

Opsporing

af vold

Klinisk Institut og
Institut for Psykologi,
Syddansk Universitet

En gennemgang af den
videnskabelige litteratur
for opsporing af vold i nære
relationer hos gravide,
kommende og nye forældre

Opsporing af vold i nære relationer hos gravide, kommende og nye forældre

Følgende personer har bidraget til rapporten:

Lektor Ditte Søndergaard Linde, Klinisk Institut

Ph.d.-stud. Karen Andreasen, Klinisk Institut

Lektor Nina Beck Hansen, Institut for Psykologi

Ph.d.-stud. Lea Ankerstjerne, Klinisk Institut

Jordemoder Lea Marie Helmer-Hansen, Odense Universitetshospital

Professor Morten Sodemann, Klinisk Institut

Professor Vibeke Rasch, Klinisk Institut

Professor Ask Elklit, Institut for Psykologi

Syddansk Universitet – Februar 2024

En gennemgang af den videnskabelige litteratur. Udført på vegne af

Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for International Rekruttering og Integration

Indholdsfortegnelse

01	Introduktion	4
01.01	Baggrund for rapport	4
01.02	Rapportens struktur og indhold	5
02	Resume	8
02.01	Opsporingsværktøjer og tilgange til opsporing af vold	8
02.02	Barrierer og facilitatorer for opsporing af vold	9
02.03	Opmærksomhedspunkter i forhold til grupper med etnisk minoritetsbaggrund	10
03	Summary (English)	12
03.01	Background	12
03.02	Screening tools	12
03.03	Barriers and facilitators for screening	13
03.04	Key issues in relation to ethnic minorities	14
04	Opsporing af vold	16
04.01	Faglig problemstilling	16
04.02	Beskrivelse af identificeret litteratur	16
04.03	Opsporingsværktøjer	19
04.04	Effekten af forskellige opsporingsværktøjer	19
04.05	Effekten af opsporing i forskellige kliniske kontekster	20
04.06	Tidspunkt for opsporing	21
04.07	Opsporingsmetode	22
04.08	Opsporing af vold blandt partnere til gravide og nye mødre	23
04.09	Henvi sning til støtte- og behandlingsindsatser	23
04.10	Træningsmanualer og økonomisk data	24
04.11	Overfø rbarhed og kvalitetsvurdering af litteraturen	24
05	Barrierer og facilitatorer for opsporing af vold	29
05.01	Faglig problemstilling	29
05.02	Beskrivelse af identificeret litteratur	29
05.03	Sammenfatning af barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle	31
05.04	Samfundsmæssige barrierer	33
05.05	Institutionelle/strukturelle barrierer	33
05.06	Institutionelle/strukturelle facilitatorer	34
05.07	Sammenfatning af facilitatorer blandt gravides og nye mødre	36

05.08	Overførbarehed og kvalitetsvurdering af litteraturen	37
06	Opmærksomhedspunkter i forhold til befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund	40
06.01	Begrebsafklaring	40
06.02	Faglig problemstilling	40
06.03	Beskrivelse af identificeret litteratur	41
06.04	Samlede opsummering af resultater	42
06.05	Sammenfatning af videnskabelig litteratur med kvinder med etnisk minoritetsbaggrund	44
06.06	Sammenfatning af videnskabelig litteratur med jordemødre	47
06.07	Sammenfatning af grå litteratur	49
06.08	Overførbarehed og kvalitetsvurdering af litteraturen	51
07	Metode	53
07.01	Baggrund for valg af metode	53
07.02	Afsøgning af videnskabelig litteratur	53
07.03	Udvælgelse af videnskabelig litteratur	54
07.04	Afsøgning af grå litteratur	57
07.05	Kvalitetsvurdering af litteratur	57
07.06	Rapportering af interessekonflikt	58
Bilag 1:	Oversigt over opsporingsværktøjer	59
Bilag 2:	Artikler med opsporing af vold	81
Bilag 3:	Kvalitetsvurdering af oversigtsartikler	109
Bilag 4:	Kvalitetsvurdering af randomiserede forsøg	110
Bilag 5:	Artikler med barrierer og facilitatorer for opsporing	113
Bilag 6:	Artikler med grupper med etnisk minoritetsbaggrund	144
Bilag 7:	Søgestrengene til videnskabelige databaser	160
	Referenceliste	168

01 Introduktion

01.01 Baggrund for rapport

Vold er et komplekst begreb, og man skelner typisk mellem fysisk, psykisk, seksuel/seksualiseret, materiel, digital og økonomisk vold samt stalking [1, 2]. Æresrelaterede konflikter er ligeledes et kompliceret begreb, der knytter sig til, at et familiemedlem har krænket en families ære, og det kan resultere i forskellige former for vold og negativ social kontrol [3]. Vold i nære relationer defineres som *”en handling eller hændelse, der – uanset formålet – er egnet til at krænke den udsatte persons integritet eller skræmme, smerte eller skade personen fysisk eller psykisk. Nære relationer omfatter en nuværende eller tidligere partner, et familiemedlem eller en anden person i den udsatte persons nære, private netværk”* [4].

Kvinder er særligt udsatte, men vold kan også være gensidig, udøves af forældre, svigerforældre, kvinder mod mænd samt udøver og udsatte kan være af samme køn. Partnervold er den hyppigste forekommende form for vold, og prævalensen varierer alt afhængigt af opgørelsesmetoden og er præget af mørketal. Man estimerer, at ca. 4,5% af danske kvinder og 2,4% af danske mænd årligt er udsat for fysisk, psykisk, seksuel og/eller økonomisk vold af en nuværende eller tidligere partner [5]. Verdenssundhedsorganisation (WHO) estimerer, at 20-24% af danske kvinder vil være udsat for partnervold i løbet af deres levetid [6]. Der er ikke præcise tal for omfanget af æresrelateret konflikter i Danmark [3].

Vold har en lang række sundhedsmæssige og sociale konsekvenser [7] og gravide anses som særligt udsatte [8]. Forekomsten af vold under graviditeten er ukendt og varierer globalt set, men der er evidens, der peger i retning af, at et betydeligt antal kvinder oplever vold under graviditeten i Danmark. Eksempelvis viser en undersøgelse fra Rigshospitalet at 3.3% af gravide har været udsat for partnervold inden for det seneste år [9], mens en undersøgelse fra Region Syddanmark viser, at 8.5% af gravide har været udsat for partnervold og/eller har svære konflikter i deres parforhold [10]. Der er global konsensus om, at sundhedssystemer spiller en kernerolle for at forebygge og håndtere vold [11], og WHO anbefaler systematisk opsporing af vold i forbindelse med graviditet og fødsel såfremt fortrolighed, guidelines og henvisning til støtteindsatser eksisterer [12].

I juni 2023 vedtog den danske regering en handlingsplan mod partnervold og partnerdrab (2023-2026), der pointerede, at vi i Danmark skal blive bedre til at hjælpe de voldsudsatte, deres børn og voldsudøverne langt tidligere. På baggrund af initiativ 1.2 og 11 i handlingsplanen udarbejder Sundhedsstyrelsen (SST) og Styrelsen for International Rekruttering og Integration (SIRI) faglige anbefalinger for opsporing samt indsatser vedrørende vold i nære relationer hos gravide, kommende og nye forældre. Disse skal forankres i eksisterende anbefalinger for svangreomsorgen og sundhedspleje i

Danmark, da jordemødre, sundhedsplejersker og alment praktiserende læger anses for at stå i en unik position til at opspore vold. De faglige anbefalinger udarbejdes på baggrund af en kortlægning af eksisterende nationale tiltag for tidlig opsporing og aktuelle indsatser på området i Danmark (lavet af Rambøll), workshops med et fagligt panel samt på baggrund af nærværende rapport, der afdækker den videnskabelige litteratur for opsporing af vold samt en tilsvarende afdækning af støtte- og behandlingsindsatser for vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre [13].

01.02 Rapportens struktur og indhold

Denne rapport afdækker den videnskabelige litteratur for opsporing af vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre. Rapporten er lavet af forskere fra Syddansk Universitet på vegne af SST og SIRI. Styrelserne har ønsket følgende problemstillinger belyst:

- Hvilke opsporingsværktøjer findes der i sundhedssektoren, og hvad er effekten af disse i forhold til (1) at identificere voldsudsættelse og (2) henvisning til støtte- og behandlingsindsatser blandt gravide, kommende og nye forældre?
- Hvilke barrierer og facilitatorer¹ oplever sundhedsprofessionelle, gravide, kommende og nye forældre i forhold til opsporing af vold i nære relationer?
- Hvilke elementer skal man være opmærksom på i forbindelse med opsporing af vold rettet mod gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund?

Der er blevet afsøgt videnskabelig litteratur på fem videnskabelige databaser publiceret inden for de seneste 10 år (2013-2023) i lande der vurderes til at være sammenlignelige med Danmark, i.e. europæiske lande, Canada, Australien og New Zealand. Ydermere er oversigtsartikler hvor disse lande indgår som en subgruppe – men også inkluderer andre lande – blevet inkluderet. Oversigtsartikler, randomiseret forsøg, kohorte-, tværsnits-, mixed method- og kvalitative studier indgår i litteraturgennemgangen, og overførbareheden af resultaterne er blevet vurderet i alle studier. Det er kun oversigtsartikler og randomiseret forsøg, der er kvalitetsvurderet. Der er blevet afsøgt grå litteratur i nordiske lande omkring gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund. Der er efterstræbt en systematisk og transparent metode for udvælgelse og vurderingen af litteratur, der lægger til grund for rapportens resultater.

Rapporten indeholder en beskrivelse af resultaterne og metoderammen for litteraturgennemgangen. Dette kapitel (kapitel 1) introducerer rapporten, mens rapportens fund opsummeres på dansk i kapitel

¹ En facilitator er en fremmede faktor, i dette tilfælde en faktor der fremmer opsporing af vold.

2 og på engelsk i kapitel 3. Kapitel 4 kortlægger opsporingsværktøjer og tilgange til opsporing af vold i sundhedssektoren samt effekten af opsporing på henvisninger til støtte- og behandlingsindsatser. Kapitel 5 beskriver barrierer blandt sundhedsprofessionelle for at gennemføre opsporing af vold, og faktorer der har betydning for opsporing af vold blandt målgruppen. Kapitel 6 har et særskilt fokus på opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund og de særlige problemstillinger der kan knytte sig til denne gruppe. Kapitel 7 beskriver metoden der er anvendt i litteraturgennemgangen.



02 Resume

02.01 Opsporingsværktøjer og tilgange til opsporing af vold

Der er identificeret 20 videnskabelige artikler med opsporingsværktøjer til opsporing af vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre i Europa, Australien, Canada og USA. Der er fundet 13 forskellige opsporingsværktøjer, som findes i forskellige versioner og længder. Opsporingsværktøjerne opsporer primært partnervold, specifikt fysisk og psykisk vold, dernæst seksuel vold og konflikter i parforholdet/truende adfærd. De hyppigste anvendte værktøjer er *Abuse Assessment Screen* (AAS), *Composite Abuse Scale* (CAS) og *NordAQ/NordVold*. Disse har også været anvendt i Skandinavien og findes på skandinaviske sprog. Det er på baggrund af litteraturen ikke muligt at vurdere, om ét opsporingsværktøj er bedre til at opspore vold i nære relationer end et andet. Dog har AAS høj sensitivitet og specificitet, men de til svarende værdier kendes ikke for CAS og NordAQ/NordVold, idet de ikke fremgår af den identificerede litteratur.

Litteraturgennemgangen viser, at opsporing af vold primært er rettet mod gravide kvinder og forankret i svangreomsorgen, sekundært rettet mod nye mødre og forankret i sundhedsplejen. Litteraturen omkring opsporing af vold blandt partnere til gravide eller nye fædre er yderst sparsom, og der er blot identificeret et enkelt studie fra Sverige, der opsporer vold både blandt nye mødre og fædre. Dog har dette opsporingsværktøj, *Parent Screening Questionnaire* (PSQ-S), lav sensitiv til opsporing af vold blandt nye fædre. Litteraturgennemgangen viser, at systematisk opsporing af vold er mere effektiv end opportunistisk opsporing af vold ved risikofaktorer eller på mistanke, og det er mere effektivt med systematisk opsporing af vold i svangreomsorgen end i sundhedsplejen og akutmodtagelsen. Den identificerede litteratur viser, at der ikke er nogen effekt af systematisk opsporing af vold på henvisninger til støtte- og behandlingsindsatser sammenlignet med opportunistisk opsporing, og at det kun er en lille andel af voldsudsatte, der bliver henvist til/tager imod støtte- og behandlingsindsatser (13-24%). Opsporingsmetoden er enten et selvrapporтерet spørgeskema eller mundtligt gennem en sundhedsprofessionel, og det er på baggrund af litteraturen ikke muligt at vurdere, om den ene opsporingsmetode er mere effektiv end den anden.

Der er en række begrænsninger i den identificerede litteratur. Der er kun et enkelt opsporingsværktøj der opsporer stalking/chikane og økonomisk vold, og der er ikke identificeret nogen værktøjer, der opsporer digital vold, negativ social kontrol eller æresrelateret vold. Derudover er der en overvægt af videnskabelig litteratur, der fokuserer på opsporing af partnervold frem for vold i nære relationer som helhed, og der er sparsom videnskabelig litteratur omkring sammenhængen mellem opsporing af vold og henvisninger til støtte- og behandlingsindsatser. Endeligt er der ikke identificeret noget videnskabeligt litteratur, der belyser de økonomiske omkostninger ved at opspore vold blandt gravide, kommende og nye forældre. Kvaliteten af oversigtsartikler og randomiseret forsøg er varierende, og overførbareheden af fundene fra oversigtsartiklerne er moderat til lav, mens den er høj for de resterende forsøg og studier.

02.02 Barrierer og facilitatorer for opsporing af vold

Der er identificeret 20 artikler der belyser barrierer og facilitatorer² for opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre. Femten artikler belyser de sundhedsprofessionelles perspektiv og fem artikler belyser gravides og nye mødres perspektiv. Størstedelen af barriererne og de tilsvarende facilitatorer ligger på et strukturelt/institutionelt niveau, men der er også identificerede samfundsmæssige barrierer blandt sundhedsprofessionelle. Samfundsmæssige barrierer knytter sig til den forudindtagethed, stigma og tabuer som er indlejret i voldsområdet, eksempelvis at man ikke vil krænke privatlivets fred, eller at vold kun forekommer i visse samfundslag. Blandt sundhedsprofessionelle, knytter strukturelle/institutionelle barrierer for opsporing sig primært til manglende viden, uddannelse, erfaring med og retningslinjer for opsporing af vold. Derudover anses manglende tid i konsultationen som en barriere for opsporing. Ydermere fremhæves det i litteraturen med de sundhedsprofessionelle, at tilstedeværelse af familiemedlemmer – heriblandt partnere – samt manglende sikring af sikkerhed og anonymitet af den voldsudsatte hæmmer opsporing. Der findes forskellige typer af træning til sundhedsprofessionelle, og der er ikke fundet nogen sammenhæng mellem en bestemt type af træning og øget opsporing af vold eller henvisning til støtteindsatser. Ydermere fremhæves det af sundhedsprofessionelle, at graviditet og etablering af forældreskab anses som værende et unikt mulighedsrum for tidlig opsporing vold, da sundhedsprofessionelle har mulighed for længerevarende relationsopbygning og kontinuitet med kommende og nye forældre. Dette anses som værende fremmende for opsporingen af vold. Derfor anser flere sundhedsprofessionelle det også som deres professionelle ansvar at opspore vold i forbindelse med graviditet og etablering af forældreskab.

Ligesom de sundhedsprofessionelle, fremhæver gravide og nye mødre også moderskabet som værende en motiverende faktor for at rapportere voldsudsættelse, og derfor anses det som et godt tidspunkt for opsporing af vold. Ligeledes fremhæver de gravide og nye mødre også at tilstrækkelig tid til opsporing og henvisning til støtteindsatser er en afgørende faktor for opsporing af vold. Dertil foretrækkes systematisk opsporing fremfor risikobaseret opportunistisk opsporing for at undgå stigmatisering. Ydermere foretrækkes skriftlig selvrapportering med mundtlig opfølgning som opsporingsmetode. Gravide og nye mødre fremhæver også, at rækkefølgen og ordlyden af spørgsmålene kan være af betydning, hvor afstigmatiserende spørgsmål bør komme først. Såfremt man opsporer vold efter fødslen, skal denne ikke ligge umiddelbart efter fødslen men på senere tidspunkt, eksempelvis to måneder efter fødslen.

² En facilitator er en fremmende faktor, i dette tilfælde en faktor der fremmer opsporing af vold.

Der er en række begrænsninger i den identificerede litteratur omkring barrierer og facilitatorer for opsporing. Det sundhedsprofessionelle perspektiv er primært baseret på studier med jordemødre og sekundært med sundhedsplejersker, og generaliserbarheden af fundene til andre faggrupper af derfor begrænset. Ydermere er der kun identificeret fem studier, der belyser ”målgruppens” perspektiv, og der er ikke identificeret noget litteratur, der belyser kommende/nye fædre og/eller partnerens perspektiv på opsporing af vold og heller ikke udøverens perspektiv. Altså er det muligt, at den identificerede litteratur kun belyser dele af de faktorer, der er af betydning for opsporing af vold, og fundene kan ikke generaliseres til kommende/nye fædre og partnere.

02.03 Opmærksomhedspunkter i forhold til grupper med etnisk minoritetsbaggrund

Der er identificeret ni videnskabelige artikler om opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre med minoritetsbaggrund – fem artikler der belyser perspektivet fra gravide kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, og fire artikler der belyser sundhedsprofessionelles perspektiv, specifikt jordemødre. Derudover er der afsøgt grå litteratur i Skandinavien, og tre rapporter er ydermere inkluderet i denne litteraturgennemgang. Generelt er litteraturen heterogen og begrænset, men der er visse opmærksomhedspunkter, som kan fremhæves på baggrund af den identificerede litteratur.

Flere studier foreslår brugen af certificerede tolke trænet i samtalen om vold. Dette skyldes at befolkningsgrupper med etnisk minoritetsbaggrund ikke vil have forudsætninger for at besvare spørgsmål om vold, såfremt sprogbarrieren ikke bliver imødekommet. Samtidig belyser litteraturen bekymringer omkring, hvorvidt tolken overholder sin tavshedspligt, særligt i små minoritetsgrupper. Såfremt ægtefællen/familie deltager i en konsultation og agerer tolk hindrer dette opsporingen af vold, heriblandt æresrelateret vold. Kvinder med etnisk minoritetsbaggrund har bekymringer for konsekvenserne ved at rapportere vold, såsom at miste forældremyndigheden over deres børn eller miste deres opholdstilladelse, såfremt deres migrationsstatus er betinget af ægteskab med voldsudøveren. Derfor kan kvinder med etnisk minoritetsbaggrund stå i en ekstremt sårbar situation, hvor andre aspekter vejere tungere end personlige behov. Litteraturen indikerer ydermere, at relationsopbygning mellem sundhedsprofessionelle og kvinderne er essentiel, da kvinder med etnisk minoritetsbaggrund har behov for mere tid og tålmodighed for at opbygge relationen, før spørgsmål om vold introduceres. Dette skyldes bl.a. emnets følsomhed, større grad af mistillid til sundhedsvæsenet og opfattelsen af, at det er en privat sag, som normalt håndteres inden for familien eller det sociale netværk. Der er behov for, at sundhedsprofessionelle modtager retningslinjer for og undervisning i opsporing af vold blandt befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund og får udbygget deres interkulturelle kompetencer og forståelse, således at opsporing af vold ikke er baseret på de enkelte sundhedsprofessionelles intuition,

fornemmelser og mulige forforståelse. Ydermere er kontinuitet i kontakten med sundhedsprofessionelle centralt for at rapportere vold. Brobygning mellem sundhedsvæsenet og foreninger, der specifikt arbejder med befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund, vil kunne fremme opsporingen af vold.

Der er en række begrænsninger i den identificerede litteratur. Det er generelt udfordrende at udskille befolkningsgrupper med etnisk minoritetsbaggrund som en særskilt gruppe fra den resterende befolkning, og det er væsentligt at påpege, at resultaterne fra den identificerede litteratur ikke kan generaliseres til alle personer med etnisk minoritetsbaggrund, da der kan være betydelige individuelle variationer. De sundhedsprofessionelles perspektiver er udelukkende baseret på jordemødre i svangreomsorgen, den etniske minoritetsbaggrund varierer blandt de forskellige studiepopulationer, og der er udelukkende perspektiver fra voldsudsatte gravide/nye mødre. Derudover er der yderst begrænset litteratur omkring æresrelateret vold og social kontrol. Der er generelt kun fundet mindre studier, og flere af artiklerne udgår fra de samme studier. Samlet belyser den sparsomme litteratur kun dele af den komplekse situation, som befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund ofte befinder sig i.

03 Summary (English)

03.01 Background

This report summarises the scientific literature concerning screening for domestic violence targeted pregnant women, their partners, new parents and perpetrators of violence. The report has been made by researchers from the University of Southern Denmark on behalf of the Danish Health Authorities and the Danish Agency for Recruitment and Integration. The following objectives served as a basis for the report:

- To identify screening tools for domestic violence during antenatal and post-partum care and assess their ability to (1) detect violence, and (2) refer pregnant women, their partners, new parents and perpetrators to supportive interventions.
- To identify barriers and facilitators for health care professionals to screen for domestic violence during antenatal and post-partum care and for the target group (pregnant women, partners, new parents, perpetrators) to participate in the screening.
- To identify key issues in relation to ethnic minority groups and screening for domestic violence.

The scientific literature search was conducted on five scientific databases (Cinahl, Cochrane, Embase, PsycINFO, SocIndex) in June 2023 and limited to articles published within the past 10 years (2013-2023) in European countries, Canada, Australia and New Zealand. Further, literature reviews that included studies conducted in one of the abovementioned settings as well as in other countries were included in the report. Additionally, grey literature from Scandinavian countries concerning ethnic minorities were included the report. The key findings of each objectives are summarised below.

03.02 Screening tools

A total of 13 different screening tools were identified across 20 different scientific articles, and the identified studies were conducted in various settings (Europe, Australia, Canada, the United States). The screening tools primarily detected partner violence, physical violence, emotional violence, and secondarily sexual violence and conflicts in the relationship. The *Abuse Assessment Screening* (AAS), the *Composite Abuse Scale* (CAS) and *NordAQ/NordVold* were the most prevalent tools and had been used in numerous setting – including in Scandinavia. These tools were available in Nordic languages. It was not possible to assess which tool was most effective in detecting domestic violence. However, AAS was found to have a high sensitivity and specificity, whilst the corresponding values for CAS and

NordAQ/Nordvold were not reported. Pregnant women were the primary target group, and screening was primarily conducted during antenatal care and secondarily during post-partum care. There was very limited data on detection of violence among partners to pregnant women or new fathers – only one study from Sweden was found to detect violence among new mothers and fathers by use of the *Parent Screening Questionnaire* (PSQ-S). However, the tool had low sensitivity for detection of violence among new fathers.

Overall, systematic screening was found to be more effective than opportunistic screening for detection of violence. Further, it was most effective to screen during antenatal care compared to post-partum or emergency care. There was very limited data on the correlation between screening and referrals, and the available studies showed that systematic screening did not increase referrals for supportive interventions. Only a small number of screen-positives were referred to and accepted to participate in supportive interventions (13-24%). Screening could be conducted either through a self-reported questionnaire or verbally through a healthcare person, and the literature did not clarify which approach was more effective. There were several limitations in the identified literature. Only one screening tool was found to detect stalking/harassment and economic violence, and no tool detected digital violence, social coercion or honour-related violence. Further, the economic costs of screening were unclear.

03.03 Barriers and facilitators for screening

A total of 20 articles addressed barriers and facilitators for screening of violence among healthcare professionals (n=15) and pregnant women/ new mothers (n=5). The main barriers identified by healthcare professionals were lack of knowledge, education, time, anonymity, experience with and guidelines for screening, presences of partners and family members, stigma/taboo and personal bias, such as violence only occurring among certain groups in society. According to healthcare professionals, the main facilitators were that pregnancy and parenthood was viewed as a “window of opportunity” for detection of violence, and that they saw screening as their professional responsibility. Various forms of training for detection of violence existed for healthcare professionals, yet no specific type was associated with an increase in detection of violence or referral to supportive interventions.

The literature with pregnant women and new mothers only outlined facilitators for screening. In line with healthcare professionals, pregnant women and new mothers also viewed “motherhood” as a facilitator to participate in screening and disclose exposure to violence. Further, additional time should be allocated for antenatal/postnatal consultations that contained screening. Systematic screening was preferred over opportunistic screening to avoid stigmatisation, and self-reported questionnaires with verbal follow-up was the preferred screening method. Finally, the wording and order of questions was of importance and if screening was conducted post-natal, it was recommended that it should be carried out around two months

post-partum. There were several limitations in the literature. The perspective of healthcare professionals was primarily provided by midwives, and there was no literature that provided the perspectives from partners, new fathers or the perpetrator on screening for domestic violence. Hence, the results could not be generalised to other groups of healthcare professionals nor to fathers, partners, and perpetrators.

03.04 Key issues in relation to ethnic minorities

A total of nine scientific articles and three grey litteratur reports from Scandinavia addressed key issues in relation to screening and ethnic minority groups. Overall, the literature was heterogenous and limited. The following conclusions were made based on the available literature: First, there was a need for certified interpreters as ethnic minority group would not be able to properly respond to screening questions if there was a language barrier, if family members acted as interpreters, and if the confidentiality of interpreters was not properly ensured. Second, the literature highlighted that ethnic minority women may not disclose exposure to violence as they feared to lose custody of their children or their residence permit if they had a residence permit through family reunification. Third, there was a need for continuity and for establishing a trusting relationship between the healthcare professional and the person targeted for screening before introducing screening questions due to the sensitive nature of the field, potential mistrust to the healthcare system and because issues of violence could be considered a private matter that was usually dealt with within the family or social network. Fourth, there was a need for guidelines and education of healthcare professionals of how to screen ethnic minority groups to limit potential preconceptions. Finally, collaboration between the healthcare system and organisations that worked with ethnic minorities could improve screening practices. There were numerous limitations in the literature. Ethnic minorities is a heterogeneous group with significant individual variation; hence, the findings could not be generalised to all groups. Further, the perspective of healthcare professionals was only provided by midwives, pregnant women and new mothers and there was very limited data on honour-related violence and social coercion. Hence, the literature only outlined parts of the complex situation that concerns detection of violence and ethnic minorities.



