kan misstänkas fara illa är behovet av samverkan stort. Förutsättningarna för en effektiv samverkan i frågan stavas enligt *Strategi för samverkan (2007)* med s; styrning, struktur och samsyn. Centrala aktörer är här socialtjänsten och barnavårdscentralerna (BVC), men också tandvårdens roll har lyfts fram (Barnombudsmannen, 2010).

Nyligen gav Socialstyrelsen ut föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOFS 2014:4) samt en vägledning kring arbetet med frågan (Socialstyrelsen, 2014) vilka rörde både socialtjänsten och hälso- och sjukvård. Hälso- och sjukvårdens roll vad gäller barn som far illa och våld i nära relationer har över huvud taget stärkts under de senaste åren. Inrättandet av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer år 2009 kan ses som del av denna utveckling, liksom i förlängningen det projekt som utvärderas i denna rapport

Bakgrund

Christina-projektet var ett samverkans- och utvecklingsprojekt som bedrevs av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) under 2012-2014. Projektets fokus var barn som far illa eller riskerar att fara illa med särskilt fokus på barn som bevittnat eller på annat sätt upplevt våld i nära relationer. För enkelhetens skull benämns dessa fortsättningsvis barn som far illa respektive barn som upplevt våld. Bakgrunden till att projektet ska-

pades var att Regionstyrelsen under hösten 2011 gav VKV i uppdrag att ta fram program/riktlinjer för hälso- och sjukvårdens åtgärder/handläggning vid misstänkt brott mot barn och vuxna inom området våld i nära relationer. Inom ramen för uppdraget gällande målgruppen barn initierade VKV under våren 2012 ett samverkans- och utvecklingsprojekt, det så kallade Barnprojektet. Det mer övergripande Barnprojektet kom att bli ett paraplyprojekt till Christina-projektet, där målet var att på en mer konkret och verksamhetsnära nivå utveckla och pröva framtagna rutiner inom området barn som far illa. Målet var även att utveckla goda samverkansmöjligheter mellan BVC, Folk tandvården och socialtjänsten.

Upprinnelsen till det som kom att bli Christina-projektet var att en privat vårdgivare tog kontakt med VKV efter att de deltagit i ett utbildningstillfälle som anordnats inom Barnprojektet. De efterfrågade vidare utbildningsinsatser, framför allt riktade till BVC, men i den fortsatta dialogen med VKV framkom också att man hade misstro till och obefintlig samverkan med socialtjänsten och önskade förändra detta. Samtidigt pågick en dialog mellan VKV och Folk tandvården i regionen, vilka också önskade utbildningsinsatser. Utifrån detta växte, i dialog med verksamhetsföreträdarna, fram en idé om ett utvecklings- och samverkansprojekt som skulle omfatta BVC, Folk tandvård och socialtjänsten. Centrala Barnhälsovården och Folk tandvården utsåg gemensamt med VKV ett antal geografiska pilotområden, till vilka sedan socialtjänsten kopplades.

Projektet kom att omfatta sju pilotområden, fem i Göteborg och två i Borås. I Göteborg ingick sju BVC-mottagningar, fem folk tandvårdskliniker och fem socialtjänstverksamheter och i Borås ingick två BVC-mottagningar, två folk tandvårdskliniker och två socialtjänstverksamheter i pilotområdena. Varje verksamhet hade minst en kontaktperson kopplad till projektet. För BVC-verksamheterna, som har små personalgrupper, ingick alla BVC-sjuksköterskor. Sammanlagt ingick 53 kontaktpersoner i projektet. Projektledningen bestod av fyra personer med en huvudsaklig projektledare. Projektet har även följts av en styrgrupp och en referensgrupp med representanter för de i projektet ingående verksamheterna, bland annat från ledningshåll.

Under våren 2012 och i början av hösten 2012 förankrades projektet med ledningssystem och representanter från berörda verksamheter. Kartläggning skedde gällande utvecklingsområden och behov av att utveckla eller revidera riktlinjer och rutiner inom respektive verksamhet. Under 2013 genomfördes utbildningsinsatser riktade till all personal inom de berörda verksamheterna. Dessa följdes upp med fördjupningsutbildningar riktade till projektets kontaktpersoner. Vidare skapades under 2013 två projektgrupper, en med uppgift att ta fram informationsmaterial och en med uppgift att arbeta fram rutiner. Detta arbete skedde med ledning av projektgruppen i samarbete med verksamhetsrepresentanter.

barn som utsätts för våld, sexuella övergrepp, försummelse samt barn som lever med våld i nära relationer och att dessa barn får skydd, stöd och behandling.

Vidare ställdes följande produktmål upp:

Att pröva det arbete som utarbetats i det övergripande samverkans- och utvecklingsprojektet (Barnprojektet) i form av rutiner för upptäckt, bemötande, anmälningsförfarande och dokumentation samt framtaget informations- och handledningsmaterial. Prövotiden är 2013-09-04 - 2014-09-03.¹

Att utveckla en god och effektiv samverkansmodell mellan BVC, Folkvandvården och socialtjänsten. Målet är att denna



Under hösten 2013 inleddes Christina-projektets mer aktiva fas, bestående av att de utarbetade rutinerna och projektmaterialet användes aktivt ute i verksamheterna. Det är denna del av projektet som står i fokus för föreliggande utvärdering.

modell, rutiner samt informations- och handledningsmaterial, långsiktigt kan erbjudas och implementeras i hela Västra Götalandsregionen inom berörda områden.

Christina-projektets syfte - utvärderingens syfte

Av Christina-projektets projektplan framgår att Christina-projektets syfte var:

(...) att synliggöra och uppmärksamma

Dessa kompletterades med ett antal effektmål:

Att skapa trygghet hos personalen inom projektets verksamheter att tala om, bemöta och handlägga frågor som berör området barn som far illa. Tydliga doku-

¹ Projektets prövotid kom att förlängas, till och med december 2014.

menterade rutiner och checklistor samt informations- och handledningsmaterial kommer att tillhandahållas som stöd till personalen. Målet är att utsatta barn ska upptäckas så tidigt som möjligt, få skydd, stöd och behandling och att personalen ska uppleva en trygghet i sitt förhållningssätt till problematiken samt i mötet med utsatta barn och deras föräldrar.

Vad gäller projektets *utvärdering* var följande angivet i projektplanen:

Utvärderingens fokus inom delprojektets verksamheter kommer i första hand att vara en kvalitativ analys. Fokus kommer att läggas på erfarenhet av samverkan och upplevd trygghet hos personalen kring frågor om våld och barn som far illa.

Samtidigt angavs också i projektplanen att projektmaterial och rutiner utvecklade inom projektets ram skulle utvärderas.

Hur förhåller sig då Christina-projektets syfte och utvärderingens syfte till varandra? Christina-projektets övergripande syfte låter sig svårigen utvärderas: det är för övergripande och svårfångat. Under rubrikerna effektmål och produktmål finns dock sådant som lättare låter sig utvärderas: om personalen ansåg att projektmaterialet var användbart, om personalen upplevde en större trygghet i arbetet och om samverkansmodellen tycktes fungera. Detta är också fullt möjligt att utvärdera med i första hand kvalitativ metod. Självfallet är det för utvärderingen också av intresse om antalet anmälningar av barn som far illa har ökat till följd av deltagande i projektet. Men detta är i realiteten svårt att fastställa. Även om anmälningsstatistik inhämtats är det omöjligt att med säkerhet veta om ett eventuellt ökat antal anmälningar går att härleda till att en verksamhet deltagit i projektet; det saknas kontrollgrupp att jämföra med. Även om detta är av intresse för utvärderingen kan det alltså inte vara ett bärande element. Därmed följer att:

Utvärderingens syfte är att undersöka hur personal som deltagit i Christina-projektet upplever att utprovat material, inklusive rutiner, checklistor och patientinformation, har fungerat och vilka eventuella förslag till förbättring av materialet personalen har. Syftet är vidare att undersöka om personalen upplever en större trygghet i arbetet

med frågan om barn som far illa till följd av deltagande i projektet, samt om – och hur – den föreslagna samverkansmodellen fungerat i praktiken.

Utvärderingens metod

Utvärderingens metod är huvudsakligen kvalitativ, och består av:

- Deltagande observationer vid lokala samverkansmöten, samt vid andra möten inom projektets ram
- Fokusgruppsintervjuer med projektets kontaktpersoner inom BVC, Folktandvården och socialtjänsten
- Individuella intervjuer med nyckelpersoner

Vidare har pilotverksamheternas statistik kring anmälan enligt kap. 14 § 1 SoL använts. I utvärderingen ingår även analys av en utvärderingsenkät som utvecklats inom projektet. I enkäten ställdes frågor kring att ”fråga på rutin” om våld, antal anmälningar till socialtjänsten, personalens trygghet i att behandla ämnet och erfarenhet från samverkansträffar och sändes ut vid projekttidens slut. Ytterligare två enkäter har gett information till utvärderingen; framför allt en enkätundersökning genomförd av tandläkarstudenten Karin Stenhammar. Nedan beskrivs överväganden kring metod och genomförande av projektet mer i detalj.

Vilken slags utvärdering?

Man brukar skilja på externa och interna utredningar, utifrån om utredaren tillhör den verksamhet som ska utvärderas eller ej. Denna utvärdering är en intern utvärdering såtillvida att utvärderaren är verksam vid VKV. Samtidigt är den extern i bemärkelsen att utvärderaren inte i någon del deltagit i utformandet eller genomförande av Christina-projektet. Bo Sandberg och Sven Faugert beskriver vidare, i *Perspektiv på utvärdering (2012)* fyra typer av utvärderingsmodeller: *resultatinriktade, komparativa, teoribaserade och aktörsfokuserade*. Resultatinriktade utvärderingsmodeller mäter resultat och kostnadseffektivitet, är ofta målorienterade och är förknippade med användningen av kvantitativ metod. Denna utvärdering är till viss del målorienterad, i den

meningen att dess syfte berör projektets produkt- och effektmål. Samtidigt är, som konstaterats ovan, projektets övergripande mål svårt att utvärdera. Projektets produkt- och effektmål berör också till stor del sådant som bäst låter sig analyseras med kvalitativ metod. Komparativa utvärderingsmodeller utgår från en vedertagen eller föreställd så kallad "golden standard", och jämför det projekt som skall utvärderas med ett idealt sådant. Då ingen sådan golden standard finns och det kan te sig långsökt att konstruera en, har detta inte bedömts vara en modell som är aktuell för denna utvärdering. Teoribaserade utvärderingsmodeller utgår just från "teorin" bakom ett visst projekt eller program, vad avsändarna - i detta fall VKV - haft för föreställningar om hur förändring skapas och vilken förförståelse av en viss problematik som ligger bakom dessa. I genomförandet av en teoribaserad utvärdering är därför en analys av projektledningens tankegångar och projektets konstruktion central, och använd för att kunna dra slutsatser om "teorin" kom att stämma med "verkligheten". Även om denna utvärdering ibland snuddar vid mer teoribaserade frågeställningar, kan den inte beskrivas som en teoribaserad utvärdering, av två skäl. Det ena är att det ansetts viktigare att lägga fokus på mottagarna (eller aktörerna, se nedan) än avsändarna. Det andra är att utvärderingen påbörjades efter att projektet startats, och en teoribaserad utvärdering bör inledas redan när teorin för projektet utarbetas, alltså på ett långt tidigare stadium.

Den utvärderingsmodell som ligger närmast till hands för denna utvärdering är därför den *aktörsfokuserade*. En aktörfokuserad utvärdering analyserar ett projekt från olika aktörers perspektiv. Aktörerna kan vara projektägarna, deltagarna eller brukarna och i denna utvärdering är det främst deltagarna som står i fokus. Det hade varit mycket värdefullt att även fokusera brukarna, det vill säga de patienter som berörts av projektet, men detta har bedömts vara en alltför omfattande uppgift. En aktörsinriktad modell som beskrivs av Sandberg och Faugert (2012) är *erbjudandemodellen, som författarna beskriver som "ett ramverk för ett förståelseinriktat och deltagarfokuserat angreppssätt vid utvärdering"* (s. 87). Fokus i utvärderingen är vilka handlingsmöjligheter deltagarna i ett projekt finner i och genom projektet. Vad erbjuder projektet för möjligheter

för aktörerna, enligt dem själva? Utvärdering av om projektet har uppnått sitt/sina mål har också ett något vidare fokus:

Modellen strävar efter att förklara varför ett program fått ett visst utfall genom förståelse för aktörernas handlingar och vad som påverkar dem. I mål- och effektutvärderingar utgör en lyckad åtgärd en effektiv påverkan, medan det i erbjudandemodellen handlar om huruvida åtgärden är utformad på ett sätt som kan få önskvärda konsekvenser. (Sandberg och Faugert, (2012), s. 88)

Detta är en god beskrivning av fokus för föreliggande utvärdering, som alltså ligger erbjudandemodellen närmast.

Varför kvalitativ metod? Och hur?

Att utvärderingen skulle vara huvudsakligen kvalitativ stipulerades redan i projektplanen, och är med utgångspunkt från erbjudandemodellen också den lämpligaste metoden för att kunna studera hur projektdeltagarna tagit emot projektledningens erbjudande, och i vilken mån projektet har varit utformat på ett sådant sätt att det kan få önskvärda konsekvenser.

Utvärderingen bygger huvudsakligen på två delmaterial, fokusgrupper samt deltagande observationer vid lokala samverkansmöten. Sammanlagt genomfördes sex fokusgrupper med projektets kontaktpersoner, två med BVC, två med Folkvandvården och två med socialtjänsten. Fokusgrupperna har använts för att utvärdera det inom projektet utprovade materialet. För att kunna ringa in hur samverkan har fungerat i praktiken har flera olika källor eller material använts: deltagande observationer vid lokala samverkansmöten, eventuella mötesanteckningar från sådana möten samt fokusgrupperna, där projektdeltagarna delgav sina uppfattningar om och erfarenheter av samverkan. Fem deltagande observationer genomfördes vid lokala samverkansmöten. Vid ett av observationstillfällena uteblev dock två av tre samverkanspartners och de som kallats till mötet intervjuades istället. I två av pilotområdena fanns vidare, av tidsmässiga skäl, inte möjlighet att genomföra deltagande observationer. Detta bör tas i beräkning som en

begränsning i utvärderingsmaterialet som kan ha påverkat dess resultat. Denna begränsning motverkas dock delvis av att samverkan också belystes i fokusgrupperna.

För att kunna få en mer övergripande bild av tankarna bakom projektet, dess uppbyggnad och utformning har delar av projektledningen intervjuats, samt den person som i Borås fungerat som projektledningens förlängda arm, vilket sammanlagt ger fyra individuella intervjuer.²

Vidare har deltagande observationer genomförts vid ett par styrgruppsmöten, och anteckningar från styr- och referensgruppsmöten tagits del av för att ge bakgrundskunskap. Deltagande observationer har även genomförts under några av projektets utbildningstillfällen samt vid uppföljningsmöten med projektets kontaktpersoner. Detta har bidragit till att fördjupa förståelsen för projektet men har inte djupanalyserats på samma sätt som de två delmaterial som beskrivs ovan.

Alla intervjuer har skrivits ut ordagrant, liksom de inspelningar som gjordes vid de deltagande observationerna. Utskrifterna har lästs igenom flera gånger, och utifrån behov analyserats mer eller mindre djupgående; här har utvärderingens frågeställningar fått styra. Fokusgruppsintervjuerna kodades efter fyra på förhand uppställda kategorier relaterade till utvärderingens frågeställning. Dessa var (vad fokusgruppsdeltagarna sa om) *projektmaterialiet, samverkan, att fråga om våld/ anmälan till socialtjänsten (dessa två saker talades ofta om samtidigt och överlappande), trygghet* till följd av deltagande av projektet samt slutligen, vad deltagarna uttryckt som kunde kopplas till projektets *implementering*. Detta gav en god överblick över materialet och den vidare analysen fokuserade på innehållet i dessa kategorier; att finna återkommande teman men också kontraster inom och mellan kategorierna.

Utskrifterna från de deltagande observationerna har delvis bearbetats på ett annat sätt. Dessa kan ses som en av två delar av de deltagarna observationerna, vars syfte var att ge en bild av samverkan när den skedde. Den första delen består av de observationer och de anteckningar som gjordes under och efter varje möte. Den andra

delen består av utskrifterna, vars syfte främst var att försöka frysa tiden och bevara de intryck och erfarenheter som gjordes under observationen. Utskrifterna har därför främst fungerat som en slags mycket detaljerade minnesanteckningar. Vid analys av dessa har intresset därför mer riktats mot hur samspelet har sett ut i gruppen, vilka som intagit ledarrollen och hur den har intagits, vilken bild som framkommit kring hur samverkansmötena tidigare fungerat, och i vilken mån man har en tydlig planering för framtida möten. Utskrifterna från de lokala samverkansmötena har också använts som komplement till utskrifterna av fokusgruppsintervjuerna, när samma ämne eller situation återkommit i båda. Ordagranna citat har använts från både fokusgrupper och lokala samverkansgrupper, och har redigerats enbart för att förbättra läsbarhet. Denna ganska grundläggande kvalitativa analys har bedömts vara tillräcklig för att besvara utvärderingens syfte.

Varför kvantitativ metod? Och hur?

Ett antal kvantitativa material har också använts för att komplettera den kvalitativa analysen. En mätning före och efter projektets genomförande gjordes, i form av en mindre version av en enkät som tidigare sänts ut till alla mödravårdscentraler, barnavårdscentraler och ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen. Enkäten omfattar frågor om professionell bakgrund och erfarenhet av att ha mött personer utsatta för våld, samt kring handläggning av våldsåreanden. Föremätningen riktade sig till projektets kontaktpersoner och enkäten skickades i september 2012 till 94 dåvarande kontaktpersoner, 49 från BVC, 20 från Folkvandvården och 25 från socialtjänsten. Den totala svarprocenten var 53 % men varierade mellan verksamheterna. Från BVC inkom 23 svar (47 %), från Folkvandvården 13 svar (65 %) och från socialtjänsten 14 svar (56 %). Eftermätningen utgjordes av samma enkät skickad i november 2014 till samma personer. Här var tyvärr svarsfrekvensen lägre trots två påminnelser, sammantaget 30 %. Viss del av bortfallet kan antas bero på att vissa av respondenterna bytt tjänst och inte längre fungerade som kontaktpersoner i projektet. Men möjligen kan det också spegla att engagemanget i projektet svalnat. Från BVC inkom 15 svar (31 %), från Folkvandvården endast 1 (4

² De personer som intervjuades var Carina Eliason, projektledare, Tove Corneliussen, utbildningsledare, Daniel Cederberg, informatör och Lina Lundborg, utvecklingsledare inom Individ- och familjeomsorgen i Borås.

%) och från socialtjänsten 13 (65 %). Före- och eftermätningen har därför begränsad användbarhet, och för Folk tandvården ingen användbarhet. Men den har använts för socialtjänst och BVC i de delar den berör utvärderingens fokus: samverkan och trygghet, samt att fråga rutinmässigt om våld och att anmäla oro för barn.

Vad gäller att fråga rutinmässigt om våld har detta fått stort fokus i utvärderingen, då flera av pilotverksamheterna valt att införa detta som en ny rutin inom Christina-projektets ram. Här har en enkätundersökning genomförd av tandläkarstudent Karin Stenhammar utgjort ett mycket viktigt bidrag. Enkäten skickades till personalen vid de två tandvårdskliniker som frågat om våld på rutin, och 39 av 44 svarade, alltså en svarsfrekvens om 89 %. Enkätens resultat ligger tillsammans med det kvalitativa materialet till grund för ett av utvärderingens kapitel.

Slutligen har en utvärderingsenkät sänts ut till de BVC och Folk tandvårdskliniker som ingick i projektet. Enkäten och eftermätningen sändes ut till projektets kontaktpersoner den 30/10 2014, när projektet som förlängts till och med december gick mot sitt avslut. I utvärderingsenkäten, ställdes frågor om varje pilotverksamhets sammantagna erfarenhet av utbildningsinsatser, samverkan, och eventuellt ökad trygghet till följd av projektet. Vidare ställdes frågor kring antal anmälningar till och konsultationer med socialtjänsten. Utöver detta anmodades verksamheterna att sända in de PVS-blanketter som fyllts i under projekttiden, vilket skett i varierande grad.³

Svar på utvärderingsenkäten inkom dock från alla 9 BVC och alla 7 folk tandvårdskliniker som ingått i projektet, det vill säga en svarsfrekvens om 100 %. Några verksamheter har sänt in två-tre enkäter och ibland har de i dessa uppgett olika uppgifter vilket kommer att framgå av resultatredovisningen.

Utvärderingsenkäten har även den använts i de delar den berör utvärderingens fokus. PVS-blanketterna och statistik inhämtad inom projektets ram har använts för att komplettera och i vissa fall korrigera resultaten från utvärderingsblanketten. Bland annat visade det sig att flera av verksamheterna uppgivit i utvärderingsblanketten att de inte haft något utfall på frågor om

våld, men av PVS-blanketterna framgick det att man haft utfall gällande tidigare våldsutsatthet. Man har alltså uppfattat begreppet «utfall» alltför snävt, vilket påverkat rapporteringen skevt. Detta har korrigerats genom genomgång av PVS-blanketterna, samtidigt har troligen inte alla PVS-blanketter inkommit från verksamheterna. Antalet utfall kan därför vara något högre än vad som framkommit. I något fall anger man dock en högre siffra i utvärderingsblanketten (19 utfall) än i de sammanräknade PVS-blanketterna (17 utfall) och i konsekvensens namn har då utfall enligt PVS-blanketterna redovisats.

Hur förhåller sig då dessa kvantitativa material till varandra? För det första kan konstateras att de ofta motsäger varandra, de ger olika uppgifter vilket är förvirrande och manar till försiktighet i tolkningen. Oftast har detta handlat om att man i utvärderingsblanketten angett en mer övergripande och summerande uppgift, som ska antas gälla hela projekttiden, men som vid närmare granskning ej visat sig stämma med den årsvisa statistik som redovisats eller, som ovan beskrivits, med inkomna PVS-blanketter. Vad gäller antal anmälningar till socialtjänsten har den årsvisa statistikredovisningen ansetts mer tillförlitlig och det är därför den kommer att presenteras. För det andra kompletterar de kvantitativa materialen varandra, genom att just utgöra olika källor, så att uppgifter kan hämtas från flera håll. Det ligger en styrka i att ha möjlighet att räkna om och korrigera. I vissa fall är dock uppgifterna trots detta mycket osäkra eller oklara. Detta redovisas i presentationen av dem men bör också hållas i minne av läsaren.

3 PVS beskrivs närmare på sidan 14.

Utvärderingens begränsningar

Utvärderingen har flera begränsningar. En begränsning som gäller såväl före- och eftermätningen som utvärderingsblanketten, är att den bara omfattar projektets kontaktpersoner. Vad gäller BVC omfattas dock alla pilotverksamheternas BVC-sjuksköterskor, eftersom de alla var kontaktpersoner i projektet. Vidare har socialtjänsten haft en något annorlunda roll, därför att de rutiner som prövats inom projektets ram berör BVC och Folk tandvård. Denna begränsning rör därför främst Folk tandvården, där fler personer än projektets kontaktpersoner bör ha fått kännedom om och arbetat med projektets material och föreslagna rutiner. Här utgör Karin Stenhammars enkät ett mycket viktigt komplement. Samtidigt bör understrykas att den folk tandvårdspersonal som ej frågat rutinmässigt om våld och ej fungerat som kontaktpersoner inte har deltagit varken i enkätundersökning eller fokusgrupp.

Utvärderingens största begränsning ligger dock i att de föräldrar och barn som sökt vård hos pilotverksamheterna under projekttiden inte tillfrågats om sina erfarenheter av och uppfattningar om att få frågor om våld. Detta är en begränsning som bör hållas i minne när utvärderingens resultat nu presenteras.

Inom projektets ram har olika modeller för att fråga om våld använts inom BVC (se s. 22), och en underliggande förväntan på utvärderingen som framkommit i olika sammanhang är att denna ska kunna ge svar på vilken modell som är "best practice". Utvärderingen kan dock inte ge någon vägledning här av flera skäl, varav det tyngst vägande skälet är att de patienter som besökt verksamheterna ej tillfrågats om sin erfarenhet av att få frågor om våld. Att ställa frågor om våld var inte heller projektets ursprungliga huvudinriktning, varför varken projektet eller utvärderingen riggats för att fånga upp och jämföra olika modeller för detta. Utvärderingen ger däremot en god grund för sådan forskning.

