



LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

Antal ord: 8877

Barnmorskors beredskap i och upplevelser av mötet med gravida kvinnor som genomlevt våld i nära relation

En kvalitativ intervjustudie

Midwives' preparedness in and experiences of meeting pregnant women with lived experience of domestic violence

A qualitative interview study

Författare: Hosai Haleemi & Karolina Nilsson

Handledare: Hafrún Rafnar Finnbogadóttir

Magisteruppsats
Våren 2022

Lunds universitet
Medicinska fakulteten
Programnämnden för omvårdnad, radiografi samt reproduktiv, perinatal och sexuell hälsa
Box 157, 221 00 LUND

Barnmorskors beredskap i och upplevelser av mötet med gravida kvinnor som genomlevt våld i nära relation

En kvalitativ intervjustudie

Midwives' preparedness in and experiences of meeting pregnant women with lived experience of domestic violence

A qualitative interview study

Abstrakt

Bakgrund: Flera barnmorskor känner sig oförberedda i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor och saknar adekvat stöd och riktlinjer för att bemöta kvinnorna. **Syfte:** Att belysa hur förberedda barnmorskor upplever sig vara i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. **Metod:** En kvalitativ intervjustudie med induktiv ansats. Tio barnmorskor med en yrkeslivserfarenhet som legitimerad barnmorska på 4–30 år intervjuades och tematisk innehållsanalys genomfördes. **Resultat:** Två kategorier och fyra underkategorier framträdde: *Variierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet* med underkategorierna *Trygg att ställa frågan när beredskap att agera finns* och *Avsaknad av handlingsplan kändes otryggt*, samt *Variierande grad av rutiner inverkar på beredskap att handlägga vården för våldsutsatta gravida kvinnor* med underkategorierna *Utbildning och handlingsplan stärker förberedelsen inför mötet* och *Bristande rutiner och oerfarenhet leder till minskad beredskap i mötet*. **Konklusion:** Barnmorskor upplevde frågan om våld som komplex. Vetskapen om riktlinjer och handlingsplaner varierade mellan barnmorskorna, men slutsats kan dras att dessa är viktiga för att barnmorskor ska känna sig trygga med att handlägga vården för våldsutsatta gravida kvinnor.

Nyckelord

Barnmorska, beredskap, handlingsplan för barnmorskor, upplevelser, våldsutsatta gravida kvinnor.

Förord

Inledningsvis vill vi tacka samtliga informanter för deras deltagande i föreliggande studie. Vi vill även tacka våra familjer för gott tålamod och bra stöttning i vårt arbete. Ett extra tack till vår handledare Hafrún Finnbogadóttir som kommit med goda råd och stöttat oss i vårt arbete. Vi tackar för att du har haft "piskan" på oss från start som du själv uttrycker det.

Hosai Haleemi och Karolina Nilsson

Innehållsförteckning

Introduktion.....	6
Problemområde.....	6
Bakgrund.....	7
Global omfattning av våld mot kvinnor	7
Nationell omfattning av våld mot kvinnor i nära relation.....	7
Våldsutsatthet under graviditet.....	8
Hälsorisker vid våldsutsatthet under graviditet	8
Barnmorskans profession.....	9
Att ställa frågan om våld till gravida kvinnor	10
Syfte.....	11
Metod	11
Design.....	11
Urval.....	11
Instrument	12
Pilotintervju.....	13
Datainsamling.....	13
Förförståelse	13
Analys av data.....	14
Forskningsetiska avvägningar	15
Resultat.....	16
Barnmorskans beredskap	17
Varierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet	17
Trygg att ställa frågan när beredskap att agera finns	18
Avsaknad av riktlinjer kändes otryggt.....	18
Varierande grad av rutiner inverkar på beredskap att handlägga vården för våldsutsatta gravida kvinnor.....	19
Utbildning och handlingsplan stärker förberedelsen inför mötet	20
Bristande rutiner och oerfarenhet leder till minskad beredskap i mötet	21
Diskussion.....	23
Metoddiskussion	23
Resultatdiskussion.....	27

Konklusion och implikationer.....	31
Referenser.....	32
Fördelning av arbetet.....	38
Bilaga 1 (1)	39

Introduktion

Enligt Världshälsoorganisationen (World Health Organization [WHO], 2021) och Europarådet (2011) är våld mot kvinnor ett globalt problem, samt ett brott mot de mänskliga rättigheterna. Likaså, enligt Socialstyrelsen (2021) är begreppet *våld i nära relationer* könsneutralt och saknar därmed givna förövare och offer. *Mäns våld mot kvinnor* i synnerhet är ett stort samhällsproblem. Våldet avser varje fall av könsrelaterat våld och kan till exempel uttrycka sig psykiskt, fysiskt eller sexuellt och består ofta av en serie handlingar (Europarådet, 2011; Socialstyrelsen, 2021; WHO, 2002). Graviditet är ingen fristad för våldet (Donovan et al., 2016; Finnbogadóttir et al., 2016).

Problemområde

Konsekvenserna av att vara utsatt för våld under graviditeten är att kvinnans fysiska och psykiska hälsa under och efter graviditeten försämras (Brown et al., 2008; Howard et al., 2013; Janssen et al., 2003). Likaledes, ökar både sjukligheten och dödligheten för mor och barn (Donovan et al., 2016; Jasinski, 2004). Dessutom drar det med sig ökade samhällskostnader (Socialstyrelsen, 2006; WHO, 2021). Enligt WHO (2021) går mäns våld mot kvinnor att förebygga och förhindra. Enligt Socialstyrelsen (2014) har hälso- och sjukvården en stor roll i att ge adekvat hälsovård till kvinnor som varit utsatta för våld, samt erbjuda hjälp för att kvinnorna ska bli hänvisade till rätta instanser. År 2014 rekommenderade Socialstyrelsen utifrån rådande kunskapsläge att alla gravida kvinnor ska tillfrågas inom mödrahälsovården om de någon gång varit utsatta för våld (Socialstyrelsen, 2014). År 2021 visade Graviditetsregistret statistik att 97 % av alla gravida kvinnor i Skåne blev tillfrågade om de utsatts för våld under sin graviditet (Graviditetsregistret, 2022). Det framgår dock inte hur många som är identifierade som våldsutsatta och hur många som har blivit remitterade vidare för stöd och hjälp till exempel till kurator eller psykolog. Forskning från Sverige visar att det finns brister på flera enheter där barnmorskor möter gravida kvinnor när det gäller frågan om våld (Finnbogadóttir et al., 2020). Därför är det av vikt att belysa barnmorskors upplevelse av beredskap i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. Finns det några hinder i arbetet och går det att förbättra arbetet? Kommer det framkomma andra problem och lösningar än vad tidigare studier visat?

Bakgrund

Global omfattning av våld mot kvinnor

Enligt WHO (2021) har mer än 30% av världens kvinnor någon gång under sin livstid utsatts för våld. Globalt har 27 % av kvinnor i 15–49 årsåldern blivit utsatta för våld i en nära relation. Enligt Devries et al. (2010) är förekomsten av våld under graviditet 2,0 % - 13,5 % globalt. Med tanke på Covid-19 pandemin och dess sociala och ekonomiska påverkan har det rapporterats att kvinnor exponerats mer för intimt partnervåld samtidigt som de fått begränsad åtkomst till sjukvård (WHO, 2021).

Enligt WHO (2021) är påvisade riskfaktorer för att utsättas för våld i nära relation: låg utbildningsnivå, misshandel som barn, bevittnande av våld i familjen, normer i samhället där mannen har högre status än kvinnan, dålig tillgång till betalt förvärvsarbete för kvinnan och ojämlika lagar bland annat i samhället.

Förenta nationerna [FN] deklarerar i sina globala mål att jämställdhet mellan män och kvinnor är en förutsättning för hållbar utveckling (United Nations Development Programme [UNDP], 2021). För att uppnå jämställdhet behöver fördelningen av makt, inflytande och resurser vara rättvis. Diskriminering, våld och skadliga sedvänjor mot kvinnor skadar både individen och det samhälle hon lever i. ”Att leva ett liv fritt från våld och diskriminering är en grundläggande mänsklig rättighet och helt avgörande för att människor och samhällen ska utveckla sin fulla potential” (UNDP, 2021).

Nationell omfattning av våld mot kvinnor i nära relation

Nationellt centrum för kvinnofrid [NCK] presenterade år 2014 en riksrepresentativ befolkningsundersökning om mäns och kvinnors utsatthet av våld. Undersökningen visade att 20 % av kvinnorna någon gång under sitt vuxna liv utsatts för våld i nära relation (NCK, 2014).

Sveriges regering har tagit ett beslut om en nationell strategi för att förebygga mäns våld mot kvinnor (Socialstyrelsen, 2021). Strategin har även som mål att helt bekämpa detta våld och är en del av regeringens jämställdhetspolitik. Denna är kopplad till jämställdhetsmålen som

bland annat handlar om att mäns våld mot kvinnor ska upphöra (Socialstyrelsen, 2021). Enligt *Brottsbalken* (1962) är våld i nära relationer en brottslig och straffbar handling.

Våldsutsatthet under graviditet

Förekomsten av våld mot gravida kvinnor i Sverige är 1,0 – 11 % (Akademiskt primärvårdscentrum, 2022; Hedin et al., 1999; Finnbogadóttir et al., 2014; Finnbogadóttir & Dykes, 2016; Stensson et al., 2001). I södra Sverige har förekomsten av våld mot gravida kvinnor rapporterats till 2,5 % under hela graviditeten (Finnbogadóttir et al., 2016). Forskarna kunde se ett tydligt samband mellan att ha historik om våld och rapportering av våld under graviditeten. Vid långtidsuppföljning visade det sig att våldet fortsätter även upp till 1,5 år postpartum (Finnbogadóttir & Dykes, 2016). Förutom att ha historik om våld löpte sårbara och separerade föräldrar högre risk för att vara utsatta för våld av sin manliga partner eller före detta manliga partner postpartum.