04 Opsporing af vold

04.01 Faglig problemstilling

Opsporing af vold i forbindelse med graviditet og etablering af forældreskab anses for at være et mulighedsrum for tidlige indsatser mod vold, da stort alle par kommer i kontakt med sundhedsvæsenet i forbindelse med graviditet, fødsel og i barnets første leveår [14]. Der findes en række forskellige opsporingsværktøjer for vold, tilgange til at opspore vold og tidspunkter for opsporing af vold i forbindelse med graviditet og etableringen af forældre. Typisk skelner litteraturen mellem opportunistisk/risikobaseret opsporing og systematisk opsporing. Førstnævnte refererer til, at eksempelvis en sundhedsperson opsporer vold hos en given person, som vurderes til at være i risiko for vold. Opsporing foregår når muligheden byder sig, og den foregår både med og uden brug af et standardiseret opsporingsværktøj. Sidstnævnte referer til standardiseret opsporing af vold af given gruppe – eksempelvis. Dette kapitel afdækker den eksisterende evidens for opsporing af vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre.

Fokuseret spørgsmål

Hvilke opsporingsværktøjer findes der i sundhedssektoren, og hvad er effekten af disse i forhold til (1) at identificere voldsudsættelse og (2) henvisninger til støtte- og behandlingsindsatser blandt gravide, kommende og nye forældre?

04.02 Beskrivelse af identificeret litteratur

I dette kapitel sammenfattes resultaterne fra 20 videnskabelige artikler omkring opsporingsværktøjer og tilgange til opsporing af vold i nære relationer i sundhedssektoren blandt gravide, kommende og nye forældre. Der er identificeret fire oversigtsartikler [14-17], to randomiserede forsøg [18, 19] samt 14 kohorte-, tværsnits- og mixed method-studier [10, 20-32]. Oversigtsartiklerne inkluderer studier fra hele verden [14-17], de randomiserede forsøg foregår i Norge [18] og Australien [19], mens tværsnits-, kohorte- og mixed method-studier foregår i Danmark, Norge, Sverige, Island, Estland, Belgien, Frankrig, Canada og Australien [10, 20-32].

Overordnet set er den identificerede litteratur heterogen, og ofte fremgår spørgsmålene af de forskellige opsporingsværktøjer ikke af de videnskabelige publikationer. Såfremt spørgsmålene har været tilgængelige eller er blevet eftersendt af forfatterne, er de beskrevet i bilag 1. Alle artikler, der er inkluderet i dette kapitel er opsummeret individuelt i bilag 2, mens kvalitetsvurderingen af oversigtsartiklerne og de randomiserede forsøg fremgår af bilag 3 og 4. Tabel 4.2.1 viser en oversigt over de forskellige opsporingsværktøjer, der er identificerede, inklusiv hvilke lande de har været anvendt i, hvilke sprog de er tilgængelige på og typen af vold de afdækker.

Tabel 4.2.1 Oversigt over opsporingsværktøjer

Opsporingsværk - tøj ¹	AAS	CAS	CTS	HARK	HITS	ISA	NorAQ	OAS	OVAT	PSQ-S (SEEK)	PVS	Stat	VIF	WAST
Sensitivitet (%)	93			81	30-88			30-60	86	27-52 ⁵	65- 71	94-69		47-92 ⁶
Specificitet (%)	55-99			95	88-96			90-100	83	91-93 ⁵	80- 84	4-75		89-100 ⁶
Land														
Danmark	X					X	X							X
Norge	X	X					X							
Sverige	X	X	X				X			X			X	
Australien	X	X												
Spanien	X				X	X								X
Tyskland											X			
USA	X		X	X	X	X		X	X		X	X		X
New Zealand	X	X												
Canada		X												
Andre	X	X			X ²									
Sprog														
Dansk	X					X	X ³							X
Norsk	X	X					X							
Svensk	X	X ³					X			X ³			X	
Engelsk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X
Somalisk	X													
Urdu	X													
Spansk	X				X	X								X
Tysk														
Arabisk					X		X							
Andre							X							
Type af vold														
Fysisk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Psykisk	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	
Seksuel	X	X	X			X	X	X				X		
Økonomisk		X				X								
Digital														

Opsporingsværk - tøj	AAS	CAS	CTS	HARK	HITS	ISA	NorAQ	OAS	OVAT	PSQ-S (SEEK)	PVS	Stat	VIF	WAST
Æresrelateret/ negativ social kontrol														
Stalking/chikane		X				X								
Konflikter			X	X		X	X				X	X		X
Frygt/truende adfærd	X		X		X	X	X			X	X	X	X	
Partnervold	X		X	X	X	X	X		X	X	X	X		X
Vold i nære relationer	X						X				X		X	
Vold af andre	X						X				X			
Klinisk kontekst														
Svangre- omsorgen	X	X		X	X	X	X	X			X	X		X
Sundhedsplejen										X				
Akutmodtagelse					X			X	X		X	X		
Primary care				X	X									X
Egen læge		X								X			X	
Opsporingsmetode														
Selvrapportering	X	X	X		X	X	X	X	X	X			X	X
Mundtlig	X	X		X	X				X		X	X		
Trænings- manualer	X ⁴													X
Økonomi														
Antal spørgsmål	5-6	15-30	30-80	4	4	30	4-44	5	4	3	3	3	4	2-8
Refereret i antal artikler	9	4	2	1	1	2	4	2	2	1	1	2	1	3

¹ Lande og sprog er identificeret ud fra de publikationer, der er inkluderet i litteraturgennemgangen, og hvor det har været muligt at få bekræftet, at det har været anvendt. Det er muligt, at de oplyste opsporingsværktøjer er anvendt i flere lande og findes på flere sprog end angivet her. Ydermere er en række andre opsporingsværktøjer listet i en af de inkluderede oversigtsartikler, men disse er ikke listet i tabellen, da de studier, som indgår i oversigtsartiklen, har eksklusionsgrundlag på pga. setting (f.eks. anvendt i Iran eller afrikanske lande) (jf. bilag 2).

² Kina, Saudi-Arabien, Mellemøsten, Nordamerika.

³ Det har ikke været muligt at finde spørgsmålene på dansk/svensk, men det er rapporteret, at det er anvendt i Danmark/Sverige.

⁴ Træningsvideo til jordemødre mv. Fremgår af den norske retningslinje om opsporing i svangreomsorgen [33]. Ydermere er træningsmateriale tilgængelig ved henvendelse til førsteforfatteren af det danske studie [10].

⁵ Sensitivitet/specifitet nye mødre og nye fædre: 52/91 (mødre); 27/93 (fædre)

⁶ Sensitivitet/specifitet WAST: 47-88/89-96; WAST (SHORT): 92/100.

04.03 Opsporingsværktøjer

Der er identificeret 14 forskellige opsporingsværktøjer, som bliver anvendt til at identificere vold blandt gravide, kommende og nye forældre (tabel 3.2.1). Ydermere er der en række studier, som ikke beskriver deres screeningsspørgsmål eller anvender spørgsmål, der ikke er forankret i et kendt opsporingsværktøj. Antallet af screeningsspørgsmål varierer mellem 2 og 44 spørgsmål, og de fleste opsporingsværktøjer har mellem 3-6 spørgsmål. Opsporingsværktøjerne afdækker vold på forskellig vis, og de voldsformer, der hyppigst bliver afdækket, er fysisk, psykisk og seksuel vold. Kun et enkelt opsporingsværktøj afdækker økonomisk vold og stalking/chikane, og der er ikke identificeret nogle opsporingsværktøjer, som afdækker på æresrelateret vold, negativ social kontrol eller digital vold. Ydermere afdækker en række værktøjer på proxy-mål for vold i form af ”konflikter i parforholdet” og ”faretruende adfærd”. Endeligt afdækker opsporingsværktøjerne primært vold i nære relationer og/eller partnervold, mens enkelte værktøjer også afdækker vold udført af andre personer.

Det opsporingsværktøj, der er hyppigst anvendt i den identificerede litteratur, er *Abuse Assessment Screen* (AAS) [10, 14, 15, 17, 18, 20, 21, 29, 30]. AAS findes i forskellige versioner med 5-6 spørgsmål, der spørger ind til forskellige typer af vold, der er forekommet på forskellige tidspunkter (nogensinde/inden for seneste år). Nogle versioner af AAS indeholder kun spørgsmål omkring partnervold, mens andre versioner har udvidet AAS til også at spørge ind til vold i nære relationer (bilag 1). AAS findes på en lang række sprog, og er bl.a. blevet anvendt i Danmark, Norge og Sverige. De næst hyppigst anvendte opsporingsværktøjer er *NorAQ* – også kaldet *NorVold* – og *Composite Abuse Scale* (CAS). *NorVold* findes i forskellige versioner med 4-44 spørgsmål, og det er et opsporingsværktøj der er udviklet og valideret i Skandinavien, og som bl.a. er blevet anvendt i Danmark, Norge, og Sverige [17, 20, 21, 30]. CAS findes i forskellige versioner og er bl.a. anvendt i Norge og Sverige [14, 18, 26, 31]. Der er identificeret et enkelt opsporingsværktøj, som er blevet anvendt til at opspore vold både blandt nye mødre og nye fædre, i.e. *Parent Screening Questionnaire* (PSQ-S) [31]. Opsporingsværktøjerne *Hurt, Insults, Threaten, Scream* (HITS), *Partner Violence Screen* (PVS), *Humiliation, Afraid, Rape, Kick* (HARK) er opsporingsværktøjer der fremgår af oversigtsartikler, men disse indbefatter ikke studier fra europæiske lande [15].

04.04 Effekten af forskellige opsporingsværktøjer

På baggrund af den tilgængelige litteratur, er det ikke muligt at udpege et bestemt opsporingsværktøj, der er mere effektivt end et andet til at opspore vold. Generelt varierer prævalensen af vold på tværs af studierne og kan ikke sammenlignes, da der er brugt forskellige opsporingsværktøjer, der afdækker voldsudsættelse på forskellige tidspunkter. Det norske randomiserede forsøg har dog anvendt forskellige

opsporingsværktøjer, hvor vold blandt alle gravide bliver opsporet som en del af de nationale retningslinjer i Norge [33]. Retningslinjerne indeholder ”*forslag til spørgsmål*”, og disse er en revideret version af AAS opsporingsværktøjet (bilag 1). Forsøget anvender endvidere en revideret version af CAS-opsporingsværktøjet (bilag 1), som er mere detaljeret, og som senere anvendes på de kvinder, som er screenet positive ved brug af AAS. Begge værktøjer formår at identificere gravide/nye mødre, der er eller har været udsat for vold, men det er på baggrund af forsøget ikke muligt at udtale sig om effekten af det ene opsporingsværktøj versus det andet, da der udelukkende er tværmålinger målt på forskellige tidspunkter [18].

Dog fremgår sensitiviteten og specificiteten af visse opsporingsværktøjer i nogle studier (tabel 3.2.1), men generelt er det få studier af de inkludererede studier, der undersøger sensitivitet og specificitet. Sensitivitet henviser til et opsporingsværktøjs evne til korrekt at identificere voldsudsatte ud af det totale antal, som er voldsudsat. Specificitet henviser til et opsporingsværktøjs evne til korrekt at identificere ikke-voldsudsatte ud af det totale antal, som ikke er voldsudsat. Når sensitivitet og specificitet er baseret på få studier, er lav sensitivitet ikke nødvendigvis ensbetydende med, at det er et dårligt opsporingsredskab, men kan også være et udtryk for, at det ikke er velundersøgt. AAS har en sensitivitet på 93% og en specificitet på 55-99%. De tilsvarende tal for NorAQ kendes ikke, da det ikke er rapporteret i den tilgængelige litteratur. Et andet opsporingsværktøj med høj sensitivitet er *Women Abuse Screening Tool* (WAST), der afdækker på konflikter i parforholdet, og som også findes i forskellige versioner. Den korte version af WAST (*WAST [short]*; to spørgsmål) har en sensitivitet på 92% og en specificitet på 100%. PSQ-Q – der opsporer partnervold blandt både nye mødre og fædre har en lav sensitivitet – på 52% blandt nye mødre og 27% blandt nye fædre[31].

04.05 Effekten af opsporing i forskellige kliniske kontekster

Der blev kun identificeret én oversigtsartikel, der vurderede effekten af systematisk opsporing af vold i forskellige kliniske kontekster [14]. Oversigtsartiklen fandt, at sandsynligheden for at opspore partnervold var fire gange højere, såfremt opsporingen foregik systematisk i svangreomsorgen (i.e. antenatal care) (OR: 4.53, 95% CI 1.82-11.27) fremfor individuel opsporing. Det var også mere effektivt med systematisk opsporing af vold i sundhedsplejen (i.e. maternal health services) (OR: 2.36, 95% CI 1.14-4.87) og i akutmodtagelsen (OR: 2.72, 95% CI 1.03-7.19), men effekten var ikke lige så høj som ved svangreomsorgen. Der blev ikke fundet nogen effekt af systematisk opsporing i hospitalsbaseret praksissektor (eksempelvis ambulatorier [hospital-based primary care]) (OR: 1.53, 95% CI 0.79- 2.94) fremfor individuel opsporing [14].

04.06 Tidspunkt for opsporing

Langt størstedelen af de videnskabelige studier var forankret i svangreomsorgen og sekundært i sundhedsplejen. Tre ud af fire oversigtsartikler fokuserede udelukkende på graviditetsperioden [15-17], men alle fire oversigtsartikler har dog vurderet, at graviditeten er et hensigtsmæssigt tidspunkt at identificere voldsudsættelse på. Der peges bl.a. på at dette er et tidspunkt i kvindernes liv, hvor de systematisk kommer i kontakt med sundhedsvæsnet [14-17]. Langt de fleste tværsnits- og kohortestudier, der blev identificeret i litteraturgennemgangen, foregik i svangreomsorgen i forbindelse med jordemoderkonsultationer. Det franske og det islandske studie inkluderede også gravide i forbindelse med jordemoderkonsultationen, men sendte først spørgeskemaet ud efter fødslen [23, 24]. Ydermere var det canadiske studie [25] og to svenske studier forankret i sundhedsplejen [31, 32]. I to svenske studier var opsporingen forankret i børnesundhedscentre, som består af et team af sundhedsplejersker samt almene- og børnelæger, og hvor opsporingen primært blev udført af sundhedsplejersker [31, 32]. Litteraturen henviser altså ikke til et bestemt tidspunkt, som er mest hensigtsmæssigt i forhold til opsporing.

Det norske randomiserede forsøg fokuserede på graviditetsperioden [18] og det australske på post-partum perioden (sundhedsplejen) [19], og det australske forsøg bidrager med viden omkring tidspunktet for opsporing af vold efter fødslen. Interventionen i det australske forsøg omhandler en udvidet og senere opsporing af vold blandt nye mødre samt større støtte til sundhedsplejersker, der opsporer vold blandt nye mødre. Det har siden 2009 været obligatorisk at screene nye mødre for vold fire uger efter fødslen som en del af sundhedsplejen i delstaten Victoria, og opsporingen indbefatter tre screeningsspørgsmål (bilag 1) som ikke udspringer direkte fra et opsporingsværktøj, men som minder om visse af spørgsmålene i AAS. Interventionen indbefatter to ekstra spørgsmål i opsporingsværktøjet (bilag 1). Ydermere får sundhedsplejerskerne mere støtte, opsporingsmetoden overgår til at være digital selvrapportering fremfor mundtligt samt sundhedsplejerskerne får mulighed for at udføre opsporingen på et senere tidspunkt (3-4 måneder post-partum i stedet for fire uger efter fødslen). Forsøget finder en højere opsporingsrate blandt interventionsgruppen end kontrolgruppen efter 12 måneder, men forskellen er ikke signifikant ($RR_{12\text{ MDR}}: 1.56; 95\% \text{ CI: } 0.96-2.52$), og der findes ikke nogen forskel i opsporingsraten efter 2 år. Det er dog uklart, hvilke aspekter der er afgørende for den højere opsporingsrate, hvorfor den ikke udelukkende kan tilskrives det senere tidspunkt for opsporingen [19]. Til sammenligning anbefalede et svensk studie med nye mødre, at opsporingen skulle placeres 6 måneder post-partum [32]. Ydermere har forfattergruppen fra det australske randomiserede forsøg publiceret et tværsnitsstudie blandt 2621 kvinderne som var tilknyttet sundhedscentrene i det randomiserede forsøg [34]. Kvinder blev tilsendt et spørgeskema, hvor de blev spurgt ind til, (a) hvorvidt de reelt var blevet spurgt om voldsudsættelse af sundhedsplejerskerne, og (b) hvorvidt de havde fortalt, at de var udsat for vold. Studiet fandt, at det kun var 44.6% af kvinderne, som reelt var blevet spurgt om vold i forbindelse med et sundhedsplejerskebesøg, og at kvinder der var tilknyttet sundhedsplejersker i interventionsgruppen i højere grad blevet spurgt om vold end kvinder der

var tilknyttet kontrolgruppen, om end forskellen ikke var signifikant i den justerede analyse (aOR: 1.19; 95% CI: 0.80–1.78). Ydermere fandt studiet, at kvinder med lav indkomst blev screenet i mindre grad end kvinder med høj indkomst (aOR: 0.59; 95% CI: 0.40-0.87), og det samme var gældende for kvinder der var immigreret til Australien, om end forskellen var ikke signifikant i den justerede analyse (aOR:0.94; 95%: 0.86–1.03). Kun 18.3% af de kvinder, som var udsat for vold, rapporterede det i opsporingen [34]. Dette studie bidrager derfor med viden om, at der er flere faktorer der påvirker sundhedsprofessionelles opsporing af vold – udover tidspunktet for opsporingen – samt at opsporingen af vold ikke er ensbetydende med, at voldsudsatte rapporterer vold. Disse faktorer vil blive belyst yderligere i efterfølgende kapitler.

04.07 Opsporingsmetode

Opsporingen af vold foregik enten via et selvrapporert spørgeskema eller mundtligt gennem en sundhedsprofessionel, typisk jordemoderen eller sundhedsplejersken (tabel 4.2.1), og det er på baggrund af litteraturen ikke muligt at vurdere, om den ene opsporingsmetode er mere effektiv end den anden. En oversigtsartikel sammenlignede mundtligt opsporing versus skriftlig/digital selvrapportering, og der blev ikke fundet nogen forskel i opsporingsmetoden (OR: 1.2; 95% CI: 0.53-2.36) [14].

Det norske randomiserede forsøg beskrev, at de nationale retningslinjer i Norge indeholder ”*stærk anbefaling*” om at spørge ind til vold via et motiveret interview, mens de i forsøget anvender digital selvrapportering af vold via en tablet [18]. Det er på baggrund af forsøget ikke muligt at vurdere den ene opsporingsmetode fremfor den anden. Forfattergruppen har dog lavet et kvalitativt studie i forbindelse med udviklingen af interventionen til deres randomiserede forsøg, hvor de matcher studiepopulation i det randomiserede forsøg, og interviewer kvinder fra krisecentre, der er voldsudsatte (n=16). Studiet finder, at digital opsporing af vold på en tablet er acceptabelt [35]. Faktorer af betydning for opsporing af vold vil blive belyst yderligere i følgende kapitler. Det australske randomiserede forsøg testede en intervention, hvor de bl.a. ændrede opsporingsmetoden fra mundtlig opsporing til selvrapportering, bl.a. fordi de via en litteraturgennemgang havde identificeret, at dette skulle være mere effektivt. Som nævnt ovenfor, fandt forsøget en højere opsporingsrate blandt interventionsgruppen, men da intervention indeholdt andre elementer end en ændring i opsporingsmetoden, kan effekten ikke nødvendigvis tilskrives den selvrapporterende tilgang [19]. Altså er det på baggrund af forsøget ikke muligt at konkludere at selvrapportering medfører en øget opsporingsrate.

04.08 Opsporing af vold blandt partnere til gravide og nye mødre

Der er kun identificeret ét studie der både opsporede vold blandt nye mødre og nye fædre, det såkaldte "SEEK"-studie (Safe Environment for Every Kidd) fra Sverige, der opsporede partnervold ved brug af PSQ-S-værktøjet [31]. Dette studie validerer PSQ-S-værktøjet op imod CAS-værktøjet, som er et internationalt valideret opsporingsværktøj. Studiet fandt, at PSQ-S havde lav sensitivitet – særligt blandt nye fædre (27% versus 52% blandt nye mødre) [31]. Resten af litteraturen opsporede udelukkende vold blandt de gravide eller nye mødre. Et studie fra Sverige pointerede dog, at såfremt partneren var til stede under jordemoderkonsultationen, hvor den gravide blev udspurgt om vold, blev denne informeret omkring, at den gravide skulle udfylde et spørgeskema om livsstil, og at partneren ligeledes skulde udfylde et om dennes livsstil, men partneren blev ikke udspurgt om vold i sit spørgeskema, og årsagen til dette er ikke nærmere udspecificeret i artiklerne [20, 21]. Som udgangspunkt er der dog ikke noget, der er til hinder for, at de identificerede opsporingsværktøjer vil kunne anvendes på partnere til gravide/nye mødre.

04.09 Henvisning til støtte- og behandlingsindsatser

I den identificerede litteratur, er der enkelte artikler, der forholder sig til samspillet mellem opsporing af vold og henvisning til støtte- og behandlingsindsatser. Overordnet set understreger oversigtsartiklerne vigtigheden af at have et tilbud og mulighed for henvisning af personer, der rapporterer voldsudsættelse i forbindelse med opsporing af vold samt at sundsplejersker og jordemødre spiller en vigtig rolle for identificering og håndtering af vold i nære relationer [14-17]. Ydermere finder oversigtsartiklen, der også undersøgte effekten af systematisk opsporing af vold i forskellige kliniske kontekster, at der ikke var nogen forskel i henvisning til støtte- og behandlingstilbud ved systematisk opsporing sammenlignet med individuel opsporing (OR: 2.24; 95% CI: 0.64 – 7.86) [14].

Det randomiserede forsøg fra Australien fandt, at der var højere grad af sikkerhedsplanlægning i interventionsgruppen end kontrolgruppen både efter et år (RR_{12 MDR}: 2.95; 95% CI: 1.11-7.82) og efter to år (RR_{24 MDR}: 3.37; 95% CI: 1.24-9.19), men at der generelt var få kvinder, som blev henvist til støtte- og behandlingsindsatser i begge grupper (<1%), og at der ikke var nogen forskel i henvisninger mellem de to grupper både efter et år (RR_{12 MDR}: 0.88; 95% CI: 0.36-2.14) og efter to år (RR_{24 MDR}: 0.77; 95% CI: 0.35-1.71) [19]. Ydermere blev henvisning til støtte- og behandlingsindsatser belyst i to tværsnitsstudier fra Danmark og Australien, og her fandt man at henholdsvis 13,7% [10] og 24,8% [28] blev henvist til interne eller eksterne tilbud.

04.10 Træningsmanualer og økonomisk data

Træningsmanualer fremgår ikke direkte af den identificerede litteratur, men der henvises til regionale guidelines for systematisk opsporing af vold (standardtilbuddet) i de to randomiserede forsøg. I det australske randomiserede forsøg fremgår træningsmanualer til interventionen ikke, men der bliver henvist til regionale guidelines, som også indeholder en beskrivelse af loven i Victoria omkring opsporing af vold i familien samt en henvisning til deres [MARAM] framework for opsporing og vurdering af vold i hjemmet. Disse dokumenter er af nyere dato end publikationen, så træningsmanualen, der ligger til grund for det standardtilbud, som interventionen sammenlignes med (kontrolgruppe), er derfor af ældre dato og svarer ikke nødvendigvis til den model, der anvendes i dag [19]. Træningsmanualer fremgår ligeledes ikke af det norske forsøg, men der bliver i baggrundsafsnittet henvist til de nationale retningslinjer for svangreomsorgen, som indeholder en beskrivelse af arbejdspraksis og et e-læringskursus om vold i nære relationer [18, 33]. Ydermere vil træningsmanualer fra det danske kohortestudie kunne rekvireres, om end de ikke fremgår af publikationen [10].

Økonomisk data på opsporing af vold fremgår ikke af den fundne litteratur, dog pointerer det randomiserede forsøg fra Australien, at det krævede ekstra økonomisk støtte fra regionen at udføre opsporingen af vold på et separat hjemmebesøg eller afsætte mere tid til opsporingen på et af sundhedsplejersken eksisterende besøg. Det er dog ikke udspecificeret, hvad de præcise omkostninger er [19].

04.11 Overførbarhed og kvalitetsvurdering af litteraturen

Overførbarheden af resultaterne er blevet vurderet i alle studier, men det er kun oversigtsartikler og randomiseret forsøg, der er kvalitetsvurderet. I alt er fire oversigtsartikler [14-17] og to randomiseret forsøg [18, 19] kvalitetsvurderet, og overførbarheden er vurderet i alle 20 videnskabelige artikler, som er inkluderet i dette kapitel [10, 14-32].

Oversigtsartikler

Overførbarheden af artiklerne vurderes som udgangspunkt til at være *høj*, såfremt resultaterne udelukkende kommer fra lande, der er sammenlignelige med Danmark (Europa, Canada, Australien, New Zealand), *moderat* såfremt resultaterne primært kommer fra lande, der ikke er sammenlignelige med Danmark og sekundært fra sammenlignelige lande, og *lav* såfremt resultaterne udelukkende baserer sig på lande, der ikke er sammenlignelige med Danmark. Dog kan overførbarheden nedgraderes yderligere fra *høj* til *moderat* eller *moderat* til *lav*, såfremt studiet er udført blandt populationer, der vurderes til ikke at være sammenlignelige med danske population (f.eks. aboriginer fra Australien).

Oversigtsartikler er blevet kvalitetsvurderet ved brug af AMSTAR-værktøjet, og en oversigt af disse kvalitetsvurderinger fremgår af bilag 3. Oversigtsartikler der vurderes til at være af høj kvalitet, har en AMSTAR score på 8-11, mens en score på 4-7 indikerer medium kvalitet og en score på 0-3 indikerer lav kvalitet. Når oversigtsartiklerne vurderes til at være af høj kvalitet, er det ensbetydende med, at der ikke er nogen kritiske svagheder, og at oversigtsartiklen giver en præcis og fyldestgørende opsummering af det undersøgte område, mens oversigtsartikler af moderat kvalitet har visse svagheder, der kan påvirke ens tiltro til opsummeringen. Endeligt har oversigtsartikler af lav kvalitet flere kritiske svagheder, der gør, at man har lav tiltro til, at den opsummerer det undersøgte område på fyldestgørende vis.