Etiska överväganden

Sist men inte minst bör de etiska överväganden som gjorts i samband med utvärderingen diskuteras. Dessa rör främst deltagarnas anonymitet, vilken bör bevaras såväl externt (mot personer som ej deltagit i projektet), som internt (mellan

projektdeltagarna själva). Det första låter sig göras lättare än det andra. För att i möjligaste mån bevara deltagarnas anonymitet har exempelvis inte angetts vilka områden som är projektets pilotområden. Detta kan fungera externt, men knappast internt; projektdeltagarna kan säkerligen lätt identifiera de olika pilotområdena. Vad gäller hur fokusgrupperna och utdrag ur dessa presenteras har en rad överväganden gjorts. Ett sådant var att inte ange vilka pilotområden som ingick i vilken fokusgrupp. Vidare har inte angetts vilken av två fokusgrupper med kontaktpersoner från samma verksamhet (BVC, Folk tandvården eller socialtjänsten) ett utdrag hämtats från. Samtidigt har pluralformen behållits i texten för att påminna läsaren om att utdragen härrör från flera fokusgrupper. I utdragen har ej heller angetts vilka olika funktioner de olika deltagarna har haft utöver den verksamhet de representerar; om det till exempel skulle ha angivits att det var en chef som citerades, skulle denna person lätt kunna identifieras. Detta har sammantaget troligen medfört att den externa anonymiteten är god, och har troligen också förbättrat den interna anonymiteten. Men likväl är det så att projektdeltagarna kanske kan gissa "vem som har sagt vad" även vid ett fokusgruppsstillfälle där de inte själva deltagit. Detta är naturligtvis, ur ett etiskt perspektiv, problematiskt. Men samtidigt kan det antas att personerna uttalar sig utifrån sin profession snarare än som privatpersoner, samt att det de delat med sig av under fokusgrupperna är sådant de har varit villiga att dela med sig av till andra projektdeltagare.

Disposition

Efter detta inledande kapitel följer fyra resultatkapitel. I det första utvärderas det material som skapats och prövats inom ramen för Christina-projektet. I de två därpå följande kapitlen behandlas en av de rutiner som prövats inom projekts ram, att fråga om våld, inom BVC respektive Folk tandvården. Det fjärde resultatkapitlet behandlar samverkan inom projektets ram, framförallt den föreslagna samverkansmodellen, samt frågan om projektet bidragit till ökad trygghet i arbetet. I detta kapitel fångas också upp några ytterligare synpunkter från deltagarna gällande projektets implementering. I det sjätte och sista kapitlet summeras utvärderingens resultat och rekommendationer.

”ETT VÄLDIGT BRA MATERIAL” - UTVÄRDERING AV PROJEKTMATERIALET

I detta första resultatkapitel presenteras de resultat som rör den del av syftet som handlar om att undersöka hur personal som deltagit i Christina-projektet upplever att utprovat material, inklusive rutiner, checklistor och patientinformation, har fungerat och vilka eventuella förslag till förbättringar av materialet personalen har. Det finns två anledningar att börja i denna ände. Den ena är att den läsare som ej är insatt i projektet och det material man arbetat utifrån får lite större kännedom om vilka rutiner man provat på inom projektets ram. Den andra är att detta lägger en grund för de två kommande kapitlen, som berör en av dessa rutiner – att börja fråga om våld.

Projektmaterialet består bland annat av och är i stort samlat till den så kallade ”Christina-pärmen”. Christina-pärmen består av ett inledande kunskapsavsnitt följt av rutiner och praktiska råd, samt förslag till en samverkansmodell. Pärmens innehållsförteckning har följande huvudrubriker:

- Inledning
- Anmälan till socialtjänsten enligt kap 14 § 1 SoL
- Bemötande
- Att ställa frågor om våld till vuxna
- Att ställa frågor om våldsutsatthet till barn
- Dokumentation



- Samverkan
- Socialtjänsten bör erbjuda ett möte

I processen att ta fram materialet var hela projektledningen delaktig, men projektledaren Carina Eliasson var huvudansvarig för det skriftliga innehållet. Ett antal projektgrupper med representanter för pilotverksamheterna var vidare delaktiga genom att ge input på materialets utformning, liksom projektets styrgrupp och referensgrupp (Intervjuer med Carina Eliasson, Tove Corneliussen, Daniel Cederberg och Lina Lundborg). Vad ansåg då projektdeltagarna om slutresultatet?

Christina-pärmen – ett tydligt och konkret material

Varje fokusgruppsintervju inleddes, efter presentation, med att deltagarna fritt fick diskutera projektmaterialet. Christina-pärmen låg på bordet för att underlätta och konkretisera diskussionen, och i en av fokusgrupperna med BVC-sjuksköterskor inleddes denna enligt följande:

”Deltagare 1: Man får väl ha den att slå i, man kan inte, även om man ögnar igenom den ibland så kommer man inte ihåg, man får ha det på det sättet.

Intervjuare: Ja, det är också jätteviktig information. Allt sånt är viktigt för mig att veta.

Deltagare 1: Så får man tänka, då tycker jag att den är bra.

Deltagare 2: Ja, jättebra.

Deltagare 1: Det här med anmälan och just det här hur ska jag säga, hur ska jag fråga.

Deltagare 3: Jag tror det är bra, jag har läst igenom den och jag tror det är bra att man har gjort det så att man ändå vet vad som finns där eller så liksom, när man ska slå upp det liksom.

Deltagare 4: Den står framme faktiskt.”

Liknande beskrivningar återkom i fokusgrupperna; det framkom att man tyckte att pärmen var en bra resurs att vända sig till vid behov, men kanske inte något man aktivt använde sig av i sin

vardag. Ytterligare ett exempel från en av fokusgrupperna med BVC-sjuksköterskor:

”Ärligt talat, jag har inte använt pärmen jättemycket. Jag har använt blanketten så det kan du få som feedback också att den är en liten hyllvärmare. Men jag tänker så här att den dagen jag får ett bekymmer, så måste jag ha den.”

Samtidigt var projektdeltagarna mycket positiva till innehållet i pärmen, och särskilt lyfte man fram de delar som handlade om att göra anmälan till socialtjänsten. Ett typiskt exempel, denna gång från en av fokusgrupperna med folktandvårdspersonal:

”(…) det är bra de här råden vid konsultation till socialtjänsten, det här att man kan ringa och prata med dem, och prata om en patient anonymt, och lite vad man ska tänka på då och vad man kan fråga om och sånt. De råden är ju bra att det finns. Ja, och vad en anmälan ska innehålla och vad man kan skriva och det är också bra. Det finns liksom stöd för det.”

Bara vetskapen att pärmen fanns som resurs om hon skulle behöva göra en orosanmälan skapade trygghet, menade en BVC-sjuksköterska. Men det gavs också konkreta exempel på att materialet använts i samband med socialtjänstanmälan. En BVC-sjuksköterska beskrev följande:

”Men sedan nu hade ju jag en mamma som kom till mig och sa att hon hade blivit utsatt för våld som jag fick ta hand om och anmäla barnet och sånt där. Då hade jag också väldigt bra användning för detta. Jag ser att jag har strukit under här, jag har läst igen. Även om jag har anmält barn innan så ja, så blev det så tydligt.”

Materialet är just tänkt att användas som kunskapsunderlag för och stöd vid socialtjänstanmälan. Hur har det då uppfattats ur socialtjänstens perspektiv? Några röster från fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”Det är väldigt, väldigt bra material”.

”Vi tänker kring det här materialet och hela det här projektet att det är väldigt

bra.”

”Jag tycker det känns väldigt genomarbetat och genomtänkt, materialet eller så. Det är väldigt bra.”

Som synes var man ganska enstämmigt överens om att materialet är mycket bra. Vad är det då som är så bra? En av kontaktpersonerna från socialtjänsten utvecklade detta:

”Det är ju väldigt tydligt så jag tror man känner sig ganska trygg med det. Det är ju väldigt liksom handfast och tydligt och ja, det är ju mycket mer, några så här tydliga riktlinjer har ju inte vi, att hålla oss i när vi ska göra olika saker liksom. (skratt)”

Tydliga och konkreta råd kring konsultation med och anmälan till socialtjänsten var, som ovan framkommit, också det som BVC-sjuksköterskorna och folktandvårdspersonalen tyckte var mest värdefullt. I synnerhet var de positiva till den anmälningsblankett som tagits fram som del av materialet. Den ansågs tydlig och användbar, fast en del tekniska problem kring att fylla i den via dator diskuterades också. Också kontaktpersonerna från socialtjänsten, som kan sägas representera de presumtiva mottagarna av anmälningsblanketten, var positiva. De menade att blanketten kunde fungera som en hjälp för anmälaren att sortera, och som en möjlig checklista för att anmälaren inte skulle missa att ta med viss central information.

Vidare lyfte projektdeltagarna fram att det var värdefullt att ha en telefonlista som underlättade kontaktvägarna, främst till socialtjänsten. Konkreta exempel på att man använt sig av dessa gavs också i fokusgruppsintervjuerna, samt, som ges exempel på nedan, då ärenden diskuterades i de lokala samverkansgrupperna:

”BCV-sköterska: (...) för 2 veckor sedan så var det en mamma som sa att det fanns våld i det (...) och då ringde jag jourtelefon och ja, gjorde orosanmälan och så, och då är det väldigt spännande att höra, vad händer sedan?”

Socialsekreterare: Vad ringde du? Jourtelefonen på socialkontoret i [område]?”

BVC-sjuksköterska: Ja, det numret jag har fått här.”

Ytterligare några delar av materialet lyftes fram av en BVC-sjuksköterska, som i en av fokusgrupperna gav följande beskrivning av vad det var hon mer konkret tyckte var bra i materialet:

”Frågan hur man ska ställa frågan om våld där har man ett bra förslag tycker jag och samverkan, hur vi ska samverka i de här grupperna. När vi började diskutera och hade första möten så tittade vi ju lite grann där vad vi skulle prata om.”

Vad gäller hur man ska ställa frågan om våld var dock andra mer kritiska, vilket beskrivs nedan.

PVS-blanketten - ett något otympligt redskap

Det finns många olika sätt för professionella att fråga om våld, med eller utan manual. Det finns dock forskning som talar för att patienter (åtminstone kvinnliga patienter) i högre grad uppger att de har erfarenhet av våld i nära relationer om ett strukturerat frågeformulär används (Rabin, m.fl., 2009). Det finns flera sådana frågeformulär eller instrument, och ett av de mest använda inom hälso- och sjukvården är Partner Violence Screening Tool, PVS, vilket är det instrument som använts inom Christina-projektet. Anledningen till att PVS valdes var att man ville ha ett utprövat instrument med ett begränsat antal frågor (Carina Eliasson, personlig kommunikation).

PVS består, i sin ursprungsversion, av tre frågor:⁴

1. Känner du dig trygg i ditt nuvarande förhållande?
2. Finns det en person från ett tidigare förhållande som får dig att göra sådant som får dig att känna dig otrygg nu?
3. Har du som vuxen blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadad på något annat sätt av en vuxen? (Följdfråga: Om du blivit skadad av någon, vem var det som skadade dig?)

Då Christina-projektets fokus är barn som upplevt våld, lade projektledningen vidare till en fråga:

4. Har barn som du bor eller bott tillsammans med, blivit slagen, sparkad, knuffad eller skadats på annat sätt under uppväxten av en vuxen som barnet bott tillsammans med?

Frågorna ställs muntligt och PVS-instrumentet är ursprungligen utvecklat för att användas vid akutmottagningar eller andra sjukvårdsinrättningar som möter patienter i ett akut skede, och har i denna kontext visat sig vara ett användbart verktyg för att identifiera våldsutsatta kvinnor (Feldhaus, m.fl., 1997). En litteraturoversikt över screeningverktyg för att identifiera våld i nära relationer inom hälso- och sjukvården visade dock att inget av de vanligast använda verktygen, inklusive PVS, var tillräckligt testat och utprovat inom olika typer av hälso- och sjukvårdsverksamhet, för att något instrument med säkerhet skulle kunna rekommenderas (Rabin, m.fl., 2009). Vad detta betyder i praktiken är att ett instrument som liksom PVS är utformat för och testat inom akutsjukvård, inte nödvändigtvis är lämpligt att använda inom primärvård. Att testa PVS-instrumentet är dock inte uppgiften för denna utvärdering: det kräver forskning av ett annat slag. Därför lades inte heller något särskilt fokus på PVS-instrumentet i frågorna vid fokusgruppintervjuerna. I efterhand kan dock konstateras att större fokus på detta hade varit av intresse. I en av fokusgrupperna med BVC-sjuksköterskor kom dock ämnet upp spontant, som något man hakade upp sig på. Fokusgruppsdeltagarna ombads då att berätta vad det var de hakade upp sig på:

*”Deltagare 1: Jag kan säga så här när vi har de som har lite svårt för svenska, då är det jättesvåra frågor. Alltså de som ändå **kan** svenska, [men] det är ganska många svåra ord, det är det. Man skulle önska en förenkling.*

Deltagare 2: Man behöver nästan ha högskoleutbildning, skulle jag vilja säga, på vissa frågor. De är lite för svåra.

Deltagare 1: Att man är mer... banalt liksom, bara enkelt.

Deltagare 2: Precis, tre stycken väldigt enkla raka frågor. Men vi har, speciellt den sista frågan har vi ju svårt [för].

Deltagare 3: Den har vi ju jättesvårt, det

⁴ Blanketten är mer detaljerad än beskrivet här. I Bilaga 1 återfinns blanketten i sin helhet i det utförande som använts inom Christina-projektet.

har vi ju kommenterat innan att den är väldigt svår att förstå.

Deltagare 2: Ja den är **väldigt** krånglig. Det är nästan så jag får ta sats själv och läsa den.

Deltagare 3: Och förklara för någon annan då som inte har språket heller så är det inte...

Deltagare 1: Och ofta de som kan svenska, de liksom, man får nästan en motfråga från dem också, 'Vad menar du för någonting?' och så tänk de som har svårt för det.

Deltagare 3: Eller så kan jag tänka mig att jag bara kryssar för 'Jag förstår inte riktigt vad det står där men jag tar bara ett nej där' så ja, det finns ju en risk för det."

De svårigheter som tas upp här berör sådant som diskuteras i inom forskningen: att ett frågeinstrument måste vara lätt att använda i den praktiska vardagen, och lättbegripligt för den som ska svara på frågorna, annars riskerar det att ge felaktiga utslag. PVS är just tänkt att kunna fungera så, medan andra ofta använda instrument innehåller fler frågor. Svårigheten med kortare instrument med färre frågor är dock att lyckas fånga in det fenomen man frågar efter, här våld i nära relationer. PVS innehåller, vilket också kom upp under den fortsatta diskussionen inga frågor om psykiskt våld. Instrumentet innehåller inte heller frågor om sexuellt våld. Detta medför att mycket av det som inkluderas i och kännetecknar våld i nära relationer faller utanför. Samtidigt är PVS det validerade instrument som faktiskt ligger närmast det som efterfrågas i citatet - tre stycken enkla raka frågor. Men diskussionen visar att fokusgruppsdeltagarna inte uppfattar att de frågor som ställs är varken raka eller enkla, vilket bör uppmärksammas. Svårast tycks utan tvekan den fjärde och tillagda frågan vara, och detta är också en fråga som inte har validerats.

Broschyren och bokmärket

Som förberedelse för att ställa frågor om våld, och som allmän information om projektet och

våld i nära relationen, har projektledningen tagit fram en broschyr och ett bokmärke. Broschyren togs fram efter önskemål från projektdeltagarna, som uttryckte att de ville ha någon information om projektet för att kunna lämna till patienterna.



Broschyren har använts som patientinformation i väntrummet, och har också delats ut direkt till patienter, framför allt av BVC-personal i samband med att de gör hembesök hos de nyblivna föräldrarna:

"Hos oss får varje familj en sådan här av oss vid första besöket, den delar vi ut och den finns ju på olika språk och det är jättebra. Sedan den är ju väldigt överskådlig men det är lite samma där att det får ju inte vara mer text, för att många av de här [föräldrarna] kan ju inte läsa heller."

Broschyren kommenteras i övrigt lite i fokusgrupperna med BVC-sjuksköterskor, ovanstående kommentar är den mest fylliga, och övriga deltagare kan kanske antas hålla med den kollega som sade att hon inte hade några särskilda synpunkter på innehållet. Folk tandvårdspersonalen diskuterade vidare inte broschyrens utförande i första hand, utan diskussionen kom att handla mer om hur man använde sig av broschyren. Till skillnad från på BVC hade man inom Folk tandvården inget på förhand bestämt tillfälle när man delade ut broschyren, utan den fanns tillgänglig i väntrummet och på patienttoaletterna. En av fokusgruppsdeltagarna från Folk tandvården berättade att hon ibland brukade ge patienter en

broschyr och säga att det var något intressant de kunde läsa om. Men hon var den enda som beskrev att hon delat ut broschyren direkt till sina patienter. Att broschyrens användningsområde kunde vara såväl okänt som underutnyttjat inom Folk tandvården framgår av följande utdrag ur en av fokusgruppsintervjuerna:

”Deltagare 1: Den [broschyren] är bra. Den skulle man ju kunna ha, nu har de kanske den på BVC jag har inte koll på det om de lämnar ut den här, men det gör de säkert, men den skulle vi ju kunna ha. Alltså man kan ha den liggande på våra toaletter.

Deltagare 2: Men är det inte den vi har då?

Deltagare 1: Jag visste inte att den låg, att vi hade den på bordet. När vi har 1-årsgruppen, har vi det? Ligger den som en liten hög där?

Deltagare 2: Nej det tror jag inte.

Deltagare 1: Nej det kan ju vara en grej att göra.

Deltagare 2: Precis.”

Under intervjun med VKV:s informatör, Daniel Cederberg, som varit del i projektledningen och ansvarig för materialets grafiska utformning, kommenterade han mottagandet och användandet av broschyren enligt följande:

”Men, den [broschyren] är jag också så här tveksam till för det var också mycket konstiga signaler. Dels, de flesta säger ’den här är jättebra, vi använder den jättemycket och den är så fantastisk’ och ’å, vad bra’, och så är det ingen som beställer nya. Den här har vi ju översatt också kan det vara [till] snart 10 språk, men det är ju, de verkar ju inte gå åt. Så då kan man ju fråga sig är det för att de inte vågar säga att de tycker den är jättedålig nu när idén har kommit från dem och så funkade det inte? Eller [kan det] bara vara att det är av artighet? Eller använder de den men de använder den på ett annat sätt, att de stoppar fram den till någon och så tar de den och tittar på den och läser och sedan lämnar tillbaka den. Det är ju inte någon avhandling precis det här. Den läser man ju ganska snabbt. Allt som står och så

kanske man tycker att: ’nej, jag behöver inte ta med den här’ eller ’det här var inte för mig, jo, jag vet att barn inte ska växa upp i våld och så, och allt är bra hos mig’, och så lämnar man tillbaka den. Så det ska bli jättespännande att höra vad de säger själva om den.”

Fokusgruppsdeltagarna hade som ovan framkommit dock inte så mycket att säga om broschyren. Men den tämligen fåordiga diskussionen kring broschyrens utförande och innehåll bör troligen tolkas som att fokusgruppsdeltagarna i stort var positiva till broschyren. Desto mer hade man nämligen att säga om bokmärket (Bild 4), vilket utlöste en livlig diskussion i alla fokusgrupperna med BVC och Folk tandvård. Bokmärket utformades av projektledningen med inspiration från ett studiebesök hos ett barnskyddscenter i San Francisco. I svensk version resulterade det i följande utformning:



Foto: Ulrica Törning

Det tar bara en minut att göra skillnad i ett barns liv

Det tar en minut att...

- Lära dig barnets namn
- Krama ett barn
- Lyssna till ett barn
- Läsa för ett barn
- Ta ett djupt andetag
- Lyssna till ditt hjärta
- Prata – inte skrika
- Förhindra att ett barn skadas
- Tro på och skydda alla barn

Det tar bara en minut att förhindra våld mot barn

VKV – Västra
Götalandsregionens
kompetenscentrum om våld i
nära relationer

www.valdinararelationer.se/vkv
E-post: vkv@vgregion.se
Tel: 031-346 06 58



Tanken med bokmärket är att det ska vara riktat till "alla", det vill säga såväl patienter som vårdpersonal, för att uppmärksamma barns rätt att inte fara illa. Detta tycks dock inte ha fungerat så väl. I en av fokusgrupperna med BVC-sjuksköterskor framkom exempelvis att man uppfattat syftet med bokmärket olika. Medan en deltagare beskrev syftet som att informera om projektet beskrev en annan deltagare att hon uppfattat syftet på annat sätt:

"Vi tänker ju helt olika, jag tänker när jag lämnar över det här på ett hembesök så ska de bara kunna ta detta och så [tänka] 'jag mår faktiskt inte bra' eller 'jag blir slagen' och kunna ringa ett samtal. Det är mer så jag tänker. Inte att det är ett projekt för oss. För den informationen behöver vi inte lämna på lapp utan det räcker ju med att vi säger [det], eller om ni förstår hur jag menar? Är det information om att vi är med i ett projekt eller är det en hjälp för föräldern?"

Av den fortsatta diskussionen framgick att det inte bara var den ovan citerade deltagaren (nr 3 nedan) som var osäker på syftet med bokmärket:

"Deltagare 1: Men det telefonnumret som står där, vad är det?"

Deltagare 2: Det är till VKV va? Är det inte det?"

Intervjuare: Det är till VKV.

Deltagare 3: Är det dit de ska vända sig till om de blir misshandlade?"

Deltagare 1: Varför står det numret där, det fattar man inte heller.

Deltagare 3: Men det kanske är så att det har jag inte fattat, ännu. Att det är för att vi ska informera om att vi är med i ett projekt. Jag hade tänkt att det skulle vara en information till föräldrarna vart de kan vända sig och då har jag tyckt att det var väldigt märkligt, på något vis.

Deltagare 1: Det måste ju vara viktigare än att vi är med i ett projekt och [patienten undrar kanske] vad har detta med det att göra hur jag mår, liksom egentligen.

Deltagare 2: Det bör stå i så fall 'Vi ställer frågor på rutin', eller något sånt liksom att det står vad som kommer att [hända]."

Förutom att syftet med bokmärket uppfattades som oklart, kritiserades även innehållet. Tydligast uttrycktes detta i en av fokusgrupperna med tandvårdspersonal:

"Deltagare 1: Jag tycker den här [bokmärket] känns lite töntig.

Intervjuare: Berätta mera.

Deltagare 1: Nämen, det här det tar bara en minut att förhindra våld mot barn, det känns inte, alltså det låter som man kan stoppa allt våld mot barn om man bara stannar upp och, alltså det känns som lite naivt att tänka att, det känns mer lite som en dikt eller något. Jag vet inte det känns inte så informativ utan mer så här bara något tankvärt. Men den är väl ok, men...

Intervjuare: Det är ok att vara kritisk också, det är därför vi är här.

Deltagare 1: Jag tycker den känns mer som en dikt, ja, och inte så mycket kon[kret] alltså ja... lära dig barnets namn, ja krama ett barn, lyssna... Alltså jag vet inte, jag kan alla barns namn, eller jag vet inte, 'lyssna till ditt hjärta'...

Deltagare 2: Det kanske inte är för oss i tandvården så att det känns riktigt.

Deltagare 1: Nej. Eller läsa för ett barn är ju inget vi gör heller. Men om man ska dela ut till någon, jag vet inte. Nej.

Deltagare 3: Vad jag fattar så de på BVC de la den här när de gick på hembesök, får de tydligen någon bok eller något som de lämnar till barnen och då la de den där och då kanske det [fungerar].

Deltagare 4: Precis, där kan det passa det kan jag tycka också. (...) men att det är klart det är ju precis som du säger att barnets namn det ser vi ju när vi hämtar dem så, men jag menar krama, det skulle vara väldigt konstigt om vi höll på att krama våra patienter eller så, men som sagt i det syftet som de använder den tycker

jag att det är ok, men kanske inte för oss.”

Motsatt vad folktandvårdspersonalen antog tyckte dock inte BVC-sjuksköterskorna att bokmärket var något för dem heller. I fokusgruppsintervjuerna framgick att några BVC-sjuksköterskor lämnade ut bokmärket, men mest av pliktskyldighet eftersom det uppfattades vara del av projektet och då de hade fått många bokmärken att dela ut. Andra hade dock gjort motstånd, de hade upphört med att dela ut bokmärket för att de inte tyckte att det var bra. Och liksom folktandvårdspersonalen var BVC-sjuksköterskorna kritiska till innehållet:

”Deltagare 1: Jag tycker det skulle stått lite, ’är du utsatt’, alltså någonting som man vaknar till av. Ja en fråga: ’Är du utsatt för våld?’ eller något sådant. Det här säger ju ingenting. Tycker inte jag. (skratt)

Deltagare 2: Alltså: Den är kass då! (skratt) Men idén är bra.”