Hälsorisker vid våldsutsatthet under graviditet

Enligt Världshälsoorganisationen (WHO, 2021) och Silverman et al. (2006) kan kvinnans fysiska, psykiska, sexuella och reproduktiva hälsa påverkas negativt när hon är utsatt för våld av sin partner. Konsekvenser för gravida kvinnor som lever under hot och våld kan vara ökad risk för psykisk ohälsa (Howard et al., 2013), högt blodtryck (Silverman et al., 2006), vaginala blödningar (Silverman et al., 2006), samt stress och ångest (Howard et al., 2013). Våld under graviditet kan även leda till risker för fostret i form av perinatal död (Janssen et al., 2003), förtidig födsel (Donovan et al., 2016; Finnbogadóttir et al., 2020) och låg födelsevikt (Donovan et al., 2016). En nyligen publicerad studie visade att kvinnor som var utsatta för våld hade ökad risk för kejsarsnitt oavsett om kejsarsnittet var planerat eller akut (Finnbogadóttir et al., 2020). Forskarna menar att för att förebygga de hälsorisker som gravida kvinnor löper risk för är det viktigt för hälso- och sjukvården att identifiera förekomsten av våld i nära relation, särskilt under graviditet. Det är även viktigt att ge kvinnorna extra stöd som skulle kunna påverka graviditetsutfallet positivt (Finnbogadóttir et al., 2020).

Enligt en systematisk översikt och metaanalys av Howard et al. (2013) är vanliga psykiska konsekvenser av våld mot gravida kvinnor i nära relation depression, posttraumatisk stress och ångest. Det är mer vanligt med depression efter förlossning hos kvinnor som har varit

utsatta för våld under graviditet jämfört med kvinnor som inte varit utsatta för våld (Howard et al., 2013). Enligt WHO (2021) är de fysiska konsekvenserna huvudvärk, ryggvärk, smärta i mage och bäcken, gastrointestinala störningar och begränsad rörlighet.

Barnmorskans profession

Barnmorskan har en betydelsefull roll i mötet med och vården av den gravida kvinnan (Berg, 2005). Det är av stor betydelse att barnmorskan skapar en god vårdrelation i mötet med gravida kvinnor med ökade risker för komplikationer under sin graviditet. Detta är viktigt för att skapa en balans mellan att tillfredsställa de medicinska behoven samtidigt som barnmorskan främjar de naturliga friskfaktorerna under kvinnans graviditet. Enligt sjuksköterskans sex kärnkompetenser ska vård ges på lika villkor och människors lika värde och den enskilda individens värdighet ska respekteras (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Detta är i enlighet med *Hälso- och sjukvårdslagen (2017)* och *Barnmorskans etiska kod* (Svenska barnmorskeförbundet, 2020).

Modellen ”Genuint vårdande av det genuina” har arbetats fram i syfte att ge barnmorskan ett redskap att utveckla vårdande med god kvalitet (Berg, 2005). Modellen består av tre delar: värdighetsbevarande vårdrelation, balanserande mellan det naturliga och det medicinska perspektivet, samt förkroppsligad kunskap.

Ömsesidighet, tillit, fortgående dialog och tillgänglighet är av största vikt för att skapa en värdighetsbevarande vårdrelation (Berg, 2005). Om dessa komponenter finns med är barnmorskan och den gravida kvinnan öppna inför varandra. Barnmorskan har även tilltro till den gravida kvinnans kapacitet och förmåga och informerar henne alltid om vad som händer. Barnmorskan är även tillgänglig och närvarande, och det anses som en viktig del i ett värdigt vårdande. Enligt *Hälso- och sjukvårdslagen (2017, 5 kap 1§)* ska vården ”tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet och säkerhet; bygga på respekt för patientens självbestämmande och integritet; främja goda kontakter mellan patienten och hälso- och sjukvårdspersonalen” för att vård av god kvalitet ska kunna ges. Detta är i enlighet med *Barnmorskans etiska kod* som även betonar att barnmorskan ska uppmuntra kvinnan till att föra sin egen talan om frågor som har betydelse för hennes egen och hennes familjs hälsa (Svenska barnmorskeförbundet, 2020). Vidare beskriver den etiska koden att barnmorskan tillsammans med kvinnan ska identifiera och definiera kvinnans hälsobehov.

För att balansera mellan det naturliga och det medicinska perspektivet vårdar barnmorskan kvinnan med båda perspektiven i bakhuvudet (Berg, 2005). Således lyfter barnmorskan fram det friska och naturliga samtidigt som de medicinska riskfaktorerna är närvarande. Kunskapen är djupt rotad och integrerad i barnmorskan och med detta menas att kunskapen är förkroppsligad. Detta är grundläggande för modellen för genuint vårdande. God teoretisk kunskap, praktisk erfarenhet och användandet av barnmorskans sinnen är viktiga förmågor för att lyfta fram det normala i mötet med kvinnor med risk för komplikationer under sin graviditet.

Att ställa frågan om våld till gravida kvinnor

Cochrans systematiska sammanfattning och metaanalys publicerad i maj 2014 visade att screening inom mödrahälsovården av alla gravida kvinnor ökar identifiering av de som utsatts för våld (O'Doherty et al., 2014). I slutet av oktober samma år rekommenderade Socialstyrelsen att alla gravida kvinnor ska tillfrågas inom mödrahälsovården om de någon gång varit våldsutsatta (Socialstyrelsen, 2014). Redan på tidigt 2000-tal ansåg svenska barnmorskor att de misslyckats om de inte frågat den gravida kvinnan om hon någon gång utsatts för våld (Stenson et al., 2004). Frågan ansågs vara viktig, men det fanns främst två hinder varför en del barnmorskor inte alltid ställde frågan - första hindret var känsligheten i ämnet våld och det andra att som rutin bjuds partnern med på alla möten inom mödrahälsovården (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017; Kirk & Bezzant, 2020; Stenson et al., 2005). Andra hinder för att ställa frågan var tidsbegränsade möten, förutfattade meningar om vilka kvinnor som är offer för våld, samt språkförbistringar. Enligt Eustace et al. (2016) känner flera barnmorskor sig oförberedda i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor och saknar adekvat stöd och riktlinjer för att bemöta kvinnorna. Verksamheterna som träffar gravida kvinnor behöver bättre riktlinjer och stöd för att kunna handla när de möter en gravid kvinna som varit utsatt för våld (Henriksen et al., 2017; Eustace et al., 2016).

Forskning har visat att det är viktigt att utveckla riktlinjer och en handlingsplan för all hälso- och sjukvårdspersonal inom mödrahälsovården (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017; Wendt et al., 2011). Forskarna lyfter även vikten av utbildning hos personalen, samt professionellt stöd. Detta är i enlighet med Socialstyrelsens (2014) rekommendationer. Hälso- och sjukvårdslagen (2017) menar att kvaliteten i verksamheten hela tiden ska utvecklas och

säkras. Enlig *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (2014) ska vårdgivaren se till att det finns rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i det arbete som utförs med våldsutsatta, samt barn som bevittnat våld.

Syfte

Syftet var att belysa hur förberedda barnmorskor upplever sig vara i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor.

Metod

Design

För att svara på studiens syfte valdes en kvalitativ tematisk manifest innehållsanalys med induktiv ansats enligt Burnard et al. (2008). Data samlades in via semistrukturerade intervjuer (Bilaga 1) och analyserades enligt metoden för innehållsanalys som den beskrivs av Burnard et al. (2008). Vid en kvalitativ design dras inga definitiva slutsatser, istället belyser resultatet de erfarenheter som människan har upplevt i förväntan om att nå en djupare förståelse (Polit & Beck, 2017). Vid induktiv ansats är det informanternas erfarenhet av fenomenet som efterfrågas och sedan presenteras den insamlade datan i form av ett resultat (Burnard et al., 2008; Polit & Beck, 2017).

Urval

Rekrytering av informanter utfördes via ändamålsenligt urval under hösten 2021.

Inklusionskriterierna för att delta i studien var att informanterna var *legitimerade barnmorskor* som hade *minst ett års arbetslivserfarenhet inom mödrahälsovården och/eller prenatalvården*. Datainsamlingen utfördes i tre olika kommuner, Lund, Malmö och Ystad, för att få tillräckligt många deltagare. Innan informanterna rekryterades kontaktades

verksamhetschefen för kvinnosjukvården initialt med informationsbrev via e-post och sedan via telefon. Verksamhetschefen för kvinnosjukvården gav sitt samtycke till att informationsbrev skickades till berörda enhetschefer. Informationsbrev tillsammans med verksamhetschefens samtycke skickades via e-post till enhetschefer på mödrahälsocentraler och prenatala avdelningar i de tre kommunerna. Alla enhetschefer gav sitt samtycke till att barnmorskor tillfrågades för deltagande i studien. Varje enhetschef fungerade därmed som gatekeeper, vilket är en person som är auktoriserad att ge tillstånd om studien ska få genomföras i deras verksamhet eller inte (Polit & Beck, 2017). På grund av de rådande omständigheterna kring spridningen av Coronaviruset valdes att avstå från att presentera studien på arbetsplatsträffar. Enhetscheferna gav kontaktuppgifter till de barnmorskor som uppfyllde studiens inklusionskriterier. Informationsbrevet skickades till 30 barnmorskor via e-post med en förfrågan om deltagande i studien och de ombads ta kontakt med studieansvariga inom en vecka för att bestämma tid och plats för intervjun. Fem barnmorskor hörde av sig via e-post efter två dygn och tackade nej till deltagandet i studien. Ett påminnelsebrev skickades till de övriga tjugofem barnmorskorna efter en vecka, sex barnmorskor tackade ja till att delta i studien och fem barnmorskor hörde av sig via e-post och tackade nej till att bli intervjuade. Efter ytterligare en vecka kontaktades de övriga fjorton barnmorskorna via telefon, där åtta tackade ja och resten avstod att delta i studien. Under tiden intervjuerna utfördes tackade ytterligare fyra barnmorskor nej på grund av personliga skäl. Således blev det totalt tio barnmorskor som tackade ja till studien där skriftligt samtycke inhämtades. Efter tio intervjuer gick studieansvariga inte vidare med ytterligare rekrytering eftersom datamaterialet ansågs vara tillräckligt för resultatet. Deltagarnas mediantid som yrkesverksamma barnmorskor var 19,5 år.