De inkluderede oversigtsartikler er vurderet til at have følgende kvalitet og overførbarhed:

Tabel 4.11.1 Kvalitetsvurdering og overførbarhed af oversigtsartikler med opsporingsværktøjer

Forfatternavn og årstal	Reference	AMSTAR score	Kvalitet	Overførbarhed
Andreu-Pejó (2022)	[15]	4	Lav	Moderat
O'Doherty (2015)	[14]	11	Høj	Moderat
Reinsperger (2015)	[16]	7	Moderat	Moderat
Román-Galvez (2021)	[17]	11	Høj	Lav

Altså, er der størst tiltro til, at oversigtsartiklerne af O'Doherty (2015) og Román-Galvez (2021) opsummerer den videnskabelige evidens litteratur på fyldestgørende vis, mens litteraturoversigten af Reinsberger (2015) har visse svagheder og Andreu-Pejó (2022) har flere kritiske svagheder, som gør, at man kan have lav tiltro til, at den opsummerer området på fyldestgørende vis. Alle oversigtsartiklerne inkluderer studier fra hele verden heriblandt lande der er sammenlignelige med Danmark (europæiske lande, Australien og Canada), men også en andel af studier, som der ikke vurderes til at være sammenlignelige med Danmark, og er der generelt en overvægt af studier fra USA. Overførbarheden af fundene fra oversigtsartiklerne vurderes derfor til at være moderat til lav.

Randomiserede forsøg

De randomiserede forsøg er blevet kvalitetsvurderet ud fra Cochranes risk of bias tool, der vurderer risici for selektions, performance, detektion, attrition og rapporteringsbias. Da det australske forsøg er et cluster randomiseret forsøg [19], vurderes dette også for risk of bias relateret til clusterdesignet. Belæggende for risikoen for bias-vurderingerne fremgår af bilag 4. Hvis der er høj eller uklar risiko for bias i et randomiseret forsøg, kan det påvirke ens tiltro til forsøgets resultater. De inkluderede forsøg har fået følgende risiko for bias vurdering:

Figur 4.11.1 Kvalitetsvurdering af randomiserede forsøg

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome assessment (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Baseline imbalance (cluster)	Recruitment bias (cluster)
Flaathen (2022)	+	?	+	+	-	+		
Taft (2015)	?	?	+	+	+	+	+	+

Begge studier vurderes at have uklarheder forbundet med deres randomiseringsmetoder, hvilket sætter dem i risiko for “selektion bias”, som kan påvirke den interne validitet i forsøgene. Da der er risiko for selektionsbias, vurderes begge forsøg at være overordnet i høj risiko for bias. Derudover er der risiko for “attrition bias” i det norske forsøg (Flaathen, 2022), da de har et stort frafald, og frafaldsgruppen er systematisk forskellig fra gruppen, der ikke frafalder. Det randomiserede design i det norske forsøg, knytter sig dog ikke til selve opsporingen af vold, men derimod til støtteindsatsen rettet mod voldsudsatte, så derfor vurderes risikoen for bias i det norske studie udelukkende at påvirke tiltroen til resultaterne der

omhandler indsatser. Overførbarheden af fundene fra det norske og australske forsøg vurderes til at være *høj*, da disse lande er sammenlignelige med Danmark.

Tværsnits-, kohorte- og mixed method-studier

Tværsnits-, kohorte- og mixed method-studierne er ikke blevet kvalitetsvurderet. Dog er ”styrker” og ”svagheder” ved hvert enkelt studie opsummeret i den individuelle gennemgang af hvert studie, som fremgår af bilag 2. Alle tværsnits- og kohortestudier foregår i lande, som er sammenlignelige med Danmark, og derfor vurderes overførbarheden af studierne resultater til at være *høj*. Studierne foregår i følgende lande: Danmark, Norge, Sverige, Island, Estland, Belgien, Frankrig, Canada og Australien [10, 20-30, 32].



05 Barrierer og facilitatorer for opsporing af vold

05.01 Faglig problemstilling

Forskning viser, at det ikke er alle sundhedsprofessionelle der opsporer vold, selv når der er retningslinjer omkring dette, og det er implementeret som en del af klinisk praksis [36]. Ydermere kan der være en række forskellige faktorer, der påvirker hvorvidt gravide, kommende og nye forældre, rapporterer vold, når de bliver spurgt ind til problematikken i forbindelse med graviditet og etablering af forældre. Dette kapitel afdækker den videnskabelige litteratur omkring barrierer og facilitatorer for sundhedsprofessionelles opsporing af vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre samt perspektiver fra gravide, kommende og nye forældre omkring faktorer af betydning for opsporingen.

Fokuseret spørgsmål

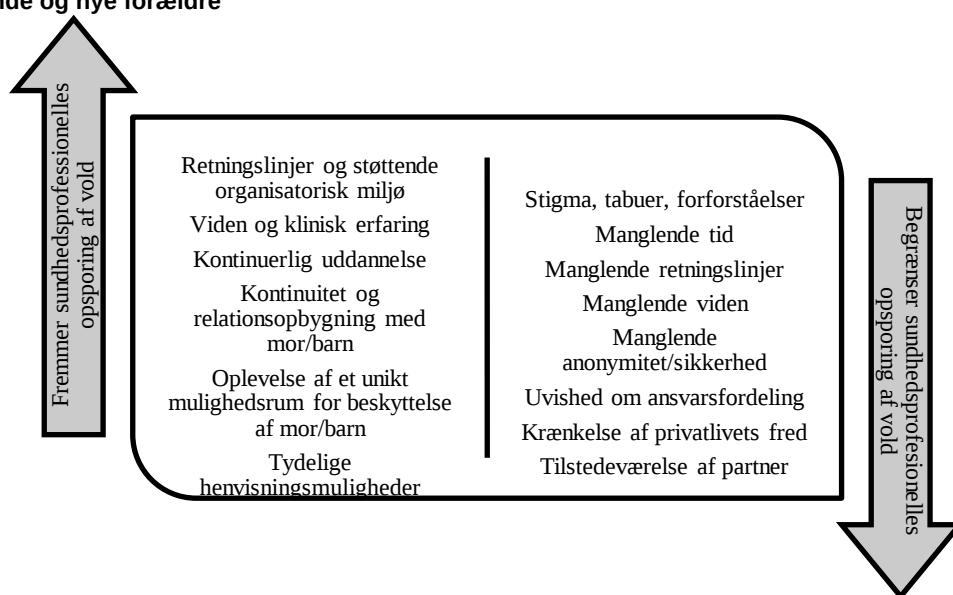
Hvilke barrierer og facilitatorer oplever sundhedsprofessionelle i forhold til at opspore vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre? Hvilke barrierer og facilitatorer rapporterer gravide, kommende og nye forældre i forhold til opsporing af vold?

05.02 Beskrivelse af identificeret litteratur

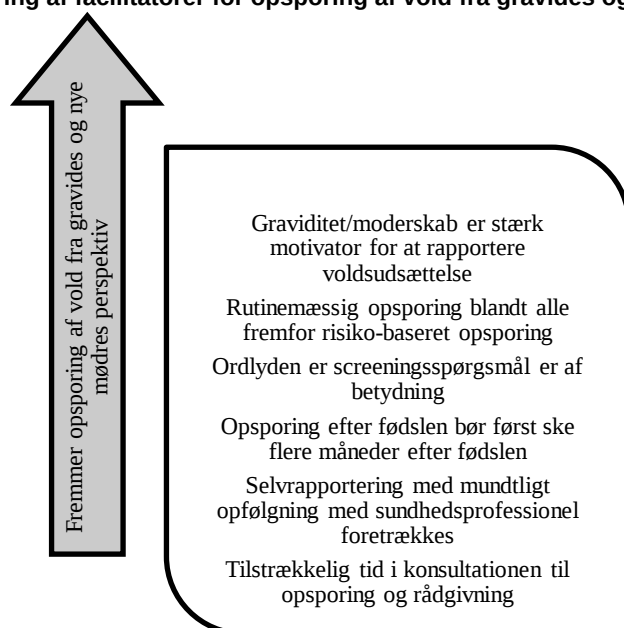
Dette kapitel sammenfatter resultaterne fra i alt 19 videnskabelige artikler – 14 videnskabelige artikler omkring sundhedsprofessionelles erfaringer med opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre og fem artikler omkring gravide og nye mødres erfaringer med opsporing af vold. Der er fundet ni kvalitative studier [37-45], to mixed method-studier [36, 46] samt tre oversigtsartikler [47-49], der belyser de sundhedsprofessionelles perspektiv og tre kvalitative studier [35, 50, 51] og to mixed method-studier [32, 52] der belyser gravides og nye mødres perspektiver på opsporing. Hver artikel er beskrevet individuelt i bilag 5 og kvalitetsvurderingen af oversigtsartiklerne fremgår af bilag 3.

Oversigtsartiklerne inkluderer studier fra hele verden, specifikt Australien, Canada, Holland, New Zealand, Sverige, Tyrkiet og USA [47-49]. De kvalitative- og mixed method-studier omfatter studier fra Australien [36, 39, 40, 42, 46, 50], Irland [45], Italien [41, 43], Norge [35, 44, 51], Sverige [32, 37, 38] og Tyskland [52]. De barrierer og facilitatorer som sundhedsprofessionelle identificerer for opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre, er opsummeret i figur 5.2.1. Den identificerede litteratur med gravide og nye mødres perspektiver beskriver kun facilitatorer for opsporing og ikke barrierer. De facilitatorer som gravide og nye mødre identificerer for opsporing af vold, er opsummeret i figur 5.2.2.

Figur 5.2.1 Opsummering af barrierer og facilitatorer for sundhedsprofessionelle opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre



Figur 5.2.2 Opsummering af facilitatorer for opsporing af vold fra gravides og nye mødres perspektiv³



³ Den identificerede litteratur rapporterer kunne facilitatorer for opsporing blandt gravide/nye mødre, hvorfor barrierer ikke fremgår af figuren.

05.03 Sammenfatning af barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle

I tabel 5.3.1 ses en oversigt over de inkluderede artikler og deres primære resultater/temaer med en opdeling af barrierer og facilitatorer. De inkluderede artikler varierer, hvad angår type af studiepopulation, dele af sundhedsvæsenet, som er i fokus, samt undersøgelsesdesign. Dette vanskeliggør muligheden for at kunne drage paralleller på tværs af studierne og oversigtsartikler. Dog er overordnede forhold, som går på tværs af de inkluderede artikler blevet opsummeret, velvidende at beskrivelser og nuancer går tabt.

Der er identificeret syv enten samfundsmæssige eller institutionelle/strukturelle barrierer for opsporing af vold. Ydermere er der identificeret syv institutionelle/strukturelle facilitatorer, som kan fremme opsporing af vold blandt sundhedsprofessionelle:

A. Samfundsmæssige barrierer

- I. Socioøkonomiske forhold
- II. Forudindtagethed/Stigma/tabu

B. Strukturelle/Institutionelle barrierer

- I. Manglende tid
- II. Usikkerhed om ansvar/snitflader
- III. Manglende retningslinjer
- IV. Manglende viden/uddannelse
- V. Manglende anonymitet/ Tilstedeværelse af familie/partner/voldsudøver

C. Strukturelle/Institutionelle facilitatorer

- I. Støttende miljø/retningslinjer
- II. Uddannelse, viden, klinisk erfaring og opsporingstilgange
- III. Kontinuitet, relationsdannelse og unikt mulighedsrum
- IV. Tydelige henvisningsmuligheder og samarbejde med støttetilbud

Tabel 5.3.1 Barrierer og facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle for opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre

		Eustace (2016) [40]	Henriksen (2017) [44]	Anderzén-Carlsson (2018) [38]	Anderzén Carlsson (2021) [37]	Finnbogabottir (2020) [53]	Webster (2019) [45]	Mauri (2015) [41]	Zobbi (2022) [43]	Baird (2021) [39]	Hooker (2015) [46]	O'Reilly (2019) [36]	Usanov (2023) [42]	LoGiudice (2015) [49]	Boyle (2021) [47]	Kalra (2021) [48]
		Norge		Sverige			Irland	Italien		Australien				NZ/SE/US	AUS/CA/NE/SE/US	AUS/NL/IR/MX/TR/US
Barrierer	Samfundsmæssige forhold		JORD										JORD			
													SYG			
													PRAK			
		JORD						JORD	JORD			JORD	JORD			
	Forudindtagethed/Stigma/tabu												SYG			
													PRAK			
	Manglende tid	JORD	JORD	SUND		JORD	JORD	JORD	JORD	JORD	SUND	JORD	JORD	JORD	SUND*	
													SYG	GYN-OBS		
													PRAK	SYG		
	Usikkerhed om snitflader/ ansvar												JORD		SUND	
													SYG			
													PRAK			
	Manglende retningslinjer	JORD	JORD		SUND	JORD	JORD			JORD	SUND	JORD		JORD	SUND	
														GYN-OBS		
														SYG		
														PRAK		
	Manglende viden og uddannelse	JORD	JORD	SUND		JORD	JORD	JORD	JORD	JORD	SUND	JORD	JORD	JORD	SUND	
													SYG	GYN-OBS		
													PRAK	SYG		
	Manglende anonymitet/tilstedeværelse af familie/voldsudøver/partner	JORD	JORD			JORD	JORD		JORD	JORD	SUND			JORD		
														GYN-OBS		
														SYG		
Facilitatorer	Institutionelle/strukturelle			SUND	SUND						SUND				SUND	
					SUND		JORD	JORD		JORD	SUND	JORD			SUND	JORD
	Kontinuitet, relationsdannelse og unikt mulighedsrum	JORD	JORD			JORD	JORD	JORD	JORD						SUND	
											SUND				SUND	

JORD=Jordemoder (herunder certificerede sygeplejerske-jordemoder); SUND=Sundhedsplejerske; GYN-OBS=gynækolog/obstetrik; SYG=Sygeplejerske; PRAK=raktiserende læge.

*Dette er en oversigtsartikel, som inkluderer alle typer af sundhedsprofessionelle der arbejder med nye mødre og deres børn (public health nurses, maternal and child health nurse, child health nurse, community midwife, etc. Det fremgår ikke tydeligt af artiklen, hvorledes de identificerede barrierer/facilitatorer varierer på tværs af grupper, men da det drejer sig om nye mødre og deres børn, er kategorien 'sundhedsplejersker' valgt)

05.04 Samfundsmæssige barrierer

Seks ud af 15 artikler viser, at der kan være samfundsmæssige barrierer til stede i forbindelse med opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre i form af socioøkonomiske forhold samt forudindtagethed, stigma og tabuer [36, 40-44]. Fem studier finder, at sundhedsprofessionelle kan have forskellige former for forudindtagethed, som resulterer i at opsporingen af vold i nogle tilfælde undlades [36, 40, 42-44]. Eksempelvis finder Henriksen (2017), at en af årsagerne til, at jordemødre undlod at spørge om vold var, at jordemoderen ikke havde mistanke om vold og ikke mente, at det fandt sted blandt veluddannede [44]. Ydermere kan forudindtagethed omhandle de sundhedsprofessionelles frygt for at krænke privatlivets fred ved at italesætte vold [40]. Derudover ytrede sundhedsprofessionelle også, at kvinders frygt for stigmatisering samt det faktum, at vold oftest anses som værende et kulturelt tabu, forhindrer dem i at rapportere den vold [41, 42].

05.05 Institutionelle/strukturelle barrierer

Manglende tid og usikkerhed om ansvar/snitflader

Samlet set peger den videnskabelige litteratur på, at manglende tid i klinisk praksis påvirker opsporingen af vold blandt gravide, kommende og nye forældre, og dette anses som værende en af de væsentligste barrierer blandt sundhedsprofessionelle for at opspore vold. Eksempelvis fandt Webster (2019), at et 'kaotisk' arbejdsmiljø afgjorde hvor meget tid jordemødre havde til at opspore vold [45], og en generel oplevelse af at manglende tid i klinisk praksis begrænsede muligheden for at opspore vold blev også identificeret i en række andre studier [40, 44, 53] og oversigtsartikler [47, 49]. De sundhedsprofessionelles oplevelse af at manglende tid er en barriere for opsporingen af vold til trods for, at de oplever, at opsporing af vold er særdeles hensigtsmæssigt, og at de har en afgørende rolle for at opspore vold [41, 53]. Flere artikler beskriver at sundhedsvæsenets organisering kan medvirke til at begrænse opsporing af vold. Dette skyldes bl.a. manglende ressourcer eller at opsporing af vold undlades grundet antagelser om, at andre sundhedsprofessionelle allerede har varetaget opsporing, således at de ikke skal bruge tid på det [36, 42, 46].

Manglende retningslinjer

I forlængelse af overstående fremgår det endvidere at de sundhedsprofessionelles faglige usikkerhed er forbundet med en oplevelse af manglende støtte fra organisationen, og etablerede henvisningssystemer og kliniske retningslinjer ville kunne afhjælpe det [36, 37, 39-42, 44-46, 53]. Eksempelvis beskrives det i oversigtsartiklen af LoGiudice (2015) at sundhedsprofessionelles ønsker om ensartede retningslinjer kan være medvirkende til en form for ramme og støtte i klinisk praksis [49]. Dette understreges ligeledes i det svenske studie af Anderzén-Carlsson (2021), hvor det bliver beskrevet, at der mangler klare retningslinjer og instruktioner om, hvad man skal gøre i mødet med den voldudsatte og deres familier [37]. Dette blev ligeledes dokumenteret i oversigtsartiklen af Boyle (2021) [47].

Manglende viden og uddannelse

I forlængelse heraf fremgår det ydermere, at en anden væsentlig barriere blandt sundhedsprofessionelle er, at de ofte ikke føler sig klædt på til at opspore vold blandt gravide, kommende og nye forældre, og manglende uddannelse og viden er ligeledes en væsentlig barriere for opsporing af vold [36, 38-46, 53]. Eksempelvis beskriver Usanov (2023), at manglende viden og bevidsthed blev tilskrevet utilstrækkelig uddannelse og træning, og dette udmønter sig i en faglig usikkerhed/ professionel tvivl blandt de sundhedsprofessionelle [42]. Derudover fandt flere studier, at nogle sundhedsprofessionelle anser vold som sjældent eller antager at den voldsudsatte selv rapporterer voldsudsættelsen uden at blive spurgt, hvilket også kan være et udtryk for en generel manglende viden omkring feltet [36, 43, 44]. Ydermere viser litteraturen, at de sundhedsprofessionelle følelser sig usikre med hensyn til håndteringen af vold, og dertil oplever de en ambivalens, hvis en kvinde rapporterede, at hun levede i et voldeligt miljø [42, 44, 45, 49]. I tråd med dette oplever flere af de adspurgte sundhedsprofessionelle i studierne af Baird (2021) [39] og Eustace (2016) [40] forsat en usikkerhed på trods af uddannelse og træning.

Manglende anonymitet og tilstedeværelse af familiemedlemmer/voldsudøver/partner

Litteraturen viser endvidere, at rammerne for mødet med de gravide, kommende og nye forældre kan medvirke til at begrænse opsporing af vold [39-46, 53]. Dette handler om, at de sundhedsprofessionelle oplever at tilstedeværelsen af partner – eller andre familiemedlemmer – er en barriere for at opspore vold i nære relationer. Ligeledes handler det om, at sundhedsprofessionelle kan være forhindrede i at gøre det, som er mest hensigtsmæssigt for den voldsudsatte, fordi strukturerne i sundhedsvæsenet ikke er tilpasset de mere komplicerede forhold som vold indebærer. Eksempelvis beskrives det, at sundhedsydelse i forbindelse med graviditet oftest involverer kvindens partner, men at dette kan skabe en barriere for at opspore partnervold blandt gravide [39, 40, 43, 44, 46, 53]. Ydermere beskriver sundhedsplejersker, at det opleves som vanskeligt at opspore vold under et hjemmebesøg pga. tilstedeværelsen af partner, men også andre familiemedlemmer såsom ældre børn, bedsteforældre mv. [46].

Endeligt belyste ét studie også denne problematik blandt gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund og pointerede, at det var vigtigt at sikre tolkestøtte ved opsporingen af vold blandt disse grupper, således at et givet familiemedlem eksempelvis ikke tolkede på vegne af den gravide kvinde [53].

05.06 Institutionelle/strukturelle facilitatorer

Størstedelen af den fundne litteratur identificerede også en række facilitatorer, der adresserede ovennævnte institutionelle/strukturelle barrierer [36-41, 43-47, 53]. Ydermere bidrog oversigtsartiklen af

Kalra (2021) specifikt med viden omkring sammenhængen mellem forskellige typer af træning og tilgange til opsporing af vold [48].

Retningslinjer uddannelse, træning og tilgange til opsporing af vold

Den videnskabelige litteratur viser, at løbende træning og uddannelse er essentiel for at identificere vold og dermed facilitere opsporing [36, 37, 39, 41, 46-48, 53], og dertil er det vigtigt med tydelige organisatoriske retningslinjer samt en oplevelse af at organisationen støtter op omkring opsporing af vold [37, 47, 49, 53]. Dog kan træning og uddannelse variere, hvilket bliver belyst i oversigtsartiklen af Kalra (2021) [48]. Artiklen inkluderer 19 studier (17 randomiserede forsøg og to kvasi-randomiserede forsøg), og skelner overordnet set imellem to forskellige tilgange til at opspore vold, den såkaldte AVDR-tilgang versus RADAR-tilgangen:

- **AVDR- tilgangen** (Asking, Validating, Documenting and Referral) indbefattede at spørge ind til vold på en ikke fordomsfuld måde, give støttende kommentarer, der bekræfter den voldsudsattes selvværd og at vold er forkert, korrekt dokumentere tegn og symptomer på vold enten på skrift eller med billeder samt henvise voldsudsatte til rådgiver og støtteindsatser.
- **RADAR-tilgangen** (Routine screening, Ask direct questions, Document your findings, Assess patient safety, Review patient options and referrals) indbefattede systematisk opsporing, brug af opsporingsværktøj samt vurdere patientens sikkerhed og gennemgang af muligheder for støtte samt henvisninger til indsatser. Ydermere involverede RADAR-tilgangen typisk 3-6 timers teoribaseret traumeundervisning samt sessioner med lokale voldsorganisationer.

Studier, der gjorde brug af den ene eller anden tilgang, havde forskellige træningsprogrammer rettet mod de sundhedsprofessionelle. Formatet af træning varierede mellem digital træning og anvendte trykte ressourcer samt vekslede mellem klasseværelsesundervisning og online workshops. Længden på træningsprogrammerne varierede også fra 15 min. til 15 timer, og 9 ud af 19 studier gav 2 timers træning eller mindre. Ydermere involverede nogle træningsprogrammer motiverende interview. Længden på træningsprogrammerne varierede ligeledes fra 15 min. til 15 timer. Oversigtsartiklen fandt, at i forhold til ingen træning, så forbedrede træning sundhedsprofessionelle forståelse af vold og deres opfattelse af at være bedre til at respondere på vold. Dog var der ikke nogen entydig effekt af træning på sundhedsprofessionelles adfærd i forhold til henvisning til indsatser, opsporing af, dokumentation af og respons på vold.

Ydermere blev det fundet for AVDR-tilgangen, at træningsprogrammer der blev leveret i et stræk (<end en dags varighed); træning der gjorde brug af rollespil samt cases havde en positiv effekt på sundhedsprofessionelles holdning til vold i forhold til ingen træning. Der blev ikke fundet nogen effekt af gruppetræningssessioner fremfor individuel træning.

Kontinuitet, relationsdannelse og unikt mulighedsrum

Flere artikler fremhævede, at opbygningen omkring kontinuitet og muligheden for relationsdannelse mellem den voldsudsatte og den sundhedsprofessionelle fremmer opsporing af vold [40, 41, 43, 44, 47, 53]. Dertil anser flere sundhedsprofessionelle graviditeten og moderskabet som et unikt mulighedsrum for opsporing af vold, og det er derfor deres faglige pligt at opspore vold [43, 45, 53].

05.07 Sammenfatning af facilitatorer blandt gravides og nye mødre

Sammenfatning af fund

Litteraturen der belyste de gravides og nye mødres perspektiv adresserede følgende emner:

- Moderskab
- Systematisk opsporing af alle grupper
- Ordlyd og sprog
- Tidspunkt for opsporing
- Opsporingsmetode

Graviditeten og det nyfødte barn blev anset som en stærk motivation for at fortælle om voldsudsættelse, og derfor var opsporing af vold i forbindelse med graviditet og etablering af forældreskab hensigtsmæssigt [32, 51, 52]. Både de gravide og de nye mødre var positivt indstillet overfor opsporing af vold i en klinisk kontekst. Dog blev det foretrukket at opsporingen blev udført systematisk blandt alle med henblik på at undgå stigmatisering af visse grupper [32, 52]. Den positive opfattelse af systematisk opsporing af vold blev også delt af de voldsudsatte gravide, der ikke havde tilkendegivet vold ved den systematiske opsporing hos jordemoderen [50], da samtalen om vold kunne være medvirkende til senere at erkende og senere søge hjælp. Ydermere blev det fremhævet, at opsporing af vold burde ske uden partnerens tilstedeværelse [32, 52].

Ordlyden af screeningsspørgsmålene og sproget var også centralt for opsporingen. Spørgsmålene kunne opleves som konfronterende, og derfor blev det fremhævet, at det var vigtigt at starte med indledende spørgsmål, hvor graden af den voldsomme handling var mindre voldelig, eksempelvis om psykisk vold [35, 51]. Blandt kvinder med etnisk minoritetsbaggrund var det afgørende, at opsporingen blev foretaget på modersmålet for at sikre korrekt opfattelse af spørgsmålene samt at informationsmateriale også var tilgængeligt på flere sprog [35, 51].

Endeligt var tidspunktet for opsporingen og opsporingsmetoden også et emne i flere af studierne. Selvom størstedelen af deltagerne foretrak rutineopsporing i forbindelse med en rutineundersøgelse, blev det pointeret at opsporing umiddelbart efter fødslen (1-7 dage efter fødslen) ikke var hensigtsmæssigt [52]. Et andet studie påpegede, at 6 mdr. børneundersøgelse ved sundhedsplejen ville være et godt tidspunkt til opsporing af vold [32]. Dog blev der kun fundet dette ene studie, som fandt, at det specifikt var 6 måneder efter fødslen. Modsat har et andet studiet anbefalet opsporing af vold 3-4 måneder post-partum (jf. kapitel 4.6). I forhold til opsporingsmetoden, så foretrak deltagerne at besvare spørgsmål om partnervold skriftligt, men de lagde vægt på, at der skulle være en mundtlig og personlig opfølgning på spørgsmålene [32, 35, 51]. Derudover blev det pointeret, at det var vigtigt, at den person, der faciliterede samtalen, havde tilstrækkelig tid til at følge op på opsporingen og tilbyde rådgivning [50, 52].