I citatet ovan sammanfattar deltagare 2 synpunkterna på bokmärket som att det helt enkelt är dåligt (kass). Men samtidigt säger hon att idén är bra. Vad som man tyckte var - eller borde ha varit - idén med bokmärket, utvecklades i denna fokusgrupp till ett förslag om att ha ett klistermärke i tidboken till BVC, med telefonnummer dit föräldrar kan vända sig för att få stöd i utsatta lägen. I en av fokusgrupperna med folktandvårdspersonal var man något mer välvillig inställd till bokmärket, och här föreslog man istället att idén, i form av bokmärkets innehåll, skulle omvandlas till en roll up-affisch som kunde stå i väntrummet. Detta i och för sig goda förslag är dock en förändring av form snarare än innehåll, och löser därmed inte de problem som kring innehållet som påtalats ovan. Innehållet bör, om förslaget ska bli verklighet, därför först förändras. Som nämndes ovan var bokmärket skapat efter amerikansk förebild och kanske är bokmärket ett exempel på att det inte alltid fungerar att flytta ett budskap eller en modell från en kontext till en annan.

Utöver broschyren och bokmärket har ett handledningsmaterial tagits fram, som kan sägas vara en förkortad version av innehållet i Christina-pärmen. Detta handledningsmaterial tycks dock inte ha nått ut och eller använts i högre grad,

vilket möjligtvis kan bero på att det återfanns i en plastficka långt bak i pärmen. En ambitiös fokusgruppsdeltagare från Folktandvården hade exempelvis istället gjort en egen förkortad version av Christina-pärmen i syfte att erbjuda sina mindre insatta kolleger en genväg till materialet. Ytterligare en del av projektmaterialiet bestod av affischer att sätta upp i väntrummet som informerade om att mottagningen deltog i Christina-projektet. Dessa kommenterades mycket lite i fokusgrupperna, men det framkom att man på någon folktandvårdsklinik önskat att affischerna tydligare skulle ange syftet med Christina-projektet. I utvärderingsenkäten angav även ett BVC att man ville ha ”material på poster”, vilket möjligen syftar på samma önskemål.

Den grafiska formgivningen av materialet har inte kommenterats i fokusgrupperna, och detta gäller alla former av projektmaterial. Detta bör tolkas som att den grafiska formgivningen fyllt sin funktion: den har lyft fram innehållet utan att störa. Överhuvudtaget är man alltså mycket nöjd med materialet, med undantag för bokmärket. Vad gäller den mest centrala delen av projektmaterialiet, Christina-pärmen, hade man mer synpunkter på formen (ej den grafiska) än innehållet: i en av fokusgrupperna togs upp att själva pärmen var av dålig kvalitet och att fliksystemet, som byggde på olika färger, var oklart i logiken. Man hade alltså mer synpunkter på formen än innehållet, vilket understryker att man var nöjd med innehållet. Detta är lätt att koppla till att projektdeltagarna har varit delaktiga i att ta fram materialet, vilket en deltagare i en av fokusgruppen med kontaktpersoner från socialtjänsten beskrev:

”(…) en av BVC-sjuksköterskorna satt ju med och utformade och var i den här referensgruppen eller vad det nu kallades för så att alltså vi har ju framfört det under resans gång känner jag från vår sida, så har vi gjort det och det har ju varit flera saker som vi har påpekat som vi tyckte inte stämde från början då, men nu känns det som att nu har man liksom korrigerat de sakerna.”

Att man tycks vara nöjd med materialet återspeglas även i utvärderingsenkäten. På frågan om det vid projektets slut fanns något som personalen fortfarande tyckte sig sakna kunskapsmässigt eller materialmässigt svarade 12 av 16 nej. De 4 verksamheter som svarade ja specificerade vad de

fortfarande saknade och enbart ett av dessa svar berörde projektmaterial (kommentaren om "material på poster", se ovan).

Att projektdeltagarna, i alla fall de som deltagit i fokusgruppsintervjuerna, är positiva till materialet, innebär dock inte att det fattas utmaningar inför en fortsatt spridning och implementering av det. Ovan har framkommit att Christina-pärmen uppfattats som en god resurs, men en resurs som använts mer eller mindre aktivt. En utmaning som ligger i detta lyftes i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

"(...)det blir jättebra att utvärdera det [materialet], men det är väl viktiga är väl sedan att hur skapar man någonting som hålls levande."

Att materialet inte bara sprids, utan också används aktivt, är framför allt en utmaning i nästa skede av Christina-projektet, dess implementering.

Sammanfattning och rekommendation

Huvuddelen av projektmaterial, som var samlat till Christina-pärmen, ansåg projektdeltagarna var mycket bra. Särskilt lyfte man fram de delar som handlar om att göra anmälan till socialtjänsten och i synnerhet var man positiv till anmälningsblanketten, medan PVS-blanketten uppfattades som något otymplig. Christina-pärmen var inte något man läst från A till Ö, men den var enligt projektdeltagarna bra att ha att "slå i".

Man var också positiv till broschyrerna som tagits fram för att delas ut till patienter, men samtidigt har få nya broschyrer beställts vilket väcker frågan i vilken mån man verkligen aktivt delat ut dem. Bokmärket var man i stort sätt genomgående negativ till, det ansågs vara oklart vem det riktade sig till, och man hade i vissa verksamheter helt valt bort att använda detta.

Rekommendationen är att huvuddelen av projektmaterial bör spridas till alla BVC och folkhälsovårdskliniker i regionen. Vidare kan materialet, efter eventuella omarbetningar, spridas till andra hälso- och sjukvårdsenheter med närliggande verksamhetsområden. En utmaning inför en bredare implementering är dock att materialet kontinuerligt uppdateras och hålls aktuellt och levande i de berörda verksamheterna.

ATT FRÅGA OM VÅLD INOM BVC

Detta och nästföljande kapitel handlar om att rutinmässigt fråga om våld, vilket idag är det vedertagna uttrycket för att på ett systematiskt sätt fråga alla patienter inom en viss patientgrupp om erfarenheter av våld (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2011). Huruvida man inom sjukvården bör fråga rutinmässigt om våld är ett omtvistat ämne, där ingen konsensus råder. Alternativet till att fråga på rutin är att fråga på indikation, det vill säga vid någon form av tecken på våld. Argumenten för att fråga på rutin är att detta signalerar att våld är vanligt men skadligt och att hjälp finns att få, och att man därigenom kan fånga upp utsatta personer och öka deras möjligheter att få stöd för att förändra sin livssituation. Argumenten mot att fråga på rutin är att det är integritetskränkande att ställa sådana frågor, att patienter riskerar att känna sig anklagade och upprörda, samt att varken våldet eller ohälsan tycks minska på grund av att våldsutsatthet uppdragas.

Bakgrunden till denna motsättning är bland annat ett osäkert forskningsläge. En forskningsöversikt från 2013 (Taft, m.fl.) kring att rutinmässigt fråga kvinnor om våld inom hälso- och sjukvården fann 11 relevanta studier. En metaanalys av dessa visade att mer än dubbelt så många våldsutsatta kvinnor identifierats då frågor om våld ställts på rutin, men att antalet kvinnor som hänvisades vidare till stödverksamheter inte tycktes öka. Vidare tycktes inte kvinnornas våldsutsatthet eller ohälsa ha minskat tre till 18 månader efter att de identifierats som våldsutsatta. Författarnas slutsats var att det saknas vetenskapligt stöd för att frågor på rutin bör ställas inom hälso- och sjukvården. Antalet studier denna slutsats vilar på är dock få, och två invändningar kan göras mot den slutsats som dragits. Den ena är att fynden kan ses som en uppmaning till hälso- och sjukvården att hänvisa mera, snarare än att undvika att ställa frågor om våld. Den andra är att tidsramen om tre till 18 månader kan vara alltför kort för att utvärdera resultatet i form av mindre våldsutsatthet och bättre hälsa, då forskning visar att processen ut ur en våldsam relation ofta är lång (Andersson och Saunders 2003; Enander och Holmberg, 2011).

I Storbritannien har man efter en noggrann och ambitiös genomgång av forskningsläget nyligen publicerat rekommendationerna till hälso- och sjukvården kring våld i nära relationer (NICE, 2014). En av dessa är att hälso- och sjukvården ska säkerställa att personalen är utbildad i att ställa frågor om våld till de patienter de möter. Även om man inte använder begreppet routine enquiry (fråga på rutin) är det i praktiken detta man rekommenderar. Här har man alltså tolkat forskningsläget på ett annat sätt.

Mödravården är en del av hälso- och sjukvården där det ansetts befogat att rutinmässigt fråga om våld (Berglund, 2010; Wendt, 2012; Socialstyrelsen, 2014). En svensk avhandling visade att av 879 kvinnor tillfrågade inom mödravården fann 80 % att det var acceptabelt att få rutinfrågor, 12 % att det var varken acceptabelt eller oacceptabelt, 5 % att det var både acceptabelt och oacceptabelt och endast 3 % att det var oacceptabelt (Stenson, m.fl., 2001). Även Socialstyrelsen (2002) fann att kvinnor tillfrågade på mödravårdscentraler samt på ungdomsmottagningar var positiva till att få frågor om våld (se även Wendt, m.fl., 2007; 2009). Ingen motsvarande forskning finns om att fråga om våld inom barnhälsovården. En enkätstudie kring BVC-sjuksköterskors medvetenhet om våld mot barn har dock genomförts (Lagerberg, 2001; 2004). Av 1601 BVC-sjuksköterskor hade 59 % någon gång misstänkt att något/några barn de hade ansvar för var utsatt för våld, vilket totalt omfattade 6044 barn. Av dessa var pojkar och äldre barn (4-6 år) överrepresenterade. Anmälan enligt socialtjänstlagen gjordes också främst på äldre barn (Lagerberg, 2004). Faktorer som i övrigt bidrog till en ökad anmälningsgrad var kännedom om distriktet, att distriktet inte var för stort, personligt intresse för frågan samt regelbunden kontakt med socialtjänsten.

Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer har vidare gjort en enkätundersökning av hur personal som arbetar inom mödravård, barnhälsovård och på ungdomsmottagningar i Västra Götalandsregionen bemöter patienter med erfarenhet av våld samt vilka åtgärder som vidtas. Vidare undersöktes kunskaper, erfarenheter och attityder till att fråga om våld, dokumentera och anmäla fall av våld i enlighet med socialtjänstlagen (Wendt m.fl., 2015). Av

527 respondenter från BVC var 320 sjuksköterskor, 155 läkare och 52 psykosocial personal. Av dessa frågade få rutinmässigt om våld; endast 5 sjuksköterskor och 2 läkare och ingen av den psykosociala personalen. Mer än 80 % i varje grupp angav dock att de frågade ibland, främst vid misstanke om våld mot barnet eller mot dess förälder, eller vid synliga tecken på att våld förekommit. Men samtidigt angav 37 (12 %) sjuksköterskor och 18 (12 %) läkare att de aldrig frågade om våld. Här skiljde de sig från den psykosociala personalen där samtliga svarande uppgav att de ställde frågan "ibland". Många kände en viss olust och oro förknippat med att fråga; nästan hälften av sjuksköterskor 146 (46 %) och läkare 76 (49 %) angav detta men i den psykosociala gruppen var det färre som kände så, 12 (23 %). Samtidigt framkom att majoriteten i varje grupp mött barn på BVC som utsatts för våld av förälder eller vårdnadshavare och att majoriteten av personalen var villig att börja fråga alla som kommer till BVC om våld i familjen; 203 sjuksköterskor (63 %), 60 läkare (39 %) och 27 personal ur den psykosociala gruppen (52 %).⁵

Primärvården har just lyfts fram som en som en god arena för att ställa frågor om våld:

Primärvården har goda möjligheter att fånga upp och stödja våldsutsatta kvinnor. Kontinuitet i vårdkontakten ger förutsättningar för en god relation mellan patient och läkare respektive sköterska, vilket underlättar för våldsutsatta kvinnor att berätta om våld. Eftersom många kvinnor tycker det är svårt att ta upp saken spontant och ofta inte själva ser sambandet mellan sina besvär och våldet är det angeläget att vårdgivaren aktivt frågar. (Tönnesen, 2013, s. 115-116)

Vilka enheter inom hälso- och sjukvården som eventuellt bör ställa frågor om våld, är dock en fråga som under de senaste åren varit föremål för diskussioner och kontroverser och kan sägas vara under fortsatt aktiv utveckling, där Christina-projektet kan ses som en liten del av denna utveckling. Flera viktiga dokument som berör frågan har sett dagens ljus under 2014. I betän-

⁵ Utöver denna forskning förekommer ett antal studentuppsatser och någon rapport som tar upp BVC-sjuksköterskors erfarenheter av att misstänka och handlägga våld mot kvinnor och barn (Lobanova, 2012; Persson, 2010; Rosén, 2013; Rädda barnen, 2012).

kandet från den nationella samordnaren mot våld i nära relationer gjordes följande antagande gällande frågan:

Det är tydligt att fler våldsutsatta kommer att upptäckas om frågor om våld ställs i större utsträckning, men att detta i sig inte leder till minskat våld och bättre hälsa för de våldsutsatta. Det är osäkert hur balansen mellan för- och nackdelar för rutinmässiga respektive indikerade frågor ser ut i olika delar av hälso- och sjukvården och socialtjänsten. Det är dock rimligt att anta att fördelarna med rutinmässiga frågor är större där andelen våldsutsatta är stor. (SOU 2014:49, s. 80)

Vilka verksamheter som eventuellt har större andel våldsutsatta, och där frågan därför bör ställas, klargörs emellertid inte. Socialstyrelsen (2014) har dock gått ett steg längre och utfärdat rekommendationer om att rutinfrågor om våld bör ställas i vissa verksamheter, i en nyligen utkommen vägledning för hälso- och sjukvården och socialtjänsten. En tidigare version av denna vägledning, som mycket tydligt tog avstånd från att fråga på rutin inom hälso- och sjukvården, utstattes för omfattande kritik i såväl remissvar som offentlig debatt (Dagens medicin, 2013). Efter ett antal remissomgångar, och med referens till nyare forskning, lyder dock de slutliga rekommendationerna enligt följande:

Hälso- och sjukvården bör

- fråga alla kvinnor som uppsöker mödrahälsovård om erfarenheter av våld
- fråga alla kvinnor som uppsöker psykiatrisk vård om erfarenheter av våld
- ta upp frågan om våld i alla ärenden inom barn- och ungdomspsykiatri

(Socialstyrelsen, 2014, s. 14)

Socialstyrelsen hänvisar också till Nationellt centrum för kvinnofrid (NCK) antologi *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen* (2010). I antologin presenteras argument för och rekommendationer om att fråga om våld på rutin, bland annat inom BVC, vilket Socialstyrelsen lyfter fram i sin vägledning:

Barnvårdscentralerna (BVC) är en an-

nan verksamhet som lyfts fram i antologin. Sköterskorna på BVC har ofta en nära relation till mammorna, vilket gör att de har goda möjligheter att upptäcka när kvinnor och barn utsätts för våld i hemmet. (Socialstyrelsen, 2014, s. 25)

Socialstyrelsen har dock ännu inte utfärdat någon rekommendation om att man bör fråga om våld inom BVC.

Som framkommit i föregående kapitel handlar en central del av det utvärderade materialet om hur man kan ställa frågor om våld. Att de ingående pilotverksamheterna skulle ställa frågor om våld var dock inte någon förutsättning för att de skulle ingå i projektet, utan detta har formulerats som ett erbjudande och en möjlighet från projektledningens sida. Samtidigt framkom ganska tidigt ett önskemål om att fråga om våld på rutin från de ingående BVC-verksamheterna, och detta kom att inkorporeras i materialet som en möjlig modell. Det ursprungliga förslaget från projektledningen var att frågor om våld skulle ställas i samband med EPDS-screeningen, då man screenar post-partum depression bland nyblivna mödrar, vilket brukar ske 6-8 veckor efter att barnet är fött⁶. Mot detta höjdes dock en del röster inom BVC, då man enligt projektledaren fruktade att projektledningen skulle försöka göra förändringar i EPDS-instrumentet samt sedan länge etablerade rutiner kring denna screening. Tillsammans med representanter för Centrala Barnhälsovården, som delade denna oro, arbetade man därför fram vad projektledaren kallar en trestegsmodell (Intervju Carina Eliasson).

Steg 1 i denna modell innebär att man vid hembesöket, som sker kort efter att modern/föräldrarna kommit hem från BB delar ut en broschyr, informerar om att man är med i Christina-projektet samt att man kommer att ställa frågor om våld i ett senare skede. Steg 2 innebär att man ställer frågor om våld enligt PVS-formuläret vid utfall på EPDS-screeningen, alltså om kvinnan enligt denna visar tecken på depression. Annars ställs inga frågor om våld vid detta tillfälle. Steg 3 innebär att man ställer frågor om våld vid 4-månaderskontrollen, och då använder PVS-formuläret. Denna modell har man arbetat efter i vissa pilotområden, medan man i andra valt

⁶ EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale, för mer information se www.rikshandboken-bhv.se.

att primärt ställa frågor i samband med EPDS-screeningen enligt projektledningens första förslag. Man låter då EPDS-screeningen följas av frågor om våld enligt PVS-formuläret vid samma besök. Två huvudsakliga modeller har alltså använts inom projektets ram, men också med vissa variationer inom modellerna.

Nedan följer en sammanställning som tydliggör hur man gjort inom respektive pilotområde:

Tabell 1. Förfarande inom BVC vid rutinfrågor om våld

Pilotområde	Förfarande	Uppstart
1	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar om våld (PVS) vid utfall på EPDS-screeningen. Frågar samtliga mödrar samt vid 4-månaderskontrollen.	Oktober 2013
2	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar om våld (PVS) vid 5-månaderskontrollen, men enbart till mödrar som kommer ensamma till besöket.	Folder lämnad sedan oktober 2013. Frågor om våld ställda sedan våren 2014.
3	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) i samband med EPDS-screeningen.	Oktober 2013
4 a	Lämnar folder samt bokmärke vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) i samband med EPDS-screeningen.	November 2013
4 b	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) i samband med EPDS-screeningen.	November 2013
5	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) vid 4-månaderskontrollen.	Oktober 2013
6	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) i samband med EPDS-screeningen.	Oktober 2013
7a	Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) i samband med EPDS-screeningen. Har diverse informationsmaterial om projektet i väntrummet men har initialt ej systematiskt lämnat folder och information vid hembesöket. Intention finns att göra detta i högre grad än vad som skett.	Oktober 2013
7b	Lämnar folder vid hembesöket och informerar om projektet. Frågar samtliga mödrar om våld (PVS) i samband med EPDS-screeningen.	Oktober 2013

Att introducera ett nytt och svårt ämne

Att ställa frågor om våld kräver introduktion, både för personalen och föräldrarna. BVC-verksamheterna hade som ovan beskrivits själva valt att börja fråga om våld på rutin. Vidare hade de fått viss introduktion genom utbildningar och projektmaterial. Men att det ändå krävdes en både praktisk och mental förberedelse för en del verksamheter framkom i fokusgrupperna:

”Deltagare: Fast det var lite svårt, vi hade något möte där i september, vi fick i alla fall ta det i november börjar vi. Vi fick ju fundera en månad på hur vi skulle gå till väga, men sedan har vi gjort på alla, då gjorde vi ju på alla direkt så.

Intervjuare: Hur gick diskussionerna den månaden mellan er?

Deltagare: Vi pratade inte om det! (skratt) Vi skulle ju göra det, det fanns inget att välja på, och vi tyckte det var väldigt bra naturligtvis.”

Av beskrivningen, tonfallet och skrattet framgick att det fanns en laddning kring ämnet, även om man i sak var positiv till att införa denna nya rutin. En deltagare gav en annan bild:

”Jag tyckte inte det var svårt att komma igång, däremot, jag läste ju igenom hela pärmen för jag ville liksom ha koll på läget om man säger så, men jag tyckte inte det kändes liksom på något sätt motigt eller liksom obehagligt eller så och börja fråga. Men jag tror att det hänger just på att det är på rutin, alltså då är det liksom...”

I beskrivningen framgår också att deltagaren hade förberett sig själv genom att aktivt ta del av projektets material, som en del i en introduktion till att ställa frågor om våld. Vad gäller introduktion har BVC-sjuksköterskorna i sin tur haft till uppgift att introducera föräldrarna och förbereda dem på att de kommer att få frågor om våld. Denna introduktion har alltså främst skett vid hembesöket då barnet är nyfött. Inga invändningar mot denna rutin har framkommit från projektdeltagarna sida, tvärtom framställs det som en självklar del av projektet. Men en del utmaningar eller svårigheter framkommer också. I fokusgruppsdiskussionerna uttryckte deltagarna att ”man kan inte dra allt på en gång” och att det är ”sällan det passar” att informera om projektet och om våld vid hembesöket. En deltagare ombads att utveckla detta:

”Nej, att man kommer hem i deras hem, då är man ju som, då blir det ju lite personligt känner man ja, och då är det ju jag, då känner man det är ju vi som ska lyssna på dem och de har mycket frågor och vi ska titta på deras barn och väga barnet

och [de] har mängder med frågor. Sedan så den stunden man själv pratar kanske inte ska ta hela besöket men ska man hinna säga allt detta så [gör det det], för man kan ju inte prata i racerfart.”

Här kommer tidsaspekten in, de nyblivna föräldrarnas frågor ska vägas mot det som personalen i övrigt har på sin dagordning. En deltagare delgav att hon brukade börja med det förstnämnda:

”Jag brukar berätta liksom vad vi ska göra. Vi ska väga och titta på bebisen och så har vi lite information och så börjar vi med era frågor, så brukar jag säga så får jag se hur lång tid som är kvar.”

En annan deltagare gav en dråplig och självironisk skildring av att hur hon under hembesöket går från information om barnsäkerhet och våld till risken för shaken baby syndrome och plötslig spädbarnsdöd, med resultatet att föräldrarna till slut sitter hålogda och förskräckta. ”Men jag säger alltid grattis när jag går dit!” avslutade hon sin skildring med.

Detta pekar sammantaget på att BVC-sjuksköterskorna å ena sidan verkar ha sett själva idén med att projektet och våldsfrågorna ska introduceras vid hembesöket som oproblematiske, men att man i praktiken har fått anpassa detta efter föräldrarnas aktuella situation och behov, vilket ur ett patientperspektiv förefaller rimligt.

Att ställa frågan

Av såväl fokusgruppsintervjuerna som de deltagande observationerna framgick att BVC-sjuksköterskorna var positiva till att ställa frågor om våld, och att de över tid tyckte att det kändes naturligt. De fördelar de lyfte fram är sådant som också lyfts fram i tidigare studier: att man genom att fråga visar att våld är både vanligt och skadligt, men möjligt att tala om och få hjälp med (Nationellt centrum för kvinnofrid, 2011; Wendt, 2012). Också den rent praktiska erfarenheten av att fråga mödrarna beskrevs i fokusgrupperna i positiva ordalag, och detta gällde oavsett vilken modell för att fråga man använt, att fråga vid EPDS-screeningen eller vid annat tillfälle. Det framkommer alltså inga större skillnader i projektdeltagarnas erfarenheter av att fråga om våld som kan härledas till enligt vilken modell

man frågat. Samtidigt beskrev de verksamheter som valt att fråga om våld vid 4- respektive 5-månaderskontrollen att om mannen/partnern var med vid detta besök fick man vänta in ett senare tillfälle då modern kom ensam för att kunna ställa frågan. Att ställa frågan i samband med EPDS-screeningen beskrevs vidare som tämligen naturligt:

"Jag tycker ändå när man gör den där EPDS, man är inne på så mycket saker hur man mår och hur man har det så att ibland har man halkat in på sånt ändå. Pratar man om det först så är man lite där och nosar på det."

Förutom att BVC-sjuksköterskorna själva hade positiva erfarenheter av att fråga, gavs exempel på positiva reaktioner från patienterna:

"Många säger: 'Åh vad bra att ni frågar om detta. Vad bra att ni tar upp det här.' Det är ingen som har tagit illa upp."

Några föräldrar tycks dock ha ifrågasatt värdet av att ställa frågor om våld med hjälp av ett frågeformulär, vilket en BVC-sjuksköterska beskrev vid ett lokalt samverkansmöte:

"(...) för det är ett par föräldrar som frågar: 'Tror du att jag skulle kryssa i att jag är utsatt för våld här?' 'Nej det kanske jag inte tror, men då vet du i alla fall att om du vill komma till oss. [Om du är utsatt] så vet du att det här är ett ställe du kan komma till."