Instrument

En intervjuguide med öppna och semistrukturerade frågor användes som stöd vid intervjun (se bilaga 1). Intervjuguiden innehöll 14 ledande frågor som studieansvariga höll sig strikt till. Den innehöll vidare tre fördjupande frågor och en avslutande fråga för att ge studiedeltagarna möjlighet att bidra med ytterligare material för studien. Intervjun inleddes med frågan; ”Anser du dig förberedd på att möta våldsutsatta gravida kvinnor?”. För att få fördjupad information ställdes sonderande frågor såsom ”Kan du berätta mer?”, ”Hur menar du?” eller ”Kan du ge ett exempel?” (Bilaga 1).

Pilotintervju

En pilotintervju genomfördes med en barnmorska som hade arbetat med gravida kvinnor under 16 år. Intervjufrågorna var relevanta och svarade till studiens syfte och intervjutiden överensstämde inte med den planerade tid som avsatts för intervjun. Den avsatta tiden var något längre.

Datainsamling

Samtliga intervjuer genomfördes under veckorna 31–52 år 2021. De barnmorskor som tackade ja till deltagandet i studien bestämde själv tid och plats för intervjun. Åtta barnmorskor valde att bli intervjuade på deras arbetsplatser och två barnmorskor valde att träffas utanför sin arbetsplats. En barnmorska hade själv bokat ett samtalsrum på sjukhuset där intervjun genomfördes. Den andra barnmorskan önskade träffas på ett bibliotek där hon själv hade bokat ett samtalsrum och intervjun genomfördes där. Innan intervjun startade gavs muntlig information om studiens syfte och informanterna ombads skriva under ett informerat samtycke. Informanterna fick möjlighet att tänka över sin medverkan i studien och ställa frågor. Inledande korta frågor om utbildningsnivå och arbetslivserfarenhet ställdes.

Deltagarna uppmuntrades att svara på frågorna utifrån deras erfarenhet. Kvale och Brinkmann (2014) menar att deltagare i en deskriptiv studie bör motiveras till att beskriva så exakt som möjligt vad de tänker, tycker, känner och upplever. Intervjutidens medianvärde var 32,5 minut och intervjuerna spelades in på mobiltelefon med informanternas samtycke. Direkt därefter laddades de ned på lösenordskyddad dator och överfördes sedan direkt till ett USB-minne. Intervjuerna transkriberades ordagrant där även pauser, skratt och kroppsspråk noterades. Efter detta skapades en kodnyckel. Kodnyckeln och USB-minnet förvarades åtskilt inlåsta. Författarna turades om att genomföra intervjuerna med deltagarna. Alla intervjuerna från både datorn och USB-minnet kommer att raderas efter att uppsatsen har blivit godkänd.

Förförståelse

Studieansvariga har ingen erfarenhet av att arbeta med våldsutsatta gravida kvinnor och hade ingen förförståelse till ämnet mer än att de hade deltagit i föreläsningar dels på sjuksköterskeutbildningen, dels på barnmorskeutbildningen. Den kunskapen inspirerade till att utföra föreliggande studie och ett syfte formulerades med stöd av handledare. Båda

studieansvariga anser att mäns våld mot kvinnor, och i synnerhet under graviditet, är oacceptabelt, samt att vården har ett stort ansvar att identifiera och hjälpa de utsatta kvinnorna.

Analys av data

Datan transkriberades och analyserades med hjälp av kvalitativ tematisk innehållsanalys där målet var att skapa kategorier och kartlägga fenomenet för att öka förståelsen och kunskapen kring ämnet (Burnard et al., 2008). Intervjutextens innebörd studerades med hjälp av manifest innehållsanalys med induktiv ansats där utgångspunkten var på det uppenbara och synliga i texten. Tematisk innehållsanalys är enligt Burnard et al. (2008) lämplig för semistrukturerade intervjuer som är inspelade och transkriberade i sin helhet. Analysen påbörjades efter att alla intervjuer var slutförda. I analysprocessens *första steg* lyssnades varje intervju på i direkt följd efter intervjutillfället, detta för att få förståelse för och en helhetsbild av den insamlade datan. Varje intervju transkriberades ordagrant. Intervjutexterna lästes igenom flertalet gånger för att få känsla för innehållet och samtidigt skrevs meningar och fraser ned, s.k. ”memos” för att sammanfatta det som stod i texten och svarade mot syftet. Detta kallas för öppen kodning. Den öppna kodningen inleddes först av båda författarna enskilt och därefter jämfördes den öppna kodningen och diskuterades tills konsensus uppnåddes. De överflödiga och upprepade orden och meningarna plockades bort och kallas för ”dross”. I *det andra steget* bearbetades den insamlade datan genom att kondensera meningsbärande enheter. De meningsbärande enheterna färgkodades och sorterades utifrån likheter och skillnader. I *det tredje steget* kopierades koderna över till ett nytt dokument och all transkriberad text delades in under en passande kod utifrån deras likheter och skillnader och sedan reducerades dessa koder ytterligare genom att de slogs samman relaterat till innehåll, på detta vis skapades fyra underkategorier. I *det fjärde steget* skapades de slutliga kategorierna genom att de underkategorier och kategorier som hade liknande innehåll slogs ihop, detta presenteras i tabell 1. Slutligen skrevs en koherent text där innehållet i varje kategori speglar innebörden av empirin (Burnard et al., 2008). Citat togs ut i sin helhet för att öka trovärdigheten av texten och där det förekommer namn är dessa fingerade.

Tabell 1 Exempel på analysprocessen

Meningsbärande enheter	Kondenserade meningseinheter	Öppen kodning	Underkategori	Kategori	Tema
"Som jag sa så är det inga klara riktlinjer och därför vet jag inte riktigt vad jag ska göra och vart jag ska vända mig..." (Barnmorska 7)	... blir osäker på vad min uppgift är ... vad ska jag göra?	Osäker och vet inte	Avsaknad av riktlinjer kändes otryggt	Varierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet	Barnmorskans beredskap
"Men, ja... jag skulle behöva mer kött på benen, hur man ska... det skulle behövas riktlinjer och checklistor, så! – Något slags sådant dokument." (Barnmorska 4)	... är inte förberedd på att möta våldsutsatta gravida kvinnor	Är inte helt förberedd			

Forskningsetiska avvägningar

Det skickades en ansökan till Vårdvetenskapliga etiknämnden [VEN] på Lunds universitet innan datainsamlingen påbörjades för att få ett rådgivande yttrande till studien. Denna ansökan skickades med anledning av att studien sannolikt skulle kunna behandla känsliga och personliga uppgifter om barnmorskans upplevelser i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor.

Under studiens gång följdes vårdvetenskapliga etiknämndens riktlinjer och studieansvariga eftersträvade forskning av god kvalitet med hög moralisk standard. Under studien tog studieansvariga hänsyn till de fyra etiska grundprinciperna som består av följande: informationskravet, samtyckeskravet, konfidentialitetskravet och nyttjandekravet (World Medical Association, 2019).

För att beakta informations- och samtyckeskravet i samband med intervjuerna gavs information om studien till deltagarna både skriftligt och muntligt där det poängterades för informanterna att deltagandet var frivilligt och kunde avbrytas när som helst utan förklaring till varför. I studien har endast deltagare som gett sitt samtycke till studien deltagit.

Studieansvariga har inte utfört intervjuer med personer de har personliga relationer till. Efter varje intervjutillfälle sattes ett kodnummer och materialet förvarades oåtkomligt för obehöriga. För att beakta konfidentialitetskravet redovisas resultatet till studien på ett sätt att ingen barnmorska identifieras. Efter godkännande av examensarbetet förstörs allt material för att säkerställa detta. För att säkerställa nyttjandekravet användes all den insamlade datan gällande deltagarna endast till studiens syfte (World Medical Association, 2019).

Resultat

Barnmorskorna som deltog i studien hade ett medianvärde som yrkesverksamma barnmorskor på 19,5 år. Några av studiedeltagarna hade extra utbildning inom ämnesområdet våld i nära relation genom interna utbildningar på arbetsplatsen. Alla tio studiedeltagare hade arbetat inom mödrahälsovården eller prenatalvården större delen av sitt yrkesverksamma liv som barnmorskor.

De kategorier som framträdde vid analysen var *Varierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet* och *Varierande grad av rutiner inverkar på beredskap att handlägga vården för våldsutsatta gravida kvinnor*. Varje kategori innefattar två underkategorier presenterade i tabellen nedan (tabell 2).

Tabell 2 Kategorier och underkategorier

Tema	Kategori	Underkategori
Barnmorskans beredskap	<i>Varierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet</i>	Trygg att ställa frågan när beredskap att agera finns
		Avsaknad av riktlinjer kändes otryggt
	<i>Varierande grad av rutiner inverkar på beredskap att handlägga vården för våldsutsatta gravida kvinnor</i>	Utbildning och handlingsplan stärker förberedelsen inför mötet
		Bristande rutiner och oerfarenhet leder till minskad beredskap i mötet

Barnmorskans beredskap

Barnmorskans beredskap blev ett tydligt tema då detta var syftet att undersöka i föreliggande studie, samt att kategorierna med tillhörande underkategorier grundar sig i hur barnmorskorna upplever sin beredskap i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. Avgörande för barnmorskans beredskap i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor är att våga ställa frågan till alla gravida kvinnor och vara beredd på ett jakande svar, samt att vid ett positivt svar veta hur hen ska handlägga frågan vidare.

Varierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet

Samtliga studiedeltagare beskrev det som svårt att motivera kvinnor till varför de ställer frågan om våldsutsatthet och hur de sedan går till väga. De flesta studiedeltagarna inleder frågan med att säga att de frågar alla kvinnor. De motiverar på olika sätt varför de ställer frågan; genom att berätta för kvinnan att det är deras rutin och att de ställer frågan till alla kvinnor som besöker mödrahälsovården.

*Ja, vad brukar jag säga?... Jag brukar väl säga att ungefär: vi frågar
ehm... eller att hot och våld är ju tyvärr ganska så vanligt i vårt samhälle.
Vi frågar alla gravida kvinnor... eller kvinnor över lag frågar vi om de har
varit utsatta... Hur ser det ut... hur har det sett ut för dig? Hur ser det ut
hos dig? Ungefär så! (Barnmorska 3)*

Studiens resultat visar att samtliga studiedeltagare använde sig av olika sätt att uttrycka ”vi frågar alla” i avseende att motivera att frågan ställs till alla kvinnor. De flesta barnmorskorna uttryckte för den gravida kvinnan att de ställer frågan till alla. En av dem menar att det beror på situationen - om det redan står i journalen att kvinnan är våldsutsatt brukar hon inte ställa frågan till den kvinnan. Barnmorskorna menar att rutiner är ett hjälpmedel för att kunna ställa frågan om våldsutsatthet till den gravida kvinnan. De menar att kvinnorna skulle kunna reagera och ifrågasätta om barnmorskan tror att just hon är våldsutsatt om de inte kan motivera den gravida kvinnan till att ”vi ställer frågan till alla”. Barnmorskorna menade att de inte vill att gravida kvinnor ska tro att deras barnmorska ser dem som våldsutsatta.

Trygg att ställa frågan när beredskap att agera finns

Barnmorskorna kände sig trygga att ställa frågan om våldsutsatthet om de hade varit med om liknande situationer tidigare. De berättade att de ska ha beredskap att agera om den gravida kvinnan är våldsutsatt. Barnmorskorna berättade att de uppger olika instanser som kan kontaktas för att hjälpa den våldsutsatta gravida kvinnan. En barnmorska berättade att hon erbjuder kvinnan stödande samtal hos henne själv. En del av barnmorskorna brukar hänvisa kvinnan till socionom om det finns en i verksamheten, annars hänvisar de till socionom utanför verksamheten. Barnmorskorna kunde även ta hjälp av Kvinnofridslinjen, psykolog, kurator och Polisen. Socialtjänsten kontaktas av samtliga barnmorskor om det finns barn sedan tidigare i familjen, för att göra en orosanmälan. Barnmorskorna uppgav olika sätt att agera för att stödja en våldsutsatt gravid kvinna. Flera studiedeltagare berättade att de hade en tydlig handlingsplan och riktlinjer för hur de ska agera och hjälpa de gravida våldsutsatta kvinnorna. Några av barnmorskorna menade dock att de helt saknade en handlingsplan, men några av dem berättade att de vet på ett ungefär hur de ska agera och hjälpa kvinnan.

...sen försöker jag ju guida kvinnan till att få hjälp via kommunen, via Polisen, via Kvinnofridslinjen, skyddat boende...men jag gör ju alltid en orosanmälan till Soc om jag möter en kvinna och det förklarar jag för henne att "jag kommer göra en orosanmälan till Socialtjänsten för det är min uppgift att göra det och det är ingen värdering jag lägger i det utan det är ett arbetssätt, så jobbar vi, så jobbar jag". (Barnmorska 5)

De barnmorskor som berättade att de hade en handlingsplan på deras arbetsplats kände sig trygga med att ställa frågan om våldsutsatthet - de menade att handlingsplanen innehåller vad de ska göra i olika situationer. Vidare beskrev de vikten av att ha en handlingsplan att kunna agera utifrån när en våldsutsatt gravid kvinna behöver stöd och hjälp.

Avsaknad av riktlinjer kändes otryggt

På frågan om det finns några riktlinjer och någon handlingsplan på studiedeltagarnas arbetsplats svarade fyra av tio att de inte hade några riktlinjer att följa. Barnmorskorna uttryckte att avsaknaden av handlingsplan och riktlinjer ledde till att de kände sig osäkra att ställa frågan om våldsutsatthet eftersom de inte vet hur de ska gå till väga om kvinnan berättar att hon är våldsutsatt. En barnmorska menade att det är viktigt att veta vad hen ska göra och

vem hen ska vända sig till. Vidare berättade de barnmorskor som upplevde att de saknade en handlingsplan att de gjorde som de själva tyckte passade situationen när den gravida kvinnan uttryckte att hon var våldsutsatt. En av barnmorskorna som arbetar på sjukhuset menade att de saknade handlingsplan och att de inte aktivt ställde frågan om det inte stod något i patientens journal:

”Alltså inte om det inte står någonting i journalen eller om kvinnan har symptom eller visar att någonting inte stämmer, alltså att man börjar aktivt fråga, eller att man skulle märka att det var någonting som var konstigt ”
(Barnmorska 7)

Vidare berättar en annan barnmorska hur de på hens arbetsplats går till väga när en gravid kvinna berättar för dem om våldsutsatthet:

Här finns ingen klar handlingsplan, nej det finns inget, förutom att du diskuterar med dina kollegor och doktorerna och sen så ser man om man går vidare... det är alltså det är jättesvår fråga. Den är jättstor och jättebred jag skulle diskutera det med mina kollegor om kvinnan är våldsutsatt (Barnmorska 4)

Avsaknad av handlingsplan gjorde att barnmorskorna väljer att endast fråga om våldsutsatthet vid misstanke om våld eller om det står ett notat i journalen. Barnmorskorna pekade även på att avsaknaden av handlingsplaner och riktlinjer ses som ett hinder till att inte ställa frågan om våldsutsatthet därför att de inte vet vilken beredskap de har för att agera.

Varierande grad av rutiner inverkar på beredskap att handlägga vården för våldsutsatta gravida kvinnor

Det framkom två läger under studiens gång angående huruvida barnmorskorna kände att de hade beredskap för att möta våldsutsatta gravida kvinnor eller inte. Underkategorierna nedan framkom genom att studiedeltagarna antingen svarade rakt på om de kände sig förberedda eller inte eller när de förklarade sitt tillvägagångssätt vid möten med våldsutsatta gravida kvinnor, samt efter frågor om riktlinjer och deras tillräcklighet. Oavsett om barnmorskorna kände att de hade beredskap eller inte upplevdes mötena med kvinnorna som komplexa och komplicerade.

Ehm... förberedd... eh... ja, alltså, visst, vi har ju gått så här utbildning som "Anna" höll. Och eh... men man kanske ändå inte kan allt, helt när det kommer, men vi har ju läst om det så vi ska ju egentligen vara... så där... förberedda. (Barnmorska 2)

Barnmorskorna uttryckte att beredskapen för möten med våldsutsatta gravida kvinnor var avhängig utökad utbildning utöver barnmorskeutbildningen inom ämnesområdet våld i nära relation, regelbundna föreläsningar på arbetsplatsen, uppdaterade riktlinjer och handlingsplaner, samt om barnmorskan hade erfarenhet av ett sådant möte. För att få en uppfattning om barnmorskornas beredskap i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor ställdes frågor om deras strategier vid tillfrågan om våld och vid ett eventuellt jakande svar.

Utbildning och handlingsplan stärker förberedelsen inför mötet

Barnmorskorna ansåg att det var viktigt att vårdgivaren ställer följdfrågor till kvinnan och känner av hur stort hotet mot henne är just nu. Detta ingick som en del av handläggningen om kvinnan bekräftat att hon var våldsutsatt.

"Det viktigaste är att inventera om kvinnan, ehm... [tvekan] är så pass utsatt så att det är nytt våld. Är det ett nytt våld så kanske jag inte kan låta henne gå härifrån (...)" (Barnmorska 1)

Ett vidare steg i processen var att samtala med kvinnan och förklara vilken hjälp som går att få och att försöka få henne att förstå att hon lever i en ohållbar livssituation, samt att det kan bli en fara för det väntade barnet.

Det är ju i det här, att man frågar hur det har varit? När det har varit? Är det något som har upprepats? Känner du dig trygg idag? Det beror på när det har varit också. Får ju gå vidare och förklara för henne att så här kan du inte ha det, du måste anmäla detta, kommer inte bli bra för dig i framtiden, du kan inte leva på detta vis (Barnmorska 9)

Vikten av att dokumentera poängterades. I de fall där den våldsutsatta gravida kvinnan anmäler kan det som dokumenterats av hennes vårdgivare ha en avgörande roll i rätten. Det upplevdes ibland som svårt att motivera kvinnan till att gå med på att eventuella skador

dokumenteras och då ansågs det viktigt att poängtera varför det görs och att barnmorskan är skyldig att göra detta.

Man kan göra det här väldigt stort, men det viktigaste är ju att man agerar. Absolut... Och dokumenterar! (...) En del säger nej, men att man måste poängtera att det faktiskt kan vara ett avgörande i ett rättsligt beslut. Och att man inte glömmer det! (Barnmorska 1)

Barnmorskorna uttryckte att bemötandet av de våldsutsatta gravida kvinnorna hade en väsentlig plats i själva handläggningen av deras situation. Det beskrevs som ett komplext möte och att det ibland krävs att barnmorskan hjälper kvinnorna att ändra synsätt över sin situation. Det berättades om en känsla av skuld och skam hos kvinnorna och att dessa känslor kan vara svåra att bemöta.

Det är så mycket stigmata i detta och det är så mycket skuldbeläggning och skam. Skammen är ju jättestor. Och skam är jätte, jättemycket svårare att jobba med än skuld. En skuld kan du betala av. En skam kan du aldrig göra dig kvitt liksom... Så det gäller att få skammen att bli en skuld, för den kan man betala av på något sätt: "Det här blev fel, jag vill göra rätt". (Barnmorska 5)

Barnmorskorna upplevde att rådande riktlinjer och handlingsplaner upplevdes som en bra guide vad beträffar gränssättning när Socialtjänsten skulle kontaktas eller när barnmorskorna istället skulle vända sig direkt till Polisen. Det som inte framgick var om det fanns riktlinjer angående bemötande och hänvisning till andra vårdinstanser.