05.08 Overførbarhed og kvalitetsvurdering af litteraturen

Overførbarheden af resultaterne er blevet vurderet i alle 19 videnskabelige artikler, der indgår i dette kapitel [32, 35-52]. Derudover indgår de tre oversigtsartikler, som også er blevet kvalitetsvurderet [47-49].

Oversigtsartikler

Som beskrevet i foregående kapitel og kapitel 7 (metode), vurderes overførbarheden af artiklerne til at være *høj*, såfremt resultaterne udelukkende kommer fra lande, der er sammenlignelige med Danmark (Europa, Canada, Australien, New Zealand), *moderat* såfremt resultaterne primært kommer fra lande, der ikke er sammenlignelige med Danmark og sekundært fra sammenlignelige lande, og *lav* såfremt resultaterne udelukkende baserer sig på lande, der ikke er sammenlignelige med Danmark. Ydermere kan overførbarheden nedgraderes yderligere, såfremt populationerne der indgår i studierne ikke vurderes sammenlignelige med Danmark. Oversigtsartikler er blevet kvalitetsvurderet ved brug af AMSTAR-værktøjet, og en oversigt af disse kvalitetsvurderinger fremgår af bilag 3. De inkluderede oversigtsartikler er vurderet til at have følgende kvalitet og overførbarhed:

Tabel 5.8.1 Kvalitetsvurdering og overførbarhed af oversigtsartikler med barrierer for opsporing

Forfatternavn og årstal	Reference	AMSTAR score	Kvalitet	Overførbarhed
Boyle (2022)	[47]	5	Moderat	Moderat
Kalra (2021)	[48]	11	Høj	Lav
LoGiudice (2015)	[49]	4	Lav	Moderat

Kvalitative og mixed method-studier

Kvalitative og mixed method-studier er ikke blevet kvalitetsvurderet. Dog er ”styrker” og ”svagheder” ved hvert enkelt studie opsummeret i den individuelle gennemgang af hvert studie, som fremgår af bilag

5. Alle studierne foregår i lande, som er sammenlignelige med Danmark, og derfor vurderes overførbarheden af studierne resultater til at være *høj*, bortset fra Spangaro (2020) [50], hvor overførbarheden vurderes til *moderat*. Dette skyldes, at studiet foregår i Australien – som er sammenligneligt med Danmark – men målgruppen for opsporingen af aboriginske kvinder, og derfor er overførbarheden nedgraderet. Blandt studierne med sundhedsprofessionelle (n=12) er der en overvægt, der udelukkende belyser jordemødrenes perspektiv (n=8/12) og kun tre studier belyser sundsplejerskernes perspektiv, mens ét studie inddrager sygeplejerskers og lægers perspektiv. Ydermere bliver jordemødrenes perspektiv også belyst i to ud af tre oversigtsartikler, men her indgår andre faggrupper også. Den identificerede litteratur omkring sundhedsprofessionelle perspektiver baserer sig således primært på jordemødres perspektiv i forhold til at opspore vold blandt gravide. Ydermere er der ikke identificeret nogle studier, der belyser perspektivet omkring opsporing af vold fra kommende/nye fædre/partnere og udøvere. De fundne litteratur belyser altså udelukkende gravides og nye mødre perspektiv.



06 Opmærksomhedspunkter i forhold til befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund

06.01 Begrebsafklaring

I dette afsnit præsenteres særskilt resultater fra litteraturgennemgangen om opsporing af vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund, da dette er et særskilt fokusområde i de faglige anbefalinger. Befolkningsgrupper med etnisk minoritetsbaggrund er en heterogen gruppe, og det er væsentligt at påpege, at resultaterne fra den identificerede litteratur ikke kan generaliseres til alle personer med etnisk minoritetsbaggrund, da der kan være betydelige individuelle variationer. I rapporten henviser betegnelsen "etnisk minoritetsbaggrund" til tilhørsforholdet til en mindre etnisk gruppe i samfundet, og opdelingen mellem "vestlig/ikke-vestlig" minoritetsstatus anvendes ikke i rapporten. I gennemgangen af studierne i rapporten refererer vi til kvinderne eller deres forældres fødeland eller etnisk minoritetsforhold, hvis dette er oplyst. Begreberne "kultur", "ære" og "social kontrol" anvendes udelukkende, hvis det er anvendt i den identificerede litteratur. Den indledende introduktion til kapitlet er lavet af eksperter fra indvandrermedicinske klinikker og skal bidrage til en dybere forståelse af de unikke udfordringer og nuancer, som særligt udsatte gravide eller nye mødre med etnisk minoritetsbaggrund kan stå over for.

06.02 Faglig problemstilling

Erfaringer fra danske indvandremedicinske klinikker viser, at kvinder med etnisk minoritetsbaggrund kan have særlige støttebehov i forhold til opsporing af i vold i nære relationer. For eksempel kan kvinder med etnisk minoritetsbaggrund befinde sig i et svært krydspres med modsatrettede forventninger og krav fra forskellige områder af deres liv. De kan være familiesammenførte og mangle støtte fra deres familie vedrørende vold, graviditet og barsel, samtidig med at de skal håndtere krav fra samfundet om integration, sprogindlæring, arbejde, praktik og eventuel ansøgning om forlængelse af opholdstilladelsen. I hjemlandet kan der også være pres fra familien om fx at sende penge hjem. Hvis kvinden samtidig befinder sig i en familie, hvor vold accepteres som en del af nære relationer, har hun meget begrænsede muligheder for at undslippe volden. Volden udøves ikke nødvendigvis kun af partneren men kan også stamme fra andre nære relationer som fx svigerforældre. At rapportere vold til sundhedsprofessionelle kan

derfor være skræmmende og særligt for nogen kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, kan krydspreset være yderligere belastende.

Formålet med dette kapitel er at undersøge videnskabelig litteratur og grå litteratur fra Skandinavien om opmærksomhedspunkter og anbefalinger til opsporing af vold i nære relationer blandt befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund.

Fokuseret spørgsmål

Hvilke elementer skal man være opmærksom på i forbindelse med opsporing af vold rettet mod gravide, kommende og nye mødre med etnisk minoritetsbaggrund?

06.03 Beskrivelse af identificeret litteratur

Videnskabelig litteratur

Der blev identificeret ni videnskabelige publikationer, der udsprang af seks forskellige studier. Alle studierne er opsummeret i tabel 6.3.1. Studierne foregik i Norge [35, 51, 54, 55], Sverige [53, 56], Australien [50, 57] og Storbritannien [58]. Alle studierne anvendte kvalitative metoder og fokuserede på voldsopsporing i forbindelse med graviditet inden for rammerne af svangreomsorgen. Fem af artiklerne fokuserede på voldsudsatte kvinder [35, 50, 51, 55, 56], mens de resterende fire fokuserede på sundhedsprofessionelle - specifikt jordemødre [53, 54, 57, 58]. Derfor blev der ikke fundet nogle studier, der adresserede æresrelateret vold specifikt men dog som delfund. Voldsudøverens perspektiv eller andre faggruppers oplevelser (ud over jordemødre), der arbejder med gravide, kommende og nye forældre, fremgik heller ikke i litteraturen. To af studierne inkluderede kvinder fra krisecentre [35, 55].

Studierne, hvor kvinder med etnisk minoritetsbaggrund indgik som studiepopulation, varierede i forhold til etnisk minoritetsforhold. Byrskog (2016) inkluderede kvinder, der var født i Somalia og havde været i Sverige i mindre end 4 år. Garnweidnar-Holme (2017) inkluderede kvinder, der var født i Irak, Tyrkiet, Pakistan, Polen og Spanien, mens Walter (2021), og Flaathen (2021) udgik fra samme studiepopulation, som inkluderede norske såvel som kvinder, der var født i Pakistan og Somalia. Spangaro (2020) omhandlede aboriginske kvinder i Australien [35, 50, 51, 55, 56].

Tabel 6.3.1 Beskrivelse af inkluderede studier

Forfatter	Ref.	Land	Beskrivelse
Baird (2013)	[58]	Storbritannien	Anvendte kvalitative interviews til at undersøge jordemødres praksis for screening af vold i konsultationen fem år efter undervisning og implementering.
Byrskog (2016)	[56]	Sverige	Undersøgte gennem kvalitative interviews somalisk fødte immigranternes oplevelse af at få spørgsmål om partnervold i forbindelse med jordemoderkonsultationerne i Sverige.

Finnbogadóttir (2020)	[53]	Sverige	Fokusgruppediskussioner med 16 svenske jordemødre ansat på en hospitalsafdeling (svangreafdeling) i forhold til deres oplevelse med opsporing af vold, når kvinden tilhører en etnisk minoritet, vurderet ud fra om der er sprogbarrierer.
Flaathen (2021)	[35]	Norge	Et brugerinddragelsesstudie i udviklingen af en tablet-baseret indsats, hvor en del af formålet var at gøre indsatsen kulturel sensitiv. 16 kvinder deltog i fokusgruppeinterview både med eller uden oplevelse af partnervold. Deltagerne kom fra Norge, Iran og Indien.
Garnweidner-Holme (2020)	[59]	Norge	Anvendte kvalitative interviews til at undersøge jordemødres oplevelser ved at rekruttere gravide deltagere med forskellige etniske baggrunde til en tabletbaseret indsats mod partnervold.
Garnweidner-Holme (2017)	[55]	Norge	Kvalitative interviews med kvinder med etnisk minoritetsbaggrund (født i Irak, Tyrkiet, Pakistan, Polen og Spanien). Belyser deres oplevelser med partnervold og kommer med anbefalinger til, hvordan sundhedsprofessionelle skulle adressere dette i konsultationen.
Peters (2020)	[57]	Australien	Anvendte kvalitative interviews til at undersøge jordemødres oplevelser med rutinemæssig opsporing af vold blandt gravide med etnisk minoritetsbaggrund.
Spangaro (2020)	[50]	Australien	Undersøgte gennem 12 kvalitative interviews med voldsudsatte gravide aboriginere, hvilke faktorer der påvirkede, hvorvidt deltagerne fortalte om partnervold i forbindelse med rutinemæssig screening i jordemoderkonsultationen
Walter (2021)	[51]	Norge	Undersøgte 10 voldsudsatte deltagers holdninger til opsporing af vold i forbindelse med graviditeten. Kvinderne var født i Norge, Pakistan eller Somalia.

Grå litteratur

Grundet den sparsomme videnskabelige litteratur på området, blev der derudover også afsøgt supplerende grå litteratur ved at kontakte eksperter på området i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Island. Denne afsøgning resulterede i seks rapporter, hvoraf tre var relevante at inddrage i denne rapport – én rapport fra den svenske socialstyrelse, i.e. *Bedömning av hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer* [60], én rapport fra Institut for Menneskerettigheder, i.e. *”Udenlandske kvinder fastholdt i voldeligt ægteskaber* [61], én rapport fra Nordisk Ministerråd, i.e. *”Tiltak for voldsudsatte minoritetskvinner. Noen nordiske erfaringer”* [62].

06.04 Samlede opsummering af resultater

På baggrund af den identificerede litteratur er det muligt at identificere visse opmærksomhedspunkter, om end fundene skal læses i lyset af en række forbehold, se afsnit 05.08.

- **Tolkning:** Brugen af certificerede tolke trænet i samtale om vold er fundet at fremme opsporing, da nogle kvinder med etnisk minoritetsbaggrund ikke har forudsætninger for at besvare spørgsmål om vold, hvis sprogbarrieren ikke imødekommes. Dog er der en bekymring blandt nogle voldsudsatte omkring, hvorvidt tolken overholder sin tavshedspligt, særligt blandt små minoritetsgrupper. Hvis ægtefællen/familie deltager i en konsultation og agerer tolk kan dette forhindre opsporingen af vold, heriblandt æresrelateret vold [39, 53, 55, 57-60].

- **Sikkerhed, opholdstilladelse og socialt netværk:** Nogle kvinder med etnisk minoritetsbaggrund beskriver i litteraturen en bekymring for konsekvenserne ved at rapportere vold, såsom frygt for deres personlige sikkerhed, at krænke familiens ære eller at miste sin opholdstilladelse, hvis migrationstaus er betinget af et ægteskab med voldsudøveren. Derudover er der bekymringer om at miste sit sociale netværk samt forældremyndigheden over sine børn, hvis kvinden rapporterer om volden. Nogle kvinder står derfor i en meget sårbar situation, hvor andre aspekter vejer tungere end behov for at komme fri af volden [35, 50, 51, 55, 57, 61, 62].
- **Konsekvenser ved opsporing af vold:** Studierne reflekterer generelt en positiv indstilling til opsporing af vold både blandt sundhedsprofessionelle og kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Men forskellige opfattelser af hvad vold er og i hvilket omfang, det er socialt accepteret varierer i litteraturen nogle gange mellem de sundhedsprofessionelle og kvinderne. Dette kan i nogle tilfælde udfordre opsporingen af volden. Det fremgår af litteraturen, at konteksten for voldopsporingen bør være tydelig herunder også de juridiske, sociale og sundhedsmæssige konsekvenser af at rapportere om vold [50, 55, 56, 61].
- **Særlige faktorer fremhævet af sundhedsprofessionelle:**
 - Tillid og kontinuitet: Jordemødre og kvinder i studierne belyser vigtigheden af relationsdannelse, forstået som den proces hvori der udvikles en relation mellem sundhedsprofessionellet og kvinden. Denne relation er i litteraturen fremhævet som særlig vigtig for kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, og før der introduceres til spørgsmål om partnervold. Etablering af tillid, åbenhed, forståelse og respekt forekommer at være vigtige faktorer for opsporing af vold. Dette skyldes blandt andet spørgsmålenes personlige følsomhed, den større grad af mistillid til sundhedsvæsenet blandt familien og kvinden, samt forståelsen af, at vold er en privat sag, som normalt håndteres inden for familien eller det sociale netværk. Det påpeges også i litteraturen, at rækkefølgen af spørgsmål har en betydning, så mindre konfronterende spørgsmål om vold fremlægges først. Ydermere er kontinuitet i kontakten med sundhedsprofessionelle centralt for at rapportere vold [50, 55, 56].
 - Digital opsporing: Det anbefales i studierne at, opsporingen fremgår på modersmålet og digital selvrapportering opfattes som mindre konfronterende [35, 51, 59]⁴.
 - Retningslinjer for og undervisning af sundhedsprofessionelle: Voldopsporing er anbefalet at tage højde for kulturelle normer, værdier og sensitivitet. Litteraturen understreger behovet for, at sundhedsprofessionelle får udbygget deres interkulturelle kompetencer

⁴ Alle disse referencer er til norske studier, som udgår fra samme forskningsgruppe.

gennem undervisning, så sundhedsprofessionelle forstår den kulturelle baggrund, herunder kulturelle normer om kønsroller, familiestrukturer og andre faktorer, der kan påvirke kvindens villighed til at rapportere vold. Der understreges et øget behov for retningslinjer til sundhedsprofessionelle, så opsporingen af vold ikke er baseret på de enkelte sundhedsprofessionelles intuition, fornemmelser og forforståelse [50, 53, 55-57].

- *Brobygning på tværs af sektorer:* Litteraturen indikerer en generel positiv indstilling overfor opsporing af vold i svangreomsorgen, men det fremhæves, at information om og opsporing af vold bør ske af alle, der varetager samtaler med kvinder med etnisk minoritetsbaggrund (sprogskoler, egen læge, mm). Derudover er begrænset viden hos kvinderne om sundhedssystemets muligheder for hjælp og støtte en barriere for at rapportere vold. Samarbejde mellem sundhedsvæsenet og foreninger, der specifikt arbejder med befolkninger med etniske minoritetsbaggrund, er i studierne angivet som mulighed for at fremme viden om opsporingen af vold [50, 56, 59].

06.05 Sammenfatning af videnskabelig litteratur med kvinder med etnisk minoritetsbaggrund

Der blev identificeret fem artikler, der belyste voldsudsatte kvinder med etnisk minoritetsbaggrunds perspektiver på opsporing af vold i forbindelse med graviditet [35, 50, 51, 55, 56]. Overordnet set kan fundene opdeles i en række faktorer, der fungerer som barrierer eller facilitatorer, og derved henholdsvis hæmmer eller fremmer opsporing af vold. Rapporten her sammenfatter barriererne og facilitatorerne i tabel 6.5.1, men kategorierne oplistes også her.

Følgende kategorier af barrierer blev identificeret:

- Interkulturelle- og sundhedskompetencer
- Tolkning
- Krydspres

Og følgende kategorier af facilitatorer blev identificeret:

- Sundhedssystemet
- Interkulturelle- og sundhedskompetencer

Hver overordnet kategori af barrierer og facilitatorer har forskellige underemner, hvor visse af disse emner kun er blevet identificeret i et enkelt studie, mens andre emner blev identificeret i flere studier, se tabel 6.5.1 for videre forklaring.

Tabel 6.5.1: Barrierer og facilitatorer blandt gravide med etnisk minoritetsbaggrund

Land			Sverige	Norge	Norge	Norge	Australien
Forfatter og årstal			Byrskog (2016) [56]	Garweid-nar-Holme (2017) [55]	Flaathen (2021)* [35]	Walter (2021)* [51]	Spangaro (2020) [50]
Målgruppe og tidspunkt for voldsopsporing			Graviditet	Graviditet	Graviditet	Graviditet	Graviditet
Barrierer	Interkulturelle- og sundhedskompetencer	Voldsopsporing for tidligt i graviditeten (manglende relationsopbygning)					
		Manglende kendskab til sundhedsvæsenet og offentlige støtteindsatser					
		Manglende oplevelse af sikkerhed og mistillid til offentlige instanser (institutionel racisme)					
		Voldsspørgsmål er sensitive og et privat anliggende, som løses i familien					
		Usikkerhed om årsag til/konteksten for voldsopsporing					
		Anonymitet overfor voldsudøver					
	Tolk	Manglende tolkning for at sikre retmæssig opsporing					
		Manglende tavshedspligt tolk					
	Knyds pres	Bekymring for tvangsfjernelse af børn					
		Manglende socialt netværk ved rapportering af vold					
Facilitatorer	Sundhedssystemet	Information om årsag til opsporing af vold					
		Konsekvenser af vold og af at rapportere vold (sundhedsmæssige/juridiske/sociale)					
		Digital opsporing er mindre konfronterende					
		Spørgsmål om vold bør først komme senere i graviditeten og med mindre konfronterende voldsspørgsmål først					
		Professionelle tolke med erfaring i samtale om vold					
		Kontinuitet blandt personalet fremmer tilliden til at rapportere vold					
		Tværsektorielt samarbejde etniske minoritets-/kulturelle foreninger samt støttetilbud rettet mod etniske minoritetsgrupper					
	Interkulturelle aspekter	Sikkerhed og anonymitet overfor voldsudøveren samt sikkerhed for at modtage hjælp					
		Dialog om partnervold baseret på forståelse om interkulturelle forskelle, hvor behov hos enkeltpersoner blev forstået og anerkendt					

Interkulturelle og sundhedskompetencer

Flere af studierne fremhævede forskellige elementer, der knyttede sig til interkulturelle og/eller sundhedskompetencer, der havde betydning for opsporing af vold i forbindelse med graviditet. F.eks. fandt to studier, at en barriere for opsporing af vold var, at opsporingen var placeret for tidligt i

graviditetsforløbet – altså før der var opbygget en relation mellem den sundhedsprofessionelle og den gravide. Dette element var vigtigt, da der blev fundet en større mistillid til offentlige instanser blandt visse grupper med etnisk minoritetsbaggrund [50, 56]. Derudover fandt to studier, at voldsspørgsmål blev opfattet som sensitive og var et privat anliggende, der blev adresseret inden for familien [50, 56], og hvis årsagen og konteksten for opsporingen ikke var tydelig, var dette også en begrænsende faktor for opsporing [55, 56]. Ydermere ansås manglende kendskab til sundhedssystemet og støtteindsatser som en barriere [56], og et australsk studie fandt også, at institutionel racisme var en barriere for opsporing [50]. Endeligt var en fremtrædende barriere for opsporing en oplevelse af manglende sikkerhed og anonymitet, såfremt man rapporterede vold [35, 50, 51, 55, 56].

Den mest fremtrædende facilitator for opsporing af vold blandt etniske minoriteter var at sikre anonymitet, sikkerhed samt forsikring om at modtage hjælp [35, 50, 51, 55]. Dernæst var en anden vigtig faktor, at sundhedsprofessionellet havde modtaget interkulturelle kompetencer gennem undervisning, der sikrede, at kvinderne blev mødt af sundhedsprofessionelle, der havde en forståelse for normer om kønsroller, familiestrukturer og andre faktorer, der kunne påvirke personens villighed til at rapportere om vold [50, 55, 56].

Tolke og krydspres

Et studie fandt, at manglende tolkning og sikring af at tolke overholdt deres tavshedspligt var en barriere for opsporing, og at brugen af professionelle, certificerede tolke fremmede opsporingen af vold [55]. Derudover blev det krydspres, som kvinder med etnisk minoritetsbaggrund kan opleve også belyst. To studier fandt, at en bekymring for tvangsfjernelse af børn var en barriere for opsporing [35, 50], og derudover fandt et studie, at frygten for at miste sit sociale netværk også var en barriere for at rapportere om vold [35].

Sundhedssystemet

Litteraturen belyste også en række facilitatorer knyttet til sundhedsvæsenet, som kvinder med etnisk minoritetsbaggrund mente kunne fremme opsporingen af vold. Disse indbefattede, at sundhedsprofessionelle der opsporede vold skulle være tydelige i deres kommunikation omkring årsagen til opsporingen af vold samt de sociale, juridiske og sundhedsmæssige konsekvenser ved at opspore vold [55, 56]. Ligeledes blev det fremhævet, at der skulle være tid til relationsopbygning, inden sundhedsprofessionelle startede opsporingen af vold [35, 55, 56], og hvis man anvendte opsporingsværktøjer, skulle mindre konfronterende spørgsmål komme først. Ydermere blev digital selvrapportering anskuet som mindre konfronterende end mundtlig opsporing [35, 51]. Endeligt var brobygning med foreninger/støtteindsatser, der arbejdede specifikt med befolkningsgrupper med etnisk minoritetsbaggrund fremmende for opsporingen af vold [50, 56].

06.06 Sammenfatning af videnskabelig litteratur med jordemødre

Der blev identificeret fire artikler, hvor perspektiver fra jordemødre blev belyst [53, 54, 57, 58]. Flere af de barrierer og facilitatorer, der blev identificeret blandt de gravide kvinder med etnisk minoritetsbaggrund, fremgik også af studierne med jordemødrene, og overordnet set blev de samme grupper af barrierer og facilitatorer fundet, om end der var forskel i en række af underemnerne (tabel 6.6.1). Overordnet set blev følgende barrierer identificeret i studierne med jordemødre:

- Krydspres
- Sundhedssystemet
- Tolkning
- Interkulturelt aspekt

Følgende facilitatorer blev identificeret:

- Sundhedssystemet
- Tolkning

Sammenholdt med ovenstående afsnit kan det konstateres, at en række temaer gik på tværs af jordemødrene og kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Begge grupper beskrev, at en bekymring for migrationsstatus og kvindens sikkerhed [57] var en barriere for at opspore vold. Derudover var en for tidlig indsats i graviditetsforløbet og inden, der var sikret en god relation mellem jordemor og kvinde også en barriere [53, 57]. Brugen af certificerede tolke underlagt tavshedspligt blev også fremhævet af begge grupper [53, 57, 58] samt betydningen af etablering af en tillidsfuld relation og kontinuitet [53, 57, 58]. Interkulturel forståelse af vold ved opsporing [54, 57, 58] og håndtering af vold inden for familien [53, 57, 58] gik også igen. Digital selvrapportering blev af begge grupper oplevet som værende mindre konfronterende [54], og sikringen af et godt samarbejde med foreninger og støtteindsatser rettet specifikt mod befolkningsgrupper med etnisk minoritetsbaggrunde blev også fremhævet [54].

Dog var der også visse nye emner, som blev identificeret i studierne med jordemødrene. Eksempelvis blev flere problematikker omkring tolkning uddybet af jordemødrene, såsom at mandlige tolke eller ægtefæller, der fungerede som tolk, blev oplevet som en barriere for opsporing af vold [53, 57, 58]. Jordemødrene beskrev også nødvendigheden af et fleksibelt tolketilbud [57, 58], der var tilpasset til behovet i det daglige arbejde. Derudover rapporterede jordemødrene også om væsentlige mangler i sundhedssystemet til at støtte dem i opsporingsarbejdet, såsom manglende retningslinjer, manualer, undervisning i interkulturelle kompetencer, træning samt tid og støtte til relationsopbygningen med

kvinden [53, 57]. Flere af disse fund gik i tråd med generelle barrierer for opsporing af vold blandt sundhedsprofessionelle belyst i kapitel 5.