I fokusgruppsintervjuerna gavs vidare exempel på att några patienter tackat nej till att bli tillfrågade. Men några direkt negativa reaktioner från patienterna har inte beskrivits.

Lättare att fråga på rutin än vid indikation

Att det är lättare att fråga på rutin än vid indikation är något som återkommer i materialet, och där BVC-sjuksköterskorna tycks vara samstämmiga. Ett exempel från fokusgruppsintervjuerna:

"Det är mycket lättare på rutin än på indikation förstås. Då kan man ju säga att ja men det här, de här frågorna ställer vi till alla, då känner man att det är lite

lugnare i det än att oj här måste jag nog fråga och jag har en liten lapp som du ska skriva, alltså det blir, ja..."

Rutinfrågor tycks avdramatisera och normalisera ämnet, och göra det lättare för personalen att integrera våldsfrågan i arbetet. Att ställa frågor på rutin ger vidare vana att hantera ämnet, och vana ger i sin tur trygghet. Flera av dessa aspekter framkommer i nedanstående citat:

"Men det här har öppnat samtalet, det finns mammor som har berättat om sin historia som inte alltid är så kul, och vi informerar ju också alla på rutin. Det gör vi också, alla vet om att vi är med i det här projektet och nu lägger vi inte ens fram det som ett projekt utan vi lägger det fram det mer som att ja prata om våld i nära relationer och att ja, precis som vad som helst. Så jag tänker nästan inte projekt längre utan det är något man pratar om."

En annan fokusgruppsdeltagare betonade att hon kände sig stärkt i att våldsfrågan var en viktig del av arbetet, vilket också kan ses som en form av ökad trygghet:

"Och ändå [trots att det är svårt, har jag] blivit stärkt i det här att det är viktiga frågor att ställa för att det betyder så mycket för barnens framtid. Lika mycket, mer kanske än allt annat jag pratar om. Om de har salt i maten före de är ett år och så där. Detta kanske är ännu viktigare, alltså förstår du? Alltså att jag är stärkt i det att det faktiskt är så att det kanske är farligare för hälsan det här än det här lilla saltet."

Den sammantagna bilden är alltså att BVC-personalen är positiv till att fråga om våld på rutin, och att de inte uppfattat att de tillfrågade mödrarna uppfattar rutinfrågor som något negativt. Som resultat av projektet frågar man också på rutin i allt högre grad. Vid projektets ingång (föremätning) uppgav 3 av 21 BVC-sjuksköterskor att de aldrig frågade föräldrar som kommer till mottagningen om våldserfarenhet, 17 av 21 svarade att de frågade vid misstanke om våld och 2 av 21 att de alltid ställde frågor om våld. Vid projektets slut (eftermätning) angav ingen (0) av 13 BVC-sjuksköterskor att de aldrig frågade om

våld, 8 av 13 svarade att de frågade vid misstanke om våld och 5 av 13 att de alltid ställde frågor om våld. Eftermätningen har mycket låg svarsfrekvens (31 %) och är därför inte tillförlitlig. Man kan dock notera att något fler BVC-sköterskor angivit att de frågar på rutin i föremätningen än i eftermätningen trots att den besvarats av färre respondenter.

Hinder för att fråga

BVC-sjuksköterskornas positiva uppfattningar om och erfarenheter av att fråga om våld innebär dock inte att det inte funnits svårigheter och hinder för att kunna få till denna rutin. De olika pilotverksamheterna har utan tvekan kommit olika långt i detta avseende och startsträckan har emellanåt varit lång. Särskilt för ett BVC, vilket framgick vid ett lokalt samverkansmöte, där organisationsförändringar och personalbrist beskrevs som hinder:

”Vi skulle ju gå igenom alla här på arbetsplatsen det här materialet så vi har haft väldigt hoppigt med personal och sjukskrivningar och föräldraledigt och så, så att vi startade det här [ny verksamhet] den artonde november, så då har inte de här rutinerna för samverkan och så det har inte riktigt satt sig ännu, så att det är väl någonting vi siktar på, men som vi inte har, som vi inte har tagit itu med, så. Det har varit väldigt mycket så med personal, frånvarande och hit och dit och så, så att...”

Under sådana omständigheter är det svårt att få till nya rutiner, vilket underströks av en BVC-sjuksköterska vid samma samverkansmöte:

”Ja det är ju ändå ganska nytt det här [knackar på Christina-pärmen], så att det är inte inarbetat än. Vi har ju knappt rutiner när vi ska göra det. Och när du inte knappt vet hur du ska göra då kan du liksom inte, alltså det är nästan steg (suck) så, nu pratar man väl mer om det på ett väldigt enkelt sätt. Vi har inte gått in djupare så. Så att det kan vi säkert bli bättre på där också. Absolut. Prata mer för familjen. Nu är det liksom mer ja, de får ett papper i handen och så det är liksom nej, jag tycker inte, det kan bli bättre det

tycker jag. För att nu vi hinna inte. Vi har så kort tid bokat och det är in-ut har det varit nu under ett halvårs tid här. Vi har inga fikaraster, vi har ingenting, vi bara jobbar och väger barn liksom. Det är ingen kvalitet i arbetet på något sätt, men hoppas det blir bättre.”

Vid fokusgruppsintervjun ett halvår senare tycks dock situationen förändrats väsentligt: då förmedlar samma BVC-sjuksköterska att man nu integrerat våldsfrågan i sin verksamhet, och att det blivit en naturlig del av arbetet att tala om våld.

En svårighet som också beskrevs vid ett lokalt samverkansmöte var att mödrarna sällan kom ensamma, utan alltid hade pappa/partner med:

”Jag måste ju säga, vi ska ju fråga mammorna den här enkäten som vi på BVC, som de får fylla i när de kommer ensamma. Det är faktiskt ofta som vi inte kan göra detta för det är väldigt sällan för oss som mammorna kommer ensamma. Så det är svårt. Ibland känns det som att ’Jaha projektet!’ [måste man ju tänka på] (suck). Hmm, alltså det känns som man (skratt)... Ja, det finns ju där men det är svårt att få till det här besöket, alltså beroende på när det ska göras då. Hur länge ska vi låta det släpa med innan vi kan ställa detta. För att om man tänker barnen nu, och ofta är det när barnen är små, det är ofta då det är en utsatt situation, men då är allt, då är barnen så små. Sedan det är klart nu har det varit vinter också och de går ju inte [ut] och pappa är alltid med och kan inte han komma så vill de ha en tid som han kan vara med och för dem det är jätteknepigt att be, alltså det är svårt att få till det tycker jag. Ja, vi får inte så mycket i svarsfrekvens.”

Att pappa/partner alltid är med, att det är svårt att hitta rätt tillfälle att ställa frågan, och språksvårigheter nämndes som försvårande. Vad gäller språksvårigheter hade några BVC som rutin att alltid använda sig av tolk då man frågar om våld, vilket är vad som rekommenderas i projektet. Men för någon verksamhet var detta långt ifrån självklart, vilket framkom vid lokalt samverkans-

möte:

”Men jag menar om de säger så här, det är ju inte alla som säger [att de vill ha tolk], det är frivilligt att ha tolk. Det är inget vi kan påtvinga så och har de då någon släkting så vill de att den ska tolka, då är det så. Det är ju liksom, vi säger men det går ju inte, nä nu måste vi ringa en tolk. (skratt) Det funkar inte så utan det är oftast mamma själv som avgör eller pappa eller vem det nu är då. Det löser sig på något sätt.”

Detta kopplades i sin tur till att det kan vara problematiskt att använda tolkar som familjen känner:

”(…) det jag kan tänka på när det kommer till känsliga frågor hos oss då vill de inte ha tolk här ifrån har vi märkt, för att jag tror att det är det här med sekretessen hos tolkarna. Jag tror många ifrågasätter den och i så fall så vill de ju ha tolk, telefontolk har vi ju kört med ibland då för att man slipper den här med att du får grannen som tolkar. Det är väldigt känsligt. Så många är rädda för det här med tolkar. Jätterädda är de tyvärr.”

Vid ett annat BVC hade de just utvecklat användandet av telefontolk som rutin, vilket framgick vid ett lokalt samverkansmöte:

”Vi brukar ju i så fall försöka få någon telefontolk från någon annan stad eller så det blir så neutralt som möjligt då. Många av tolkarna bor ju här.”

Vissa av de hinder som beskrivits ovan ligger på organisationsnivå: omorganiseringar och personalbrist är knappast något som de enskilda BVC-sjuksköterskorna kan påverka i större utsträckning. Andra hinder är sådant som personalen själv kan förändra, och som också till viss del har förändrats under projektets gång. Men att integrera våldsfrågan i arbetet är en förändringsprocess som kan antas behöva tid, då det kräver nya sätt att tänka och nya sätt att handla.

Utfall av att fråga

Vad har man då fått för utfall av att fråga och hur ser erfarenheterna kring detta ut? Vid ett BVC tycks man ha blivit något överrumplad när

man började att fråga, i såväl fokusgruppen som vid ett lokalt samverkansmöte delgav en BVC-sjuksköterska att man under den första veckan fått ”50 procents utfall»: de hade frågat fyra mödrar och två hade erfarenhet av våld. Detta väckte förvåning och man frågade sig om det skulle fortsätta så att hälften av alla tillfrågade kvinnor skulle visa sig vara våldsutsatta. Samtidigt ledde det också till att de drog slutsatsen att det nog var mycket viktigt att fråga om våld. De två utfallen rörde tidigare erfarenheter av våld och detta är något som återkommer i materialet. Ett typiskt exempel från fokusgruppsintervjuerna:

”(…) det har inte blivit utfall [gällande aktuell utsatthet] på någon som jag har frågat utan de har berättat att de har varit med om det vid tidigare tillfälle så då. De har inte, de har inte velat gå vidare med det, utan de tycker att de har klarat av det och gått vidare i livet, så de vill inte ha någon hjälp eller så.”

Detta speglas också i resultatet från utvärderingsenkäten/PVS-blanketterna, där det framgår att man under projektiden sammantaget har haft 56 utfall av 442 tillfrågade, där 32 av dessa gällde tidigare utsatthet. Av övriga 24 angavs aktuell utsatthet i 1 fall, utöver detta är det oklart om det handlar om aktuell eller tidigare utsatthet. Att så få mödrar angivit att de har en aktuell utsatthet, väckte tankar och reflexioner och diskuterades i fokusgruppsintervjuerna:

”Deltagare 1: Det jag funderar [på], för det är ju så många av oss som har sagt det här att föräldrarna de säger inte att de är utsatta för våld eller varit med om något annat liknande just vid tillfället, men att de har varit med vid tidigare tillfälle. Och då undrar man lite att ja, vad står det för, att så många säger att de har varit med vid ett tidigare tillfälle?”

Deltagare 2: Var är alla som är med om det nu?

Deltagare 3: Jag tror inte man berättar det så första gången så man måste, för jag kan tänka mig andra saker att de berättar att de har det jobbigt i familjen. Det kan vara en, jag tänker speciellt på en mamma, jag tror det barnet var åtta månader och jag kände i flera månader att det är något som

inte stämmer och då liksom, barnet var åtta månader innan hon berättade att det inte var bra, eller ja, så ibland tar det lång tid, menar jag, så det kanske är därför vi inte får några svar.”

Deltagare 3 tar upp en aspekt som återkommer i materialet, att den som är utsatt inte omedelbart ger detta till känna, men kanske vid ett senare tillfälle. Denna reflexion och försök till förklaring återkommer till exempel även i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”I min värld så är de här blanketterna mer självreflektionsgrej att man liksom: Hmm... [tar in frågan]. Man säger ju inte ja på frågan även om man är utsatt. Inte då, kanske om två månader, eller jag gissar nu, men alltså så. Eller som många säger att de får svar [på BVC och inom Folkvandvården] hos oss, i en annan relation säger de.”

Men BVC-sjuksköterskorna delgav, liksom deltagare 3 ovan, även praktisk erfarenhet av att det kunde förhålla sig på detta sätt:

”[Jag har] haft kanske fem som sagt att de varit utsatta tidigare. Ingen som har sagt vid frågorna att de är utsatta nu, däremot har det varit ett par som har kommit senare och berättat att de är utsatta, där det har blivit ja, anmälan då och även blivit jour, kvinnojour, hjälp med boende och så.”

Detta skulle man kunna se som utfall med viss fördröjning, det vill säga att de utsatta kvinnorna inte svarar jakande vid frågetillfället, men vid ett senare tillfälle. Det är förstås omöjligt att veta om dessa kvinnor skulle sökt samma hjälp även om de inte fått frågan tidigare. Men projektdeltagarna har i några fall tyckt sig se en koppling mellan att de frågat tidigare och att mödrarna senare vänt sig till dem för att få stöd och skydd i samband med våldsutsatthet. I andra fall ser man dock inte en lika tydlig koppling, vilket framkom vid ett lokalt samverkansmöte:

”Så egentligen kan vi konstatera att sedan vi startade Christina-projektet har vi inte fångat upp någon. Sedan har vi ju haft som vi sa, vi har haft ett par stycken här i år då anmälningar till er [socialtjänsten] som, med misshandel, men det är ju inte

utifrån Christina-projektet, utan de har kommit på andra sätt till vår kännedom. Men de blir också som vi konstaterade sådan eftersläpning för att eftersom först ska ni [BVC-sjuksköterskor] informera om det och sedan går det 2-3 månader ju tills de är 4 månader. Ja, så ni har inte hunnit.”

Två intressanta aspekter framkommer vidare i citatet ovan. Dels väcker det frågan om de fall som man fått kännedom om på annat sätt möjligen ändå kan ha uppmärksammats mer på grund av att man varit delaktig i projektet. Men detta är möjligen ett önsketänkande, eller så hade man redan god beredskap och vana att hantera dylika situationer. Dels pekar deltagaren på en fördröjningseffekt, att det tar tid från första information vid hembesöket, till att frågan ställs. Till denna fördröjningseffekt bör också läggas det som beskrivits ovan; att det kan ta ytterligare tid till att den som tillfrågats berättar att hon är utsatt. Denna fördröjningseffekt skulle kunna vara en förklaring till att så få BVC svarat ja på utvärderingsenkätens fråga om ”utbildningarna och i de fall man frågat på rutin har gjort att man fångat upp fler barn än tidigare”: endast 2 av 9, medan 6 svarade nej och 1 lämnade svarsfältet blankt. Men det kan också vara så att det sätt man valt att fråga om våld, inte öppnar upp för kvinnor att berätta. Man bör också fundera på vilken betydelse det kan ha att pappa/partner informerats om att frågor om våld kommer att ställas till den eventuellt våldsutsatta mamman.

Den fördröjningseffekt som framkommit innebär också att det kanske i själva verket har gått alldeles för kort tid för att i realiteten kunna utvärdera effekterna av projektet i form av utfall och, vilket följer logiskt, inte heller i form av antalet anmälningar till socialtjänsten. Hur ser det då ut med anmälningsstatistiken? Den årsvisa anmälningsstatistik som inhämtats från verksamheterna presenteras i tabellen nedan:

Tabell 2. Antal anmälningar enligt kap. 14 § 1 SoL till socialtjänsten från BVC.

2012	31*
2013	14
2014**	27

* Ett BVC rapporterade 6 anmälningar under perioden juni 2012 – juni 2013. Tre av dessa har hänförs till 2012 och 3 till 2013. ** Jan - nov.

Projektdeltagarnas uppfattning, som bekräftas av statistiken, är att antalet anmälningar till socialtjänsten inte ökat under projektiden. Detta kan ha flera förklaringar varav tre berörts ovan: 1) att man främst har fått utfall för tidigare våldsutsatthet, vilket inte i samma grad har medfört oro för att barn far illa som vid aktuell utsatthet 2) en fördröjningseffekt vad gäller att kvinnor vågar berätta om aktuell utsatthet, där utfallet kan komma långt efter frågan och därmed efter projektiden 3) att den valda metoden inte främjar sitt syfte: frågeformuläret kanske bör modifieras, eller situationen då man frågar förändras. Till detta kan man lägga att det kanske inte räcker med att fråga en gång: att man bör fråga flera gånger vid olika tillfällen var ett förslag som framkom i fokusgrupperna. Vidare är det kanske inte främst antalet anmälningar till socialtjänsten som ska räknas, utan antalet konsultationer. I fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten framkommer att de uppfattat att antalet konsultationer med dem ökat till följd av projektet. En konsultation kan resultera i en anmälan, men också att man finner andra vägar till stöd för den kvinna och de barn det gäller, varvid anmälningsstatistiken inte ökar.

Bemötande och hantering

Då de utfall man fått främst rört kvinnor som haft tidigare våldserfarenhet, eventuellt i en tidigare relation, har ingen av projektdeltagarna beskrivit att man har behövt vidta några särskilt akuta åtgärder vid utfall. En fokusgruppsdeltagare beskrev dock att hon, i enlighet med projektets rutiner, konsulterat socialtjänsten:

”Nej, jag har haft ett par men de har varit i tidigare förhållanden där det inte har känts som det har funnits någon hotbild. Vid de tillfällena har jag ringt socialtjänsten efter det och konsulterat och höra, ja hur jag ska gå vidare, om jag ska gå vidare.”

I andra fall har detta inte varit aktuellt, då kvinnan tydligt gått vidare och ingen oro funnits för hennes barn. (Det bör dock noteras att även om kvinnan lämnat mannen, kan hennes barn fortsatt fara illa, om våldsutövaren är deras far.) Vid några tillfällen har det dock som framkommit ovan varit aktuellt med att göra anmälan till socialtjänsten samt att kvinnan via socialtjänsten fått

bistånd med skyddat boende på kvinnojour.

BVC-sjuksköterskorna beskrev även en ökad medvetenhet och handlingsberedskap, vid sidan av att fråga på rutin, till följd av projektet. Detta kunde handla om att fråga om våld vid andra tillfällen, vilket framkom vid ett lokalt samverkansmöte:

”Men tack vare detta projektet, som häromdagen, i går hade jag ett besök och då berättade mamman att pappan mädde dåligt och det har jag vetat sedan tidigare. Så jag frågade lite hur han mädde nu. Men nu äter han ju mediciner, han är deprimerad, men han blir ju så arg [berättade mamman]. Och då hade jag nog bara tagit det för några år sedan. Men nu var jag ju tvungen att fråga alltså, 'Känner du dig hotad?'”

Men det kunde också handla om att konkret använda sig av projektets material och följa de föreslagna rutinerna:

”Nu hade ju jag en mamma som kom till mig och sa att hon hade blivit utsatt för våld som jag fick ta hand om och anmäla barnet och sånt där. Då hade jag också väldigt bra användning för detta. Jag ser att jag har strukit under här, jag har läst igen. Även om jag har anmält barn innan så ja, så blev det så tydligt.”

Dock framgick också av fokusgruppsdiskussionerna att även om rutiner fanns utarbetade, var vissa ärenden som gällde eventuell våldsutsatthet svåra att bedöma och hantera.

Projektdeltagarnas förslag till fortsatt utveckling

Trots att man har haft ett begränsat antal utfall, och få av dessa rör kvinnor och barn som varit i akut behov av skydd, var projektdeltagarna positiva till att fortsätta att fråga om våld och att detta införs som rutin inom all BVC-verksamhet i regionen. I båda fokusgruppsdiskussionerna lades det fram förslag om att denna del av projektet skulle permanentas och i en av grupperna specificerades detta till att Centrala barnhälsovården skulle införa rutinfrågor om våld som ett uppdrag i paritet med EPDS-screeningen. Vidare

efterlystes fortsatta utbildningsinsatser, och att dessa skulle knytas till att fråga om våld, enligt samma modell som vid EPDS-screeningen:

”Vid EPDS får man ju inte sällan upp frågorna förrän man har gått utbildningen, så det kan ju vara en liten liknande att man har samma grej för detta och då tappar man ju inte bort det heller för det är någonting man gör, någonting som finns i vårt arbetsätt.”

Det framkom också konkreta förslag om hur frågor om våld skulle kunna hanteras i de datasystem som används:

”Men som vi har i vårt nuvarande dataprogram så har vi ju åtgärds-koder för att en gång per år kunna enklare kunna dra ut statistik och så. Och det kan ju också vara ett bra kom ihåg. Checklista och där kan man, till exempel skulle man kunna välja PVS eller våldblankett eller när den är gjord så bara klickar man där och så kan det stå våldblankett nej, då är den inte gjord. Och så kan det stå våldblankett utfall och då kanske man fick så att säga, kunde hjälpa mamman då på något sätt så då, så kan man också lätt dra ut statistik på det här som vi också skulle kunna förmedla vidare då.”

Projekttagarna hade alltså både en önskan om och konkreta förslag till hur rutinfrågor skulle kunna integreras i arbetet efter projektens slut.

Diskussion och rekommendationer

Ovan har beskrivits att projekttagarna inom BVC är positiva till att rutinmässigt fråga om våld, och har gradvis blivit allt mer vana och trygga med att göra detta, trots vissa svårigheter och hinder. De beskriver vidare positiv patientrespons. Det bör dock understrykas att patienternas uppfattningar om och erfarenheter av att få rutinfrågor om våld på BVC inom projektets ram inte har undersökts. Inte heller finns någon tidigare forskning att luta sig mot. Men detta kommer att komma inom kort: för närvarande pågår i andra delar av Sverige forskningsprojekt där föräldrar tillfrågas om erfarenheter av att ha

fått frågor om våld på BVC. I väntan på detta finns det dock forskning från mödrahälsovården som visar att patienter är positiva till att bli tillfrågade (Stenson, m.fl., 2001), och Socialstyrelsen har nyligen utfärdat rekommendationer om att rutinfrågor om våld bör ställas inom MVC.

Inga sådana rekommendationer har utfärdats för BVC, men BVC är liksom MVC är en verksamhet som har kontinuitet i patientkontakten, och som dessutom har möjlighet att nå både våldsutsatta barn och våldsutsatta vuxna. BVC är därför en arena där man har goda möjligheter att fånga upp våld och på längre sikt vara del i en positiv förändringsprocess. Mot bakgrund av detta, och utifrån projektdeltagarnas erfarenheter, föreslås att man bör fråga rutinmässigt om våld inom BVC i Västra Götalandsregionen. Detta kan i sin tur följas upp av forskning om föräldrars uppfattningar och erfarenheter att få frågor om våld, vilket kan ge ett substantiellt underlag för fortsatt utveckling.

Utvärderingens rekommendationer går alltså ett steg längre än Socialstyrelsens rekommendationer, men lutar sig samtidigt mot delvis samma underlag, bland annat på en WHO-rapport om att fråga kvinnor om våld inom hälso- och sjukvården (World Health Organisation, 2013). I rapporten avråder man visserligen från att fråga rutinmässigt om våld, vilket kan verka paradoxalt. Men detta bör sättas i sitt sammanhang: WHO:s rekommendationer är globala och Sverige med sin utvecklade mödra- och barnhälsovård skiljer sig på många sätt från andra länder. WHO-rapporten avråder vidare inte från rutinfrågande om våld inom sådan vård, förutsatt att vissa förutsättningar är uppfyllda. Dessa förutsättningar, som också Socialstyrelsen instämmer i, är att verksamheten ska ha en rutin för hur frågeproceduren går till och att personalen ska ha utbildning i hur man frågar om våld. Vidare bör personalen vara säker på att man inger förtroende samt ställa frågan i en för patienten trygg miljö, utan närvaro av partner eller, om möjligt när det gäller barn, förälder. Slutligen anger WHO att en viktig förutsättning för att ställa rutinmässiga frågor om våld är att verksamheten har ett system för omhändertagande och hänvisning av våldsutsatta. Detta är förutsättningar som har funnits inom Christina-projektet, och det finns därmed goda möjligheter att skapa dess förutsättningar

för hela regionen, i ett samarbete mellan Centrala Barnhälsovården och VKV.

När bör då våldsfrågorna ställas? Som tidigare framgått kan denna utvärdering inte ge någon klarhet i när och hur frågor om våld bäst ställs. Men att vissa BVC-mottagningar finner det svårt att få möjlighet att ställa frågor om våld till mödrarna i enrum, talar för att frågor om våld bör ställas i samband med EPDS-screeningen. Detta eftersom det sedan tidigare finns en etablerad rutin att modern vid detta tillfälle ska samtala med BVC-sjuksköterskan i enrum. Vid detta besök kan man också säkerställa att det vid behov finns tolk beställd. Med fördel kan man använda telefontolk, vilket minimerar risken att familjen är släkt eller bekant med den som tolkar.