"Jag känner så att de riktlinjerna, eller handlingsplanen som finns är rätt så klara, var kan jag sätta gränsen till Polisen eller var jag sätter gränsen till Socialförvaltningen, de är tydliga just de där det finns barn innan (...)" (Barnmorska 8)

Bristande rutiner och oerfarenhet leder till minskad beredskap i mötet

Erfarenhet ansågs som en viktig faktor för att kunna handlägga våldsutsatta gravida kvinnor. Brist på erfarenhet orsakade en känsla av osäkerhet och otillräcklighet.

”Är helt, alltså jag tänker att om man inte har jobbat med det jättemycket så är det klart att man kan bli lite osäker på vad är min uppgift, vad ska jag göra?” (Barnmorska 10)

Barnmorskorna upplevde en otydlighet gällande rådande riktlinjer, om det fanns några sådana. Inte alla visste om arbetsplatsen hade upprättade riktlinjer eller var de kunde finnas. De hade således ingenstans de kände att de kunde vända sig till om de mötte en våldsutsatt gravid kvinna, de var tvungna att ha informationen och tillvägagångssättet själva. Detta gjorde att de kände sig osäkra den dagen det var ”deras tur” att möta en våldsutsatt gravid kvinna.

”Alltså vi pratar om det och så, men det finns ingen klarhet i det hela att man gör si eller så” (Barnmorska 7)

En annan upplevelse var att det var skillnad i beredskap hos barnmorskorna beroende på om det jakande svaret gällde en historia om våld eller ett pågående våld. Det pågående våldet upplevdes som en svårare uppgift att ta sig an än berättelser om våld i exempelvis barndomen.

”Om det är något liksom akut pågående såklart nej, man är inte riktigt förberedd på det” (Barnmorska 8)

Det fanns en känsla bland barnmorskorna att de inte visste hur de skulle bemöta den våldsutsatta gravida kvinnan. De visste inte hur de skulle närma sig den gravida om de fick ett positivt svar till frågan om våldsutsatthet i nuvarande relation. Barnmorskorna kände sig osäkra på vad som förväntades av dem av kvinnan och vad de kunde vänta sig för reaktion från henne.

...Ja...alltså...man hade väl behövt lite utbildning inom... om det... tänker jag liksom... att förstå... och få veta...hur...hur dom reagerar, hur dom... hur dom vill bli bemötta...alltså man, alltså man som barnmorska är man ju lyhörd för patientens...beteende och önskningsar, men...mer kunskap hade ju inte varit fel (Barnmorska 6)

Diskussion

Metoddiskussion

För föreliggande studie bedömdes en kvalitativ design med induktiv ansats vara passande för att besvara studiens syfte då det var endast barnmorskors erfarenheter och upplevelser som efterfrågades. Genom att använda sig av kvalitativ design var det möjligt att få en djupare förståelse för barnmorskors upplevelser om hur förberedda de känner sig i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. Induktiv ansats var lämplig då det finns sparsamt eller obefintligt med studier i svensk kontext som har undersökt barnmorskors beredskap i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. Med en induktiv ansats menas att data analyseras med lite eller ingen förutbestämd teori, struktur eller ramverk - istället används själva datan för att härleda analysstrukturen i empirin (Spencer et al., 2004).

Att rekrytera informanter från tre olika kommuner kan anses som en styrka för överförbarheten av resultatet från ett bredare geografiskt område. Flera olikheter kommer fram i resultatet vilket bekräftar hur denna delikata fråga är behandlad i de olika kommunerna. Ändamålsenligt urval ansågs lämpligt relaterat till en begränsad tidsram och för att kunna rekrytera tillgängliga informanterna utan dröjsmål. Svagheten är att det finns en risk att det blivit selektionsbias med tanke på att det endast är barnmorskor som känner att de har erfarenhet att dela med sig som deltagit. Strategiskt urval hade möjligen lämpat sig bättre för överförbarheten av resultatet. Strategiskt urval innebär att forskare medvetet handplockar informanter för att få rättvis representation och variation avseende kön, ålder och erfarenhet av fenomenet som studeras (Polit & Beck, 2016). Informanter som uppfyllde inklusionskriterierna deltog i studien och delade sina erfarenheter. De hade gedigen yrkeslivserfarenhet varav deras erfarenheter i möten med våldsutsatta kvinnor måste ses som en styrka. Målet för antalet informanter var mellan 10–20, men det var svårt att rekrytera barnmorskor. Vid första urvalet tackade några presumtiva informanter nej och uppgav att de kände sig pressade i sitt arbete. Detta speglar hur lite tid det finns i systemet för yrkesverksamma barnmorskor för att utföra någonting utöver det dagliga arbetet. Det är dock arbetsgivarens ansvar att se till att personalen får utrymme för reflektion och andrum för att t.ex. kunna delta i undersökningar (Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer [SOSFS], 2014:4).

Samtliga barnmorskor ansågs ha tillräcklig kunskap och erfarenheter för att kunna medverka i studien. Studiens trovärdighet styrks om deltagarna har erfarenhet av det fenomen som ska studeras (Polit & Beck, 2017). Ojämn fördelning mellan könen kan inte påverka överförbarheten negativt eftersom det är övervägande kvinnor som arbetar som legitimerade barnmorskor. Polit och Beck (2017) menar att vid en kvalitativ design finns det inga exakta regler för hur många intervjuer som bör utföras och det är tillräckligt många intervjuer när ingen ny information framkommer. Efter tio utförda intervjuer ansågs datainsamlingen vara tillräcklig för att svara till studiens syfte. Av denna anledning avstods vidare rekrytering av barnmorskor till studien, samt på grund av den snäva tidsram studien hade. Svagheten med den korta tidsperioden är att barnmorskorna som intervjuades till studien var de som var tillgängliga att delta i studien under just denna korta tidsperiod. Ett större antal informanter med varierande arbetslivserfarenhet och bredare upplevelser av fenomenet hade varit fördelaktigt och bidragit till ökad trovärdighet av studiens resultat enligt Kvale & Brinkmann (2014).

För att beskriva informanternas upplevelser kring hur förberedda de kände sig i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor valdes en semistrukturerad intervjuguide med öppna frågor. Syftet med öppna intervjufrågor är att personen ska berätta så mycket som möjligt utan att hennas leds av den som intervjuar. För att informanten ska känna sig trygg efterfrågas att intervjun ska upplevas mer som ett samtal och inte som ett förhör (Alvehus, 2013). Intervjufrågorna formulerades utifrån studiens syfte och frågeställning och användes sedan som intervjuguide. Enligt Kvale och Brinkman (2014) är en intervjuguide ett viktigt verktyg under en intervju, detta för att hålla informanterna till ämnet utan risk att hamna utanför detta. Det anses vara en styrka att ha genomfört en pilotintervju för att testa frågornas kvalitet och relevans samt testa frågeordningen (Danielson, 2012). Under en pilotintervju prövas också den planerade tiden (Henricson & Billhult, 2012). Under pilotintervjun upplevdes det att frågorna fångade det aktuella området och ingen ändring av frågor erfordrades som kan anses som styrka. Längre intervjutid avsattes från början då det är svårt att på förhand veta intervjuernas längd, vilket ansågs vara rimligt för att få svar på frågeställningar med öppna frågor. Tiden för intervjuerna hölls inte inom ramen för den tid som angavs i informationsbrevet, detta medgav att information om kortare intervjutid gavs till deltagarna i samband med intervjun. David och Sutton (2015) menar att det är bättre att ge längre tid i förväg för att ha mer tid än det som egentligen behövs ifall intervjun skulle dra ut på tiden. En svaghet med datainsamlingen kan

vara att intervjuerna utfördes av personer som är oerfarna av situationen, vilket kan tänkas ha påverkat intervjukickligheten som i sin tur kan ha påverkat respondenternas svar.

Datansamlingen utfördes av båda studieansvariga enskilt som kan anses både som styrka och svaghet. Enhetschefer fungerade som gatkeeper för att få kontakt med informanterna. Enhetscheferna ställde passionerat upp och samarbetet mellan studieansvariga och enhetschefer fungerade väl. Enlig Polit och Beck (2016) kan en nackdel med gatekeepern vara deras förförståelse och risken att de favoriserar informanter och avstår att tillfråga användbara deltagare. Pilotintervjun utfördes tillsammans och resterande intervjuer utfördes enskilt av studieansvariga på grund av Covid-19 pandemin och de rådande restriktionerna. En svaghet med att utföra intervjuer enskilt jämfört med att vara två personer är att missa detaljer under intervjuens gång. Trost (2010) menar dock att det finns risk för att deltagaren känner sig i underläge när intervjun utförs av två personer. Vidare menar han att utföra intervjuer ensam kan kännas mer som ett samtal mellan två personer snarare än ett förhör. Under intervjuerna var målet att vara så närvarande som möjligt för att inte missa något väsentligt, av denna anledning spelades alla intervjuer in med deltagarnas tillåtelse. Kvale och Brinkman (2014) och Trost (2010) menar att informanterna kan känna sig obekväma vid inspelning och att det kan påverka besvarandet av frågorna. Detta kan vara en svaghet, vilket kan påverka kvaliteten och resultatet av studien. Studiedeltagarna kontaktades för att boka tid och datum för intervjun och intervjuerna ägde rum på deltagarnas önskeplats. Enligt Kvale och Brinkmann (2014) är det viktigt att informanterna känner sig trygga i den miljö där intervjun utförs och att ingen obehörig hör vad de säger. Det var en fördel som gjorde det lättare för informanterna att delta i studien att de bestämde var och när intervjun skulle utföras. En styrka för datansamlingen var att deltagarna aldrig blev avbrutna under intervjun vilket gjorde att de inte kom ifrån ämnet. Samtliga intervjuer transkriberades direkt efter utförandet för att minimera risken att försumma deltagarnas kroppsspråk och detaljer i intervjuerna, detta kan enligt Danielsson (2012) vara värdefullt under dataanalysen.