Tabel 6.6.1: Barrierer og facilitatorer rapporteret af jordemødre der har arbejdet med opsporing af vold blandt gravide eller nye mødre med etnisk minoritetsbaggrund

Land			Sverige	Norge	Australien	Storbritannien
Forfatter og årstal			Finnbogadottir 2020 [53]	Garnweidnar-Holme 2020 [54]	Peters 2022 [57]	Baird 2013 [58]
Tidspunkt for opsporing Faggruppe			Graviditet Jordemødre, svangreafsnit	Graviditet Konsultations- jordemødre	Graviditet Konsultations- jordemødre	Graviditet Konsultations- jordemødre
Barrierer	Sundheds- systemet	Manglende retningslinjer, manualer og samarbejde for opsporing og indenfor og på tværs af faggrupper				
		Spørgsmål om vold kommer for tidligt i mødet mellem gravid og jordemødre grundet øget mistillid				
		Manglende støtte i opsporingsarbejdet				
	Interkulture lt aspekt	Accept af vold/manglende erkendelse af vold/hånd- tering inden for familien				
		Voldsspørgsmål er sensitive				
	Tolkning	Sprog- og læsebarrierer forhindrer information om vold				
		Ægtefælle deltager i konsultationen som tolk, gør det svært at opspore				
		Mandlige tolke mindsker fortroligheden				
		Manglende tavshedspligt af tolk				
	Kryds pres	Familiens ære				
		Bekymring for migrationstaus og kvindens sikkerhed				
	Sundhedssystemet	At etablere en tillidsfuld relation med den gravide før spørgsmål om vold				
		Digital systematisk opsporing er en døråbner til samtalen om vold, men skal opfølges med mundtlig samtale				
		Kontinuitet blandt personalet fremmer tilliden til at fortælle om vold				
		Voldsofsporing tilpasset etniske minoritetsbaggrund				
		Obligatorisk undervisning, træning og retningslinjer, samt støtte				
		Samarbejde mellem sundhedsvæsen og etniske/ kulturelle foreninger				
Facilitatorer	Tolkning	Certificerede tolke med erfaring i samtale om vold				
		Information om vold på mange sprog og i mange sammenhænge				
		Fleksibelt tolketilbud				

06.07 Sammenfatning af grå litteratur

Grundet den sparsomme videnskabelige litteratur på området blev der også afsøgt supplerende grå litteratur ved at kontakte eksperter på området i Danmark, Norge, Sverige, Finland og Island. Denne afsøgning resulterede i seks rapporter, hvoraf tre blev fundet relevante at inddrage i denne rapport – én rapport fra den svenske socialstyrelse, i.e. *Bedömning av hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer* [60], én rapport fra Institut for Menneskerettigheder, i.e. *”Udenlandske kvinder fastholdt i voldeligt ægteskaber* [61], én rapport fra Nordisk Ministerråd, i.e. *”Tiltak for voldsudsatte minoritetskvinner. Noen nordiske erfaringer”* [62]. Den grå litteratur, der indgår i denne rapport, fokuserer ikke specifikt på opsporing af vold blandt gravide, kommende eller nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund, men dele af materialet fra rapporterne er relevante for opsporing af vold blandt denne målgruppe.

Danmark

Fra Danmark blev der identificeret en rapport fra 2023 udgivet af Institut for Menneskerettigheder med titlen *”Udenlandske kvinder fastholdt i voldeligt ægteskaber”* [61]. Rapporten undersøgte barrierer i det danske retssystem for kvinder med afledt opholdsgrundlag, der er ofre for partnervold i ægteskabet. Der blev inkluderet 13 interviews med fagfolk som krisecentermedarbejdere og voldsrådgivere.

Rapporten fremhævede særlige udfordringer for voldsudsatte med etniske minoritetsbaggrund, herunder negativ social kontrol, isolation, manglende netværk og viden om støttemuligheder i samfundet, samt migrationsstatus ved skilsmisse, blandt andre. Den betonedes desuden vigtigheden i, at støtte kvinderne når de søgte hjælp, uanset hvilken kontekst det var i (jobcenter, læge, jordemoder, sprogskole, osv.). Jordemødre blev nævnt som en central faggruppe, der havde en særlig adgang til voldsudsatte kvinder. Rapporten pegede også på et stort potentiale for at opspore voldsudsatte kvinder, hvis andre myndigheder, der varetog samtaler med etniske minoritetskvinder, gennemførte voldsopsporing (jobcentre, sprogskoler, egen læge og graviditetsundersøgelser).

Hermed understøtter rapporten dele af fundene fra de videnskabelige artikler om det krydspres, som kvinder med etnisk minoritetsbaggrund kan opleve i forhold til at opspore vold, og når andre faktorer er på spil såsom deres opholdstilladelse, økonomiske forhold, sociale netværk samt manglende kendskab til støttemuligheder i det danske samfund. Rapporten konkluderede, at dette bør holdes for øje, såfremt man fremadrettet ønsker systematisk at opspore vold blandt denne gruppe af borgere i Danmark [61].

Sverige

Den svenske socialstyrelse udarbejdede rapporten *” Bedömning av hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer ”*, som var baseret på arbejde udført i en af de større regioner i Sverige [60].

Rapporten koncentrerer sig ikke specifikt om gravide, kommende eller nye forældre men bidrager med

nogle perspektiver omkring æresrelateret vold og brug af tolke. Rapporten fremhæver, at brugen af pårørende som tolk – hvor der er mistanke om æresrelateret vold – både kan modvirke opsporingen af vold samt øge risikoen for den udsatte. Socialstyrelsen vurderer, at det ikke er muligt at indføre et forbud mod brugen af pårørende som tolk, men det fremhæves, at det kan være upassende at bruge en pårørende som tolk. Opsporing af vold kan udsætte den voldsudsatte for en risiko med mindre information herom håndteres med største forsigtighed. Dette gælder både den direkte information til den voldsudsatte og den information en voldsudøver kan få adgang til, f.eks. gennem direkte adgang i digitale journaler.

Der blev i forlængelse af rapporten udviklet et ”action card”, som sundhedsprofessionelle kan anvende i deres møde med personer udsat for æresrelateret vold. Dette kort beskriver æresrelateret vold, hvordan sundhedsprofessionelle kan spørge om vold, hvordan man kan lave en bekymringsanmeldelse, og hvad der er vigtigt at overveje vedrørende information til journaloptagelse [60].

Nordisk ministerråd

Rapporten fra Nordisk ministerråd sammenfatter fundene fra et seminar for nordiske fagpersoner omkring vold mod kvinder med etnisk minoritetsbaggrund samt en litteraturgennemgang af, hvordan man arbejder med området i Norden [62]. Visse elementer er værd at fremhæve i relation til opsporing af vold i forbindelse med graviditet og etablering af forældreskab, da de uddyber fund fra den videnskabelige litteratur eller belyser nye aspekter:

1. Sverige har en indvandrermedicinsk kvindeklinik, der tilbyder gynækologiske undersøgelser og vejledninger til unge minoritetskvinder, der er psykisk belastet, fordi de har mistet deres mødom. Tilbuddet vurderes i rapporten at have afdækket et behov og vurderes til at være vellykket. Derudover vurderes det, at dette tilbud vil kunne fremme opsporing af vold og seksuelle overgreb i nære relationer, da der er en større fortrolighed med sundhedsprofessionelen [62].
2. På linje med den videnskabelige litteratur, vurderes det i rapporten, at tryghed, sikkerhed, vejledning og støtte er essentielle faktorer for at opspore og håndtere vold blandt kvinder med etnisk minoritetsbaggrund. Der gives forskellige eksempler på kommunale/regionale projekter i Norden, der har arbejdet med at sikre voldsudsatte kvinder [62].
3. På linje med den videnskabelige litteratur og rapporten fra Institut for Menneskerettigheder [44], understreger rapporten problematikken omkring opholdstilladelse, hvor kvinder der har en opholdstilladelse, der er betinget af deres voldelige ægtefælle, oplever et ekstra krydspres. Enten lader de sig skille med fare for at miste opholdstilladelsen, ellers fortsætter de samlivet med en voldelig ægtefælle for at undgå at blive udvist af landet. Selvom visse lande (Danmark, Norge, Sverige) har indført særbestemmelser, der gør det muligt for kvinder at søge særlig opholdstilladelse i sådanne situationer, har det vist sig vanskeligt at opnå selvstændig opholdstilladelse med grundlag i disse bestemmelser, da myndighederne sætter strenge krav til

dokumentation og tilknytning til landet [62]. Derved er jura og sammenspillet mellem forskellige lovgivninger essentielle faktorer at tage højde for i forbindelse med opsporing af vold blandt grupper med etnisk minoritetsbaggrund, da disse kan være afgørende for den enkelte persons situation.

06.08 Overførbarhed og kvalitetsvurdering af litteraturen

Der indgår tre rapporter (grå litteratur) og ni videnskabelige studier i dette kapitel, og litteraturen er ikke blevet kvalitetsvurderet. Dog er ”styrker” og ”svagheder” ved hvert enkelt videnskabelige studie opsummeret i den individuelle gennemgang af hvert studie (bilag 6). Alle studier og rapporter er udført i lande, som er sammenlignelige med Danmark, og derfor vurderes overførbarheden af resultater til at være *høj*. Dog er overførbarheden af resultaterne fra det australske studie af Spangaro og kollegaer [50] nedgraderet til *moderat*, da målgruppen for opsporingen er aboriginske kvinder.

Der er udelukkende fundet mindre studier med jordemødre og gravide, flere af artiklerne udgår fra de samme studier, og resultaterne vil derfor ikke kunne generaliseres. Da litteraturen er yderst sparsom, belyser den kun dele af den komplekse situation, som befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund kan befinde sig i. Eksempelvis tages der ikke højde for, hvorledes opsporing af vold spiller ind i større juridiske, sociale og organisatoriske forhold, som kan have stor betydning for grupper med etnisk minoritetsbaggrund.



07 Metode

07.01 Baggrund for valg af metode

I dette kapitel beskrives hvorledes litteraturen er blevet afsøgt, udvalgt og vurderet. De endelige søgestrengene på de videnskabelige databaser fremgår af bilag 7. Metoden til og afgrænsningen af litteraturgennemgangen er blevet besluttet i samarbejde mellem SDU, SST og SIRI på baggrund af det overordnede formål med litteraturgennemgangen, i.e. at kortlægge den videnskabelige litteratur omkring opsporing af vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre i lande, der er sammenlignelige med Danmark. Kortlægningen skal informere de faglige anbefalinger omkring tidlig opsporing af og indsatser mod vold, som en del af regeringens handleplan mod partnervold og partnerdrab (2023-2026) [13]. Der er et særskit fokus på befolkninger med etnisk minoritetsbaggrund, æresrelateret vold og social kontrol i de faglige anbefalinger, hvorfor dette også er et særskit fokus i rapporten. SST og SIRI ønskede specifikt følgende forskningsspørgsmål belyst i litteraturgennemgangen:

- Hvilke opsporingsværktøjer findes der i sundhedssektoren, og hvad er effekten af disse i forhold til (1) at identificere voldsudsættelse og (2) henvisning til støtte- og behandlingsindsatser blandt gravide, kommende og nye forældre?
- Hvilke barrierer og facilitatorer⁵ oplever sundhedsprofessionelle, gravide, kommende og nye forældre i forhold til opsporing af vold i nære relationer?
- Hvilke elementer skal man være opmærksom på i forbindelse med opsporing af vold rettet mod gravide, kommende og nye forældre med etnisk minoritetsbaggrund?

07.02 Afsøgning af videnskabelig litteratur

For at kortlægge den videnskabelige litteratur, har to forskningsbibliotekarer fra Syddansk Universitet udviklet søgestrengene til systematiske litteratursøgninger på følgende elektroniske videnskabelige databaser: Cinahl, Cochrane, Embase, PsycINFO, og SocIndex. Søgestrengene udviklet på baggrund af en protokol, der udviklet af forskere fra Syddansk Universitet, Sundhedsstyrelsen og SIRI. Det blev besluttet at begrænse afsøgningen af litteratur til fem databaser, og databasen Medline blev fravalgt til fordel videnskabelige databaser, der var europæiske eller sociologisk orienterede. Ydermere blev afsøgning af

⁵ En facilitator er en fremmede faktor, i dette tilfælde en faktor der fremmer opsporing af vold.

litteratur begrænset til litteratur, der var publiceret inden for de seneste 10 år, dvs. fra 2013-2023. Det kan ikke afvises, at disse afgrænsninger kan have påvirket udfaldet af litteratursøgningen, og at visse videnskabelige artikler af relevans ikke er blevet identificeret.

De systematiske søgestrengte blevet opbygget som bloksøgninger ud fra "PICO"-princippet (Population-Intervention-Comparator-Outcome). En tilstrækkelig mængde søgeord (både friteksts- og emneord) indgik i hver blok. Søgeblokkene samt relevante søgeord er blevet besluttet i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og SIRI, og de endelige søgestrengte fremgår af bilag 7.

07.03 Udvælgelse af videnskabelig litteratur

Den videnskabelige litteratur blev udvalgt ud fra følgende principper: "Population", "Kontekst", "Sprog", "Studiedesign", "Intervention" og "Outcomes" (tabel 7.3.1).

Tabel 7.3.1 Oversigt over principperne for inklusion- og eksklusion af studier

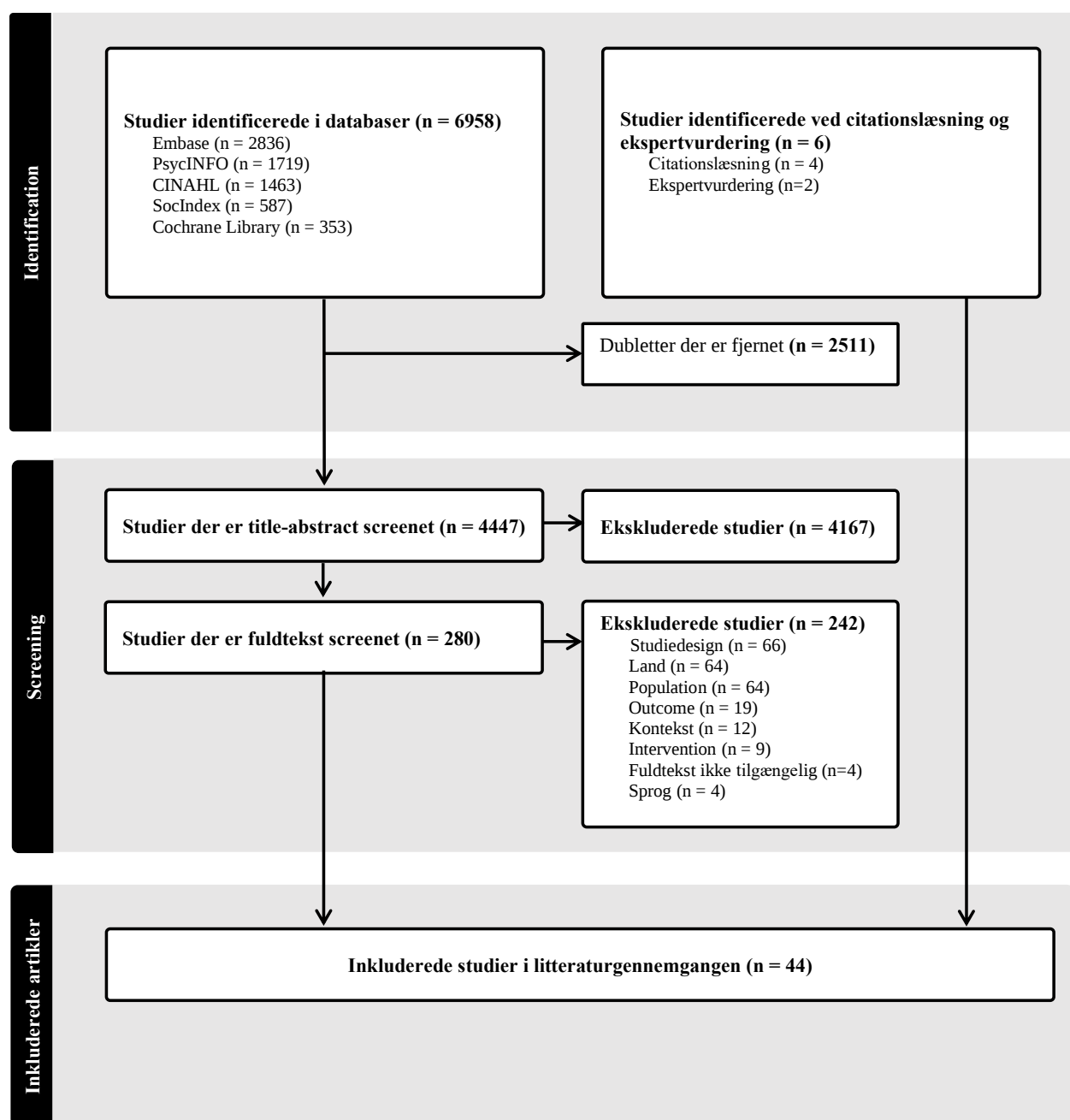
Princip	Inklusionskriterier	Eksklusionskriterier
Population	Gravide kvinder og deres partnere (15 år+) Nye forældre (15 år+) Sundhedsprofessionelle/socialrådgivere der opsporer vold Der vil være et særligt fokus på befolkningsgrupper med etnisk minoritetsbaggrund, og litteratur omkring disse grupper vil indgå, såfremt det vurderes relevant selvom det ikke specifikt drejer sig om graviditet/etablering af forældreskab	Børn Gravide kvinder, deres partnere samt nye forældre der i forbindelse med graviditet og fødsel <u>ikke</u> tager imod sundhedstilbud i sundhedssektoren
Kontekst	Klinisk kontekst: Svangersomsorgen (graviditet – før/efter fødsel) Sundhedspleje (efter fødsel) Egen læge (før/efter fødsel men i forbindelse med en graviditet/fødsel) Pædiatri Skadestuen (før/efter fødsel men i forbindelse med en graviditet/fødsel) Ikke-klinisk kontekst Krisecentre (såfremt gravide/nye mødre indgår som population)	Ikke-klinisk kontekst, specifikt: NGO'er der arbejder med vold Krisecentre (alle andre populationer) Psykologer der ikke er tilknyttet svangersomsorgen/sundhedsplejen Psykiatrien Politiet
Lande	Lande der er sammenlignelige med Danmark, specifikt: Europæiske lande, New Zealand, Australien Canada	Studier udført i: I alle andre lande. Dog inkluderes studier fra andre lande og særligt USA, såfremt de indgår i oversigtsartikler, hvor sammenlignelige lande med Danmark også indgår
Sprog	Studier publiceret på: Engelsk, dansk, norsk, svensk	Studier publiceret på andre sprog end engelsk, dansk, norsk, svensk
Studiedesign	Systematiske reviews og meta-analyser Ikke-systematiske reviews Randomiserede kontrollerede trials Kvasi-eksperimentelle studier Kohorte studier	Protokoller Case-studier Konferenceabstracts

	Kvalitative studier Tværsnitsstudier	
Intervention	Opsporing af opsporing af vold i nære relationer	Opsporing af vold forud for graviditeten (mere end 24 måneder før graviditet); opsporing af vold i barndommen
Outcomes	Opsporing af vold blandt gravide, kommende og nye forældre Henvisninger til støtte- og behandlingsindsatser af voldudsatte gravide og deres partnere samt nye forældre Barrierer blandt sundhedsprofessionelle for at opspore vold blandt gravide, kommende og nye forældre Barrierer blandt målgruppen for opsporingen af vold (gravide, kommende og nye forældre)	

Efter udvælgelsen af litteraturen gennemgik seniorforskere den identificerede litteratur og vurderede på baggrund af deres kendskab til feltet, hvorvidt relevante studier ikke var blevet identificeret i litteratursøgningen. På den baggrund blev yderligere studier inkluderet i litteraturgennemgangen. Ydermere blev referencelister af inkluderet litteratur gennemgået, hvilket førte til yderligere inklusion af litteratur. Den endelige litteraturudvælgelse fremgår af figur 7.3.1.

Der blev inkluderet i alt 44 videnskabelige publikationer i litteraturgennemgangen, hvor flere publikationer belyste flere af de relevante forskningsspørgsmål, i.e. visse publikationer indgår i flere kapitler i denne rapport.

Figur 7.3.1 PRISMA flowdiagram af videnskabelig litteraturudvælgelse⁶



⁶ Denne figur belyser udvælgelsen af litteratur på tværs af kapitlerne.

07.04 Afsøgning af grå litteratur

Grå litteratur blev afsøgt for at uddybe viden om erfaringer fra den nordiske kontekst med opsporing af vold blandt gravide, nye og kommende forældre med etnisk minoritetsbaggrund. SST/SIRI identificerede en ekspert i hvert af de nordiske lande, som blev kontaktet for at identificere undersøgelser og publikationer inden for det givne felt. Såfremt publikationer blev tilsendt, blev de vurderet ud fra inklusions- og eksklusionskriterierne for litteraturgennemgangen. Ligesom ved den videnskabelige litteratur gennemgik seniorforskere den identificerede litteratur og supplerede med relevant litteratur. På den baggrund blev yderligere grå litteratur inkluderet i litteraturgennemgangen.

07.05 Kvalitetsvurdering af litteratur

Det var udelukkende oversigtsartikler og randomiserede forsøg, som blev kvalitetsvurderet i litteraturgennemgangen.

Oversigtsartikler er blevet kvalitetsvurderet ved brug af AMSTAR-værktøjet, og en oversigt af disse kvalitetsvurderinger fremgår af bilag 3. Oversigtsartikler der vurderes til at være af høj kvalitet, har en AMSTAR score på 8-11, mens en score på 4-7 indikerer medium kvalitet og en score på 0-3 indikerer lav kvalitet. Når oversigtsartiklerne vurderes til at være af høj kvalitet, er det ensbetydende med, at der er ikke nogen kritiske svagheder, og at oversigtsartiklen giver en præcis og fyldestgørende opsummering af det undersøgte område, mens oversigtsartikler af moderat kvalitet har visse svagheder, der kan påvirke ens tiltro til opsummeringen. Endeligt har oversigtsartikler af lav kvalitet flere kritiske svagheder, der gør, at man har lav tiltro til, at den opsummerer det undersøgte område på fyldestgørende vis. Kvalitetsvurderinger af oversigtsartikler fremgår af bilag 3.

De randomiserede forsøg er blevet kvalitetsvurderet ud fra Cochranes risk of bias tool, der vurderer risici for selektions-, performance-, detektion-, attrition- og rapporteringsbias samt bias relateret til clusterdesignet, såfremt et randomiseret forsøg er cluster randomiseret. Hvis der er høj eller uklar risiko for bias i et randomiseret forsøg, kan det påvirke ens tiltro til forsøgets resultater. Kvalitetsvurderinger af de randomiserede forsøg fremgår af bilag 4.

Overførbarheden af resultaterne fra alle inkluderede artikler er blevet vurderet. Overførbarheden af artiklernes resultater blev vurderet ud fra følgende strategi:

- *Høj overførbarhed* – resultater udelukkende baseret på studier udført i lande der er sammenlignelig med Danmark jf. principperne for inklusion- og eksklusion af artikler, i.e. europæiske lande, Australien, New Zealand og Canada
- *Moderat overførbarhed* – resultater baserer sig primært på studier udført i lande, der ikke er sammenlignelige med Danmark og sekundært fra sammenlignelige lande
- *Lav overførbarhed* – resultater baserer sig udelukkende på studier udført i lande, der ikke er sammenlignelige med Danmark.

Dog kunne overførbarheden nedgraderes yderligere fra *høj* til *moderat* eller *moderat* til *lav*, såfremt studiet var udført blandt populationer, der vurderes til ikke at være sammenlignelige med danske population. Dette skete i praksis ved australske studier, hvor studiepopulationen var aboriginer (nedgradering fra *høj* til *moderat*).

07.06 Rapportering af interessekonflikt

Forskningsgruppen, der varetager litteraturgennemgangen, er samme forskningsgruppe, der leder det såkaldte ”STOP-projekt”. STOP-projektet har implementeret opsporing af vold og en digital støtteindsats til voldsudsatte gravide i svangreomsorgen i Region Syddanmark. Der er én publiceret videnskabelig artikel fra STOP-projektet, der indgår i litteraturgennemgangen [10]. Denne artikel er ikke blevet kvalitetsvurderet, da det er et kohortestudie med en tværsmåling af vold, og dermed anvender en metode, der ikke skal kvalitetsvurderes.