Vidare är det kanske inte tillräckligt att våldsfrågorna ställs endast en gång under barnets tid på BVC, utan att man bör återkomma vid ytterligare något tillfälle. Att fråga vid EPDS-tillfället ska snarare kanske ses som att man öppnar upp för ett möjligt utfall vid ett senare tillfälle, och att fråga igen torde då öka chansen att fånga upp våldsutsatta.

ATT FRÅGA OM VÅLD INOM FOLKTANDVÅRDEN

Tandvården har nyligen börjat uppmärksammas som en verksamhet vilken har unika möjligheter att identifiera våld i nära relationer (Barnombudsmannen, 2010). Forskningen är dock begränsad, men en sammanställning av befintlig forskning visade att tandvårdens viktigaste uppgift var att upptäcka våldsutsatthet och att lotsa patienten vidare (Dahlström och Jansson, 2014). Svensk forskning inom området har främst berört barn som far illa och tandvårdens anmälningsskyldighet till socialtjänsten. Klingberg (2010) fann att 20 av landets då 27 specialistkliniker för pedodonti (barntandvård), hade gjort minst en orosanmälan till socialtjänsten under åren 2007 och 2008. Oron för dessa barn gällde främst utsatthet för fysisk eller psykisk försumelse. Barnombudsmannen genomförde vidare år 2010 en enkätundersökning riktad till landets då 619 Folktandvårdskliniker, varav enkätsvaren täckte 96 % av verksamheten vid dessa, genom svar från 462 klinikchefer och 611 tandläkare.⁷ Av tandläkarna uppgav 91 % att de någon gång mött ett barn som de misstänkt för illa, men betydligt färre, 21 % uppgav att de hade anmält något sådant fall till socialtjänsten. Tandläkarna utgjorde dock bara 15 % av Folktandvårdens tandläkare varvid deras svar måste tolkas med stor försiktighet då man inte kan anta att de är representativa för gruppen som helhet. Av klinikcheferna uppgav 39 % att de varit i kontakt med socialtjänsten med anledning av att en tandläkare varit orolig för att ett barn farit illa. Om denna kontakt bestod av konsultation eller anmälan framgår dock ej av Barnombudsmannens rapport. Såväl Barnombudsmannen (2010) som Klingberg (2010) lyfter fram att tandvårdens roll bör stärkas vad gäller upptäckt av och anmälan om barn som far illa. Vad gäller vuxna patienter menade Dahlström och Jansson (2009), utifrån resultat av litteraturstudier och en enkät besvarad av 87 tandläkare, att tandläkare i mindre grad än andra vårdgivare tycktes uppmärksamma våld i nära relationer.

Forskning om rutinmässigt frågande inom tand-

⁷ Se även Kvist, m.fl. 2012.

vården tycks dock saknas. Coulthard m.fl. (2010) fann vid en systematisk genomgång inga studier som kunde ge evidens för eller emot att fråga tandvårdspatienter med ansiktsskador om våld. Detta kan dock snarare betraktas som att fråga på indikation. I Socialstyrelsens tidigare nämnda vägledning är det också främst frågor på indikation som nämns när tandvårdens roll kommenteras:

Tandvården är en annan verksamhet där våldsutsatta söker vård. Tandläkare har möjlighet att komma i nära kontakt med alla barn i samhället i alla åldrar. De får en god överblick över eventuella skador i mun- ansikts- och halsregionen, får möjlighet att prata med barnen och uppmärksamma om barn uteblir från bokade tandvårdsbesök eller om de har stora obehandlade tandbehov. Det är därför viktigt att tandläkare, liksom andra yrkesgrupper i tandvården, känner till de varningstecken som signalerar att barn far illa och kanske utsätts för våld, övergrepp eller omsorgssvikt. (Socialstyrelsen, 2014, s. 23)

Att fråga på rutin rekommenderas som synes inte. Här är de tandvårdskliniker som inom Christina-projektets ram har valt att fråga om våld på rutin pionjärer då de är de första i Sverige.

Detta kapitel grundar sig främst på två fokusgruppsintervjuer med Christina-projektets kontaktpersoner från Folk tandvården och på den enkätundersökning som genomförts av Karin Stenhammar (se Inledning). Enkäten skickades till de två tandvårdskliniker som frågat om våld på rutin, och 39 av de 44 behandlarna svarade, alltså en svarsfrekvens om 89 %. Av dessa var 18 tandsköterskor, 11 tandläkare och 10 tandhygienister. Trettiosex var kvinnor och 7 män och majoriteten hade arbetat mer än sex år inom sitt yrke.

Något nytt och oprövat

Två av de sju folk tandvårdsklinikerna som ingått i Christina-projektet har frågat om våld på rutin. Från projektledningens sida hade man ursprungligen ingen tanke om att Folk tandvården skulle börja att fråga rutinmässigt om våld:

”Det var speciellt för att vi hade, alltså Folk tandvården fanns inte med på kartan att de skulle fråga om våld på rutin. Varken i mitt huvud eller i diskussionerna vi hade med Folk tandvården. Utan på något sätt så hände det när jag skickade ut en förfrågan till [verksamheterna] och då råkade det gå till alla verksamheter: ’vilka kan tänka sig att jobba med att ställa frågor på rutin utifrån den här modellen?’ och då var ju min tanke BVC. Ja, då svarar två folk tandvårdskliniker: ’det låter intressant, det kan vi tänka oss’. Och vi hade ju ingen modell så att säga, [vi hade inte] tagit fram någon modell för Folk tandvården så det var därför det blev lite speciellt med dem. Men vi satte oss ju ner med både ledningen och klinikcheferna där, [och diskuterade] hur ska vi kunna göra det, genomföra det här, och kom fram till en modell där också.”
(Intervju med Carina Eliasson)

Den modell man kom fram till innebar att alla patienter över 18 år tillfrågades om våld i samband med besök i tandvården. Medan man inom BVC tillfrågat enbart mödrarna, har man alltså inom Folk tandvården tillfrågat både kvinnor och män. Modellen har dock haft två varianter. Vid den ena folk tandvårdskliniken frågar man sedan oktober 2013 muntligt alla patienter om de har erfarenheter av någon form av våld och patienterna får vid utfall fylla i PVS-blanketten. Vidare journalför man att man ställt frågan på sådant sätt att det blir möjligt att statistikföra antal tillfrågade patienter. Sådär beskrivs förfarandet i en av fokusgrupperna:

”Vi har ju så att vi ställer bara en fråga och då säger jag [till patienten] att ’vår klinik är med i Christina-projektet och det är ett projekt för att kartlägga och uppmärksamma våld i nära relationer och [vill] du svara på en fråga om våld?’ Och då så säger de ja eller nej, och allra flesta säger ’ja, det går bra att fråga’ och det är någon som har sagt nej. Och då så frågar jag: ’Har du någon gång blivit utsatt för våld i nära relation och med våld menas sexuellt, fysiskt eller psykiskt våld’. Då så får de svara ja eller nej och säger de som till mig, alla som har sagt nej, så fyller

jag bara i att jag har frågat om det här och så statistikåtgärd och säger de ja ska man ju gå vidare och berätta att vi har anmälningsskyldighet om det är barn under 18 som får illa och så får de ju fylla i det här PVS-formuläret som då flera har gjort på vår klinik, men inte de patienter jag har frågat.”

Vid den andra folktandvårdskliniken lämnar man sedan november 2013 ut PVS-blanketten till alla patienter. Innan blanketten lämnas över till patienten informerar man om projektet och om anmälningsskyldighet till socialtjänsten. Patienten fyller i PVS-blanketten under besöket och blanketten fungerar som underlag för statistikföring.

Liksom hos BVC tycks man inom Folktandvården ha blivit lite överrumplad över resultatet av att börja fråga på rutin, vilket framkom i en av fokusgrupperna:

”Det började ju lite olyckligt höll jag på att säga. Första dagen det skulle göras så gick jag ut och sa att, det blir inte många, oroar er inte ungefär. Och så kom den ena efter den andra på fikan och sa att de tre första patienterna hade svarat ja allihop. (skratt) Då var det ju lite uppror, ’Hjälp!’ Och liksom då hade de ju blivit sena, [och] för det första var det ju första gången så de blev ju lite handfallna ’hjälp, hur gör jag liksom då?’”

Med BVC delar man också erfarenheten att man främst fångat upp dem som tidigare varit utsatta, och detta väckte också liknande diskussioner, vilket följande utdrag ur en av fokusgruppsdiskussionerna illustrerar:

”Deltagare 1: Det är nog vår upplevelse med tror jag att de flesta, nästan alla som har svarat ja det är tidigare. Så att det är ingen liksom som har kommit och velat att vi ska hänvisa dem vidare eller så utan det är bra liksom så nu. De har inte lyft det mer.

Deltagare 2: Men är det så då? Kan det vara sanning i det att alla har varit med om det men inte nu.

Deltagare 1: Jag vet inte, men det kanske är så att de som varit med om det tidigare kanske är mer bekväma att berätta det för

oss.

Deltagare 3: Det kan ju också vara att man säger att det var tidigare och att man får frågan och fått den några gånger på Folktandvården efter varje undersökning, kanske vågar säga och vågar ta steget.

Deltagare 4: Just det, ’här finns det någon som lyssnar. Nästa gång jag kommer så ska jag säga så där’.

Deltagare 5: Ja, att man känner sig trygg med det. För det är klart att det har de inte förväntat sig när de kommer kanske att de ska få frågan hos oss för det har de inte fått förr. Och att de känner att man bryr sig.”

Till skillnad från BVC hade man dock ingen konkret erfarenhet av vad som i förra kapitlet kallades ”utfall med fördröjning”, det vill säga att patienter som blivit tillfrågade om våld inte berättade om våldsutsatthet vid frågetillfället, men däremot vid ett senare tillfälle.

Att fråga på rutin eller inte?

Medan BVC-sjuksköterskorna var positiva till att ställa rutinmässiga frågor om våld som en del av sitt arbete på BVC, var man dock inom tandvården mer tveksam till detta. Ett eko från fokusgruppsintervjuerna med BVC-sjuksköterskorna kunde höras i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från Folktandvården; att det är lättare att fråga på rutin än vid indikation. Men att inte alla är bekväma med eller positiva till att ställa rutinmässiga frågor om våld framgick också:

”Deltagare 1: Fråga på rutin, [då] känns det som att då blir det en rutin till slut. Man frågar alltid. Ska du fråga vid misstanke eller känsla av något annat då blir det lite krystat, det är lite svårare att fråga då. Det är mycket lättare att säga vi frågar alla.

Deltagare 2: Det du gör ofta blir du ju bra på.

Deltagare 3: Men samtidigt, jag tog upp det på fiketid med mina kolleger och inte alla var positiva att ta rutinmässigt den frågan också. Vi har inte suttit och

diskuterat det [alla] heller men de som var med, det var några som var, nej, de ville inte vara med.

Intervjuare: Hur tänkte de då?

Deltagare 3: Nej det kan bli fel, det kan uppfattas fel eller man kan misstänka fel person och skadan kan vara större än nyttan av att ta upp det på det sättet.”

Denna tveksamhet framkommer också av enkätsvaren från de två kliniker där man frågat på rutin. Mer än hälften av respondenterna, 20 av 39, frågade sina patienter om våld på rutin, men 9 respondenter gjorde det inte. (Av de övriga hade 4 inte någon patientkontakt och 6 angav att de träffade patienter som blivit tillfrågade/är med vid sidan av då frågan ställs). Detta är visserligen stor skillnad från hur det såg ut innan kliniken beslutade att fråga om våld på rutin. Då frågade ingen (0) om våld på rutin. Enbart 1 frågade ibland utan att ha misstanke om att våld förekom, 8 frågade vid misstanke och 29 frågade aldrig om våld (n=38). Men mot bakgrund av att dessa två kliniker beslutat sig för att rutinfrågor om våld ska ställas är det värt att notera att 9 respondenter angett att de inte ställer frågor om våld. Vidare framkom att även om en stor del av respondenterna tycktes finna det angeläget och viktigt att ställa frågor om våld, kändes det för många inte helt naturligt eller bekvämt (se Tabell 3).

Tabell 3.

	Håller inte Med	Håller med Delvis	Håller med fullständigt
Att fråga om våld i tandvården känns angeläget och viktigt	1(2,6)	21(53,8)	16(41,0)
Att ställa frågan om våld känns naturligt för mig	12(30,8)	25(64,1)	1(2,6)
Att ställa frågan om våld känns obekvämt	13(33,3)	18(46,2)	7(17,9)

N=38. Procenttal inom parentes.

Vad gäller patienternas uppfattning om att få frågor om våld indikerar enkätsvaren å ena sidan att patienterna i huvudsak funnit det acceptabelt att få frågor om våld. På frågan ”Hur tycker du att patienterna verkar ta emot frågan om våld?” svarade 23 att patienterna tycker det är acceptabelt, 8 att de både tycker det är acceptabelt och oacceptabelt, 1 att de varken tycker det är acceptabelt eller oacceptabelt, och ingen (0) att de tycker det är oacceptabelt (n=39, 7 angav ”vet ej”). En fokusgruppsdeltagare beskrev hur en patient förväntade sig att få frågor om våld, efter att ha sett den annonskampanj som VKV bedrev för att uppmärksamma allmänheten på och stärka sjukvårdspersonal i att frågor om våld ställs inom hälso-och sjukvården:

”Fast det har kommit efter nu, det var någon annonskampanj, och så var det ju en patient som frågade: ’Ska du inte ställa frågan till mig nu?’ (skratt) Så att det är ju bra när det börjar sprida sig så. Patienten är medveten, och då blir det ju naturligt för dem och då blir det ju lite mer: ’Va? Frågar du inte mig varför inte det då?’”

Samtidigt höll majoriteten av respondenterna (23) helt (1) eller delvis (22) med om påståendet att ”Patienterna blir ofta illa till mods/kränkta när de tillfrågas om våld” medan övriga (12) inte håller med. Här bör dock återigen påpekas att patienterna inte tillfrågats om sina uppfattningar

och erfarenheter av att bli tillfrågade om våld, vilket skulle kunna bekräfta eller förkasta denna bild.

En del av folktandvårdspersonalens tveksamhet tycks handla om hur man ska föra in frågor om våld på ett naturligt sätt. Detta lyftes i en av fokusgruppsintervjuerna av några av de som arbetade inom de verksamheter som inte har valt att fråga på rutin:

”Deltagare 1: Man undrar ju, hur bäddar man in detta i ett samtal då utan att känna sig anklagande. Vi är ju alltid så finkänsliga, vi är ju så finkänsliga även när vi frågar hur de äter, hur de dricker, vad de har för kostvanor, vi lägger alltid fram det på ett väldigt fint sätt så att de inte ska känna sig förolämpade eller man ska klampa in och då undrar man lite grann, hur ska jag fråga om det förekommer något våld i nära relationer, det är ganska så drastiskt steg från att komma...”

Deltagare 2: ... från lördagsgodis. (skratt)”

Detta återkom även lite senare under diskussionen:

”Jag tycker bara hälsosamtalet kan vara svårt ibland och så, där vi ska fråga tre frågor, hur ofta de äter godis och hur ofta de borstar tänderna och vad de dricker när de är törstiga, det är tre frågor som vi ska ställa till alla.”

Att man har kort om tid för patientmötet, bristande kännedom om och underlag för att fråga rutinmässigt om våld inom tandvården framfördes också som anledning till att man inte valt att fråga på rutin:

”Kom ihåg att det är ganska korta möten, om vi tänker att vi skulle få in det vid en undersökning. Vi jobbar i dag på pass där vi jobbar flera, så att få till det, den här frågan på, om du säger [ett] professionellt [sätt]... Ja, det behöver vi nog höra hur andra har gjort och utvärdera och lite. Då kanske vi nästan behöver en fokusgrupp av några utanför tandvården, [och fråga dessa] om jag skulle säga så här, hur reagerar du på det? (...) Det kan hända att det inte är något bekymmer, vad vet

vi, men som sagt man ska komma ihåg att mötet är ju väldigt kort i tandvården ändå för en sådan fråga.”

Men att fråga på indikation tycks också ha sina begränsningar. En av folktandvårdsklinikerna valde inledningsvis att fråga på indikation, i ett av undersökningsrummen. Men det tyckte man inte fungerade bra och man började därför under projekttiden förbereda sig för att istället fråga om våld på rutin. På de folktandvårdskliniker där man inte valt att fråga på rutin tycks vidare kontaktpersonerna ha haft svårare att nå ut med projektet och därmed med budskapet att våld i nära relationer är en fråga för Folktandvården. Här finns två tydliga skillnader mot BVC, där alla BVC-sjuksköterskor varit kontaktpersoner för projektet och samtidigt frågat på rutin. Inom Folktandvården, som har betydligt fler anställda per verksamhet, har däremot ett par kontaktpersoner på varje klinik haft i uppdrag att vara en länk mellan projektledningen och övrig personal, vilket alltså innebär att inte alla på kliniken varit lika direkt involverade i projektet. Har vidare inte kliniken valt att fråga om våld på rutin är det inte självklart att våld i nära relation kommit att uppmärksammas i någon större grad, trots projektet. I fokusgruppsintervjuerna angav de deltagare som inte frågade om våld på rutin visserligen att de och deras kolleger till följd av projektet var mer ”medvetna”, ”uppmärksamma” och ”vaksamma”. Men i samband med att materialet till denna utvärdering samlades in, framkom samtidigt att det fanns personal som inte kände till att deras klinik deltog i Christina-projektet. Att inte fråga om våld på rutin tycks därför kunna innebära att våldsfrågan faller bort helt och hållet.

Hinder för att fråga

Flera hinder för att fråga rutinmässigt om våld beskrevs av folktandvårdspersonalen i fokusgruppsintervjuerna. Det alla största hindret var tidsbrist, vilket var ett återkommande ämne i materialet. I en av fokusgrupperna var detta det allra första som togs upp till diskussion av deltagarna:

”Det som jag känner som behöver komma fram [i utvärderingen] är ju att vi har egentligen inte tiden för det här. Vi har ju knappt tid för undersökningarna som

[vi ska göra], det är jätteviktigt att det kommer fram.”

Att det var svårt att få tiden att också räckta till frågor om våld, när den knappt räckte till de rent tandvårdande insatserna, gav också en annan deltagare exempel på:

”(…) det är jättemycket man ska göra på en undersökning och det är vissa tandläkargrejer man stryker i en undersökning. När jag gick i skolan skulle man ju fråga och jag skulle göra en bettfys-undersökning. Känna igenom käkleder och käkmuskler på alla patienter. Det gör jag inte riktigt. Jag gör det vid indikation och det är ju saker man strukit för att man har en viss tid för en undersökning, och sedan när man lägger till andra saker, som inte alls har med tänderna [att göra] då måste man ju se vad, alltså hur mycket, man måste ju ändå hinna med tänderna i första hand. Och därför blir det ofta att man ibland missar att fråga för att man är redan sen, liksom med det man måste hinna med att prata om tänder och munvård, så att egentligen skulle det liksom behövas läggas på tid på undersökningen men jag tror inte patienterna vill betala för det heller (...)”

Tidsbristen handlade dels om att överhuvudtaget hinna att fråga, vilket framkommer ovan, men också om att kunna ta emot svaret, vilket flera fokusgruppsdeltagare tog upp:

”[Vi har] tjugo minuter på en undersökning, så är det mycket som ska göras under den tiden och det är registrering och statistik, och kommer det en grej till, så man kan ju inte bara fråga och sedan inte lyssna, man måste ju kunna ta tiden att lyssna på patienten om de nu vill ge ett sånt förtroende.”

En deltagare menade att det var direkt felaktigt att fråga om behandlaren inte hade tid att ta hand om svaret:

”Tänk om de då öppnar sig och säger att ja, pappa slår mig eller mamma slår mig eller någonting sånt och så sitter vi där och tittar på klockan, det går ju inte. Det finns ju inte en suck i hela världen. Det är

ju fruktansvärt för ett barn som kanske då faktiskt får förtroende och så sitter vi med tidspress. Så får det inte vara då för då har vi ju gjort ett jättefel. Eller har jag fel?”

Deltagarens avslutande fråga var riktad till de övriga fokusgruppsdeltagarna. Men svar och medhåll hade hon också kunnat få av en av deltagarna i fokusgruppen med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”(…) liksom jag har ifrågasatt hela tiden varför Folktandvården [ska fråga om våld på rutin], varför, men de har ju engagerat sig väldigt mycket i mitt område i den här frågan. Men samtidigt så vet, de har ju ingen förberedelse för att ta emot när en person säger att den har varit utsatt för våld. Då blir ju de som frågetecken och undrar nämen vad ska vi göra med det. De har ju inte möjlighet, jag menar de sa att de kan lägga till tre minuter på deras tid för att kunna prata och hänvisa vidare, men det är ju, jag tycker det är fel instans helt och hållet.”

Folktandvårdspersonalen skulle nog inte hålla med om att de var ”fel instans helt och hållet”, då enkätsvaren visade att majoriteten av respondenterna (32) tvärtom helt (3) eller delvis (29) höll med i påståendet ”Det tillhör tandvårdens uppgift att ställa denna typ av frågor till patienterna” (n=38). Men skillnader i uppdrag och arbetsområde mellan BVC och Folktandvården kom likväl upp till diskussion vad gällde under vilka omständigheter respektive verksamhet ställde frågor om våld. I en av fokusgrupperna lyftes här återigen tid fram, men också pengar:

”Deltagare 1: Det känns som de [BVC] inte har den tidspressen också. Jag vet faktiskt inte hur de jobbar men när man pratar med dem så känns det inte som att det är så, så styrt såsom våra tidböcker kanske.

Deltagare 2: Men det är en större kostnad om man tänker med en BVC-sjuksköterska eller vad de ska dra in i timman, eller jag vet inte. Alltså en tandläkartid liksom det tar fem minuter så är det väldigt dyrbart, liksom om man tänker det är ju flera hundra då om man tänker på timintäkt.

Deltagare 3: Vi ska ju på något sätt mot de vuxna bära de kostnaderna, alltså kostnaderna gentemot vad de betalar. Det gör ju ingen på BVC eller så utan där finns väl den summan på något vis för att dra runt verksamheten så att det är väl också skillnaden på vår möjlighet att ta upp det om man säger.”

Här hade en av de kliniker som frågade om våld på rutin tillfälligt avväjrt en del av detta hinder; de hade äskat och fått pengar för att kunna erbjuda patienter som uppgivit att de var våldsutsatta möjlighet att få ett extra besök, utan kostnad för patienten. Det gav behandlaren möjlighet att stanna upp och prata om våld vid det aktuella besöket, och att skjuta fram undersökningen till ett senare besök. Detta understryker dock snarast att tidsbrist är ett hinder, och att det är svårt att komma över detta hinder utan att tillföra extra pengar till verksamheten.

Ytterligare en skillnad som lyftes fram var att BVC har ett bredare arbetssätt, som riktar sig mot hela familjen, ”inte bara tänderna”, vilket ger en annan ram för samtalet:

*”Och de här samtalen [som BVC har]:
’Ja, hur går det för er hemma och hur går det med maten och sömnen?’
[mjukt tonfall], alltså det blir lite mer beteendevetenskapligt. Vi är ju mer: ”Hur går det med tandborstningen?” [hurtigt tonfall] (skratt), lite så va. Även om vi naturligtvis ska se hela barnet också självlklart och det gör man ju, man noterar när de kommer in och sådana här saker. Men vi lägger kanske av tradition fokus åt ett annat håll.”*

På en folktandvårdsklinik är man också fler personal, och för att frågor om våld verkligen ska bli rutin krävs att alla är med i laget. Här underströk en fokusgruppsdeltagare särskilt tandhygienisternas roll:

”(...) det är hygienisterna som undersöker i nittiosju procent av fallen säkert, så det är ju en grupp som måste okeya det om man säger så.”

Vidare krävs att kunskap om våld i nära relationer har nått ut till alla, vilket kan vara en utmaning; av enkätsvaren framgick att en tredjedel av

respondenterna, 13 stycken, inte ansåg sig ha tillräcklig kunskap om våld i nära relationer för att ta upp frågan med patienter (n=38).

Av enkätsvaren framgick att 25 respondenter tyckte det fanns hinder för att fråga om våld, alltså mer än hälften av respondenterna. Av ovanstående framgår att tandvårdens traditionella fokus, svårigheter med att få med hela personalgruppen samt brist på kunskap, var del av dessa hinder. Men det största hindret var tid, och i förlängningen av detta pengar. Sammantaget framstår rutinmässigt frågande om våld inom Folktandvården inte bara vara något nytt och oprövat, utan också något tämligen svårt, givet de organisatoriska rammar som finns.