För att säkerställa studiens validitet har studieansvariga studerat det insamlade materialet enskilt så väl som gemensamt vilket i följd ledde till gemensamma diskussioner och reflektioner kring varandras uppfattning av datan. Genom att studera det insamlade materialet flertalet gånger bidrog det till att studieansvariga lärde känna materialet. Fraser och meningar som var gemensamma i de olika intervjuerna ströks under och på så vis kunde det systematiskt utläsas olika teman genom materialet. Denna process bidrog till identifiering av koder, kategorier och underkategorier. David och Sutton (2015) menar att vikten med en

tematisk innehållsanalys är att teman framkommer genom den insamlade datan och att de inte är förutbestämda. Burnard et al. (2008) beskriver två viktiga sätt för att få dataanalysen validerad av andra, så kallad respondentvalidering och internbedömartillförlitlighet. Med respondentvalidering menas att forskare återvänder till studiedeltagarna och ber dem att noggrant läsa genom intervjuuskriften/dataanalysen för att validera eller motbevisa forskarens tolkning av datan. Även om denna utvecklingsgång utan tvekan kan bidra till att förfinas teman och teoriutveckling är den enormt tidskrävande och om detta inte sker relativt i anslutning till datasamling och analys kan deltagarna även ha ändrat uppfattning och åsikt på grund av olika faktorer i form av tidsmässiga effekter och potentiella förändringar i deras situation och hälsa. Vidare menar Burnard et al. (2008) att processen med internbedömartillförlitlighet involverar minst en annan lämpligt erfaren forskare som oberoende granskar och utforskar intervjuutskriften, dataanalys och framväxandet av teman, men många forskare är tveksamma av värdet till detta tillvägagångssätt eftersom det är möjligt att varje forskare kan tolka datan, eller delar av den, olika. Trots många åsikter finns det inget definitivt svar på frågan om validitet i kvalitativ analys. Burnard et al. (2008) menar att det är viktigt att forskare ger en detaljerad förklaring i publicerade rapporter om hur datan insamlades och analyserades för att hjälpa läsaren att kritiskt bedöma studiens validitet. Syftet med att illustrera analysprocessen och framställa resultaten med citat från den transkriberade intervjutexten var att förstärka resultatets trovärdighet. Burnard et al. (2008) menar att för att belysa och förstärka nyckelresultat bör forskare använda sig av lämpliga ordagrant återgivna citat. För att beakta studiens trovärdighet strävade studieansvariga ständigt efter att hålla sig neutrala och åsidosatte sin förförståelse för att inte påverka resultatet.

Polit och Beck (2017) menar att det insamlade materialet kan analyseras manifest eller latent. En manifest analys handlar om innehållsaspekten och beskriver de synliga och uppenbara komponenterna, medan en latent analys av texten talar om relationsaspekten och innebär en tolkning av textens underliggande betydelse. Både manifest och latent innehållsanalys handlar om tolkning, men tolkningarna varierar i djup och abstraktionsnivå. Avsikten var att använda manifest nivå, men oundvikligen blev analysen både på latent och manifest nivå då studieansvariga hade som mål att analysera det synliga i texten men det uppdagades väsentlig data på en underliggande nivå i intervjutexterna. Med överförbarhet menas om studiens empiri är verklighetsbaserad och om den går att tillämpa i andra situationer (Polit & Beck, 2017). Studieansvariga kan aldrig avgöra i vilken omfattning och grad resultatet av studien kan överföras i andra sammanhang eller grupper, utan detta bedöms av läsaren.

Under studiens gång beaktades Vårdvetenskapliga etiknämndens riktlinjer. Kjellström (2012) menar att det finns en risk för obehörigas åtkomst till det inspelade materialet. Av denna anledning spelades intervjuerna in på mobiltelefoner i flygplansläge. Detta innebär att mobiltelefonen endast fungerar som inspelningsutrustning för att skydda materialet. Därefter laddades intervjuerna direkt ned på en lösenordskyddad dator. Enligt World Medical Association (2013) är det studieansvarigas uppgift att tänka igenom eventuella risker för deltagarna. För att skydda studiedeltagare från igenkännande har datan som visas i resultatet anonymiserats med ett kodnummer och inga avslöjande citat användes. Studieansvariga hade ingen erfarenhet av att arbeta med våldsutsatta gravida kvinnor och hade ringa förförståelse för ämnesområdet. Patton (2014) beskriver vikten av åsidosatta egna värderingar och tankar som har stor betydelse för studiens resultat.

Resultatdiskussion

Föreliggande studies huvudresultat visade att det fanns en variation huruvida barnmorskorna kände sig förberedda i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor eller inte.

I resultat redovisat under kategorin *Variierande trygghet att ställa frågan om våldsutsatthet* var det tydligt att barnmorskorna ansåg det som svårt att motivera kvinnorna till varför de ställer frågan om våldsutsatthet och hur de sedan går till väga. Barnmorskorna beskrev hur de på olika sätt motiverar sin fråga till kvinnan; genom att berätta för kvinnan att det är deras rutin och att de ställer frågan till alla gravida kvinnor som besöker mödrahälsovården. Rutiner ansågs som ett viktigt hjälpmedel för att kunna ställa frågan om våldsutsatthet till de gravida kvinnorna och att med hjälp av rutinerna minskade risken för att den gravida kvinnan skulle tro att hennes barnmorska såg just henne som våldsutsatt. Detta skulle kunna tolkas i enlighet med Bergs (2005) modell som ett sätt att öka tilliten mellan barnmorskan och kvinnan – på detta vis blir relationen mer värdighetsbevarande. Cochrans systematiska sammanfattning och metaanalys visar att frågan till alla gravida kvinnor inom mödrahälsovården om våldsutsatthet ökar identifieringen av de gravida kvinnor som är och/eller har varit våldsutsatta (O'Doherty et al., 2014). Således är detta arbetssätt evidensbaserat. Stenson et al. (2004) ansåg att barnmorskor misslyckats om de inte frågat den gravida kvinnan om våldsutsatthet någon gång under hennes graviditet. Flertalet studier visar på att frågan om våld till gravida kvinnor anses som viktig hos barnmorskor, men att det finns hinder för att ställa frågan (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017; Kirk & Bezzant, 2020; Stenson et al., 2005). I enlighet

med Socialstyrelsens (2014) rekommendationer och Hälso- och sjukvårdslagen (2017) har tidigare studier visat på vikten av uppdaterade riktlinjer och handlingsplaner för all hälso- och sjukvårdspersonal i Sverige inom mödrahälsovården, samt utbildning av personalen och professionellt stöd i situationer som berör våld i nära relation (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017; Wendt et al., 2011). Utbildning, riktlinjer och handlingsplaner är viktigt för att barnmorskor ska kunna ge vård av god kvalitet (Berg, 2005). Finns det riktlinjer och handlingsplaner som barnmorskan kan gå tillbaka till kan det som går att finna i dessa rota sig hos barnmorskan och kunskapen blir förkroppsligad. Enlig *Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer* (2014) är det vårdgivarens ansvar att se till att det finns rutiner för att utveckla och säkra kvaliteten i det arbete som utförs med våldsutsatta kvinnor, samt barn som bevittnat våld. Fortsatt arbete är viktigt då det är uppenbart att det finns brister gällande rutiner angående våldsutsatta gravida kvinnor. Vårdgivarna behöver ta denna fråga på allvar och arbeta för att stärka sina anställda i att arbeta med frågan för att på så vis ge de utsatta kvinnorna bästa möjliga vård och förutsättningar.

Barnmorskorna som deltog i föreliggande studie efterlyser mer utbildning och gärna föreläsningar av forskare inom området på arbetsplatsen. Föreläsningar inom ämnesområdet våld ansågs lika viktigt som bäckenbottenutbildningar som redan ges på arbetsplatsen osv. Även workshops på arbetsplatsen gavs som ett förbättringsförslag där personalen skulle kunna diskutera huruvida de ställer frågan om våldsutsatthet till alla gravida kvinnor och hur de ställer frågan – ett tillfälle att dela erfarenheter och tips i arbetssituationen. Detta resultat överensstämmer med tidigare forskning (Baird et al., 2021). Det som också framkom i denna studie var att trots utbildning inom ämnesområdet så fanns det en viss osäkerhet i mötet med de våldsutsatta gravida kvinnorna hos barnmorskorna (Baird et al., 2021). Därför är det av största vikt att arbetsgivaren ger sina legitimerade barnmorskor möjlighet att gå regelbunden utbildning inom ämnesområdet våld i nära relation för att minska osäkerheten inför mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. Barnmorskor på olika kliniker i landet erbjuds regelbunden utbildning i perinealskydd osv. varför erbjuds inte utbildning inom våld i nära relation när det är vanligt förekommande och det finns en sådan osäkerhet bland barnmorskor i handläggandet? Vård av god kvalitet kan inte ges om majoriteten av personalen känner sig osäkra i en arbetsuppgift. För att kunskap ska få en chans att bli förkroppsligad (Berg, 2005) skadar det inte med regelbunden utbildning av personalen. Dock kanske det inte räcker med utbildning inom området, kanske erfarenhet är en väsentlig pusselbit för att barnmorskorna

inte ska uppleva en osäkerhet i mötet med kvinnorna. Berg (2005) menar att för att kunskap ska bli förkroppsligad krävs även praktisk kunskap och inte bara teoretisk kunskap. Vad som kunde tolkas utifrån de utförda intervjuerna var att det fanns en ansvarsförskjutning avseende våldsfrågan. Barnmorskor på prenatala avdelningar ansåg att frågan om våld skulle ställas i mödrahälsovården och att det var för sent i graviditeten att fråga när kvinnorna kom till prenatal. Tidsbristen och de korta mötena ansågs även de som en ursäkt att inte fråga även om misstankar om våld fanns. Fenomenet med ansvarsförskjutning har tidigare visats i en studie av Finnbogadóttir et al. (2020) som även visar på att barnmorskor på prenatala avdelningar känner sig osäkra i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor, samt att de önskar utbildning inom ämnet och en handlingsplan.