Bilag 1: Oversigt over opsporingsværktøjer

Abuse Assessment Screen (AAS)	
Opsummering	Dette opsporingsværktøj findes i forskellige versioner en række sprog heriblandt dansk, norsk og engelsk. Det spørger indtil fysisk, psykisk og seksuel vold af partner/eks-partner. I reviderede version spørges der også ind til vold fra andre end partneren. Cut-off score: Man screener positiv, hvis man svarer positivt på et af spørgsmålene. Den positive screening kan kategoriseres på forskellige måder, eksempelvis “nogensinde udsat for vold, eller “inden for seneste år”.
Indgår i studierne	(Andreasen, 2022) [10]; (Andreu-Pejó, 2022) [15]; (Chaves, 2019) [29]; (Finnbogadottir, 2016) [20]; (Finnbogadottir, 2014) [21]; (Flaathen, 2022) [18]; (Lukasse, 2014) [30]; (O’Doherty, 2015) [14]; (Román-Gálvez, 2021) [17]
Styrker	Kort og hyppigst anvendte opsporingsværktøj. Findes på mange forskellige sprog
Svagheder	Afdækker ikke alle voldsformer. Involverer ikke partner
Spørgsmål (dansk)	- Er du nogensinde blevet udsat for fysisk overgreb af din partner eller nogen du har/har haft et nært forhold til (eksempelvis fået en lussing, blevet skubbet, slået, sparket, banket eller tæsket)? [ja/nej. Hvis ja, hvem:] - I hvor høj grad er du på nuværende tidspunkt påvirket af de overgreb som du har været udsat for? - Er du indenfor det seneste år blevet udsat for psykisk/følelsesmæssig vold af en partner eller nogen du har/har haft et nært forhold til (eksempelvis gentagne gange blevet ydmyget, manipuleret, kontrolleret eller truet med ødelæggelse af ting eller vold)? [ja/nej. Hvis ja, hvem:] - I hvor høj grad er du på nuværende tidspunkt påvirket af de overgreb som du har været udsat for? - Er du indenfor det seneste år blevet udsat for fysisk overgreb af din partner eller nogen du har/har haft et nært forhold til (eksempelvis fået en lussing, blevet skubbet, slået, sparket, banket eller tæsket)? [ja/nej. Hvis ja, hvem:] - I hvor høj grad er du på nuværende tidspunkt påvirket af de overgreb som du har været udsat for? - Har nogen indenfor det seneste år tvunget dig til at medvirke til seksuelle handlinger imod din vilje? [ja/nej. Hvis ja, hvem:] - I hvor høj grad er du på nuværende tidspunkt påvirket af de overgreb som du har været udsat for? - Er du bange for din partner eller nogle af de personer du evt. har oplyst i de ovenstående spørgsmål? [ja/nej. Hvis ja, hvem:] - Hvis ja, hvor ofte oplever du at være bange for personen? <i>Spørgsmål fundet via publikationen (Andreasen, 2022). De danske spørgsmål fremgår ikke af artiklen, men førsteforfatteren har bidraget med originale danske spørgsmål.</i>

Spørsmål (norsk) <i>Nuværende spørsmål anvendt i anbefalinger for screening i svangreomsorgen</i>	Er du noen gang redd i eget hjem? Er du redd for partneren din eller andre? Har du noen gang blitt ydmyket eller truet av partneren din; tidligere partnere eller andre? Blir du nedverdiget offentlig, hindret i å møte venner eller gjøre ting du ønsker? Har du noen gang blitt slått sparket eller på andre måter angrepet fysisk. Hvis ja, når, av hvem, hvor mange ganger og hvilke skader? Har noen gjort noe seksuelt mot deg som du ikke ønsket? Hvis ja, når og hvem? Har noen i løpet av det siste året gjort deg bekymret for tryggheten til barna dine, eller er du bekymret for tryggheten til barnet ditt når det blir født? Hvis ja; av hvem? <i>Spørsmål fundet i national retningslinje fra svangreomsorgen i Norge (Helsediktoratet, 2019)</i>
Spørsmål (norsk) <i>Spørsmål i randomiserte forsøg (Flaaten et al 2022)</i>	Har du noen gang vært redd for partneren din eller noen andre? Har du noen gang opplevd at partneren din eller eks-partneren din har: Gjort tin som har ført til at du har blitt redd for dem? Forsøkt å skremme deg eller å kontrollere dine tanker, følelser eller handlinger? Slått, sparket, lugget eller på andre måter angrepet deg fysisk? Tvunget deg til å ha seksuelle aktiviteter mot din vilje? <i>Spørsmål sendt pr. mail af førsteforfatteren (Flaaten et al., 2022)</i>
Spørsmål (Engelsk)	1. Have you ever been afraid of your partner or someone else? [never/ yes, previously/yes, during the past 12 months before the pregnancy/ /yes since the start of the pregnancy] 2. Have you ever experienced that a partner or ex-partner has: Done things to make you feel afraid of them? Done things to try to intimidate you or to control your thoughts, feelings, or actions? Hit, kicked, pulled you by your hair or otherwise physically hurt you Forced you to have sexual activities against your will? <i>Spørsmål fundet i referencen (Flaathen et al, 2020)</i>
Spørsmål (Engelsk)	1. Have you ever been emotionally or physically abused by your partner or someone important to you? [Yes/No] 2. Within the last year, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? [Yes/No If yes, by whom?; circle all that apply: Husband/Ex-husband/Boyfriend/Stranger/Other/Multiple No. of times:___ Mark area of injury on the body map. (body map included)] 3. Since you've been pregnant, have you been hit, slapped, kicked, or otherwise physically hurt by someone? [Yes/No If yes, by whom? (circle all that apply:

	Husband/Ex-husband/Boyfriend/Stranger/Other/Multiple No. of times: : __ Mark area of injury on the body map. (body map included) + Score the most severe incident to the following scale: 1 = Threats of abuse, including use of a weapon; 2 = Slapping, pushing; no injuries and/or lasting pain; 3 = Punching, kicking, bruises, cuts, and/or continuing pain; 4 = Beaten up, severe contusions, bums, broken bones; 5 = Head, internal, and/or permanent injury; 6 = Use of weapon, wound from weapon] 4. Within the past year, has anyone forced you to have sexual activities? Yes No If yes, by whom? [Yes/No If yes, by whom?; circle all that apply: Husband/Ex-husband/Boyfriend/Stranger/Other/Multiple No. of times: __ Mark area of injury on the body map. (body map included)] 5. Are you afraid of your partner or anyone you listed above? [Yes/No] <i>Spørgsmål tilsendt af Sundhedsstyrelsen med reference til følgende artikel (ikke inkluderet i denne rapport): Norton, 1995. Battering in Pregnancy: An Assessment of Two Screening Methods</i>
Spørgsmål Urdu	<i>Spørgsmål sendt pr. mail af førsteforfatteren (Flaateen et al., 2022)</i> ▶ 3.1 کیا آپ کبھی اپنے پارٹنر یا کسی اور شخص سے خوفزدہ رہی ہیں؟ - 3.1 ▶ 3.2 کیا آپ کے ساتھ کبھی ایسا ہوا ہے کہ آپ کے پارٹنر/سابقہ پارٹنر نے - 3.2 ▶ ایسی حرکتیں کی ہوں جن سے آپ خوفزدہ ہو گئی ہوں؟ ▶ آپ کو ڈرائے یا آپ کی سوجوں، جذبات اور کاموں کو کنٹرول کرنے کی کوشش کی ہو؟ ▶ آپ کو مارا ہو، ٹھوکریں لگائی ہوں، بال کھینچے ہوں یا کسی اور طرح سے آپ پر جسمانی حملہ کیا ہو؟ ▶ آپ کو آپ کی مرضی کے خلاف جنسی حرکتوں پر مجبور کیا ہو؟
Spørgsmål Somalisk	Miyaad meligaa ka baqday lamaanahaaga ama cid kale? Miyaad waligaa kugu chacday in lamaanahaaga ama cid kale? Uu kugu sameeyo waxaalo keenay in add ka baqdidi? Uu isku dayay in uu kaa bajiyo ama uu kantaroolo fikradahaaga, deenkaaga ama waxyaalaha add sameesid? Wax kugu dhufto, ku laado, timaha ku jido ama siyaabo kale weerar kuugu soo qaaday? Kugu qasbo in aad ficilo galmo ah la sameesid adiga oo aan raali ka ahayn oo rabin? <i>Spørgsmål sendt pr. mail af førsteforfatteren (Flaateen et al., 2022)</i>

Regionale screeningsspørgsmål i delstaten Victoria, Australien (AUS)	
Opsummering	Det har siden 2009 været obligatorisk at opspore vold i sundhedsplejen i delstaten Victoria, Australien. Ifølge den videnskabelige publikation (Taft et al, 2015) er der tre standardscreeningsmål, og i et randomiseret forsøg tilføjede de to tillægsspørgsmål. Det fremgår ikke hvilket tool spørgsmålene stammer fra
Indgår i studiet	(Taft, 2015) [19]
Standardspørgsmål (engelsk)	Are you in any way worried about the safety of yourself or your children? Are you afraid of someone in your family? Has anyone in your household ever pushed, hit, kicked, punched or otherwise hurt you? <i>Spørgsmål fundet i referencen (Taft, 2015)</i>
Tillægsspørgsmål (engelsk)	Do you have any problems in your relationship or intimacy with your partner? Has anyone in your household ever humiliated you or tried to control what you can or cannot do? <i>Spørgsmål fundet i referencen (Taft, 2015)</i>

Composite Abuse Scale (CAS)	
Kort opsummering	Dette redskab findes i forskellige versioner på engelsk. Den oprindelige version indbefatter en tjekliste med 30 spørgsmål/udsagn der afdækker psykisk, fysisk og seksuel vold samt chikane/stalking eller en kombination af disse. Hvert udsagn har en score på 1 point. Man vurderes til at være voldsudsat, såfremt man får en score på ≥ 7 og muligvis voldsudsat hvis man får en score mellem 3-6. Der er sidenhen blevet lavet CAS-SF (short form) og en CAS _R -SF (revised short form) med 15 spørgsmål, og hvor visse spørgsmål er opdateret til mere nutidig brug.
Indgår i studierne	(Brown, 2020) [26]; (Engström, 2023) [31]; (Flaathen, 2022) [18]; (O'Doherty, 2015) [14]
Styrker	Opsporer mange forskellige typer af vold samt graden af vold
Svagheder	Langt redskab
CAS-spørgsmål Original version, engelsk	Kept me from medical care (<i>psykisk vold</i>) Used a knife or gun or other weapon (<i>fysisk vold</i>) Locked me in the bedroom (<i>psykisk</i>) Put foreign objects in my vagina (<i>seksuel vold</i>) Refused to let me work outside the home (<i>psykisk</i>) Raped me (<i>seksuel</i>) Tried to rape me (<i>seksuel</i>) Took my wallet and left me stranded (<i>psykisk-økonomisk</i>) Told me that I was crazy (<i>psykisk</i>) Tried to convince family, friends, and children that I was crazy (<i>psykisk</i>) Became upset if dinner/housework wasn't done when they thought it should be (<i>psykisk</i>) Told me that I wasn't good enough (<i>psykisk</i>) Tried to keep me from seeing or talking to my family (<i>psykisk</i>) Told me that I was stupid (<i>psykisk</i>) Tried to turn my family, friends, and children against me (<i>psykisk</i>) Did not let me socialize with my female friends (<i>psykisk</i>) Told me that I was ugly (<i>psykisk</i>) Told me no one would ever want me (<i>psykisk</i>) Blamed me for their violence (<i>psykisk</i>) Shook me (<i>fysisk</i>) Hit or tried to hit me with something (<i>fysisk</i>) Pushed, grabbed, or shoved me (<i>fysisk</i>) Kicked me, bit me, or hit with a fist (<i>fysisk</i>) Slapped me (<i>fysisk</i>) Threw me (<i>fysisk</i>) Beat me (<i>fysisk</i>) Harassed me over the telephone (<i>chikane/stalking</i>) Harrassed me at work (<i>chikane/stalking</i>)

	Followed me (<i>chikane/stalking</i>) Hung outside my house (<i>chikane/stalking</i>) <i>Spørsmålene er fundet i referencen (Hegarty, 2005)</i>
CAS_R-SF-spørsmål <i>Kort version, engelsk</i>	INSTRUCTIONS: These questions ask about your experiences in adult intimate relationships. By adult intimate relationship we mean a current or former husband, partner or boyfriend/girlfriend for longer than one month. Have you ever been in an adult intimate relationship? (Since you were 16 years of age [yes/no]) Are you currently in a relationship? [yes/no] Are you currently afraid of your partner? [yes/no] Have you ever been afraid of any partner? [yes/no] We would like to know if you experienced any of the actions listed below from any current or former partner or partners. If it ever happened to you, please tell us how often it usually happened in the past 12 months: Blamed me for causing their violent behavior [yes/no this has ever happened to me. [If yes, how often did it happen in the past 12 months: Not in the past 12 months/Once/A few times/Monthly/Weekly/Daily/almost daily] Shook, pushed, grabbed or threw me. Tried to convince my family, children or friends that I am crazy or tried to turn them against me. Used or threatened to use a knife or gun or other weapon to harm me. Made me perform sex acts that I did not want to perform. Followed me or hung around outside my home or work. Threatened to harm or kill me or someone close to me. Choked me Forced or tried to force me to have sex. Harassed me by phone, text, email or using social media. Told me I was crazy, stupid or not good enough. Hit me with a fist or object, kicked or bit me. Kept me from seeing or talking to my family or friends. Confined or locked me in a room or other space. Kept me from having access to a job, money or financial resources. <i>Spørsmål fundet i referencen (Ford-Gilboe, 2016) [63]. Denne publikation indgår ikke i rapporten.</i>
CAS_R-SF-spørsmål <i>Kort version, norsk</i>	Sagt at jeg er gal, dum eller ikke bra nok Hindret meg i å se eller snakke med familie eller venner Forsøkt å overbevise familie, barn eller venner at jeg er gal eller få dem mot meg Hindret meg i å ha en jobb, penger eller andre midler

Plaget meg ved hjelp av telefon, meldinger, email eller sociale media
Fulgt etter meg eller hengt rundt hjemmet eller jobben min
Truet med å skade eller drepe meg eller mine nærmeste
Stengt eller låst meg inne på et rom eller et annet sted
Lagt skylden på meg for sin volde oppførsel
Dyttet, tatt tak i meg, skjøvet meg eller kastet meg rundt
Slått meg med noe, med knyttneven eller bitt meg
Brukt eller truet meg med en kniv, pistol eller annet våpen
Tatt kvelertak på meg
Tvunget meg eller forsøkt å tvinge meg til å ha sex
Fått meg til å gjøre seksuelle handlinger jeg ikke hadde lyst til

Conflict Tactics Scale (CTS)	
Kort opsummering	Conflict Tactics Scale-målet består af 80 spørgsmål udviklet af Straus (1979) undersøger konflikter og vold inden for familien. CTS vurderer, hvordan forælderen/partneren reagerer i en konflikt med deres barn og/eller partner. Spørgsmålene vurderes på en syv-trins skala, der går fra 0=aldrig til 6=næsten hver dag. Findes i kortere udgange (CTS2)
Indgår i studiet	Román-Galvez (2021) [17]
Styrker	Meget detaljeret. Omfatter hele familien.
Svagheder	Langt. Undersøger kun vold inden for det seneste år. Der spørges ikke til vold fra ex-partner
Spørgsmål Engelsk	Her er eksempler de originale CTS-spørgsmål: <u>Reasoning</u> A. Discussed an issue calmly B. Got information to back up your side of things C. Brought in, or tried to bring in, someone to help settle things <u>Verbal aggression</u> D. Insulted or swore at him/her E. Sulked or refused to talk about an issue F. Stomped out of the room or house or yard G. Cried (this item is not scored) H. Did or said something to spite him/her I. Threatened to hit or throw something at him/her J. Threw or smashed or hit or kicked something <u>Minor violence</u> K. Threw something at him/her L. Pushed, grabbed, or shoved him/her M. Slapped or spanked him/her <u>Severe Violence</u> N. Kicked, bit, or hit him/her with a fist O. Hit or tried to hit him/her with something P. Beat him/her up Q. Choked him/her R. Threatened him/her with a knife or gun S. Used a knife or fired a gun

Humiliation, Afraid, Rape, Kick (HARK)	
Opsummering	Udspringer fra AAS. Indeholder 4 spørgsmål egnet til almen praksis (primary care). Udføres af sundhedsprofessionelle face-to-face. Vurdere fysisk og psykisk vold gennem de sidste 12 måneder.
Indgår i studiet	(Andreu-Pejó, 2022) [15]; (Reinsberger, 2015) [16]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. Point system. 1 point for hvert "ja".
Svagheder	Ikke oversat til dansk. Inkluderer ikke specifikt spørgsmål om graviditet.
Spørgsmål	Humiliation: Within the last year, have you been humiliated or emotionally abused in other ways by your partner or your ex-partner? (yes/no)
Engelsk	Afraid: Within the last year, have you been afraid of your partner or ex-partner? (yes/no) Rape: Within the last year. Have you been raped or forced to have any kind of sexual activity by your partner or ex-partner? (yes/no) Kick: Within the last year, have you been kicked, hit, slapped or otherwise physically hurt by your partner or ex-partner? (yes/no)

Hurt, Insult, Threaten, scream (HITS)	
Opsummering	Indeholder 4 spørgsmål egnet til almen praksis (primary care) eller akutmodtagelser. Vurdere hyppigheden af fysisk og psykisk vold af partner.
Indgår i studiet	(Andreu-Pejó, 2022) [15]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. Point system: 1-5 point. Positiv hvis over 10. Oversat til mange sprog og bruges i mange lande.
Svagheder	Ikke oversat til dansk. Inkludere kun spørgsmål om partner
Spørgsmål	How often does your partner physically <u>hurt</u> you? (Rarely, Occasionally, Sometimes, Frequently, Very frequently)
Engelsk	How often does your partner <u>insult</u> you or talk down to you? (Rarely, Occasionally, Sometimes, Frequently, Very frequently)
	How often does your partner <u>threaten</u> you with harm? (Rarely, Occasionally, Sometimes, Frequently, Very frequently)
	How often does your partner <u>scream</u> or curse at you? (Rarely, Occasionally, Sometimes, Frequently, Very frequently)

Index of Spouse Abuse	
Kort opsummering	Værktøjet er et 30 spørgsmåls selvrapporteringsværktøj udviklet til at måle sværhedsgraden af fysisk og ikke-fysisk aggression fra en kvindes partner. Det er blevet skabt ud fra CTS. 19 punkter vedrører ikke-fysisk vold og 11 vedrører fysisk vold. Hvert emne vurderes på en skala fra 1 (aldrig) til 5 (meget ofte).
Indgår i studiet	Andreasen (2023) [10]; Román-Galvez (2021) [17]
Styrker	Grundigt og omfattende. Oversat til dansk. Måle både fysisk og psykisk vold.
Svagheder	Langt. Ikke et decideret opsporingsværktøj, men mere et værktøj til at måle sværhedsgraden af volden og vurdere om den er fysisk eller psykisk. Kan godt fremstå kønsstereotypisk i formuleringerne og er oprindelige udvirket til kvinder der er voldsudsat af deres mandlige partner.
Spørgsmål	4.01 Min partner nedgør mig 4.02 Min partner kræver, at jeg adlyder hans/hendes ønsker 4.03 Min partner bliver sur og vred, hvis jeg siger, at han/hun drikker for meget 4.04 Min partner får mig til at udføre seksuelle handlinger som jeg ikke nyder eller kan lide 4.05 Min partner bliver meget ophidset, hvis ikke huslige pligter er udført når han/hun synes de skulle være gjort 4.06 Min partner er jaloux og mistroisk overfor mine venner 4.07 Min partner slår mig med knyttet næve 4.08 Min partner siger, at jeg er grim og utiltrækkende 4.09 Min partner siger, at jeg ikke kan klare mig eller passe på mig selv uden ham 4.10 Min partner opfører sig som om, jeg er hans/hendes personlige tjener 4.11 Min partner fornærmer eller krænker mig foran andre 4.12 Min partner bliver meget vred, hvis jeg er uenig i han/hendes synspunkter 4.13 Min partner truer mig med våben eller andre redskaber 4.14 Min partner holder øje med hvor mange penge jeg bruger på indkøb. 4.15 Min partner nedgør mit intellekt 4.16 Min partner kan kræve, at jeg bliver hjemme (fx for at tage mig af børnene eller fordi han/hun ikke ønsker jeg går ud) 4.17 Min partner slår mig så voldsomt, at jeg er nødt til at søge lægehjælp 4.18 Min partner mener ikke, at jeg skal arbejde eller gå i skole 4.19 Min partner er ikke en rar person 4.20 Min partner vil ikke have, at jeg socialiserer med mine veninder 4.21 Min partner kræver sex uanset om jeg vil eller ej 4.22 Min partner råber og skriger af mig så det skræmmer mig 4.23 Min partner slår mig i ansigtet og hovedet 4.24 Min partner bliver voldelig eller krænker mig, når han/hun drikker alkohol 4.25 Min partner hundser med mig

	4.26 Min partner har ikke respekt for mine følelser 4.27 Min partner opfører sig chikanerende overfor mig 4.28 Min partner gør mig bange 4.29 Min partner behandler mig som ubegavet 4.30 Min partner opfører sig som om, han/hun har lyst til at slå mig ihjel
--	--

NorVold / NorAQ																																																							
Opsummering	Er konstrueret og valideret i de nordiske lande og indbefatter vold i nære relationer samt vold i sundhedssektoren																																																						
Indgår i studiet	(Finnbogadottir, 2016) [20]; Finnbogadottir, 2014) [21]; (Lukasse, 2014) [30]; (Reinsberger, 2015) [16]																																																						
Spørgsmål	Have you ever experienced any of the following? (Fill in for each statement.) <table><thead><tr><th></th><th>No, never</th><th>Yes, as a child (under 18)</th><th>Yes, as an adult (over 18)</th><th colspan="3">Who was responsible for this?</th><th colspan="2">Has this occurred during the last year?</th></tr><tr><th></th><th></th><th></th><th></th><th>A stranger</th><th>Family or relative</th><th>Another known person</th><th>No</th><th>Yes</th></tr></thead><tbody><tr><td>Someone has over a long period of time systematically tried to subdue, degrade or humiliate you</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Someone has threatened to hurt you or someone close to you</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>You have been subjected to physical abuse</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>You have been forced to have sexual intercourse</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>		No, never	Yes, as a child (under 18)	Yes, as an adult (over 18)	Who was responsible for this?			Has this occurred during the last year?						A stranger	Family or relative	Another known person	No	Yes	Someone has over a long period of time systematically tried to subdue, degrade or humiliate you	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Someone has threatened to hurt you or someone close to you	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	You have been subjected to physical abuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	You have been forced to have sexual intercourse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
	No, never	Yes, as a child (under 18)	Yes, as an adult (over 18)	Who was responsible for this?			Has this occurred during the last year?																																																
				A stranger	Family or relative	Another known person	No	Yes																																															
Someone has over a long period of time systematically tried to subdue, degrade or humiliate you	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																															
Someone has threatened to hurt you or someone close to you	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																															
You have been subjected to physical abuse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																															
You have been forced to have sexual intercourse	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																															
4 spørgsmål inspireret af NorrAQ & AAS																																																							
	Fundet i referencerne Finnbogadóttir (2016 & 2014)																																																						
Spørgsmål	1. Have you experienced anybody systematically and for a long period trying to repress, degrade or humiliate you? [no; yes, as a child (<18 years); yes, as an adult (≥18 years); yes, as a child and as an adult] 2. Have you experienced anybody and by threat or force trying to restrict your contacts with others or totally control what you may or may not do? 3. Have you experienced living in fear because somebody systematically and for a long period has threatened you or somebody close to you? 4. Have you experienced anybody hitting you, smacking your face, or holding you firmly against your will? 5. Have you experienced anybody hitting you with his/her fist(s) or with a hard object, kicking you, pushing you violently, giving you a beating, thrashing you, or doing anything similar to you? 6. Have you experienced anybody threatening your life by, for instance, trying to strangle you, showing a weapon or knife, or by any other similar act? 7. Has anybody against your will touched parts of your body other than the genitals in a sexual way or forced you to touch other parts of his or her body in a sexual way? 8. Have you in other way been humiliated, e.g. by being forced to watch a pornographic film or similar against your will, forced to participate in a pornographic film or similar, forced to show your body naked, or forced you to touch anybody else’s genitals? 9. Has anybody against your will touched your genitals, used your body to satisfy him/herself sexually, or forced you to touch anybody else’s genitals? 10. Has anybody against your will put or tried to out his penis into your vagina, mouth, or rectum; put or tried to put an object or other part of the body into your vagina, mouth or rectum?																																																						
Engelsk, forkortet version																																																							

Spørsmål <i>Engelsk, original version</i>	1. Have you experienced anybody systematically and for any longer period trying to repress, degrade or humiliate you? [no; yes, as an adult (18 or older); yes, as a child (younger than 18); yes, both as child and adult] 2. Have you experienced living in fear because somebody systematically and for a longer period has threatened you or somebody close to you? 3. Have you experienced anybody systematically and by threat or force trying to limit your contacts with others or totally control what you may and may not do? 4. How old were you when you were first subjected to any of this? [I was ____ years old / I don't remember] 5. How much do you suffer <u>now</u> from the consequences of the psychological abuse you have experienced [scale 0-10] 6. Have you ever tried to get help for the suffering you have gone through because of your being subjected to psychological abuse? [No, I have not suffered very much of it / No, but I have suffered much of it / yes] 7. Who subjected you to psychological abuse? [list of persons where one has to mark whether it is a man or woman] 8. Have you told anybody about your experiences of psychological abuse? [no / yes, partly / yes, about all of it] 9. How old were you when you first told somebody about your experiences of psychological abuse? 10. Recall your last visit to a gynecologist: Did you speak to the gynecologist about your being subjected to psychological abuse? Following these questions there are 11 questions about abuse in the health sector and 11 questions about physical abuse and 11 about sexual abuse. <i>Spørsmål tilsendt Katarina Svanhberg (Norge)</i>
Spørsmål <i>Norsk, original version</i>	1. Har du opplevd at noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å kue, fornede eller ydmyke deg? 2. Har du opplevd å leve i redsel på grunn av at noen systematisk og over lengre tid har forsøkt å true eller skade <u>deg</u>, eller noen som står <u>deg nær</u>? 3. Har du opplevd at noen systematisk og med trusler eller tvang har forsøkt å begrense din kontakt med andre eller helt har regulert hva du får lov eller ikke får lov til å gjøre ? 4. Hvor gammel var du da du ble utsatt for noe av dette første gang? 5. Har du vært utsatt for noe av dette i løpet av <u>de siste 12 måneder</u>? 6. Hvor store plager har du nå som følge av de psykiske overgrepene du har opplevd 7. Har du noen gang søkt hjelp pga. problemer som har oppstått i forbindelse med de psykiske overgrepene 8. Av hvem ble du utsatt for psykiske overgrep? 9. Har du fortalt noen om disse psykiske overgrepene?

	10. Hvor gammel var du, da du første gang fortalte noen om disse psykiske overgrebene? Ligesom ovenfor er der efterfølgende 11 lignende spørgsmål om seksuel og fysisk vold samt vold i sundhedssektoren (<i>Spørgsmål tilsendt af Katarina Svanhberg; Norge</i>). NorVold forefindes også på Arabisk og Svensk, men disse versioner er ikke rekvireret.
Styrker	Er konstrueret og valideret i de nordiske lande og indbefatter vold i nære relationer
Svagheder	Original version er lang

Ongoing Abuse Screen (OAS)	
Opsummering	Modificeret version af AAS. 5 spørgsmål egnet til akutmodtagelser.
Indgår i studiet	(Andreu-Pejó, 2022) [15]; (Reinsberger, 2015) [16]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. "ja/nej" format. Vurdere nuværende frygt, fysisk og psykisk vold, samt mishandling.
Svagheder	Ikke oversat til dansk. Inkluderer specifikt spørgsmål om graviditet. Kun her og nu billede.
Spørgsmål	Ikke fundet

Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT)	
Opsummering	4 spørgsmål egnet til akutmodtagelser og “primary care”. Videre udvikling af OAS.
Indgår i studiet	(Andreu-Pejó, 2022) [15]; (Reinsberger, 2015) [16]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. Vurdere fysisk og psykisk vold indenfor den sidste måned. ”Sandt/ikke sandt” besvarelser og en likert skala 1- 5 (1=aldrig og 5=meget ofte) på det sidste spørgsmål.
Svagheder	Ikke oversat til dansk. Inkluderer specifikt spørgsmål om graviditet. Kun “her og nu billede”, der er spørge til den seneste måned.
Spørgsmål	Within the past month...
Engelsk	Has your partner threatened you with a weapon? (true/false) Has your partner beaten you so badly that you had to seek medical care? (true/false) Has your partner acted like they would like to kill you? (true/false) Has your partner had no respect for your feelings? (Rarely, Occasionally, Frequently, Very frequently)

Parent Screening Questionnaire (PSQ-S)	
Opsummering	Kort skala på 3 spørgsmål. Vurdere fysisk og psykisk voldsudsættelse i forhold nuværende og tidlige partner.
Indgår i studiet	(Engström, 2023) [31] [SEEK]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. “ja/nej” format. Både nye mødre og fædre er screenet ved hjælp af dette opsporingsværktøj.
Svagheder	Ingen vurdering af seksuel vold. Ikke oversat til dansk. Ingen spørgsmål direkte om graviditet. Lav sensitivitet (mødre: 52%) – særligt blandt fædre (27%).
Spørgsmål	☐ Yes ☐ No Has your current or a former partner ever put you down, insulted or exercised control over you, for example decided who you can meet, how much money you can have, which clothes you are allowed to wear? ☐ Yes ☐ No Has your current or a former partner ever threatened, pushed, hit, kicked or subjected you to any other type of bodily harm? ☐ Yes ☐ No Have you ever been afraid of your partner or another person in your close circle?