Utfall av att fråga

Av utvärderingsblanketten och de insända PVS-blanketterna framkommer att de två folktandvårdskliniker som frågat om våld på rutin har under projektiden sammanlagt identifierat 57 patienter med erfarenhet av våld i nära relationer. Den ena kliniken har frågat 298 patienter och fått 17 utfall, där 2 gällde aktuell utsatthet och 15 tidigare utsatthet. Den andra kliniken har frågat så mycket som 732 patienter, 281 under 2013 och 452 under 2014, och sammanlagt identifierat 40 patienter med erfarenheter av våld. Av dessa utfall gällde 1 aktuell utsatthet och 39 tidigare våldsutsatthet. Som ovan beskrivits var deltagarnas uppfattning, utifrån fokusgruppintervjuerna, att de främst fångat upp dem som tidigare varit utsatta, vilket alltså även bekräftas av det kvantitativa materialet. Bristande utfall kopplades av en av fokusgruppsdeltagarna återigen till detta med bristande tid:

”Jag tycker det är jättebra att fråga, det enda är ju liksom tiden, för jag är från början egentligen fem minuter sen före mina undersökningar för jag pratar om så mycket annat liksom, man vill hinna prata om allting och det är liksom bara tiden. Och då jag har bara fått nej nu när jag har frågat så det har i och för sig gått väldigt fort men jag känner också jag kanske ställer frågan lite så att jag vill ha ett nej (skratt). För att om man är lite upp i varv från början så känner kanske

inte de att jag har tid att lyssna på det här svaret heller.”

Samtidigt tycks de folktandvårdskliniker som frågat om våld på rutin identifierat betydligt fler patienter än de som inte har frågat på rutin. De fem folktandvårdskliniker som inte har frågat om våld på rutin har logiskt nog inte identifierat våld genom denna metod, och följaktligen anger i utvärderingsenkäten två kliniker att de identifierat 0 våldsutsatta patienter på detta sätt medan tre kliniker har lämnat svarsfältet blankt. Även om dessa kliniker självfallet kan ha identifierat våldsutsatta patienter på annat sätt är det föga troligt att de identifierat lika många patienter som de som frågat rutinmässigt. Att alla kliniker inte har frågat om våld, samt att de som har gjort det har frågat vuxna patienter där få av dessa har angett en aktuell utsatthet, kan vara en anledning till att så få folktandvårdskliniker svarat ja på utvärderingsenkätens fråga om ”utbildningarna och i de fall man frågat på rutin har gjort att man fångat upp fler barn än tidigare”. Endast 2 av 7 svarade ja, medan 4 svarade nej och 1 lämnade svarsfältet blankt. Av de 2 kliniker som svarade ja har en frågat rutinmässigt om våld.

Hur ser det då ut med anmälningsstatistiken? Tycks antalet anmälningar till socialtjänsten ha ökat från de tandvårdskliniker som har deltagit i Christina-projektet, och kan man vidare se skillnad mellan de kliniker som frågat på rutin och inte? För att söka besvara dessa frågor finns två kvantitativa material att använda sig av. Dels den årsvisa anmälningsstatistik som inhämtats från verksamheterna, dels resultat från utvärderingsenkäten. Anmälningsstatistiken presenteras i tabellen nedan:

Tabell 4. Antal anmälningar enligt kap. 14 § 1 SoL till socialtjänsten från Folktandvården.

Pilotområde	2012	2013	2014*
1	-	-	5
2	1	3	7
3	22	47	-
4 **	28	11	14
5	-	28 (2012-sept 2013)	ca 15
6 **	26	30	15
7	0	0	0

* Jan – nov. **Frågar rutinmässigt om våld

- Saknas uppgift

Av anmälningsstatistiken är det svårt att dra några slutsatser. De flesta rapporterar – i den mån de har rapporterat alls – någon ökning under 2013, men snarare en minskning under 2014 (som dock enbart innefattar 11 månader). Anmälningsstatistiken kan vidare vara något vilseledande. Då tandvård anses vara av avgörande betydelse för barns hälsa och utveckling, har tandvården som rutin att anmäla till socialtjänsten när barn inte kommer till tandvården, så kallade ”ej avhörda barn” (EAB). Parallellt med Christina-projektet har ett särskilt projekt, EAB-projektet, utvecklats för att stärka dess rutiner. Stor del av anmälningsstatistiken från tandvården handlar säkerligen om sådana anmälningar och kan inte direkt kopplas till Christina-projektet.

I utvärderingsblanketten ställdes frågor som möjligen hade kunnat ge en bättre uppfattning om antal anmälningar i relation till Christina-projektet. Frågorna berörde hur många anmälningar till socialtjänsten som gjorts under ”teståret”. Begreppet testår ger rum för viss tolkning, och hade kunnat räknas från det att man började fråga om våld, oktober eller november 2013 och ett år framåt. Men då siffrorna inte skiljer sig från de som redovisas för år 2014 ovan, är det troligast att man menat att teståret är just 2014. Man kan dock spekulera i om de lägre anmälningssiffror som rapporteras för 2014 delvis är resultatet av att man sorterat bort anmälningar om ”ej avhörda barn” och haft ett större fokus på våld när man redovisat till projektledningen. Det är också intressant att notera att av de fyra kliniker som har högre antal anmälningar, i pilotområde 3, 4, 5 och 6, frågar två om våld på rutin. En tredje klinik befinner sig i ett socioekonomiskt tungt belastat område, vilket kan förklara den höga anmälningsfrekvensen. Detta var dock inte situationen för den fjärde kliniken. Trots projektets starka fokus på samverkan föregicks enbart en av anmälningarna från Folktandvården under teståret av konsultation med socialtjänsten. Men konsultation med socialtjänsten tycks, utifrån fokusgrupperna, ha skett utan att ha resulterat i anmälan. Sammanfattningsvis är det svårt att få någon klar bild om deltagande i projektet påverkat antal anmälningar till socialtjänsten.

Bemötande och hantering

Varken i fokusgruppsintervjuerna eller under de

deltagande observationerna av lokala samverkansmöten framkom några skildringar av hur man bemött patienter som varit våldsutsatta, borsett från att ha frågat om våld och i stunden tagit emot svaret. Även om statistiken visar att man har anmält oro för barn till socialtjänsten under projekttiden framkommer det i det kvalitativa materialet inte att sådana anmälningar skett i samband med att man frågat på rutin. Ett fall diskuterades i en av fokusgrupperna, där man gjort en anmälan om oro för ett barn, men detta var på indikation.

Den personal som har frågat om våld på rutin tycks dock, enligt enkätsvaren, uppleva att de hade verktyg för att hantera våldsärenden. Enbart 3 respondenter höll inte med om påståendet ”Jag vet vad jag ska göra om patienten berättar att han/hon blivit utsatt för våld”, övriga höll helt (11) eller delvis (24) med om detta (n=38). Det är troligt att det är konsultation med och eventuell anmälan till socialtjänsten som folktandvårdspersonalen syftar på när de anger att de vet vad de ska göra om en patient har erfarenhet av våld i nära relationer. En del av denna kunskap kan kopplas till Christina-projektet då ökad kunskap kring socialtjänstanmälan togs upp i fokusgruppsintervjuerna som ett resultat av projektet. Vidare gavs i fokusgrupperna exempel på att man i samband med anmälan använt sig av Christina-pärmen.

Bör Folktandvården fråga om våld på rutin?

På motsvarande plats i föregående kapitel löd rubriken ovan *Projektdeltagarnas förslag till fortsatt utveckling*. Här är rubriken istället formulerad som en fråga. Detta pekar på skillnaderna mellan BVC-sjuksköterskornas och folktandvårdspersonalens uppfattningar om och erfarenheter av att fråga om våld på rutin. BVC-sjuksköterskorna var positiva till att fråga på rutin och hade goda erfarenheter av göra det. Folktandvårdspersonalen var mer tudelad till att fråga om våld på rutin och hade mindre erfarenhet av göra det eftersom de flesta kliniker inte valt att fråga på rutin. Dessa skillnader går i sin tur att koppla till de skillnader i uppdrag och arbetsområde som diskuterats ovan, samt till den bristande tid till att kunna ta upp och hantera frågor om våld som be-

skrevs av folktandvårdspersonalen. Medan BVC-sjuksköterskornas förslag till fortsatt utveckling handlade om *att och hur* rutinmässiga frågor om våld skulle införas inom BVC-verksamhet, diskuterade folktandvårdspersonalen snarare om Folktandvården bör fråga om våld på rutin.

Detta betyder dock inte att folktandvårdspersonalen tycktes vara negativ till att fråga om våld på rutin. Av enkätsvaren från de två folktandvårdskliniker där man frågade på rutin var bara 3 negativa till detta, medan 15 var positiva. Den största gruppen, 18 respondenter, var dock både positiva och negativa (n=39). Detta pekar på en ambivalens till rutinmässigt frågande som också kom fram i fokusgruppsintervjuerna. Å ena sidan lyftes Folktandvårdens stora fördel i detta sammanhang fram, att man träffar patienter i ett brett åldersspann på kontinuerlig basis:

”Nej men det vore ju fantastiskt om man kunde, om det kom fram ett bra system som man kunde liksom lägga in det på ett bra sätt. Jag menar vi träffar ju dem ändå en gång om året och ibland kanske fler gånger, så vi är ju en bra instans för det.”

Å andra sidan problematiserades också detta:

”Det finns en massa bra de vill slänga in bara för att vi träffar patienter hela tiden men det är ju som sagt, vi kan ju inte vara sån här jättescreening för allting känner jag, det måste ju väljas verkligen.”

Som ovan framkommit fann man det ibland även svårt att få in frågorna om våld på ett naturligt sätt, och svårt att finna tid både att ställa frågorna och att ta emot svaret. Detta problematiserades även av en deltagare i fokusgruppen med kontaktpersoner från socialtjänsten, vilket är relevant att återkomma till här, eftersom denna deltagare också ställde Folktandvården och BVC emot varandra:

”Deltagare: (...) men vad de ska göra med våldsfrågan det tycker jag är väldigt oklart för min del. Är det verkligen meningsfullt? När de inte har tid att hantera det som kan komma liksom då ska man inte gå in i den frågan tycker jag.

Intervjuare: Du känner dig skeptisk inför det?

Deltagare: Ja, det gör jag definitivt. Det är väl bättre att lägga mer fokus på BVC och ge dem resurser, det är ju där man träffar familjer och kan prata om relationer och vad som händer med den familjen och den.”

Här bör dock understrykas att detta endast är en röst, och en röst som kommer utanför tandvården. Tandvårdspersonalen själva var snarare ambivalenta än skeptiska, och patienternas röster saknas i materialet. Men medan såväl BVC-sjuksköterskorna själva som projektdeltagare från de andra verksamheterna ansåg att det var lämpligt att BVC frågade rutinmässigt om våld, var bilden mycket mindre entydig vad gäller om Folk tandvården bör göra detta. Däremot framkom entydigt att man inom Folk tandvården ville bli bättre på att fånga upp, och fråga om våld vid, olika typer av indikation. Bland annat framkom i en av fokusgrupperna förslag om att man skulle införa som rutin att alltid följa upp dem som inkommit akut på jourtid med frågor kring detta besök när de nästa gång kom på besök till ordinarie behandlare. Samtidigt har sannolikt fler våldsutsatta patienter identifierats av de folk tandvårdskliniker som frågat rutinmässigt om våld. Här förtjänar att upprepas att de två folk tandvårdskliniker som frågat om våld på rutin har identifierat 57 patienter med erfarenheter av våld genom denna metod.

Om frågor om våld skulle införas som en ny rutin inom Folk tandvården fanns olika förslag om hur dessa kunde integreras i redan befintliga rutiner. Ett förslag var att fråga om våld i samband med den riskbedömning som ska göras vid varje undersökning. Ett annat förslag var att lägga till en fråga om våld i samband med hälsodeklarationen som också ska göras vid varje undersökning. En fokusgruppsdeltagare uttryckte att det skulle kännas lättare att fråga i samband med hälsodeklarationen, jämfört med hur hon frågat inom projektets ram, eftersom frågorna kom in i ett sammanhang som handlade om patientens hälsa. En annan fördel som lyftes fram var att hälsodeklarationen alltid öppnades i samband med undersökning och om en fråga om våld integrerades i denna skulle den inte lika lätt missas eller upplevas som något som ytterligare tillkommit utöver det som vanligtvis måste göras. En fokusgruppsdeltagare föreslog vidare att man skulle hantera

kunskap om att patienten hade erfarit våld på samma sätt som man hanterade tandvårdsrådslä:

”Många är tandvårdsrädda, [då är]det är inte bra att fråga varje gång, men att ha rutin att det står någonstans där, antingen på hälsodeklarationen eller det finns extra information som man sker när man öppnar journalen, TVR som det är vid tandvårdsrådd, det är väldigt bra, och det kan vara så också vid våld.”

En nackdel med att integrera frågor om våld i hälsodeklarationen som lyftes fram var dock att det inte var någon statistikföring kopplad till denna. Men samtidigt väckte detta frågor om nyttan med att statistikföra efter projektets avslutande.

Slutligen gav deltagarna i en av fokusgrupperna följande svar på frågan om vad de trodde krävdes för att fokus på våld i nära relationer inte bara ska rinna ut i sanden efter projektidens slut:

”Deltagare 1: Lite uppföljning och inte släppa taget för fort. Har det pågått ett antal år så tror jag väl kanske att det blir en naturlig del, men sedan måste det kanske få kosta lite också.

Deltagare 2: Jag tror det måste komma uppifrån, att det måste...

Deltagare 3: Att det måste vara mer brett, att det inte är valfritt för klinikern, utan att alla måste kanske vara med på något vis, annars blir det som att man frågar lite varför ska vi om ingen annan gör det, ja.

Deltagare 1: Det är ju det bästa om det går ut så det gäller alla och att så här gör vi, precis som vi gör nu med de barnen som inte kommer till oss. Där är ju jättestrikta och tydliga regler.

Deltagare 4: Precis, och kanske då att man får en utbildning först hela Folk tandvården så att säga va, [om] att det här problemet har vi, det är ingen som vill tro det, men att det liksom att det kommer upp till ytan så att man får att det faktiskt är något som vi bör fråga om. Kommer det dessutom från Socialstyrelsen ja, då är det klockrent, då gör vi som de säger. (skratt)”

Vad som efterfrågades var tydliga besked och tydlig ledning centralt kring hur våld i nära relationer ska hanteras inom Folk tandvården. Och även om frågan var bredare och gällde projektets fokus i stort, tycktes i alla fall Deltagare 4 ovan främst associera till att fråga på rutin. Som framgår ovan föreligger idag dock inga rekommendationer från Socialstyrelsen om att tandvården ska ställa rutinmässiga frågor om våld. Samtidigt lyfts tandvårdens viktiga roll fram, såväl av Socialstyrelsen som andra, inte minst projektdeltagarna själva. Frågan om Folk tandvården bör fråga på rutin kan därför sägas kvarstå i väntan på vidare utredning. Tveklöst är dock att Folk tandvården bör fråga på indikation, och att detta arbete kan utvecklas och stärkas.

Diskussion och rekommendationer

Ovan har beskrivits att folk tandvårdspersonalen är ambivalent till att fråga om våld på rutin, och att tidsbrist har beskrivits som ett stort hinder. Forskningsläget är vidare mycket begränsat, och till skillnad från BVC finns det inte forskning från något närliggande område att luta sig emot. Samtidigt har Folk tandvården tveklöst en viktig uppgift att fylla vad gäller att uppmärksamma våldsutsatta patienter, då man når stor del av befolkningen på kontinuerlig basis och har anmälningsplikt då barn far illa. Mot bakgrund av detta, och då denna utvärdering är begränsad, kan inga rekommendationer ges kring om, och i så fall hur, rutinmässigt frågande inom Folk tandvården bör ske. Däremot föreslås att ett forskningsprojekt skapas kring de kliniker som nu frågar om våld på rutin, och eventuellt ytterligare kliniker, för att kunna ge större klarhet i detta. Främst bör då patienternas uppfattningar om och erfarenheter av att få rutinfrågor om våld undersökas. Detta innebär inte att inget kan göras förrän denna forskning är genomförd och resultaten presenterade. Tvärtom kan Folk tandvården på basen av erfarenheter från Christina-projektet och i samarbete med VKV förnya och fördjupa utbildningsinsatser riktade till Folk tandvården med målet att all personal till att börja med ska fråga på indikation. Mer om detta i nästa kapitel.

MOT FRAMTIDEN – SAMVERKAN, TRYGGHET, IMPLEMENTERING

I de två föregående kapitlen har rutinmässigt frågande om våld belysts, men detta var inte Christina-projektets ursprungliga fokus. Christina-projektet formulerades först som ett samverkansprojekt (se Inledning), och samverkan skulle enligt projektledningens programteori i förlängningen leda till ökat antal anmälningar till socialtjänsten från BVC och Folk tandvården. Ett förslag till en konkret samverkansmodell togs fram av projektledningen och utgav del av projekt materialet. Modellen byggde på lokal samverkan i de olika pilotområdena och i det dokument där modellen presenterades specificerades förväntningar på samverkansparterna uppdelade per verksamhet och i tydliga ordalag. Särskilt underströks socialtjänstens roll, vilket nedan ges exempel på. Av 10 anvisningar riktade direkt till socialtjänsten var de fyra första formulerade enligt följande:

- Kontaktperson skall finnas inom socialtjänsten utifrån funktion!
- Namn, telefon och mailadress
- Om kontaktpersonen är frånvarande skall telefonen vidarekopplas eller ersättare utses! Detta informeras BVC och FTV om!
- Chefen har ansvaret att utse ny person om nuvarande kontaktperson slutar!
- Kontaktperson inom socialtjänsten har ansvaret att vara sammankallande vid det första samverkansmötet med BVC och Folk tandvården, sedan kan den sammankallande funktionen utses vid nästa möte.

(Ur Christina-pärmen)

Utropstecknen bör särskilt noteras; endast anvisningarna till socialtjänsten innehöll sådana. Stort ansvar för information till och samverkan med externa aktörer läggs också på socialtjänsten

i Socialstyrelsens *Föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (SOFS 2014:4). Alla tre verksamheter anmodades dock att på olika sätt konsultera eller återkoppla till varandra kring eventuella anmälningsärenden, dessa stod alltså i fokus för den tilltänkta samverkan. Kärnan i samverkansmodellen var dock de lokala samverkansmötena, där förslaget löd:

Fysiska samverkansmöten skall ske minst två tillfällen per termin. Till dessa möten skall minst kontaktpersonen från socialtjänsten, BVC-personal och kontaktperson från FTV närvara.

(Ur Christina-pärmen)

Vidare gavs följande förslag till dagordning:

- Möjlighet att diskutera ärenden utifrån gällande sekretess
- Information om varandras verksamheter, roller, uppdrag och mandat
- Diskutera utformningen av rutiner för personliga möten vid anmälningsärenden.
- Diskutera arbetet med framtagna rutiner
- Diskutera arbetet med framtaget informations och handledningsmaterial
- Diskutera utformningen av hållbar samverkan, hur definierar respektive verksamhet samverkan.

(Ur Christina-pärmen)

Detta kapitel handlar om hur samverkansmodellen har fungerat i praktiken, och vilka förslag till utveckling av denna som framkommit från projektdeltagarna. Men kapitlet fångar också upp en tråd som framkommit indirekt tidigare; frågan om projektet resulterat i att personalen upplever en trygghet i sitt förhållningssätt till problematiken samt i mötet med utsatta barn och deras föräldrar, vilket var ett av dess effektmål. Sist men inte minst landar kapitlet i vilka ytterligare förslag till implementering projektdeltagarna framfört.

Modell blir verklighet – lokala samverkansmöten

Ovan beskrevs de lokala samverkansmötena som kärnan i samverkansmodellen. Hur har då de lokala samverkansmötena fungerat i praktiken?

I en av fokusgrupperna med BVC-sjuksköterskor beskrev en deltagare regelbundna och välfungerande möten:

”Hos oss funkar det ju bra tycker jag i [pilotområde]. Vi har haft de här mötena vi ska ha. Vi är hos varandra så vi var på socialtjänsten först och sedan hos oss och sedan ska vi till Folkvandvården nu på måndag. Så alla är med och det [fungerar].”

En annan och motsatt bild gav en deltagare i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”I grunden är det ett bra upplägg absolut, sedan har vi haft så lite energi i vår grupp. Vi är så få, vi har bara fått till ett möte och då var det mer att utbyta erfarenheter, vad gör ni och vad gör ni och man får berätta mest och de har haft frågor till oss. Mycket från tandvården frågor till oss. Sedan har det varit så, nästa möte vi kallade till så kom ju ingen.”

Vid ett av de mötestillfällena som beskrivs ovan, uteblev representanterna för BVC och Folkvandvården. I ett annat pilotområde uteblev vid tillfälle tvärtom socialtjänsten, vilket en fokusgruppsdeltagare från socialtjänsten beskrev:

”Ok, jag vet inte vad som var där men vi fick annat som vi var tvungna att göra istället då, men jag tror att intresset var stort från Folkvandvården och BVC hos oss. Men vi har liksom inte riktigt prioriterat det här tyvärr.”

De tre citaten ovan berör tre olika samverkansgrupper. Att den samverkansgrupp som beskrivs i det första citatet fungerat bra framkom på flera olika sätt i utvärderingsmaterialet. I fokusgruppsintervjun med kontaktpersoner från socialtjänsten beskrev två deltagare hur man tidigt funnit en form, med roterande möten, och därmed också roterande mötesansvar mellan de tre verksamheterna. Struktur och ansvarstagande

tycks ha präglat denna grupp. Den var en av de få lokala samverkansgrupper som regelbundet förde mötesanteckningar, och som började sina möten med genomgång av föregående mötesanteckningar. Vid den deltagande observationen intog kontaktpersonen från den sammankallande verksamheten vidare en tydlig ordföranderoll och inledde diskussionen enligt förberedda punkter. Att gruppens möten varit innehållsrika och diskussionerna givande framgick vidare av mötesanteckningarna. En av dessa avslutades exempelvis med: ”Slutligen, tack för ett positivt och givande möte!» Denna uppenbarligen välfungerande grupp var tämligen stor, då den bestod av ett tiotal personer, och omfattade två BVC-verksamheter i pilotområdet.

Att det verkar ha varit svårare att få till en fungerande grupp om färre verksamheter inom samma område var representerade, framkom i det andra av de tre citaten ovan. En deltagande observation skulle ha genomförts vid det mötestillfälle då övriga samverkanspartners av någon anledning uteblev, men istället genomfördes en intervju med kontaktpersonerna från socialtjänsten. Då framgick att de gärna sett att ytterligare BVC-verksamheter varit med i den lokala samverkansgruppen. Framför allt saknade de ett större BVC som de hade många patienter/klienter gemensamt med.

Socialtjänstens centrala roll i och ansvar för samverkan poängterades som tidigare beskrivits i projektmaterialiet. I det tredje citatet, samt i andra delar av utvärderingsmaterialiet, framkommer dock att socialtjänsten emellanåt tycks ha varit den svagare länken, den av samverkansparterna som inte prioriterat deltagande i projektet och i samverkansgruppen.

Detta är endast tre exempel, från tre pilotområden, men de kan ge en fingervisning om svaret på den fråga som ställdes ovan, om hur de lokala samverkansmötena fungerat i praktiken. Olika, är nämligen det svar som ligger närmast till hands efter analys av fokusgruppsintervjuer, deltagande observationer och mötesanteckningar. Den bild som framkommer är att det i vissa pilotområden har fungerat bra; man har haft kontinuerliga möten och funnit en struktur. Men i andra pilotområden verkar det halta betänkligt; möten har ställts in, personer har uteblivit och inga nya mö-

testider har satts. Denna bild bekräftas av utvärderingsenkäten, där några verksamheter uppger att de inte har haft några samverkansträffar alls (troligen en underskattning) och andra uppger att de har träffats 2, 3, 4, eller 6 (troligen en över-skattning) gånger. En framgångsfaktor som kan anas utifrån ovanstående exempel är vidare att fler snarare än färre verksamheter inom samma pilotområde ingått i samverkansgruppen, som då blivit större och något mindre sårbar, vilket följer logiskt; om en av två BVC- eller folktandvårds-verksamheter i en sådan konstellation skulle utebli från ett möte, finns verksamheten fortfarande representerad. Vidare tycks en framgångsfaktor, ur socialtjänstens perspektiv, vara att ”rätt” verksamhet deltar i samverkansgruppen, det vill säga sådan verksamhet som man delar flera klienter/patienter med. Men under fokusgruppsintervjun lyfte samtidigt en av kontaktpersonerna från socialtjänsten fram att det var något nytt och positivt att en mindre privat verksamhet deltog i samverkan, eftersom privata verksamheter ofta hamnar utanför ordinarie samverkan.