Resultatet visade att mötena med våldsutsatta gravida kvinnor ansågs som komplexa och komplicerade oavsett om barnmorskorna kände att de hade beredskap för mötet eller inte. Utökad utbildning utöver barnmorskeutbildningen, regelbundna föreläsningar på arbetsplatsen, uppdaterade riktlinjer och handlingsplaner, samt om barnmorskan hade erfarenhet av möten med våldsutsatta gravida kvinnor ansågs avgörande för barnmorskornas beredskap i ett sådant möte. Detta överensstämmer med Berg (2005) för att uppnå förkroppsligad kunskap. Berg (2005) menar även att det viktigt för barnmorskan att balansera mellan de medicinska riskfaktorerna och de naturliga friskfaktorerna som graviditeten medför i sitt handläggande då kvinnor som är utsatta för våld under sin graviditet löper större risk för komplikationer. Finnbogadóttir och Dykes (2012) beskriver att barnmorskor i Sydsverige inte känner sig förberedda för att möta våldsutsatta gravida kvinnor och att de saknar stöd och riktlinjer för att bemöta kvinnorna. Därför behöver verksamheterna som träffar gravida kvinnor bättre riktlinjer och stöd för att kunna handlägga de gravida kvinnor som är utsatta för våld (Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017; Eustace et al., 2016). I Sverige behövs det krafttag för att likvärdig vård vad beträffar denna delikata fråga ges överallt i landet.

En informant till föreliggande studie som har arbetat med våldsfrågor menar att våldet behöver "sättas under skinnet" på personalen så att de förstår att det faktiskt finns och är verkligt. Hon menar att på detta vis är det lättare att arbeta med de våldsutsatta gravida kvinnorna. Ett förbättringsförslag som framkom under studien är att all mödrahälsovård bedrivs på familjecentraler då det blir ett närmare samarbete med kuratorer och barnvårdscentraler, även ett närmare samarbete med Socialtjänsten efterfrågas. Det framkom även personliga svårigheter för barnmorskorna – att de "tar patienten med hem" och inte kan

släppa arbetet på sin fritid, samt en önskan om att kunna hjälpa kvinnorna mer trots att det är utanför deras arbetsansvar. Detta överensstämmer med tidigare forskning (Finnbogadóttir et al., 2020). Därför bör arbetsgivaren erbjuda extra stöd till barnmorskorna som möter våldsutsatta gravida kvinnor i form av exempelvis kuratorskontakt för att hjälpa dem att hantera sina känslor efter komplicerade möten.

Våld mot kvinnor under graviditet medför risker för både mor och barn (Donovan et al., 2016; Finnbogadóttir et al., 2020; Howard et al., 2013; Janssen et al., 2003; Silverman et al., 2006; WHO, 2021). Enligt Berg (2005) är det viktigt att barnmorskan skapar en god vårdrelation i mötet med gravida kvinnor som löper ökad risk för komplikationer under sin graviditet. Detta för att uppnå en balans mellan att tillfredsställa de medicinska behoven samtidigt som barnmorskan främjar de naturliga friskfaktorerna under kvinnans graviditet. En av teorins tre delar, värdighetsbevarande vårdrelation, kan vara av extra vikt vid möten med våldsutsatta gravida kvinnor. Denna del bygger på ömsesidighet, tillit, fortgående dialog och tillgänglighet. Enligt Berg (2005) är barnmorskan och den gravida kvinnan öppna inför varandra om nämnda komponenter finns med i mötet och relationen. Vad som går att tolkas utifrån genomförda intervjuer är att för att kunna ställa frågan om våldsutsatthet och för att kvinnan ska ”våga” ge ett jakande svar krävs en värdighetsbevarande vårdrelation mellan barnmorskan och kvinnan. Även för att sedan kunna hjälpa kvinnan vid ett jakande svar är denna del viktig. Kvinnan behöver känna tillit till sin barnmorska och barnmorskan behöver vara tillgänglig och kunna ta emot det som kvinnan säger för att ge adekvata hjälp.

Trots att det är välkänt att våldsutsatthet under graviditet medför ökade risker för komplikationer för mor och barn och att det är ett känt problem med våld i nära relation finns det inga handfasta riktlinjer och handlingsplaner inom antenatal och prenatal vård i Region Skåne. Vårdgivarna behöver ta ansvar för att utbilda sina barnmorskor och ge dem rätt hjälpmedel för att bemöta och hjälpa våldsutsatta gravida kvinnor. Barnmorskorna ska inte behöva känna sig osäkra och bli rädda när de möter en våldsutsatt gravid kvinna utan det bör finnas bra stöd för hen att gå till när situationen uppstår. Våldet är även en kostnad för samhället (Socialstyrelsen, 2006; WHO, 2021). Om inte annat så av den anledningen bör de styrande organen vara angelägna om att våld i nära relation får ett stopp och att de utsatta får adekvat hjälp.

Konklusion och implikationer

Föreliggande studies syfte var att få insyn i hur förberedda barnmorskor var i mötet med våldsutsatta gravida kvinnor. Slutsatser som dras av denna studie är att barnmorskor upplevde frågan om våldsutsatthet som väldigt svår och att de upplevde att varje kvinna hade en unik situation. Därför kände barnmorskorna sig aldrig förberedda när en kvinna berättade för dem att hen var utsatt för våld. En del av barnmorskorna hade vetskap om riktlinjer och PM på deras arbetsplats och en del sa att de inte hade några riktlinjer. Resultatet av denna studie visar vikten av riktlinjer och handlingsplaner för att barnmorskor ska känna sig trygga med att handlägga och hjälpa våldsutsatta gravida kvinnor. Detta gav upphov till att flertalet barnmorskor önskade utbildning om våld i nära relation och tydligare riktlinjer och handlingsplaner. Det fanns även en önskan om utformning av fler familjecentraler där mödrahälsovård, barnhälsovård och Socialtjänsten skulle samarbeta mer.

Det är upp till varje arbetsgivare att ta fram rutiner och handlingsplaner kring våld i nära relation på deras arbetsplats för att på så vis stödja sina anställda och öka deras resurser, samt färdigheter. Det är en önskan från studieansvariga att ansvariga inom kvinnosjukvården ska kunna använda studieresultat i deras arbete för att utforma en handlingsplan där barnmorskor får stöd i deras dagliga arbete med våldsutsatta gravida kvinnor. Förhoppningen är att fler barnmorskor får mer utbildning inom ämnesområdet. Det hade varit av intresse att undersöka hur gravida kvinnor upplever barnmorskornas handläggande och stöd när de berättar om våldsutsatthet.

Referenser

Akademiskt primärvårdscentrum. (2022). ”Jag visste inte att vården kunde hjälpa mig.” Om kvinnors utsatthet för våld i nära relationer i Region Stockholm (Rapport 2022).

DanagårdLitho.

<https://www.akademisktprimarvardscentrum.se/globalassets/verksamheter/forskning-och-utveckling/akademiskt-primarvardscentrum/2.-enheter/vald-i-nara-relationer/rapport---jag-visste-inte-att-varden-kunde-hjalpa-mig.pdf>

Alvehus, J. (2013). *Skriva uppsats med kvalitativ metod: en handbok*. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Baird, K., Creedy, D. K., Branjerdporn, G., & Gillespie, K. (2021). Red flags and gut feelings—Midwives’ perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department. *Women and Birth*, 34(5), e468–e474. [https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.wombi.2020.09.023](https://doi.org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.wombi.2020.09.023)

Berg, M. (2005). A Midwifery Model of Care for Childbearing women at High Risk: Genuine Caring in Caring for the Genuine. *Journal of Perinatal Education*, 14(1): 9-21. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1624/105812405X23577>

Brottsbalk (SFS 1962:700). Riksdagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/brottsbalk-1962700_sfs-1962-700

Brown, S.J., McDonald, E.A., & Krastev, A.H. (2008). Fear of an intimate partner and women’s health in early pregnancy: findings from the Maternal Health Study. *Birth: Issues in Perinatal Care*, 35(4), 293–302. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536x.2008.00256.x>

Burnard, P., Gill, P., Stewart, K., Treasure, E., & Chadwick, B., (2008). Analyzing and presenting qualitative data. *British Dental Journal*, 204(8),429-432. <https://www-nature-com.ludwig.lub.lu.se/articles/sj.bdj.2008.292.pdf>

Danielsson, E. (2012). *Kvalitativ innehållsanalys*. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:e uppl. s. 329–342). Studentlitteratur.

David, M., & Sutton, C-D. (2016). *Samhällsvetenskaplig metod*. (Torhell, S-E, Övers.; 1 upplag.) Studentlitteratur. (Originalutgåvan publicerad 2011)

Devries, K.M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L.J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158–170.

[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36533-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36533-5)

Donovan, B., Spracklen, C., Schweizer, M., Ryckman, K., Saftlas, A., Donovan, B.M., Spracklen, C. N., Schweizer, M.L., Ryckman, K.K., & Saftlas, A.F. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(8), 1289–1299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13928>

Europarådet. (2011). Europarådets konvention om förebyggande och bekämpning av våld mot kvinnor och av våld i hemmet. Istanbul: Council of Europe.