Partner Violence Screen (PVS)	
Opsummering	Kort skala på 3 spørgsmål egnet til akutmodtagelser
Indgår i studiet	(Andreu-Pejó, et al. 2022) [15]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. “ja/nej” format. Vurdere fysisk voldsudsættelse og sikkerhed i forhold nuværende og tidlige partner.
Svagheder	Ingen vurdering af psykisk eller seksuel vold. Ikke oversat til dansk. Ingen spørgsmål direkte om graviditet.
Spørgsmål	Ikke fundet

Slapped, Threatened or Thrown (STaT) scale	
Opsummering	3 spørgsmål egnet til akutmodtagelser udføres af personale. Vurderer frygt, fysisk og psykisk vold, samt mishandling
Indgår i studiet	(Andreu-Pejó, 2022) [15]; (Reinsberger, 2015) [16]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. "ja/nej" format.
Svagheder	Lav specificitet. Ikke oversat til dansk. Inkluderer ikke specifikt spørgsmål om graviditet.
Spørgsmål (engelsk)	Have you ever been in a relationship where: 1. Your partner has pushed or slapped you? 2. Your partner threatened you with violence? 3. Your partner has thrown, broken or punched things?

Violence in the Family (ViF)	
Opsummering	4 spørgsmål der vurderer frygt, fysisk og psykisk vold
Indgår i studiet	(Almquist, 2018) [32]
Styrker	Hurtig og nemt at anvende. "ja/nej" format. Opsporer vold i nære relationer
Svagheder	Inkluderer ikke specifikt spørgsmål om graviditet. Vides ikke om den er valideret til svensk kontekst
Spørgsmål (engelsk)	Have you (as an adult) been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone? If so, by whom? Have you (as an adult) been ridiculed, threatened, harassed, or otherwise hurt by someone? If so, by whom? Do you feel safe in your current relationship? Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?

Women Abuse Screening Tool (WAST)	
Opsummering	Værktøj der både opsporer for risikofaktorer for vold og egentlig vold. I den korte version kun risiko for vold. Undersøger både for konflikter med partner, psykisk vold og fysisk vold. Bruges primært i almen praksis og på krisecentre. Svar omkodes således, at en højere score indikerer en højere frekvens af voldelige hændelser/oplevelser. Kort version: Kort skala der afdækker konflikter i parforholdet, hvilket anses for at screene for risikofaktorer for vold. Cut-off: Man screener positivt, hvis man scorer "medium" eller "højt" på det første eller andet spørgsmål
Indgår i studierne	(Andreasen, 2023) [10]; (Andreu-Pejó, 2022) [15]; (Reinsberger, 2015) [16]
Styrker	Evaluerer graden af spændinger i hjemmet, frygt for partneren, psykisk vold både indirekte og indirekte, samt fysisk og seksuel vold. Der er forskellige svarmuligheder til de forskellige spørgsmål.
Svagheder	Indeholder ikke et specifikt spørgsmål om graviditet. Der findes ikke en cut-off, der angiver partnervold.
Spørgsmål Engelsk original version	How would you generally describe your relationship? Do you and your partner argue with... Do arguments ever make you feel bad about yourself? Do arguments ever result in hitting, kicking or pushing? Do you ever feel afraid of what your partner says or does? Has your partner ever physically abused you? Has your partner ever emotionally abused you? Has your partner ever sexually abused you? Item 1 is answered with: A lot of tension some tension, or no tension Item 2 is answered with great difficulty, some difficulty, or no difficulty Items 4–8 are answered with often, sometimes, or never
Dansk, kort version	Hvordan vil du beskrive dit forhold helt generelt? [Gnidningsfris/Med nogle gnidninger/Mange gnidninger] Hvordan håndterer du og din partner uoverensstemmelser? [Uden vanskeligheder/Med nogle vanskeligheder/Med mange vanskeligheder] <i>Spørgsmål fundet via referencen (Andreasen et al, 2022)</i>

Bilag 2: Artikler med opsporing af vold

Dette bilag opsummerer de artikler, som indgår i kapitel 4 omkring opsporing af vold i nære relationer. Først opsummeres oversigtsartiklerne i alfabetisk rækkefølge, dernæst de randomiserede forsøg og til sidst tværsnits-, kohorte- og mixed method-studier.

Oversigtsartikler

Forfatter (år) [ref.]	Andreu-Pejó (2022) [15]
Titel	Integrative review of the literature on screening for gender-based violence during pregnancy: Barriers, facilitators, and tools
Formål	At undersøge barrierer for at opspore kønsbaseret vold blandt gravide, samt at identificere redskaber til denne opsporing.
AMSTAR score	4 (medium kvalitet)
Overførbarhed	Moderat
Søgning	PubMed, CINAHL Plus (Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature Complete), Scopus, and LILACS (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature). Desuden manual reference søgning på litteratur publiceret mellem 2015 og 2020.
Population	Gravide
Opsporingsværktøj	Abuse Assessment Screen (AAS), Partner Violence Screen (PVS), Ongoing Abuse Screen(OAS), Ongoing Violence Assessment Tool (OVAT), Slapped, Threatened or Thrown (STaT) scale, Humiliation Afraid Kick(HARK), Hurt Insult Threaten Scream(HITS), Women Abuse Screening tool (WAST), Women Abuse Screening Tool, short (WASTs).
Setting	Opsporing af vold i svangreomsorgen
Inkluderede studier	I alt 23 inkluderede studier og oversigtsartikler fra følgende lande: Australien, Jordan, Italien, Spanien, US, Brasilien, Japan, Asien, Frankrig og Norge.
Outcomes	Opsporingsværktøjer og barrierer for sundhedsprofessionelle
Resultater	<u>Opsporing af vold</u> 1. Det meste af litteraturen undersøgt i reviewet peger på at svangreomsorgen er det mest hensigtsmæssige tidspunkt at finde voldsudsættelse blandt gravide. 2. Jordemødre spiller en essentiel rolle i forhold til identifikation og håndtering af gravide som er udsat for vold.

3. AAS er det mest udbredte opsporingsværktøj i svangreomsorgen, men opsporingsværktøjer som HARK kan også være brugbare i svangreomsorgen.
4. Skema med de opsporingsværktøjer med højest sensitivitet og specificitet.
- 5.

Opsporingsværktøj	Sensitivitet	Specificitet
AAS	93%	55%-99%
HARK	81%	95%
WAST [short]	92%	100%

Kvalitetsvurdering af inkluderede studier

Kvalitetsvurdering med: (1) Critical Appraisal Skills Program Espanol (CASPe) til review, kliniske studier og kvalitative studier samt (2) spansk instrument udviklet til tværsnitsstudier.

Forfatter (år) [ref.]	O'Doherty (2015) [14]
Titel	Screening women for intimate partner violence in healthcare settings
Formål	Undersøge om opsporing af vold i hjemmet af alle kvinder der kommer i sundhedsvæsenet, øger identifikation af voldsramte. Desuden undersøge om dette kan reducere yderligere vold og forbedre helbredet for ofre for vold.
AMSTAR score	11 (høj kvalitet)
Overførbarhed	Moderat
Søgning	Cochrane Central Register of Controlled Trials, Ovid MEDLINE(R), Embase (Ovid), CINAHL PLUS, PsycINFO (Ovid), Sociological Abstracts (ProQuest), Conference Proceedings Citation Index - Social Science and Humanities, Database of Abstracts of Reviews for Effectiveness (DARE), Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR), WHO International Clinical Trials Registry Platform og ClinicalTrials.gov. Desuden gennemgang af litteraturlister og enkelt søgning og håndudvælgelse af relevante artikler
Population	Alle kvinder der modtager et sundhedstilbud for et hvilket som helst sundhedsrelateret problem.
Opsporingsværktøj	Opsporing via interview med direkte spørgsmål til kvinden, analog eller digital opsporing, hvor resultater af opsporingen går til sundhedsprofessionelle. Opsporingsværktøjer: AAS, PVS, Japansk VAWS, CAS
Inkluderede studier	13 studier inkluderet, hvoraf otte er inkluderet i meta-analysen. Studiedesigns: RCT, cluster-RCT, quasi-randomised controlled trial, quasi-experimental control studie. Lande: Canada, USA, Portugal, Japan, New Zealand
Outcomes	(1) identifikation af partnervold af sundhedsprofessionelle, (2) identifikation af partnervold indenfor svangre omsorgen, (3) identifikation af partnervold i sundhedsplejen (maternal health care), (4) identifikation af partnervold i akutmodtagelser (5) identifikation af partnervold i det primære hospitalsbaserede sundhedsvæsen ("hospital-based primary health care", medicinske afdelinger mm.)
Resultater	Fandt moderat evidens for, at opsporing i højindkomstlande med udviklede henvisningstjenester øger identifikation af kvinder udsat for partnervold sammenlignet med sædvanligt tilbud (individueel opsporing). Sandsynligheden for at identificere ofre for partnervold i svangreomsorgen var fire gange højere hos kvinder modtog systematisk opsporing vold hos sammenlignet med dem, der modtog det sædvanlig tilbud (individueel opsporing) (moderat evidens). Identifikation er også øget i sundhedsplejen (OR: 2,36; 95% CI: 1,14-4,87) og i akutmodtagelser (OR: 2,72; 95% CI: 1.03-7,19), men ikke i det primære hospitalsbaserede sundhedsvæsen (hospital-based primary health care).
Kvalitetsvurdering	To uafhængige forfattere kvalitetsvurderende artiklerne.

Forfatter (år) [ref.]	Reinsperger (2015) [16]
Titel	Identifying sociomedical risk factors during pregnancy: recommendations from international evidence-based guidelines
Formål	Systematisk opsummering af risikovurdering og screenings-anbefalinger for psykiske problemer, depression, stofmisbrug og partnervold under graviditeten ved hjælp af evidensbaserede retningslinjer med henblik på retningslinjer/guidelines til sundhedsprofessionelle og beslutningstagere.
AMSTAR score	7 (medium kvalitet)
Overførbarhed	Moderat
Søgning	Systematisk litteratursøgning efter evidensbaserede retningslinjer blev gennemført i to guideline-databaser: Guidelines International Network (GIN) og National Guideline Clearinghouse (NGC). Denne søgning blev suppleret med en søgning på websider for internationale institutioner, der udvikler evidensbaserede retningslinjer (fx American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) mfl.).
Population	Gravide
Opsporingsværktøj	Opsporingsmetoder for psykiske problemer, depression, partner vold, misbrug af stoffer, alkohol eller tobak. Her er kun fokuseret på partnervold. Fem guidelines indbefattede partnervold. Ud af de fem guidelines havde tre anbefalinger på opsporingsmetoder: 1. Benyt screeningsredskaber, f.eks. OAS/OVAT, STaT, HARK, CTQ-SF, WAST. 2. Brug direkte eller indirekte spørgsmål eller screeningsredskaber 3. Tre simple spørgsmål.
Setting	Opsporing ved første svangrebesøg
Guidelines	16 guidelines fra 9 institutioner. Fra Europa, Nordamerika, Australien, og New Zealand.
Resultater	De fleste guidelines (tre ud af fem) gik ind for systematisk opsporing af vold i hjemmet (systematisk opsporing), mens en institution fandt, at systematisk opsporing ikke anbefales og en anden (NICE 2008) anbefalede at sundhedsprofessionelle skulle være opmærksomme på tegn og symptomer på vold i hjemmet, men opfordrede ikke til systematisk opsporing
Kvalitetsvurdering af inkluderede studier	Retningslinjer skulle opfylde følgende metodiske kvalitetskriterier: De skulle være baseret på en systematisk litteratursøgning i mindst to databaser, og de skulle formulere anbefalinger, der var eksplicit forbundet med den underliggende evidens.

Forfatter (år) [ref.]	Román-Galvez (2021) [17]															
Titel	Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis.															
Formål	Opgøre verdens data for prævalens af partnervold i graviditeten. Både fysisk, psykisk og seksuel vold.															
AMSTAR score	11 point (høj kvalitet)															
Overførbarhed	Lav															
Søgning	Pubmed, WOS og Scopus database															
Population	Gravide															
Opsporingsværktøj	Systematisk opsporing, ad hoc vurdering, validerede værktøjer til identifikation af partnervold, anden diagnosticering. Tools: AAS, ISA, SVAW, WHO, CTS-2, CTS, DVAWS, NorAQ															
Inkluderede studier	152 artikler. Lande: Afrika, Asien, Europa, Nord- og Sydamerika, Oceanien															
Outcomes	Fysisk, psykisk, seksuel og ”hvilken som helst form” for partnervold (any IPV)															
Resultater	Prævalensen af partnervold varierer meget, både mellem studierne og mellem landene. Den laveste prævalens blev fundet i Europa, mens Afrika havde den højeste prævalens. Her præsenteres de europæiske prævalenser for partnervold i graviditeten: <table><tr><th>Type vold</th><th>Antal artikler</th><th>Prævalens</th></tr><tr><td>Fysisk</td><td>17</td><td>2,1%</td></tr><tr><td>Psykisk</td><td>15</td><td>4,2%</td></tr><tr><td>Seksuel</td><td>13</td><td>0,5%</td></tr><tr><td>Hvilken som helst form (any IPV)</td><td>18</td><td>5,1%</td></tr></table> Studiet konkluderer desuden at systematisk opsporing af partnervold bør indføres i svangreomsorgen - en periode i livet, hvor kvinder som er i risiko for voldudsættelse, sandsynligvis vil komme i kontakt med sundhedsvæsenet.	Type vold	Antal artikler	Prævalens	Fysisk	17	2,1%	Psykisk	15	4,2%	Seksuel	13	0,5%	Hvilken som helst form (any IPV)	18	5,1%
Type vold	Antal artikler	Prævalens														
Fysisk	17	2,1%														
Psykisk	15	4,2%														
Seksuel	13	0,5%														
Hvilken som helst form (any IPV)	18	5,1%														
Kvalitetsvurdering af inkluderede studier	Ja, af to uafhængige forfattere															

Randomiserede forsøg

Forfatter (år) [ref.]	Flaathen (2022) [18]
Titel	Safe Pregnancy intervention for intimate partner violence: a randomised controlled trial in Norway among culturally diverse pregnant women
Formål	Effekten af en digital intervention (video) på reduktion af vold samt forbedring af livskvalitet og sikkerhedsadfærd i forhold til en kontrolvideo blandt gravide, der er screenet positive for vold
Risk of bias	Studiet vurderes til at være i overordnet høj risiko for bias, da det scorer uklart på "selection bias (allocation concealment)". Derudover scorer det høj risiko for attrition bias, der er stort frafald og forskel i karakteristika i forhold til voldsudsættelse blandt de kvinder, som frafalder. Udover det scorer studiet lavt på alle andre bias.
Overførbarhed	Høj
Land	Norge (Sydøst Norge: Oslo, Askim, Flateby, Halden, Ås mv.)
Design	Individuelt randomiseret forsøg med randomisering i blokke af 4
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Målgruppe intervention	Gravide
Målgruppe opsporing	Gravide
Opsporingsværktøj	AAS _R [5 spørgsmål]. Derudover anvendes CAS _R -SF til at måle prævalensen af vold. CAS _R -SF er mere detaljeret og gives kun til dem der screener positive på AAS
Intervention	Video med billeder, illustrationer og videoer omkring forskellige former for vold, voldsspiralen, vold i løbet af graviditeten, sundhedskonsekvenser af vold, hvor man kan få hjælp og sikkerhedsadfærd. Videoen tilgængelig på norsk, engelsk, urdu og somalisk (varede 7 minutter)
Kontrolgruppe	Video med general information omkring en sund graviditet (kost, motion, alkohol, rygning) samt kort information omkring hvor man kan få hjælp, hvis man er udsat for vold (varede 7 minutter)
Resultater	17,4% (n=317/1818) screenede positive via AAS (tidligere og/eller nuværende eksponering) og var inkluderet i studiet (157 i interventionsgruppen; 160 i kontrolgruppen). En subgruppe havde ikke norsk som modersmål (23.5%, hvoraf 1,2% havde somalisk, 1,6% havde urdu og 0,8% havde engelsk som modersmål). Der blev ikke fundet nogen forskel mellem grupperne i livskvalitet, sikkerhedsadfærd, hyppighed og grad af voldsudsættelse efter 12 måneder
Træningsmanualer	Træningsmanualer fremgår ikke af studiet, men der bliver i baggrundsafsnittet henvist til de nationale retningslinjer for svangreomsorgen, som har en "stærk" anbefaling om, at gravide screenes for vold og henvises ved videre behov. Anbefalingen har forslag til screeningsspørgsmål på norsk, som er en

	modificeret udgave af AAS (bilag 1) samt en beskrivelse af arbejdspraksis og et e-læringskursus om vold i nære relationer.
Økonomisk data	Ikke beskrevet
Subpublikation #1	Flaathen (2020) [64] er et tværsnitsstudie baseret på de kvinder, som bliver screenet for vold i det randomiserede forsøg. De kvinder som screener positive med AAS bliver også screenet med CAS _R -SF, og det er CAS _R -SF-resultater som fremgår af denne artikel. Tværsnitsstudiet viser, at 15.3% af gravide havde været udsat for en eller anden form for vold i deres levetid. Der er en højere andel af uplanlagte graviditeter blandt voldsudsatte ift. ikke voldsudsatte gravide.
Subpublikation #2	Flaathen (2021) [35] er et kvalitativt studie blandt kvinder som matcher studiepopulation i det randomiserede forsøg (n=16 blev interviewet). Kvinder, der var voldsudsatte, blev rekrutteret fra krisecentre, og det var sværere at rekruttere kvinder med immigrantbaggrund. Studiet giver dybdegående viden omkring de faktorer, der er vigtige i forhold til at rapportere vold. Følgende elementer blev fremhævet: (1) <i>Screeningsspørgsmål</i>: Spørgsmålene var relevante og lette at forstå, men de er sensitive. Det kan være nemmere at rapportere vold, hvis man først bliver spurgt ind til en mild form for vold. (2) <i>Barriere/facilitatorer</i>: Digital selvrapportering af vold på en tablet er acceptabelt. Anonymitet (for partner, men også sundhedsprofessionel) er vigtig for at turde at rapportere vold da man frygter konsekvenserne af at rapportere vold. Immigrantkvinder var i højere grad bekymret omkring anonymitet og hvad konsekvensen af at rapportere vold vil medføre i forhold til ære og tvangsfjernelse af børn. Ydermere påpegede de, at vold er mere acceptabelt i deres kultur, og at forskellige aspekter af psykologisk vold anses som værende "normal adfærd". Det er særligt udfordrende for immigranter at bryde ud af et voldeligt forhold, da man ikke nødvendigvis kender sine rettigheder, ved hvor man kan få hjælp eller har netværk der støtter op om at bryde ud af forholdet. (3) <i>Digital indsats (video)</i>: Skal indeholde information om de forskellige former for vold og i højere grad af en beskrivelse af psykisk vold, da nogle kun er udsat for denne type. Det er udfordrende at lave én video der var relevant for alle, da "kultursensitiv" information kun ville være relevant for en subgruppe. Højere fokus på konsekvenser af vold mod børn samt hvor man kan få hjælp. Det fungerede godt at have rolig musik, billeder og en rolig fortæller på videoen.
Subpublikation #3	Walter (2021) [51]

Forfatter (år) [ref.]	Taft (2015) [19]
Titel	Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial
Formål	At teste effekten af en teori-drevet model – udviklet i samarbejde med sundhedsplejersker – på rapporterede voldsscreeningsrater, sikkerhedsplanlægning og henvisning til støttetilbud blandt nybagte mødre i forhold til standardscreeningmodellen. Opfølgningen foregik over 12 måneder, og man målte om effekten blev fastholdt over 24 måneder
Risk of bias	Studiet vurderes til have overordnet høj risiko for bias, da det scorer ”uklart” på risikoen for selektion bias grundet dets randomiseringsmodel. Dette kan påvirke studiets interne validitet. Bortset fra dette er studiet dog veldesignet og scorer ”lav risiko for bias” på alle andre parametre
Overførbarhed	Høj
Land	Australien (Melbourne, Victoria)
Design	Cluster randomiseret forsøg (4 teams med intervention og 4 teams med kontrol)
Klinisk kontekst	Sundhedspleje (frem til barnets 6. år). Siden 2009 har det været obligatorisk at sundhedsplejen har skulle screene for vold i hjemmet fra barnet er fire uger gammelt og igen ved senere besøg, såfremt det findes nødvendigt.
Målgruppe intervention	Sundhedsplejersker (Nurse-midwives /maternal and child health nurse teams)
Målgruppe opsporing	Nye mødre
Opsporingsværktøj	Den systematiske opsporing indbefatter tre spørgsmål som fremgår af Victorias regionale guidelines (1-3). Interventionen tilføjede to ekstra spørgsmål til denne opsporing (4-5). Derudover anvendes CAS til at måle prævalensen af vold i en spørgeskemaundersøgelse udsendt til kvinderne 6-12 måneder post-partum (bilag 1)
Intervention	Interventionen blev udviklet ved brug af ”participatory design” med sundhedsplejerskerne samt ved at afsøge videnskabelig evidens omkring screening i sundhedssektoren. Afsøgningen viste, at kvinder foretrak selv at udfylde screeningsspørgsmål fremfor face-to-face screening (MacMillan et al, 2006). Selve interventionen indbefattede: (1) Mentoror til sundhedsplejerskerne, der eksempelvis tog med på hjemmebesøg hvis der var en formodning om vold i hjemmet eller på anden vis støttede op omkring sundhedsplejerskernes sikkerhed. (2) Regionale kontaktpersoner der arbejder med vold i hjemmet. (3) Screeningen blev udført på et senere tidspunkt end standardscreeningen (a) ved et ekstra ikke-rutinemæssigt hjemmebesøg tre måneder post-partum (udført i 3 clusters), eller (b) ved det rutinemæssige 4-måneders besøg, hvor der blev afsat 15 min. ekstra tid til det (i 1 cluster). (4) Selvrapporateret tjekliste med spørgsmål om mødres sundhed og velvære (eksempelvis spørgsmål om brystmerter men også

	voldsspørgsmål). Tjeklisten indeholdt to ekstra spørgsmål omkring vold foruden de spørgsmål, som var en del af standard care.
Kontrolgruppe	Standard care indbefatter face-to-face screening med tre spørgsmål fire uger efter fødslen. Alle sundhedsplejersker har modtaget én regional træning á 3 timer omkring vold i hjemmet.
Resultater	Der var fire sundhedsplejersketeams i hver arm. På tværs af de fire teams havde interventionsgruppen samlet 50 centre, som havde 22.888 nybagte mødre tilknyttet samt 80 ansatte. De tilsvarende tal for kontrolgruppen var 41 centre, 80 ansatte og 22.719 nybagte mødre. Der var en tendens til højere screeningsrate blandt interventionsgruppen, men forskellen var ikke signifikant forskellig fra kontrolgruppen efter 12 måneder (RR _{12 MDR} : 1.56; 95% CI: 0.96-2.52). Efter 2 år var der ikke forskel i screeningrater mellem de to grupper. Der var højere grad af sikkerhedsplanlægning i interventionsgruppen end kontrolgruppen både efter et år (RR _{12 MDR} : 2.95; 95% CI: 1.11-7.82) og efter to år (RR _{24 MDR} : 3.37; 95% CI: 1.24-9.19). Der var ikke forskel i henvisninger mellem de to grupper. Prævalensen af vold målt via CAS var 6.8% (vold i hjemmet; CAS _{≥7}) og 7.1% (mulig vold i hjemmet; CAS 3-6). Færre migranter og flygtninge deltog i spørgeskemaundersøgelsen. Studiet fandt ikke nogen forskel mellem grupperne i ”harm” ved screening (Reference på redskabet: MacMillan, 2009).
Træningsmanualer	Træningsmanualer til interventionen fremgår ikke, men der bliver henvist til regionale guidelines, som også indeholder en beskrivelse af loven i Victoria omkring opsporing af vold i familien samt en henvisning til deres [MARAM] framework for opsporing og vurdering af vold i hjemmet. Disse dokumenter er af nyere dato end publikationen. Den standardmodel (komparator), som de sammenligner med i artiklen, er derfor af ældre dato og tilsvarende ikke nødvendigvis den model, der anvendes i dag.
Økonomisk data	Det krævede ekstra økonomisk støtte fra regionen at udføre screeningen på et separat hjemmebesøg eller afsætte mere tid til screeningen på et af sundhedsplejersken eksisterende besøg. Det er ikke udspecificeret, hvad de præcise omkostninger er.
Subpublikation #1	Hooker & Taft (2021) [34] har lavet et tværsnitsstudie blandt kvinderne som var tilknyttet sundhedscentre i det randomiserede forsøg. Kvinder blev tilsendt et spørgeskema, hvor de blev spurgt ind til, (a) hvorvidt de reelt var blevet screenet og (b) hvorvidt de havde fortalt, at de var udsat for vold. Ud fra dette blev der lavet en analyse af, hvad der karakteriserede kvinder der blev screenet og rapporterede vold. 2621 kvinder deltog i undersøgelsen. Studiet fandt, at det kun var 44.6% af kvinderne, som reelt var blevet screenet i forbindelse med et sundhedsplejerskebesøg, og at kvinder der var tilknyttet sundhedsplejersker i interventionsgruppen i højere grad blev screenet end kvinder der var tilknyttet kontrolgruppen, om end forskellen var ikke signifikant i den justerede analyse.

	Kvinder med lav indkomst blev screenet i mindre grad end kvinder med høj indkomst, og det samme var gældende for immigrantkvinder (sidstnævnte var ikke signifikant i den justerede analyse). Kun 18.3% af de kvinder, som var udsat for vold, rapporterede det i screeningen.
Subpublikation #2	Hooker (2015) [46] har lavet et mixed method studie ud fra normaliseringsprocesteorien (NPT), der blev anvendt som teoretisk ramme for at udvikle interventionen i det randomiserede forsøg. NPT postulerer, at hvis komplekse interventioner – såsom screening for vold – skal blive en del af daglig praksis, så skal der være (1) sammenhæng (coherence – ‘what is the work?’); (2) kognitiv deltagelse (cognitive participation – ‘who does the work?’); (3) fælles ansvar (collective action – ‘how does the work get done?’); (4) reflektiv monitorering (reflexive monitoring – ‘how is the work understood?’). 160 sundhedsplejerske deltog i en spørgeskemaundersøgelse og 23 deltog i semi-strukturerede interviews. Følgende barrierer/facilitatorer blev fundet ifht. at ‘normalisere’ screening om vold blandt sundhedsplejersker: (1) <i>Barrierer:</i> Skiftende personale, ikke muligt at udføre screeningen uforstyrret, stor arbejdsmængde, manglende til støtte/adgang til voldsindsatser, dårlige organisatoriske forhold, manglende økonomisk støtte, manglende viden omkring løbende evaluering og monitorering, manglende formelt rapporteringssystem. (2) <i>Facilitatorer:</i> Praktisk erfaring med voldsområdet, diskussion af voldscreeningsarbejdet på team-møder, positiv respons/øget indsigt blandt den screenede population, screening for vold 3-4 måneder post-partum ved en ekstra konsultation, klinisk supervision.