En befintlig familjecentral framstår vidare som en stark framgångsfaktor för samverkan mellan BVC och socialtjänsten generellt, och i de pilotområden där det funnits en familjecentral har Christina-projektets lokala samverkansgrupper kanske inte tillfört så mycket nytt som i andra områden. Det nya har här – men också i andra pilotområden där olika former av tidigare samverkan funnits mellan BVC och socialtjänsten – bestått i att också Folktandvården inkluderats i samverkan.

Vad har då deltagande i de lokala samverkansmötena gett? Något som återkommer som beskrivning är att det är positivt att ”få ett ansikte” på de andra verksamheterna. Nedan två liknande exempel från olika fokusgrupper med folktandvårdspersonal:

”Sedan tycker jag att det har varit positivt att vi har ansikte på dem som vi ska ringa när vi anmäler att vi har träffats på BVC, att vi vet vad det är för person vi lyfter luren till och de har, att vi har träffats hos dem då och vet att de sedan tar tag i det. Det har varit i samband med projektet. Det tycker jag har varit givande att, det är lite lättare att lyfta luren om vi ska göra

det, när det blir aktuellt.”

”För de samverkansmötena vi har haft tycker jag har varit jättebra, man har fått ett ansikte på dem och liksom. Sedan hade jag väl lite svårt och har fortfarande, just med den här terminologin, ja men så och så, från socialtjänsten, alla dessa grupper och allting, det kändes som rena grekiskan i början och ’Ja, men då gör vi så och så och så och utreder’... ’Jaha?’ Så lite grann, men det är ju så, man får ju lära sig det. Man kommer väl in i det och nu vet jag att jag kan bara lyfta luren och fråga. Så det tycker jag har varit jättepositivt.”

I beskrivningen av att det är lättare att ”lyfta på luren” kan också utläsas enklare kontaktvägar och större trygghet till följd av projektet.

Vidare har det varit uppskattat och viktigt för BVC och Folkvandvården med kunskapsförmedling från socialtjänsten, vilket bland annat beskrevs av en fokusgruppsdeltagare från Folkvandvården:

”Det som är skönt att veta det är det här att de, om man gör en anmälning på någonting så samlar de ändå på sig flera anmälningar, det visste ju inte jag från början innan vi började med detta. Och att det kanske bidrar för de har fått in andra och då kanske min gör skillnad om jag också, om det nu är en grej så kanske man inte tycker det är så jättestor så kan det, så kan den lilla grejen göra skillnad. Det tycker jag är så skönt att man fått till sig.”

Utifrån projektets programteori – att ökad samverkan leder till ökat antal anmälningar om barn som far illa – så beskrivs ovan att projektet i alla fall tycks ha kunnat lägga en grund för detta, även om resultatet i form av ökat antal anmälningar ännu uteblivit.

Men det var inte bara kontakten med och kunskapsförmedlingen från socialtjänsten som lyftes fram. Medan BVC och socialtjänsten ofta redan hade vissa befintliga samverkansforum, var Folkvandvården sällan inkluderade i dessa. Folkvandvården framstod mot bakgrund av detta som en ”upptäckt” verksamhet, i bemärkelsen ny som viktig arena och samverkanspart inom om-

rådet våld och barn som far illa. ”Upptäckten” av Folkvandvården handlade dels om att se dessa just som en verksamhet som bör inkluderas i samverkan, men också, vilket följande exempel från en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten visar, i socialtjänstens utredningar om barn som far illa:

”Deltagare 1: Men just på Folkvandvården får man tänka att där kan jag ju se att vi kan bli bättre utifrån att vi ringer väldigt väldigt sällan Folkvandvården. Vi kan ju inhämta när vi inleder utredning och referenser och då ringer vi alltid BVC på små barn, alltid. Men sällan så ringer vi Folkvandvården och de kan ju ofta ha mycket information för man går ju dit ofta som barn eller ungdom. Där har ju vi, det har vi ju pratat om i vår arbetsgrupp att vi borde bli bättre på det och liksom påminna varandra men det är så nytt område för oss har jag märkt. Det är verkligen så här ovandrad mark att våga ta steget och ringa dem. Det är ingenting vi gör så att därför, där kan man ju se att där är någonting vi också kan bli bättre på och våga närma oss Folkvandvården.”

Deltagare 2: Mm, och förstå att de kan också ha viktig information att komma med.

Deltagare 1: Ja och det, jag tror inte man riktigt ha sett det så innan [utan mer tänkt] ’att vad kan de? de tittar väl bara på tänderna’ men så är det ju egentligen inte. När man pratar med dem så har de ju mycket, när vi har suttit i de här grupperna, så mycket som de ser och observerar och vilken förälder det är som lämnar och hur barnet är, de har ju jättemycket och så har jag inte tänkt innan.”

Deltagare 1, ovan, sammanfattade vidare vad hon lärt av de andra verksamheterna på följande sätt:

”Alltså jag har lärt mig mycket om både BVCs och Folkvandvårdens arbete så när man har suttit och pratat tycker jag om vad som kan vara svårigheter för dem. Man får en annan förståelse. BVC har ju pratat lite om att de kanske möter en kvinna en gång väldigt fort och så sen

är mannen med i alla samtal och vilken svarighet det kan vara att få till ett bra samtal med henne och så där och så har jag inte riktigt tänkt innan. Då kan man förstå lite mer varför en anmälan inte har gjorts. Det kanske är för att det kom fram någonting snabbt i ett samtal med kvinnan sedan fick man inte tillfälle att undersöka detta vidare och så där, alltså det har jag också lärt mig lite, alltså förstå mer hur de jobbar, även Folkvandvården lite mer hur mycket de verkligen försöker få dit barn som inte kommer och vilket arbete de gör.”

Större enklare kontaktvägar och större kännedom om varandra tycks också underlätta återkoppling, vilket beskrevs i en av fokusgrupperna med folkvandvårdspersonal:

”Deltagare 1: Sedan så tycker jag att det känns som det har blivit lite mer feedback ifrån de sociala myndigheterna. I alla fall så har jag när jag suttit i receptionen svarat vid några tillfällen när de har ringt och sagt att vi har tagit emot er orosanmälan för det här barnet. Och senast jag pratade med någon då sa hon det att jag pratade med pappan nu så säger han att de har flyttat över till Folkvandvården i [område] och så gick jag in och läste och mycket riktigt så hade de ju gjort en överflyttning, de hade adress där så det var ju inte så konstigt. Och då hade vi ju egentligen bara gjort en orosanmälan för att de inte hade kommit och då var hon väldigt intresserad av att veta är det bara därför, kan du se något annat i journalen som liksom gör att ni ha varit oroliga, så fick jag liksom titta tillbaka då på daganteckningar och så. Jag sa nej jag kan inte se någonting här som liksom, varken att de varit här akut för trauma eller annat eller något skrivet utan jag tror att, vi har ju den rutinen att om de inte kommer på sina kallelser så är efter ett visst antal försök och få dit dem så skickas ju det här till sociala myndigheter.

Deltagare 2: Men de återkopplar på ett helt annat sätt än tidigare och det känns ju bra så att man kan göra en liten notering.”

I utvärderingsenkäten uppger vidare 6 av 16 verksamheter att de fått återkoppling från socialtjänsten då man anmält till socialtjänsten, även om ett BVC kommenterat att detta enbart gäller ”enstaka gång”. Då bristen på återkoppling från socialtjänsten ofta tas upp som ett exempel på bristfällig samverkan, är bättre återkoppling, när så skett, att se som en viktig vinst av samverkan i Christina-projektet. Samtidigt finns här rum för ytterligare utveckling, då lika många verksamheter, 6 av 16, uppgivit att de inte fått återkoppling från socialtjänsten efter anmälan.⁸

Samverkansmöten i praktiken – reflexioner utifrån de deltagande observationerna

Ovan har främst projektdeltagarnas beskrivningar av samverkan, utifrån fokusgrupperna, framkommit. Men för att ringa in hur samverkan fungerat i praktiken har även deltagande observationer gjorts av samverkansmöten inom projektets ram. De deltagande observationerna har bidragit med delvis annan kunskap än fokusgruppsintervjuerna, och detta bör beskrivas. Att komma som deltagande observatör till en grupps arbetsmöte är en ganska speciell situation. Det är svårt att vara deltagande – vilket en deltagande observatör helst ska vara – när ens närvaro är en engångshändelse. Observatörsrollen blir dominerande vilket lätt gör observatören såväl som de observerade självmedvetna på ett sätt som kan störa observationen. Men deltagande observationer ger också vissa inblickar och insikter som inte skulle kunna uppnås på annat sätt. Ett exempel är när utvärderaren/observatören infunnit sig på en folkvandvårdsklinik för att delta på ett lokalt samverkansmöte. Men mötet hade blivit inställt utan att utvärderaren meddelats, vilket så småningom framkommer när klinikens koordinator försöker hjälpa den person som sitter i väntrummet, det vill säga utvärderaren, till rätta. Denna passar då på att fråga koordinatören: ”Känner du till Christina-projektet?” och får svaret ”Nej, men du får gärna berätta för mig”. Ett tydligare exempel på att projektet inte nått ut till alla går inte att få.

Andra insikter handlar om samverkansgruppernas inre funktion, vilka personer som verkar dri-

⁸ För 4 verksamheter saknas uppgift.

vande, och i vilken mån samverkansgruppen ser sig som en del av Christina-projektet. Ett lokalt samverkansmöte inleddes enligt följande, efter att utvärderaren presenterat sig:

”Deltagare 1 (mötesledare): Jag fattade inte riktigt var du jobbade

Utvärderare: Jag jobbar på VKV.

Deltagare 1: VKV vad betyder det?

Utvärderare: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum, som håller i projektet.

Carina har ni kanske träffat på någon utbildning, Carina Eliason. Carina och jag är arbetskamrater kan man säga.

Deltagare 1: Carina?

Utvärderare: Carina Eliason.

Deltagare 2: Hon som höll i den första dagen?”

Här väcks frågan om exemplet ovan liksom exemplet från folktandvårdskliniken handlar om brist på kännedom om projektet, eller om det bara handlar om brist på kännedom om avsändaren. Det första vore mer allvarligt än det andra.

Ett annat lokalt samverkansmöte inleddes enligt följande:

”Deltagare 1: Jag trodde att [namn] skulle vara med?

Deltagare 2: Ja, vi blev nog lite ställda här för vi hade nog räknat med [namn], som någonstans är ansvarig, att det var hon som skulle hålla i mötet i dag.

Deltagare 1: Ja, för vi har ju inte riktigt bestämt någon dagordning eller någonting.

Deltagare 2: För det har hon gjort alla andra gånger (skratt) så vi är nog lite tagna på sängen här att inte hon är här i dag då känner jag.

Deltagare 1: Nej, för hon brukar alltid styra upp det så bra.”

Här blir det väldigt tydligt att det funnits en sammankallande och drivande person som haft en bärande roll i samverkansmötena. Detta kan vara positivt, men innebär också en risk för sårbarhet; det gäller att gruppen inte står och faller med denna person.

Socialtjänsten har haft en lite annan roll än de övriga verksamheterna, i projektet i stort såväl som i de lokala samverkansgrupperna. Medan BVC-sjuksköterskorna och folktandvårdspersonalen har arbetat aktivt med projektmaterial, och (om än i olika omfattning) ställt frågor om våld, har socialtjänsten inte gjort detta. Socialtjänstens roll var främst att fungera rådgivande för de andra verksamheterna och även, som ovan framkommit, att hålla i det första lokala samverkansmötet. I några pilotområden har socialtjänsten vidare behållit den sammankallande rollen och mötena har då ägt rum hos socialtjänsten. Av de deltagande observationerna att döma har socialtjänstrepresenteranterna hanterat den rådgivande och sammankallande rollen på olika sätt. Vid ett lokalt samverkansmöte intog socialtjänsten en tydlig, och ganska dominerande, expertroll. Vid ett annat lokalt samverkansmöte lade sig socialtjänsten snarare jämsides med andra verksamheter, men dröjde också med att inträda i en rådgivande roll. En reflexion här är att det tycks ligga en utmaning i rollen som handlar om att kunna vara rådgivande utan att bli för dominerande.

Konkreta ärenden – samverkan med förhinder

Målet med samverkan inom Christina-projektets ram var att möjliggöra att barn som far illa uppmärksammas och får stöd och skydd. Mer konkret handlar detta om att barnets utsatthet upptäcks och att orosanmälan till socialtjänsten görs. I fokus för samverkan stod alltså också anmälan. Hur tycks då samverkan kring eventuella anmälningsärenden ha fungerat?

Som tidigare beskrivits framkommer att enklare kontaktvägar förenklat handläggningen: vid oro för barn har man som BVC-sjuksköterska eller tandvårdspersonal vetat vem man ska ringa inom socialtjänsten. I konkreta fall visar det sig dock inte alltid ha fungerat så väl som man skulle kunna ha önska. Vid ett lokalt samverkansmöte tog en BVC-sjuksköterska upp ett fall där hon gjort en orosanmälan till socialtjänsten. Detta ledde till en diskussion om vilken av socialtjänstens olika enheter BVC-sjuksköterskorna borde ringa till i en sådan situation, där olika socialtjänstrepresenteranter hade olika förslag. Här kan man konstatera att det inte kan vara lätt för personal inom andra

verksamheter att förstå vart man ska vända sig inom socialtjänsten, när inte ens socialtjänstens personal tycks vara helt överens om detta.

Vidare gav BVC-sjuksköterskan, i fokusgrupp-sintervju, en negativ beskrivning av hur hennes anmälan hanterats:

”Deltagare: Jag har gjort en anmälan och det blev inte alls bra egentligen.

Interjuvare: Det blev inte alls bra. Berätta.

Deltagare: Då var det en mamma som kom till mig och så frågade hon 'hur får jag ensam vårdnad?' och jag fattade inte riktigt vad hon sa för hon bröt på ett annat språk och jag var inte där antagligen i tanken. Jag trodde att hon ville ha gemensam vårdnad för de var inte gifta. Men så sa hon 'nej nej nej, jag vill ha ensam, alltså jag vill vara själv med barnet för pappan tog stryptag på bebisen', och han ville döda henne i förrgår, och då ringde jag ju direkt till socialtjänsten för att jag hade fått numret i ett samverkansmöte, så det var jättebra [skratt]. Och då ringde jag direkt till någon jourtelefon och då skulle jag faxa in en anmälan för att det skulle gå extra fort. 'Ta ett papper bara och skriv så att vi ändå har det på papper, och sedan ringer jag till mamman' [sa socialsekreteraren] 'så fort det här mötet avslutats så ringer jag klockan femton till mamman'. Och så berättade jag det för mamman, för hon satt ju bredvid mig hela tiden. 'De ringer från socialtjänsten och jag faxar iväg det här som du har beskrivit för mig nu.' Och sedan ringde jag upp mamman dagen efter på eftermiddagen och frågade hur det hade gått och då sa hon att de har inte ringt ännu och jag har väntat från i går. Då hade de inte ringt henne.”

Vad som hänt i detta ärende fattas kanske information om. Men BVC-sjuksköterskan berättade vidare att hon upprepade gånger sökte socialtjänsten för att höra vad som hänt, och fick oklara besked och uppmaning om att igen faxa in sin ansökan. ”Det kändes inte bra” summerade hon sin beskrivning med och det visar på att samverkan tycks ha haltat i praktiken.

Omvänt gav en av kontaktpersonerna från socialtjänsten under en av fokusgruppsintervjuerna exempel på att BVC inte kontaktat socialtjänsten för att samverka kring oro för ett barn:

”(...) jag hade en kvinna ganska nyligen som jag fick kontakt med och så ja, kom det fram att hon hade upplevt våld och även att barnet hade upplevt våld och så. 'Ja, men jag har varit i kontakt med Utväg' [berättade hon]. 'Jaha, hur fick du reda på detta?' [frågade jag] 'Jo, men det var genom min BVC-sjuksköterska, hon ordnade kontakt med Utväg och hon vet det jag har upplevt' [sade hon]. I och för sig det är ju jättebra i sig men att hon [BVC-sjuksköterskan] inte har gjort en anmälan när hon vet att barnet har upplevt våld, det var ju sämre. För då kunde vi, det är superbra att hon vet om Utväg i detta fall var det BVC-sjuksköterskan då, men det hade blivit ännu bättre om vi hade tillsammans hade kunnat jobba alla tre, kvinnan, BVC-sjuksköterskan och så jag och så får jag hjälpa barnet så att det var lite synd.”

Detta exempel illustrerar att det trots projektets starka fokus på samverkan med och anmälan till socialtjänsten ännu kan vara en bit kvar till att socialtjänsten av samverkansparterna ses som en självklar del av det stödsystem som finns för utsatta kvinnor och deras barn.

Exemplen ovan berör samverkan mellan BVC och socialtjänst, men även problem i samverkan mellan Folkhälsoförhållanden och socialtjänsten framkom i samband med diskussion av konkreta ärenden. Samtidigt framgår av utvärderingsenkäten och statistikredovisningen att 7 av 16 verksamheter, 4 BVC och 3 folkhälsoförhållanden har konsulterat de andra verksamheterna. Flest konsultationer har skett med socialtjänsten, men konsultation har även skett mellan BVC och Folkhälsoförhållanden – om än i enstaka fall. Hur denna samverkan genom konsultation fungerat framgår inte, men utifrån vad som framkommit i fokusgruppsintervjuerna tycks samverkan kring konkreta ärenden rymma vissa svårigheter och hinder.

Förslag på utveckling av samverkansmodellen

I fokusgrupperna fick deltagarna frågor om, och i så fall hur, samverkansmodellen med de lokala samverkansmötena i fokus skulle kunna utvecklas. Å ena sidan uttryckte projektdeltagarna en upplevelse av att det var något för tidigt att utvärdera modellen, att man ”just satt igång”. Ett exempel från en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”Ja, jag tycker liksom inte att det har, riktigt kommit igång. Vi har ju träffats några gånger, men hur man ska utveckla det känns inte som vi är där riktigt än. Vi måste först känna att det sätter sig ordentligt.”

Å andra sidan framkom återkommande ett förslag på förändring: att samverkansgruppen skulle ha möte en gång per termin istället för två. Som skäl till detta angavs tidspress, men även att det var svårt att fylla mötena med innehåll, bland annat i en av fokusgruppsintervjuerna med folktandvårdspersonal:

”Jag tycker det har varit väldigt trevliga möten, men det har ju varit lite svårt att veta alltså det finns ju vad man ska prata om i den här mappen, men det blir lite samma sak på alla mötena. Man presenterar sig och så säger man något alltså, det är lite tunt program på de här mötena. Då pratar man lite fritt och så och det är väl trevligt att träffa folk och prata så, men det jag vet inte det är inte riktigt så där vad man ska fylla hela mötestiden med, men det har varit väldigt trevligt att träffa dem och sedan tycker jag väl att det kanske är lite mycket om man ska ha två träffar per termin.”

Också i utvärderingsenkäten lyftes denna synpunkt fram. BVC-mottagningarna och Folktandvårdsklinikerna fick där frågan om de tyckt samverkansmötena varit bra och givande. Tolv av 16 verksamheter svarade ja, men en kommentar från en Folktandvårdsklinik lød just: ”Trevliga träffar men inte tillräckligt innehåll för att fylla tiden. Hela personalen borde varit mer involverad.” Övriga kommentarer som pekar på utvecklingsområden handlade om sådant som

dålig uppslutning och dålig mötesstruktur, och enligt en Folktandvårdsklinik, ”motstånd från socialtjänsten” vilket kan indikera att samsyn om vissa frågor fattats.

En fokusgruppsfråga berörde om projektdeltagarna ansåg att fler samverkanspartners borde inkluderas, och i så fall vilka. De förslag på eventuellt ytterligare samverkanspartner som framkom var MVC, förskolan, skolan, vårdcentraler och polisen. BVC-sjuksköterskorna nämnde i första hand förskolan, och Folktandvårdspersonalen nämnde i första hand skolan/skolsjuksköterskor, vilket svarar mot de olika åldersgrupper de i första hand möter. Samtidigt kommenterades också eventuella nackdelar förenat med att inkludera fler samverkanspartners, i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”Ja, det får inte bli för stort heller för det är som du säger, det är viktigt med att det blir personer man lär känna, det blir liksom nyckelpersoner och inom de olika verksamheterna. Så att det inte bara blir en träff så och sedan så bara, för ibland har det varit så här stora [möten] där man bjuder in många aktörer och det tycker jag, det blir inte effektivt arbete på lång sikt så, [men] det kan vara bra vid tillfälle när det bara är någon punktinsats.”

Som ovan nämnts fanns i flera pilotområden även andra befintliga samverkansforum kring våld i nära relationer och barn som far illa. Ett förslag på utveckling av samverkansmodellen, eller kanske snarare på implementering av de tankar som låg bakom modellen, handlade om att inkludera Folktandvården i dessa redan tidigare existerande samverkansforum. Vad gällde samverkan mellan Folktandvård, BVC, och i förlängningen även socialtjänsten, lyftes även ett annat projekt fram, bestående av att en tandhygienist arbetade halvtid på en familjecentral, vilket av de berörda samverkansparterna sågs som mycket positivt.

Ytterligare ett viktigt förslag på utveckling av modellen framkom slutligen, och det berörde kontaktpersonerna från socialtjänsten. Dessa kom från olika delar av socialtjänsten och vem som representerade från socialtjänsten tycktes inte oviktigt, också utifrån de deltagande observationerna. Förebyggandesocionomer/socialrådgivare är en mycket värdefull funktion, de har närhet

till BVC och är därigenom en naturlig länk. Men för att hålla fokus på anmälan och kontaktvägar till socialtjänsten tycktes det vara centralt att en person med myndighetsansvar och erfarenhet av att handlägga orosanmälningar i första hand var kontaktperson från socialtjänstens sida, vilket är en erfarenhet att ta fasta på inför framtiden.

Slutligen bör även något om chefernas roll i förhållande till de lokala samverkansmötena nämnas. Större fokus hade kunnat läggas på detta, men föreliggande utvärdering har begränsat sig till kontaktpersonernas erfarenheter. Ibland har dessa kontaktpersoner också varit chefer, men oftast inte. För- och nackdelar med detta har kunnat anas i materialet. Å ena sidan beskrevs att det faktum att chefen var välinformerad om projektet, faktiskt kunde innebära att man inte informerade om projektet på verksamhetsgemensam APT, eftersom det enligt en projektdeltagare ”annars brukar vara att man informerar sin chef samtidigt”. Å andra sidan framkom att chefen vid inte kanske alls var välinformerad om projektet, åtminstone trodde inte en av deltagarna i fokusgruppen med kontaktpersoner från socialtjänsten det:

”Projektet kanske skulle kunna sammankalla cheferna och göra någon form av sammanfattning om vilket jobb vi har gjort tänker jag, efter någon viss tid. För jag tror inte heller det, vår chef vet vilken samverkan och att vi är här i dag och så. Det tror jag. Och vikten av vad som har kommit ut av det och så. Bjuda in dem helt enkelt.”

Detta citat innehåller också en uppmaning inför avslut av projektet och inför projektets implementering. Ett sådant möte med cheferna som efterfrågades var också en del av planeringen för detta och hölls i projektets avslutningsfas.

Trygghet

Frågan om personalen till följd av deltagande i projektet upplever en större trygghet i arbetet med utsatta barn och deras föräldrar och i att närma sig problematiken, har berörts indirekt i såväl tidigare som detta kapitel. I tidigare kapitel har framkommit att projektmaterial vid behov har givit gott stöd, samt att projektdeltagarna över

tid tyckt att det blivit lättare att fråga om våld, särskilt om frågan ställts rutinmässigt. I detta kapitel har ovan beskrivits hur projektdeltagarna upplevde att det blivit lättare att ta kontakt med andra samverkanspartners, främst socialtjänsten. Detta innebär också ökad trygghet, vilket berördes av en av deltagarna i fokusgrupperna med folktandvårdspersonal:

”Jag tycker som sagt att det känns mycket lättare att ringa socialtjänsten i alla fall och där känner man sig tryggare att man kan kontakta dem då och rådfråga dem. Det tar inte emot liksom så att ringa dem.”