[https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462544#__utma=1.201413514.1475156682.1479206797.1479212551.101&__utmb=1.82.10.1479212551&__utmc=1&__utmz=1.1478773862.87.11.utmcsr=google|utmccn=\(organic\)|utmcmd=organic|utmctr=\(not%20provided\)&__utmv=-&__utmk=3435696](https://rm.coe.int/CoERMPublicCommonSearchServices/DisplayDCTMContent?documentId=0900001680462544#__utma=1.201413514.1475156682.1479206797.1479212551.101&__utmb=1.82.10.1479212551&__utmc=1&__utmz=1.1478773862.87.11.utmcsr=google|utmccn=(organic)|utmcmd=organic|utmctr=(not%20provided)&__utmv=-&__utmk=3435696)

Eustace, J., Baird, K., Saito, A.S., & Creedy, D.K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 29(6), 503–510.

<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>

Finnbogadóttir, H., Dykes, A.-K., & Wann-Hansson, C. (2014). Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden. *BMC Women's Health*, 14(May 1). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-63>

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181–189.

<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1016/j.midw.2010.11.010>

Finnbogadóttir, H., Dykes, A.-K., & Wann-Hansson, C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 16, 1–10. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.1186/s12884-016-1017-6>

Finnbogadóttir, H., Baird, K., & Thies-Lagergren, L. (2020). Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: a longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *20*(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>

Finnbogadóttir, H., Torkelsson, E.B., Christensen, C., & Persson, E.K. (2020). Midwives' experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study. *European Journal of Midwifery*, *4*(September), 1–10. <https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.18332/ejm/125941>

Graviditetsregistret (27 april 2022). *Publik statistik*. Graviditetsregistret. <https://www.medscinet.com/gr/resultat.aspx>

Hedin, L.W., Grimstad, H., Möller, A., Schei, B., & Janson, P.O. (1999). Prevalence of physical and sexual abuse before and during pregnancy among Swedish couples. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, *78*(4), 310–315.

Henricson, M., & Billhult, A. (2012). Kvalitativ design. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (1:e uppl. s. 129–137). Lund: Studentlitteratur.

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L.M., Thorsteinsen, K.K., & Lukasse, M. (2017). “It is a difficult topic” - a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy & Childbirth*, *17*, 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>

Howard, L.M., Oram, S., Galley, H., Trevillion, K., & Feder, G. (2013). Domestic violence and perinatal mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, *10*(5), e1001452. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001452>

Hälso- och sjukvårdslag (SFS 2017:30). Riksdagen. https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/halso--och-sjukvardslag_sfs-2017-30

Janssen, P.A., Holt, V.L., Sugg, N.K., Emanuel, I., Critchlow, C.M., & Henderson, A.D. (2003). Intimate partner violence and adverse pregnancy outcomes: A population-based study. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, *188*(5), 1341. [10.1067/mob.2003.274](https://doi.org/10.1067/mob.2003.274)

Jasinski, J.L. (2004). Pregnancy and domestic violence: a review of the literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 5(1), 47–64.

Kirk, L., & Bezzant, K. (2020). What barriers prevent health professionals screening women for domestic abuse? A literature review. *British Journal of Nursing*, 29(13), 754–760.
<https://doi-org.ludwig.lub.lu.se/10.12968/bjon.2020.29.13.754>

Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från ide till examination inom omvårdnad*. (1:e uppl. s. 86–87). Studentlitteratur.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2014). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. 3:e uppl. Lund: Studentlitteratur.

Lag om etikprövning av forskning som avser människor (SFS 2003:460). Riksdagen.
https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/lag-2003460-om-etikprovning-av-forskning-som_sfs-2003-460

Lundman, B., & Hällgren-Graneheim, U. (2014). Kvalitativ innehållsanalys. I Granskär, M., & Höglund-Nielsen, B. (red.). *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. (2., [rev.] uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Nationellt Centrum för Kvinnofrid (2014). *Våld och hälsa: en undersökning om kvinnors och mäns våldutsatthet samt kopplingen till hälsa*. Nationellt centrum för kvinnofrid.
https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/418/NCK-rapport_prevalens_Vald_och_halsa_www.pdf

O’Doherty, L.J., Taft, A., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L.L., & Feder, G. (2014). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ: British Medical Journal*, 348.

Olsson, H., & Sörensen, S. (2012). *Forskningsprocessen kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. Johanneshov: TPB.

O’Reilly, R., Beale, B., & Gillies, D. (2010). Screening and Intervention for Domestic Violence During Pregnancy Care: A Systematic Review. *Trauma, Violence & Abuse*, 11(4), 190–201. <https://doi.org/10.1177/1524838010378298>

Patton, Q. M. (2014). *Qualitative research & evaluation methods: integrating theory and practice*. Thousand Oaks, Sage Publications.

Polit, D.F., & Beck, C.T., (2017) *Nursing research Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. (10th ed.). Philadelphia: Wolters Kluwer.

Silverman, J.G., Decker, M.R., Reed, E., & Raj, A. (2006). Intimate partner violence victimization prior to and during pregnancy among women residing in 26 US states. *General Obstetrics and Gynecology: Obstetrics*, 195(1), 140-148.

<https://doi.org/10.1016/j.ajog.2005.12.052>

Socialstyrelsen. (2006). *Kostnader för våld mot kvinnor. En samhällsekonomisk analys*.

https://kunskapsbanken.nck.uu.se/nckkb/nck/publik/fil/visa/711/2006-131-34_rev.pdf

Socialstyrelsen. (2014). *Att vilja se, vilja veta och att våga fråga. Vägledning för att öka förutsättningarna att upptäcka våldsutsatthet*. Socialstyrelsen.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/vagledning/2014-10-30.pdf>

Socialstyrelsen. (14 april 2021). *Våld i nära relationer*. <https://www.socialstyrelsen.se/stod-i-arbetet/vald-och-brott/vald-i-nara-relationer/>

Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om våld i nära relationer (SOSFS 2014:4).

Socialstyrelsen. <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20144-om-vald-i-nara-relationer/>

Spencer, L., Ritchie, J., O'Connor, W. (2004). Analysis: practices, principles and processes. I Ritchie, J., Lewis, J (Red.), *Qualitative research practice*. (s. 199–218). London: Sage Publications.

Stenson, K., Heimer, G., Lundh, C., Nordström, M.L., Saarinen, H., & Wenker, A. (2001).

The prevalence of violence investigated in a pregnant population in Sweden. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 22(4), 189-197. 10.3109/01674820109049973

Stenson, K., Sidenvall, B., & Heimer, G. (2005). Midwives' experiences of routine antenatal questioning relating to men's violence against women. *Midwifery*, 21(4), 311–321.

<https://doi.org/10.1016/j.midw.2005.01.002>

- Svenska barnmorskeförbundet. (Maj 2020). *Den internationella etiska koden för barnmorskor*. Svenska barnmorskeförbundet.
<https://storage.googleapis.com/barnmorskeforbundet-se/uploads/2021/05/Den-internationella-etiska-koden-for-barnmorskor-ICM-Svenska-Barnmorskeforbundet.pdf>
- Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*. Svensk sjuksköterskeförening.
<https://www.swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>
- Trost, J. (2010). *Kvalitativa intervjuer*. 4:e uppl. Lund: Studentlitteratur AB.
- United Nations Development Programme. (23 februari 2021). *Mål: 5 Jämställdhet*. Globala målen. <https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-5-jamstalldhet/>
- Wendt, E.K., Marklund, B.R.G., Lidell, E.A.S., Hildingh, C.I., & Westerståhl, A.K.E. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse--midwives' and clinicians' experiences. *Midwifery*, 27(4), 539–546. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.001>
- World Health Organization. (2002). *World report on violence and health*. Genève: World Health Organization.
https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/full_en.pdf
- World Health Organization. (9 Mars 2021). *Violence Against Women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- World Medical Association. (2019). *Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects*. World Medical Association.
<https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

Fördelning av arbetet

Karolina Nilsson formulerade abstrakt. Bakgrund skrevs av Karolina Nilsson och metod skrevs av Hosai Haleemi. Datainsamling och analys av materialet gjordes gemensamt, samt formulering av resultatet. Metoddiskussion sammanställd av Hosai Haleemi och resultatdiskussion sammanställd av Karolina Nilsson. Hosai Haleemi var ansvarig för referenskontroll samtidigt som Karolina Nilsson var ansvarig för kontroll av grammatik. Konklusion formulerad av Hosai Haleemi. Båda studieansvariga har en övergripande blick på hela arbetet och är gemensamt ansvariga för alla delar.

Intervjuguide

Inledning; Vi kommer att presentera oss själva samt presentera syftet med intervjun. Syftet med uppsatsen är att belysa barnmorskors beredskap i att möta våldsutsatta gravida kvinnor. Vidare informerar vi deltagaren om intervjuns längd och upplägg samt redogör för samtyckesblankett och ljudinspelning.

Frågor:

Erfarenhet och bakgrund.

1. Hur länge har du arbetat som barnmorska?
2. Hur länge har du arbetat som barnmorska inom MVC/prenatal?
3. Har du någon utbildning inom ämnesområdet våld utöver barnmorskeutbildningen?

Huvudfråga

- Anser du dig förberedd på att möta våldsutsatta gravida kvinnor?

Följdfrågor

- När i graviditeten frågar du kvinnan om våldsutsatthet?
- Hur frågar du kvinnan om våldsutsatthet?
- Hur går du till väga om gravida kvinnan aldrig kommer ensam? Hur frågar du då om våld?
- Vad gör du om du får ett nej, men misstänker att kvinnan är utsatt för våld?
- Vad gör du om du får ett ja?
- Finns det några riktlinjer och någon handlingsplan på er arbetsplats vid identifiering av våldsutsatta gravida kvinnor?
- Hur bekant är du med de riktlinjer som finns kring att hantera våldsutsatta gravida kvinnor?
- Hur arbetar ni med denna fråga på din arbetsplats?

Följdfrågor om riktlinjernas tillräcklighet.

- Anser du att riktlinjerna ger dig det stöd du behöver i arbetet?
- Har du några förslag på hur riktlinjerna skulle kunna utvecklas?

Fördjupande frågor

- Skulle du vilja berätta mer?
- Kan du utveckla lite mer?
- Kan du ge ett exempel?

Avslutande fråga:

- Är det något du vill tillägga?