En projektdeltagare som citerades ovan uttryckte vidare att det var ”skönt att fått till sig” kunskap om betydelsen av upprepade anmälningar till socialtjänsten. Allt detta pekar på att projektet faktiskt har bidragit till ökad trygghet i att arbeta med frågan, och därmed uppnått detta produktmål. Detta bekräftas av utvärderingsenkäten där 13 av 16 verksamheter angett att personalen upplever en större trygghet i arbetet med patienter gällande våld i nära relationer; alla 9 BVC och 4 av 7 folktandvårdskliniker.

Ökad trygghet till följd av projektet beskrevs på följande sätt av en av deltagarna i fokusgrupperna med tandvårdspersonal:

”Det är precis som att om man skulle råka ut för det nu så är man liksom inte främmande för det utan man har en handlingsplan för det. Det är lätt att gå till pärmen att läsa hur man ska göra och fler är liksom insatta i att det här finns, så det finns liksom, det är mycket lättare i dag att göra det. Man kanske inte är så rädd för det i dag.”

Det tycks dock fortfarande finnas områden som kan utvecklas mot ökad kunskap och trygghet. Ett utvecklingsområde togs upp i en av fokusgrupperna med tandvårdspersonal:

”(När) man ställer frågan så är det helt ok men sedan hur tar jag hand om resten? Det är det fortfarande som är en liten... Ja, lyssna kan jag ju alltid göra det gör vi ju mycket, men ja, ge telefonnummer, men sedan har man ju med sig det här liksom: hur gick det? och hur går det? och

ja, ska jag ringa? och alltså sådär, sådana saker kan jag känna mig osäker [på] fortfarande.”

Ökad trygghet kring frågan tycks också hänga ihop med ökad synlighet: ”Man blundar inte riktigt lika mycket nu som innan”, sade en av fokusgruppsdeltagarna från Folktandvården och hon kopplade detta till större trygghetskänsla. Ökad synlighet som resultat av projektet togs också upp av en annan deltagare i samma fokusgrupp, som konstaterade att: ”Nu har vi öppnat ögonen lite till”. Projektet tycks alltså också i alla fall i vissa delar ha uppnått sitt huvudsyfte, att synliggöra och uppmärksamma barn som på olika sätt berörs av våld.

Implementering av projektet

Vissa förslag från projektdeltagarna som berör projektets implementering har berörts ovan, och gäller då främst utveckling av samverkansmodellen. I den mån projektdeltagarna berörde implementering handlade detta dock främst om större organisatoriska grepp, som de såg som nödvändiga för en lyckad implementering. Detta lyftes främst inom en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”Men jag tänker alltså inom sjukvården, landstinget, Närhälsan, vilket ord man nu ska använda jag vet inte, alltså att i höga ledningsgrupper där, det är där den här frågan måste få bli viktig och levande och det måste komma uppifrån den organisationen. Jag var tillsammans med en kollega på Sahlgrenska på akutmottaget där för några månader sedan, för de hade önskat få en liten föreläsning om just anmälningsplikt och hur det går till på socialtjänsten. Det är olika läkare för olika avdelningar där. Där finns ju ett jätteintresse och en okunskap och det finns ingen, de har inte en mall inom hela Sahlgrenska sjukvården, en mall för anmälan ens en gång. De blev oerhört tacksamma bara att dela ut uppgifter till alla stadsdelarna, till mottagningsgruppen där och telefonnummer. Inte ens det här basala finns. Då är det ändå största sjukhuset. Tänk er då alla vårdcentraler, alla BVC det är där den här frågan måste finnas. Vi kan ju detta [inom

socialtjänsten]. Det är inte vi som behöver informationen. Det är ju de som träffar barnen och som ska se det och behöver göra en anmälan. Det är dit information måste komma. Det är så det måste lyftas på en helt annan nivå. Jag tycker inte det är fel alls att vi har de lokala samverkansgrupperna men det är inte vi som kan göra det stora jobbet.”

Chefernas betydelse för projektets förankring och implementering togs som ovan nämnts också upp i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”Deltagare 1: Och arbetsledningsmässigt har ju inte vi fått någon support alls, utan det har bara varit, gå på det där datumet så har vi gått. Jag fick inte ens veta, det var någon som hörde av sig, ’du, borde inte du vara med på det här?’

Deltagare 2: Ja, och det är ingen koppling i organisationen kring detta.

Deltagare 3: Nej det finns inte hos oss heller.

Deltagare 1: Så det blir också väldigt konstigt därför man bär någon slags ansvar för att vara kontaktperson i ett projekt men det finns egentligen ingen ledning som styr det och följer upp detta och det är ju inte heller bra apropå implementera det sedan, för då är man nästan ensam bärare av detta.”

I den fortsatta diskussionen sade Deltagare 1 vidare att ”det finns ingen tanke eller idé om varför och hur, och hur ska vi rigga för det här” och att detta ledde till många frågor inför implementeringen: ”det behöver ju förtydligas hos oss också i så fall, när det ska implementeras, och hur och varför och på vilket sätt och vilka ska göra det”. En utmaning som projektledningen står inför här är att de efterfrågade tydliggörandena berör socialtjänsten och således en annan organisation.

Andra förslag låg på en mer verksamhetsnära och konkret nivå. Ett sådant var att tandvården med jämna mellanrum skulle bjuda in representanter från socialtjänsten till sina APT för att informera om anmälningar vid oro för barn. Ett annat och mer specifikt konkret förslag var att all tandvårdspersonal inom Västra Götalandsregionen skulle

få lyssna till en viss föreläsning (av rättsodontolog och kriminaltekniker Anna Jinghede), eftersom den beskrevs ha fungerat som en viktig ögonöppnare. Mer allmänt återkom projektdeltagarna till behovet av fortsatta utbildningsinsatser och fortsatt stöd från projektledningen, för att projektet inte bara skulle dö ut som så många andra projekt. Dessa önskemål ställer ganska stora krav på en kommande implementeringsplan där behovet av upprätthållande av projektet och spridning av det båda bör bevakas. VKV driver dock ett systemprojekt till Christina-projektet, *Fråga på rutin om våld i nära relationer – vid vårdcentraler, barnavårdscentraler, rehabiliteringsverksamheter och bedömningsteam inom Västra Götalandsregionen*, där erfarenheter från Christina-projektet kan implementeras. Men detta löser bara del av uppgiften; resten av Västra Götalandsregionen återstår.

Det kan dock vara värt mödan, om man får tro en deltagare i en av fokusgrupperna med kontaktpersoner från socialtjänsten:

”Jag tänker att det är ett jättejätte viktigt projekt, att det tar upp frågor som är jättejätte viktiga och att jag tycker generellt sett att man har pratat för lite om barn som utsätts för våld och hur man uppmärksammar det och jag tycker att det är jätte viktiga frågor och man kan inte ta upp det för mycket nästan kan jag känna. Så att jag tror att bara att det finns ett sådant här projekt och att man talar om det kan göra mycket i sig. Att det inte bara behöver ge resultat utifrån mer anmälningar utan att det har en större vikt.”

Diskussion och rekommendationer

Ovan har framkommit att samverkansmodellen har haft flera positiva samverkans effekter, samtidigt som den i praktiken emellanåt tycks ha halvat betänklighet. Frågan är hur fortsatt samverkan ska se ut efter projektets avslutande? Om samverkan ska ske i samma form kommer detta troligen att kräva ett fortsatt stöd från projektledningen, i liknande omfattning som tidigare, och det är måhända inte realistiskt. Det som framför allt tycks vara nytt är att Folktandvården setts som en viktig samverkanspart kring våld i nära relationer

och barn som far illa, och inkluderats i aktiv samverkan. Detta är en del i projektet som förefaller viktig att bevara framgent. För att samverkan ska kunna fungera bör den bygga på hållbara strukturer. I de pilotområden där de lokala samverkansgrupperna blivit välfungerande och bärande, kan de kanske också fortleva. I andra områden är det inte realistiskt att tro att de ska fungera efter projektets avslut, när de haft svårt att fungera under projektets gång. Inför implementeringen av projektet bör den centrala uppgiften vara att bevara, utvecklas och spridas samverkansmodellens vinster, snarare än att bibehålla själva modellen. Rent konkret kan detta handla om hur Folktandvården ska inkluderas i redan befintliga samverkansforum kring våld i nära relationer och barn som far illa.

Det tycks, slutligen, finnas mycket att vinna på en implementering av Christina-projektet då projektet har ökat personalens trygghet kring att arbeta med frågan.

SAMMANFATTNING OCH SLUTORD

Christina-projektet var ett samverkans- och utvecklingsprojekt som bedrevs av Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer (VKV) under 2012-2014. Projektets fokus var barn som far illa eller riskerar att fara illa med särskilt fokus på barn som bevittnat eller på annat sätt upplevt våld i nära relationer. Projektet kom att omfatta sju pilotområden, fem i Göteborg och två i Borås. I Göteborg ingick sju BVC-mottagningar, fem folktandvårdskliniker och fem socialtjänstverksamheter och i Borås ingick två BVC-mottagningar, två folktandvårdskliniker och två socialtjänstverksamheter i pilotområdena.

Denna utvärderings syfte var att undersöka hur personal som deltagit i Christina-projektet upplevde att utprovat material, inklusive rutiner, checklistor och patientinformation, hade fungerat och vilka eventuella förslag till förbättring av materialet personalen hade. Syftet var vidare att undersöka om personalen upplevde en större trygghet i arbetet med frågan om barn som far illa till följd av deltagande i projektet, samt om – och hur – den förslagna samverkansmodellen fungerat i praktiken.

Metoden var huvudsakligen kvalitativ och bestod av fokusgruppsintervjuer med projektdeltagare och deltagande observationer vid lokala samverkansmöten och andra viktiga möten under projektets gång. Detta har kompletterats med kvantitativt material från fyra olika enkäter samt inhämtad statistik gällande anmälningar till socialtjänsten enligt Kap. 14 § 1 SoL. Vissa av utvärderingens resultat bör tolkas med försiktighet, då några av dess kvantitativa delar har haft låg svarsfrekvens och motsägelsefulla uppgifter inkommit från verksamheterna. Nedan besvaras utvärderingens syfte.

Projektdeltagarna ansåg att huvuddelen av projektmaterialiet, som var samlat till den så kallade Christina-pärmen, var mycket bra. Särskilt lyfte man fram de delar som handlade om att göra anmälan till socialtjänsten och i synnerhet var man positiv till anmälningsblanketten. PVS-blanketten, som användes vid rutinfrågor om våld, uppfattades dock som något otymplig. Man

var också positiv till de broschyrer som tagits fram för att delas ut till patienter, men samtidigt har få nya broschyrer beställts vilket väcker frågan i vilken mån man verkligen aktivt delat ut dem. Det bokmärke som också skulle delas ut var man i stort sätt genomgående negativ till. Det ansågs vara oklart vem bokmärkets budskap riktade sig till, och man hade i vissa verksamheter helt valt bort att använda bokmärket. Utvärderingens rekommendation är att huvuddelen av projektmaterialiet bör spridas till alla BVC och folktandvårdskliniker i regionen. Vidare kan materialet, efter eventuella omarbetningar, spridas till andra hälso- och sjukvårdsenheter med närliggande verksamhetsområden. En utmaning inför en bredare implementering är dock att materialet kontinuerligt uppdateras och hålls aktuellt och levande i de berörda verksamheterna.

Utvärderingen har visat att Christina-projektet har bidragit att personalen upplever en större trygghet i arbetet med utsatta barn och deras föräldrar och i att närma sig problematiken. Detta framkom både i fokusgruppsintervjuerna och i den utvärderingsenkät som sändes ut vid projektets slut, där 13 av 16 verksamheter angett att personalen upplever en större trygghet i arbetet med patienter gällande våld i nära relationer; alla 9 BVC och 4 av 7 folktandvårdskliniker.

Vad gäller den föreslagna samverkansmodellen uttryckte projektdeltagarna att det har varit positivt att ”få ett ansikte” på de andra verksamheterna; detta återkom som beskrivning och medförde enklare kontaktvägar. Vidare framkom att det har varit uppskattat och viktigt för BVC och Folktandvården med kunskapsförmedling från socialtjänsten. Folktandvården framstod vidare som en ”upptäckt” verksamhet, i bemärkelsen ny som viktig arena för de andra samverkansparterna. De lokala samverkansgrupperna har fungerat olika: i vissa pilotområden har man haft kontinuerliga möten och funnit en struktur, medan det i andra verkar ha haltat betänkligt. Möten har ställts in, personer har uteblivit, inga nya mötestider har satts. Projektdeltagarna har uttryckt att de tycker det är något för tidigt att utvärdera modellen, och förmedlade en upplevelse av att man ”just satt igång”. Samtidigt framkom förslag på förändring, till möte en gång per termin istället för två; tidspress och svårt att fylla mötena med innehåll angavs som skäl till detta.

För att hålla fokus på anmälan och kontaktvägar till socialtjänsten föreföll det vara centralt att en person med myndighetsansvar och erfarenhet av att handlägga orosanmälningar i första hand var kontaktperson från socialtjänstens sida. Vad gällde samverkan runt konkreta ärenden beskrevs vidare slutligen hinder och svårigheter. Utvärderingens rekommendation är att den centrala uppgiften inför implementeringen av projektet bör vara att samverkansmodellens vinster ska bevaras, utvecklas och spridas, snarare än att modellen som sådan måste bibehållas. Rent konkret kan detta handla om att Folktandvården ska inkluderas i redan befintliga samverkansforum kring våld i nära relationer och barn som far illa.

I utvärderingen har vidare projektdeltagarnas erfarenheter av rutinmässigt fråga om våld belysts. Inom BVC var projektdeltagarna positiva till att rutinmässigt fråga om våld, och blev under projektets gång gradvis mer vana och trygga med att göra detta, trots vissa svårigheter och hinder. De beskrev vidare positiv patientrespons. Det bör dock understrykas att patienternas uppfattningar om och erfarenheter av att få rutinfrågor om våld på BVC inom projektets ram inte har undersökts. Socialstyrelsen utfärdade 2014 rekommendationer om att rutinfrågor om våld bör ställas inom MVC, men ännu har inga sådana rekommendationer utfärdats för BVC. BVC är dock liksom MVC en verksamhet som har kontinuitet i patientkontakten, och som dessutom har möjlighet att nå både våldsutsatta barn och våldsutsatta vuxna. BVC är därför en arena där man har goda möjligheter att fånga upp våld och sett på längre sikt vara del i en positiv förändringsprocess. Mot bakgrund av detta, och utifrån projektdeltagarnas erfarenheter, är utvärderingens förslag att man bör fråga rutinmässigt om våld inom BVC i Västra Götalandsregionen. Detta kan i sin tur följas upp av forskning om föräldrars uppfattningar och erfarenheter att få frågor om våld, vilket kan ge ett substantiellt underlag för fortsatt utveckling.

När och hur frågor om våld bäst ställs på BVC är ännu oklart. Men att vissa BVC-mottagningar har funnit det svårt att få möjlighet att ställa frågor om våld till mödrarna i enrum, talar för att frågor om våld bör ställas i samband med EPDS-screeningen. Vid tolkbehov kan med fördel användas telefontolk, vilket minimerar risken att

familjen är släkt eller bekant med den som tolkar. Vidare är det kanske inte tillräckligt att våldsfrågorna ställs endast en gång under barnets tid på BVC, utan man bör också återkomma vid ytterligare något tillfälle. Att fråga vid EPDS-tillfället ska snarare kanske ses som att man öppnar upp för ett möjligt utfall vid ett senare tillfälle, och att fråga igen torde då öka chansen att fånga upp våldsutsatta.

Inom Folktandvården var personalen ambivalent till att fråga om våld på rutin, och tidsbrist beskrevs som ett stort hinder. Forskningsläget är vidare mycket begränsat, och till skillnad från BVC finns det inte forskning från något närliggande område att luta sig emot. Samtidigt har Folktandvården tveklöst en viktig uppgift att fylla vad gäller att uppmärksamma våldsutsatta patienter, då man når stor del av befolkningen på kontinuerlig basis och har anmälningsplikt då barn misstänks fara illa. Mot bakgrund av detta, och då denna utvärdering är begränsad, kan inga rekommendationer ges kring om, och i så fall hur, rutinmässigt frågande inom Folktandvården bör ske. Däremot föreslås att ett forskningsprojekt skapas kring de kliniker som nu frågar om våld på rutin, och eventuellt ytterligare kliniker, för att kunna ge större klarhet i detta. Främst bör då patienternas uppfattningar om och erfarenheter av att få rutinfrågor om våld undersökas. Detta innebär inte att inget kan göras förän denna forskning är genomförd och resultaten presenterade. Tvärtom kan Folktandvården på basen av erfarenheter från Christina-projektet och i samarbete med VKV förnya och fördjupa utbildningsinsatser riktade till Folktandvården med målet att all personal till att börja med ska fråga på indikation.

I inledningskapitlet beskrevs denna utvärdering som aktörsinriktad, i enlighet med erbjudandemodellen (Sandberg och Faugert, 2012). En sådan utvärdering är mindre fokuserad på om ett projekt uppnått sina mål, och mer fokuserat på om projektet varit utformat på ett sådant sätt att det varit möjligt att uppnå dessa mål. Fokus i en sådan utvärdering är vidare vilka handlingsmöjligheter deltagarna i ett projekt finner i och genom projektet, och hur projektdeltagarna uppfattar projektledningens "erbjudande" till dem. Christina-projektet har till stor del varit utformat så att det kunnat vara möjligt att nå projektets

mål, och vissa av dem har också nåtts. Ovan har beskrivits att personalen via projektmaterialen fått fler resurser i arbetet kring barn som upplevt våld samt att projektet skapat möjligheter för att känna större trygghet i frågan. Samverkansmodellen har också öppnat för möjligheter till ny och god samverkan, även om formen ibland tycks ha varit svår att fylla med innehåll. Hur har projektdeltagarna då uppfattat projektledningens erbjudande? Som tidigare redovisats ges i utvärderingsenkäten en ganska negativ bild. Endast 2 av 9 BVC och 2 av 7 folktandvårdskliniker svarar ja på utvärderingsenkätens fråga om "utbildningarna och i de fall man frågat på rutin har gjort att man fångat upp fler barn än tidigare". En av de verksamheter som svarat nej har dock bifogat en kommentar: "[Vi har] troligen inte fångat upp fler men blivit mer medvetna". Kanske är det så som projektdeltagarna främst har uppfattat projektledningens erbjudande; som en möjlighet att "öppna ögonen lite till".

REFERENSER

- Anderson, D. och Saunders, D., 2003. Leaving an abusive partner: An empirical review of predictors, the process of leaving, and psychological well-being. *Trauma, Violence & Abuse*, 4, s.163-191.
- Barnombudsmannen, 2010. *Tandvården och barn som far illa. (Barnombudsmannen rapporterar, br 2010:2.)* Stockholm: Barnombudsmannen.
- Berglund, A., 2010. *Kvinnohälsövården. I: Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen.* A. Berglund red. (NCK-rapport 2010:4.) Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, s.119-126.
- Coulthard, P., Yong, S., Adamson, L., Warburton, H.V. och Esposito, M., 2010. Domestic violence screening and intervention programs for adults with dental of facial injury, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2010: 12.
- Dagens medicin, 2013. "Möjligheten att rädda några av dessa människors liv har inte vägs in". Online: www.dagensmedicin.se.
- Dahlström, L. och Jansson, S., 2009. Kunskapsbrist om våldsutsatta patienter. *Tandläkartidningen*, 101(6), s.64-70.
- Dahlström, L. och Jansson, S., 2014. *Den våldsutsatta patienten i tandvården.* (Genväg till forskning nr 7). Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.
- Enander, V. och Holmberg, C., 2011. *Varför går hon? Om miss-handlade kvinnors uppbrottsprocesser.* Lund: Studentlitteratur.
- Feldhaus, K.M., Koziol-McLain, J., Amsbury, H.L., Norton, I.M., Lowenstein, S.R. och Abbott, J.T., 1997. Accuracy of 3 brief screening questions for detecting partner violence in the emergency department. *JAMA*, 277(17), s.1357-1361.
- Klingberg, G., 2010. Omsorgsvikt med odontologins ögon. I: *Aktuellt nordisk odontologi.* P. Holmstrup red. Köpenhamn: Munksgaard, s.195-208.
- Kvist, T., Malmberg, F., Boovist, A.K., Larheden, H. och Dahllöf, G., 2012. Clinical routines and management of suspected child abuse or neglect in public dental service in Sweden. *Swedish Dental Journal*, 36(1), s.15-24.
- Lagerberg, D., 2001. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. I. Characteristics of the nurses. *Child Abuse & Neglect*, 25, s.1583-1601.
- Lagerberg, D., 2004. A descriptive survey of Swedish child health nurses' awareness of abuse and neglect. II. Characteristics of the children. *Acta Paediatrica*, 93, s.692-701.
- Lobanova, O., 2012. *Distriktsköterskornas upplevelser av möten med våldsutsatta kvinnor och deras barn på BVC: En deskriptiv kvalitativ intervjustudie.* Uppsala: Institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala Universitet.
- Nationellt centrum för kvinnofrid, 2010. *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen.* (NCK-rapport 2010:4.) Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid.
- NICE, 2014. *Domestic violence and abuse: how health services, social care and the organisations they work with can respond effectively.* (NICE Guideline, PH 50): www.nice.org.uk/guidance/ph50.
- Rabin, R.F., Jennings, J.M., Campbell, J.C. och Bair-Meritt, M.H., 2009. Intimate partner violence screening tools: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, s.439-445.
- Persson, S., 2010. *Screening, intuition och erfarenhet: Nordiska barnvårdscentraler, mödravårdscentraler och gynekologimottagningsarbete med att identifiera och hjälpa kvinnor och barn som utsätts för våld i en nära relation. En litteraturbaserad studie.* Göteborg: Sahlgrenska akademien, Enheten för socialmedicin, Göteborgs Universitet.
- Rosén, L., 2013. *"Barnet i fokus": BVC sköterskans upplevelse av sitt arbete vid misstanke om och handläggning av barmmisshandel – En intervjustudie.* Gävle: Akademin för hälsa och arbetsliv, Avdelningen för hälso- och vårdvetenskap, Högskolan i Gävle.
- Rädda barnen, 2012. *När man misstänker att barn far illa: En studie av hur professionella inom BVC, förskola och skola förhåller sig till anmälningsplikten.* Stockholm: Rädda barnen.
- Sandberg, B. och Faugert, S., 2012. *Perspektiv på utvärdering.* Lund: Studentlitteratur.
- Socialstyrelsen, 2002. *"Tack för att ni frågar" – Screening om våld mot kvinnor.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen, 2007. *Att vilja se, vilja veta och våga fråga: Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet.* Stockholm: Socialstyrelsen.
- Strategi för samverkan – kring barn och unga som far eller riskerar att fara illa*, 2007. Stockholm: Myndigheten för skolutveckling, Rikspolisstyrelsen och Socialstyrelsen
- Stenson, K., Saarinen, H., Heimer, G. och Sidenvall, B., 2001. Women's attitudes to being asked about exposure to violence. *Midwifery*, 17(1), s.2-10.
- SOFS 2014:4. *Väld i nära relationer.* (Föreskrifter och allmänna råd) (Socialstyrelsens författningssamling). Stockholm: Socialstyrelsen.
- Taft, A., O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. och Feder, G., 2013. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013: 4.
- Tönnesen, E., 2010. Frågor om våldsutsatthet ur primärvårdsperspektiv. I: *Att fråga om våldsutsatthet som en del av anamnesen.* (NCK-rapport 2010:4.) A. Berglund red. Uppsala: Nationellt centrum för kvinnofrid, s.113-117.
- Wendt, E., 2012. *Att ställa frågor om våld till gravida kvinnor – en genomgång av internationell forskning.* (Genväg till forskning nr 3). Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.
- Wendt, E., Hildingh, C., Lidell, E., Westerståhl, A., Baigi, A. och Marklund, B., 2007. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Acta Obstetrica et Gynecologica*, 86, s.580-595.
- Wendt, E.K., Lidell, E.A., Westerståhl, A.K., Marklund, B.R. och Hildingh, C.I., 2009. Young women's perceptions of being asked questions about sexuality and sexual abuse: a content analysis. *Midwifery*, 27(2), s.250-256.
- Wendt, E., Krantz, G., Enander, V. och Kruse, A., 2015. *Trygg i frågan? Att möta våldsutsatta inom MVC, BVC och UM.* Göteborg: Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer.
- World Health Organisation, 2013. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines.* Genève: World Health Organisation.



Västra Götalandsregionens kompetenscentrum om våld i nära relationer

Kungsgatan 12 vån 6
411 19 Göteborg

Växel: 031-346 06 58 E-post: vkv@vgregion.se

Webbplats: www.valdinarrelationer.se/vkv

Intern webbplats: <http://intra.vgregion.se/valdinarrelationer>