Tværsnits-, kohorte- og mixe method- studier

Forfatter (år) [Ref.]	Almqvist (2018) [32]
Titel	Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden
Formål	Estimere forekomsten af partnervold i en population af mødre 6 måneder efter fødslen og samtidig undersøge kvindernes oplevelse af at blive screenet for partnervold
Styrker	Børnesundhedscentrene var diverse ift. størrelse og lokalitet rundt om i Sverige. Der blev screenet for vold med et standardiseret redskab CTS, som var valideret til at distingvere mønstre for partnervold fra par konflikter
Svagheder	Der var ingen måling af vold i graviditeten, men i givne intervaller forud for undersøgelsen. Eksklusionen af ikke-engelsktalende begrænser generaliserbarheden. Det fremgår ikke om CTS er valideret i en svensk kontekst
Overførbarhed	Høj
Land	Sverige
Studietype	Mixed method (spørgeskema + opfølgende interview med delvis åbne svar)
Population	Mødre, der talte svensk og deltog i en planlagt seks-måneders børneundersøgelse på 12 børnesundhedscentre i Sverige (juli 2014 til maj 2015)
Klinisk kontekst	Svangreomsorg (barsel)
Opsporingsværktøj	Kvinderne blev screenet for voldsudsættelse ved hjælp af Violence in the Family spørgeskemaet (ViF), som inkluderede følgende spørgsmål: (1) Have you (as an adult) been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone? If so, by whom?; (2) Have you (as an adult) been ridiculed, threatened, harassed, or otherwise hurt by someone? If so, by whom?; (3) Do you feel safe in your current relationship?; (4) Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now? De kvinder, der indikerede udsættelse for vold, blev yderligere screenet ved hjælp af Conflict Tactics Scale - Brief (CTS-B), som indeholdt 10 udsagn til vurdering af voldstypen. Spørgsmålene fremgår ikke af artiklen.
Opsporingsform	Kvinder, der kom til rutinemæssige børneundersøgelser, blev bedt om at deltage i interventionen. De, der accepterede, modtog et

	spørgeskema med fire spørgsmål om partnervold ved hjælp af ViF spørgeskemaet. Hvis de angav udsættelse for partnervold, blev de yderligere stillet 10 spørgsmål ved hjælp af CTS-B. Efterfølgende blev der udført telefoninterviews med alle deltagerne. Interviewet omfattede 17 spørgsmål, hvoraf 8 var åbne spørgsmål og omhandlede, hvordan mødrene opfattede at blive spurgt om partnervold under en rutinemæssige undersøgelse, deres holdninger til vigtigheden af at blive spurgt samt positive eller negative aspekter ved at blive spurgt. Sygeplejerskerne, der udførte seksmåneders undersøgelser, var blevet trænet i samtale om partnervold og håndtering heraf inden interventionen. Besvarelsen indgik ikke i hospitalsjournalen.
Resultater	I alt angav 32 (16%) af de 198 mødre, at de havde været udsat for vold fra en intim partner, hvoraf 27 tilfælde (13%) var vold for mere end tre år siden, mens fem mødre (2,5%) havde været udsat for vold for nylig (et til tre år siden), og 1 kvinde (0.5%) i det seneste år. Blandt dem der angav vold, blev psykologisk vold rapporteret blandt 30 mødre (15%) (CTS-B), mens 21 mødre (10,5%) havde været udsat for fysisk vold, og de andre ni mødre (4%) havde været udsat for seksuel vold. Alle mødre undtagen tre rapporterede, at de var blevet udsat af en tidligere partner. I alt accepterede 128 mødre at blive telefoninterviewet en uge efter screeningen. Af disse foretrak flertallet screening med ViF (90%). Kun mødre, der havde screenet positivt for vold, fik CTS-B, og i denne gruppe angav størstedelen, at spørgsmålene var svære at forstå. De fleste mødre oplevede det positivt at få spørgsmål om vold (71%), mens de øvrige 24% var neutrale, og 5% var usikre på oplevelsen. Der var ønske om, at screeningen skulle udføres systematisk og i forbindelse med en rutinemæssig undersøgelse af barnet for at undgå stigmatisering. Det var vigtigt, at partneren ikke var til stede under screeningen. Brugen af en kort selvrapportering efterfulgt af en opfølgende samtale med børnesundhedsplejersken syntes at være en passende fremgangsmåde for screening. Det blev anbefalet, at der blev givet information om risici af partnervold for børnenes trivsel og udvikling.

Forfatter (år) [Ref.]	Andreasen (2023) [10][10]
Titel	Video Consultations and Safety App Targeting Pregnant Women Exposed to Intimate Partner Violence in Denmark and Spain: Nested Cohort Intervention Study (STOP Study)
Formål	Implementere digital opsporing af partnervold blandt gravide henvist til svangreomsorg og henvise voldsudsatte gravide til en digital støtteintervention
Styrker	Største danske studie med digital opsporing af gravide og digital indsats til voldsudsatte forankret i svangreomsorgen. Danske versioner af screeningsspørgsmål samt træningsmanualer til jordemødre er tilgængelige på dansk
Svagheder	Der er udelukkende tværsnitsmålinger på vold og ingen nogen kontrolgruppe. Ikke dansk/spansktalende blev ekskluderet; partneren er ikke blevet screenet/involveret. Screeningen blev udført som en enkelt opsporing tidligt i graviditeten.
Overførbarhed	Høj
Land	Danmark (Region Syd) & Spanien (Granada)
Studiedesign	Kohortestudie med tværsnitsmåling af vold
Population	Gravide
Opsporingsværktøj	AAS + WAST
Opsporingsform	Digital selvrapportering af vold i forud for deres første svangrebesøg. I Danmark udfyldte gravide et oplysningsskema om livsstil og trivsel, hvori opsporingen for vold indgik, og besvarelsen indgik i den gravides journal. Jordemoderen fulgte op på den gravides besvarelse ved første konsultation. Voldsudsatte gravide blev tilbudt deltagelse i en digital intervention med 3-6 videosamtaler i løbet af graviditeten hos særligt trænede jordemødre, der blevet superviseret af psykolog. Derudover fik de adgang til en sikkerheds-app. I Spanien udfyldte de gravide et digitalt spørgeskema med spørgsmål om partnervold i forbindelse med deres første jordemoderkonsultation. Voldsudsatte blev efterfølgende kontaktet af den spanske projektgruppe og blev tilbudt at deltage i en digital intervention. Interventionen var identisk med den danske, men rådgivningen blev udført af en psykolog.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	I Danmark blev 17,220 gravide tilbudt opsporing og 14,013 gennemførte opsporingen (81%), hvoraf 8,5% screenede positive for vold (AAS+WAST). En subgruppe af gravide blev ekskluderet fra interventionen, og blandt de egnede, accepterede 18% henvisning til støttetilbud; 13,7% gennemførte det. I Spanien blev 2222 gravide tilbudt opsporing, 2055 gennemførte den (92%), hvoraf 17% screenede positive. Af de egnede, accepterede 46% henvisning til støttetilbud, 13,8% gennemførte det.

Forfatter (år) [ref.]	Baird (2018) [27]
Titel	Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives
Formål	Evaluerer den langsigtede effekt af en intervention for jordemødre til håndtering af partnervold på andelen af gravide screenet for vold
Styrker	Større australsk studie i en generel population af gravide med systematisk opsporing i svangreomsorgen. Intervention medførte en høj opsporingsrate
Svagheder	Opsporingen blev udført en enkelt gang tidligt i graviditeten. Studiet mangler en kontrolgruppe. Der blev kun rapporteret prævalenser for vold fra det ene af de tre hospitaler, der oprindeligt skulle have deltaget, og der er heller ingen målinger af prævalenser for vold forud for deltagelse i interventionen. Dette gør det svært at vurdere effekten af interventionen. Der blev ikke brugt et valideret redskab til opsporingen for vold, og det er uklart hvilke spørgsmål der er stillet, og på hvilket tidspunkt i graviditeten opsporingen blev gennemført
Overførbarehed	Høj
Land	Australien
Studiedesign	Mixed method med tværsmåling af vold
Population	Gravide henvist til svangreomsorg ved et hospital i Queensland, Australien
Opsporingsværktøj	Gravide screenede positiv, hvis de angav oplevelser med fysisk som psykisk vold i nære relationer. Det er ikke beskrevet hvilke spørgsmål, der blev stillet til at identificere vold og hvorvidt disse var validerede.
Opsporingsform	De gravide blev screenet mundtligt af jordemoderen under en konsultation. Besvarelsen indgik som en del af den gravides journal. Det er ikke beskrevet om opsporingen blev gennemført, hvis partneren var til stede. Hvis der blev afsløret vold i nære relationer, så henviste jordemoderen til interne tilbud som familieambulatoriet og/eller eksterne NGO'er. Når der ikke blev foretaget henvisninger, skyldtes det enten, at kvinden afviste en henvisning, eller at det ikke var nødvendigt. Interventionen bestod i at jordemødres hospital havde deltaget en træningsworkshop. Formålet med workshoppen var at øge deres viden om vold i hjemmet, få strategier til systematisk at tale om vold med den gravide, samt overvinde potentielle barrierer. På sigt skulle deltagelse i workshoppen, mentorstøtte i klinikken og manualer med arbejdsgange ved vold medvirke til at øge jordemødrenes rutinemæssige spørgsmål om vold blandt gravide, samt henvise til støttetilbud.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	Seksten måneder efter interventionen blev gennemført var 88% blevet screenet for vold. Mindre end 2% screenede positive for vold (eksakt antal ikke nævnt), hvoraf 0,97% angav fysisk vold, 1,28% angav psykisk vold, og 0,76% (n=51) angav truende adfærd. Det fremgik ikke hvor mange der blev henvist til støttetilbud.

Subpublikation	Callander, 2021 (se nedenfor)
-----------------------	-------------------------------

Forfatter (år) [ref.]	Brown (2020) [26]
Titel	Physical and mental health of women exposed to intimate partner violence in the 10 years after having their first child: An Australian prospective cohort study of first-time mothers
Formål	Estimere forekomsten af partnervold i en population 12 måneder efter fødslen af deres første barn
Overførbarhed	Høj
Styrker	Der blev screenet for vold med et standardiseret redskab CAS
Svagheder	Der var ingen måling af vold i graviditeten, men først et år efter fødslen og en tværsmåling. Eksklusionen af ikke-engelsktalende begrænser generaliserbarheden. Det fremgår ikke om CAS er valideret i en australsk kontekst
Land	Australien
Studiedesign	Kohortestudie med tværsmåling af vold
Population	Engelsktalende førstegangsfødende mindre end 24 uger henne i graviditeten henvist til svangreomsorg på et af seks offentlige hospitaler i Melbourne, Australien (2003-2005)
Opsporingsværktøj	Kvinder screenede positive, hvis de scorede på ≥ 1 for fysisk vold og/eller ≥ 3 på følelsesmæssig vold gennem Composite Abuse Scale (CAS) [Revideret version: 18 items]. Screeningsspørgsmålene fremgår ikke af artiklen.
Opsporingsform	Egnede kvinder blev rekrutteret til en kohorte under deres graviditet, og et år efter deres fødsel fik de tilsendt et spørgeskema, hvori screeningsspørgsmålene for partnervold indgik. Besvarelsen indgik ikke i hospitalsjournalen.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	Hver tredje kvinde, der blev inviteret til studiet, accepterede at deltage. Samlet set besvarede 1357 kvinder spørgeskemaet, hvoraf 19% (95% CI: 16,9-21,1%) angav at have været udsat for vold i nære relationer indenfor det første år efter fødslen af deres første barn

Forfatter (år) [ref.]	Callander (2021) [28]
Titel	Cost of intimate partner violence during pregnancy and postpartum to health services: a data linkage study in Queensland, Australia
Formål	Estimere andelen af gravide udsat for vold i nære relationer samt andelen af voldsudsatte gravide, der blev viderehenvist til støttetilbud
Styrker	Et større australsk studie foretaget i en generel population af gravide med opsporingen forankret i svangreomsorgen. Studiet bidrager desuden med viden om hvor mange der accepterer tilbuddet om støtte
Svagheder	Opsporingen blev udført som en enkelt opsporing tidligt i graviditeten, og der er ingen kontrolgruppe. Der blev ikke brugt et valideret redskab til opsporingen for vold og det er uklart hvilke spørgsmål der er stillet, og på hvilket tidspunkt i graviditeten opsporingen blev gennemført. Årsagerne til hvorfor nogen gravide ikke havde behov for at blive henvist videre fremgik ikke (f.eks. om de allerede modtog støtte anden steds)
Overførbarhed	Høj
Land	Australien
Studiedesign	Kohortestudie med tværsnitsmåling af vold
Population	Gravide henvist til svangreomsorgen ved hospital i Queensland, Australien (2016-2018)
Opsporingsværktøj	Gravide screenede positiv for vold, hvis de angav oplevelser med fysisk som psykisk vold. Det er ikke beskrevet hvilke spørgsmål, der blev stillet og hvorvidt disse var validerede.
Opsporingsform	De gravide blev screenet mundtligt af jordemoderen under en konsultation. Besvarelsen indgik som en del af den gravides journal. Det er ikke beskrevet om opsporingen blev gennemført, hvis partneren var til stede. Hvis der blev afsløret vold i nære relationer, så henviste jordemoderen til interne tilbud som familieambulatoriet og/eller eksterne NGO. Når der ikke blev foretaget henvisninger, skyldtes det enten, at kvinden afviste en henvisning, eller at det ikke var nødvendigt
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	Af de 9889 kvinde, angav 2,9 %(n=290) at have været udsat for vold i nære relationer i studieperioden. Blandt gruppen af voldsudsatte, blev 24,8% henvist til interne eller eksterne tilbud, mens 41,3% ikke blev videre henvist fordi det ikke var nødvendigt, og 33,4% nægtede at tage imod tilbud. Kvinder, der ikke blev henvist til en støtte, havde signifikant større sandsynlighed for at være gift/i samlevende parforhold samt signifikant mindre sandsynlighed for at have en eller flere eksisterende medicinske tilstande
Subpublikation	Baird, 2018 (se ovenfor)

Forfatter (år) [ref.]	Chaves (2019) [29]
Titel	Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes
Formål	Estimere andelen af gravide udsat for nylig eller aktuel partnervold
Styrker	Der indgår data fra en stor generel population af gravide. Opsporingen er forankret i svangreomsorgen og der er fastlagte rutiner for arbejdsgangen.
Svagheder	Opsporingen blev udført som en enkelt opsporing tidligt i graviditeten, og der er ingen kontrolgruppe. Opsporingen blev foretaget mundtlig af en jordemoder, hvilket kan have mindsket andelen, der angav aktuel partnervold. To spørgsmål fra AAS blev brugt til at identificere voldsudsættelse, men disse var ikke validerede. Derudover identificeres alene fysisk vold, samt frygt for partner, og udelukker andre former voldstyper samt tidligere voldsudsættelse. Eksklusionen af ikke engelsktalende gravide, gør at der ikke er viden om særlige grupper.
Overførbarhed	Høj
Land	Australien
Studiedesign	Kohortestudie med tværsnitsmåling af vold
Population	Gravide henvist til svangreomsorg ved syv offentlige hospitaler i Sydney, Australien (2014-2016)
Opsporingsværktøj	AAS (2 spørgsmål: fysisk vold og frygt for partner)
Opsporingsform	Gravid blev screenet mundtligt af jordemoderen i forbindelse med hendes første konsultation. Kvinden blev ikke screenet for vold, hvis en anden person var til stede; hvis deres primære sprog ikke var engelsk, eller de ikke i stand til at svare på spørgsmålene. Besvarelsen indgik som en del af den gravides journal. Rutineopsporing af partnervold var en obligatorisk del af svangreomsorgen med manualer for arbejdsgangene, hvis en gravid screenede positiv.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	Af de 52.509 gravide der blev tilbudt opsporing i perioden, kunne 17% ikke screenes. Blandt de resterende 83% angav 1,8% (95 CI: 1,7-1,9%) at have været udsat for fysisk vold indenfor det seneste år, og 1,4% (95% CI: 1,3-1,5%) angav at være bange for deres nuværende eller tidligere partner.

Forfatter (år) [ref.]	Engström (2023) [31]
Titel	Validation of the Swedish version of the safe environment for every kid (SEEK) parent screening questionnaire
Formål	Vurdere de psykometriske egenskaber ved en tilpasset svensk version af spørgeskemaet PSQ-S til at identificere psykosociale risikofaktorer blandt nye forældre, der deltog i Safe Environment for Every Kid (SEEK) studiet
Styrker	Der blev screenet i en relativ stor stikprøve af nye forældre henvist til rutineundersøgelse i børnesundhedscentre, som består af et team af sundhedsplejersker samt almene- og børnelæger. Opsporingen blev primært udført af sundhedsplejersker . Bidrager desuden om viden om vold blandt mænd.
Svagheder	Forfatterne konkluderer at populationen i den aktuelle undersøgelse adskilte sig fra den generelle befolkning på køn, uddannelsesniveau, fødeland mm, hvilket påvirker generaliserbarheden. Den lave sensitivitet ift. opsporing af vold, kan skyldes emnets følsomme karakter, hvor følelser af skam, skyld eller frygt for konsekvenser er barrierer for at afsløre vold. Spørgeskemaer, der bruger adskillige detaljerede spørgsmål om specifikke voldshandlinger, er blevet vist at fange oplevelser af vold mere effektivt end enkle eller mere generelle spørgsmål. Da PSQ-S kun bruger tre elementer til at vurdere voldsudsættelse, kan det medvirke til lavere følsomhed sammenlignet med CAS. Forskellen i følsomhed mellem kønnene indikerer, at fædre, der oplevede SPSQ, ikke blev let identificeret ved hjælp af PSQ-S. Der er lidt kendt om screening for SPSQ blandt mænd, og der er behov for mere forskning på dette område.
Overførbarehed	Høj
Studiedesign	Valideringsstudie baseret på klynge-randomiseret kontrolleret forsøg i de svenske børnesundhedstjenester med tværsnitmåling af vold
Population	Svensktalende nye forældre, der deltog i `Safe Environment for Every Kidd ´(SEEK) studiet med børn i alderen 0-18 måneder
Opsporingsværktøjer	Spørgsmål om vold i spørgeskemaet Parent Screening Questionnaire PSQ-S: ☐ Yes ☐ No Has your current or a former partner ever put you down, insulted or exercised control over you, for example decided who you can meet, how much money you can have, which clothes you are allowed to wear? ☐ Yes ☐ No Has your current or a former partner ever threatened, pushed, hit, kicked or subjected you to any other type of bodily harm? ☐ Yes ☐ No Have you ever been afraid of your partner or another person in your close circle?

	Et positiv svar på et af de 3 spørgsmål blev betragtet som vold i familien. Derudover besvarede forældrene 30 spørgsmål i Composite Abuse Scale (CAS) spørgeskemaet, der omhandler fysisk, følelsesmæssig og seksuel vold i parforholdet og hyppigheden inden for de sidste 12 måneder. Formuleringen af de 30 spørgsmål er kønsneutral. CAS er ikke valideret for mænd. Et positiv svar om fysisk eller følelsesmæssig vold eller frygt for en nuværende eller tidligere partner blev betragtet som en positiv screening. Screeningsspørgsmålene fremgår ikke af artiklen.
Opsporingsform	SEEK-interventionen blev udviklet til sundhedsprofessionelle, der lavede rutine børneundersøgelser. Den indeholdt følgende: 1) Parent Screening Questionnaire (PSQ-S) i forbindelse med rutinemæssige børneundersøgelser at identificere almindelige psykosociale problemer gennem, 3) samtaler med forældre om deres svar og 4) henvisning til relevante tjenester, når det var nødvendigt. For at validere PSQ-S blev forældre inviteret til at udfylde spørgeskemaet PSQ-S samt det evidensbaserede standardiserede instrumenter for målrettede psykosociale risikofaktorer om partner vold (IPV). Baseline-data fra forældrenes svar blev analyseret med hensyn til sensitivitet (testens evne til korrekt at identificere de voldsudsatte), specificitet (testens evne til korrekt at identificere de ikke voldsudsatte), positiv prædiktive værdi (sandsynligheden for en person har en tilstand, når en diagnostisk test er positiv) (PPV) og negativ prædiktive værdi (sandsynligheden for en person ikke har en tilstand, når en diagnostisk test er negativ) (NPV). Sensitivitet, specificitet, positiv prædiktiv værdi (PPV) og negativ prædiktiv værdi (NPV) blev beregnet for de 3 spørgsmål om partnervold i PSQ-S med svarene i det tilsvarende standardiserede instrument CAS som reference.
Klinisk kontekst	Børneundersøgelser i børnesundhedscentre (læger + sundhedsplejersker)
Resultater	I alt 852 forældre blev inviteret til at besvare spørgeskemaet og baselinedata fra 611 (72%) forældre blev analyseret. <u>IPV på PSQ-S spørgeskemaet:</u> Samlet angav 115/594 (20%) vold i familien, hvoraf i alt 102/486 (21%) mødre angav vold, mens 14/108 (13%) var fædre. <u>IPV på CAS-spørgeskemaet:</u> Samlet angav 167/558 (30%) vold i familien, hvoraf i alt 133/454 (29%) mødre angav vold, mens 34/104 (33%) var fædre. For mødre og fædre kombineret var sensitiviteten 47% for IPV. Specificiteten var 91%, den positiv prædiktiv værdi var på 69% og negativ prædiktiv værdi var på 81%. PSQ-S viste høj specificitet og NPV,

	hvilket indikerer, at de fleste forældre uden voldsudsættelse blev korrekt identificeret, men sensitiviteten var lav.			
		Sensitivitet	Specificitet	Positiv prædiktiv værdi
	Mødre	52%	91%	70%
	Fædre	27%	93%	64%
	Total	47%	91%	69%
Alle testparametre var højere for mødre sammenlignet med fædre undtagen for testens specificitet. Denne forskel var særlig tydelig for spørgeskemaets sensitivitet IPV (52% for mødre, 27% for fædre)				

Forfatter (år) [ref.]	Finnbogadóttir (2016) [20]
Titel	Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden.
Formål	Estimere andelen af gravide udsat for vold i familien i løbet af graviditeten
Styrker	Populationen er heterogen, og dækker over gravide uden forventede komplikationer til gravide henvist til høj specialiseret svangreomsorg (diabetikere, stofmisbrug mm). Opsporingsredskabet NorAQ, er konstrueret og valideret i de nordiske lande. En anden styrke er de gentagende opsporinger på den samme population på forskellige tidspunkter i graviditeten omend tidspunktet varierer en del
Svagheder	Gravide der ikke talte svensk/engelsk blev udelukket, hvilket begrænser generaliserbarheden. Fædre bliver ikke screenet men udfyldte et spørgeskema om livsstil
Overførbarhed	Høj
Land	Sverige
Studiedesign	Kohortestudie med longitudinelle målinger af vold
Population	Gravide henvist til svangreomsorgen ved 17 jordemoderkonsultationer i Skåne
Opsporingsværktøj	NorVold/NorAQ + AAS. NorVold-spørgsmålene fremgår ikke af publikationen eller andre publikationer, der er udgået fra samme intervention. Forfatterne er blevet kontaktet for få spørgsmålene tilsendt, men de har ikke besvaret gentagne henvendelser.
Opsporingsform	Gravide blev inviteret til at deltage i forbindelse med deres første jordemoderkonsultation (1. trimester). De udfyldte to spørgeskemaer i løbet af deres graviditet, som indeholdt spørgsmål om vold. Gravide, der accepterede at deltage, modtog senere et spørgeskema, som de udfyldte i forbindelse med deres konsultation uden andres tilstedeværelse (Q1). Hvis den gravide blev ledsaget af sin partner, blev hendes partner samtidig tilbudt at deltage i en spørgeskemaundersøgelse om fædres livsstil. De samme spørgsmål om vold blev igen stillet til den gravide mod slutningen af graviditeten (Q2). Besvarelserne blev ikke inkluderet i journalen.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	Blandt de 1939 gravide, der besvarede det første spørgeskema (Q1), besvarede 78% det andet spørgeskema (Q2). Gennemsnitligt blev Q1 blev besvaret i graviditetsuge 13 (GA4-35) og Q2 i graviditetsuge 34 (GA25-42). Samlet set angav 2% at have været udsat for vold under graviditeten uanset voldstype. Andelen der var udsat for vold ved Q1 var 1,0% (n=18) og 1,1 % (n=17) sidst i graviditeten. Blandt de 18, der angav vold ved Q1, angav kun 6 af dem vold i Q2.
Subpublikation	Finnbogadóttir, 2014 [21]

Forfatter (år) [ref.]	Finnbogadóttir(2014) [21]
Titel	Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden
Formål	Estimere andelen af gravide udsat for vold i familien i graviditeten
Styrker	Populationen blev rekrutteret fra et multikulturelt område med stor diversitet der omfattede gravide uden forventede komplikationer til gravide henvist til høj specialiseret svangreomsorg (diabetikere, stofmisbrug mm). Opsporingsredskabet til at identificere vold var NorAQ er konstrueret og valideret i de nordiske lande.
Svagheder	Gravide kvinder, der ikke taler svensk eller engelsk, blev udelukket fra undersøgelsen, hvilket kan begrænse generaliserbarheden af resultaterne. Derudover var en mindre andel af studiepopulationen født udenfor Sverige (20%) sammenlignet med den generelle befolkning i Sverige (24%). Desuden er det uklart, hvor mange gravide kvinder, blev inviteret til at besvare spørgeskemaet, og hvor mange der eventuelt nægtede at deltage eller ikke blev inviteret overhovedet. Dette kan potentielt påvirke de prævalenser, der blev fundet i studiet.
Overførbarhed	Høj
Land	Sverige
Studiedesign	Kohortestudie med tværsmåling af vold.
Population	Gravide, der talte svensk eller engelsk, henvist til svangreomsorgen ved 17 jordemoderkonsultationer i Skåne, Sverige
Opsporingsværktøj	NorVold/NorAQ + AAS De konkrete spørgsmål til NorVold fremgår ikke af denne publikation eller andre publikationer, der er udgået fra samme intervention. Forfatterne er blevet kontaktet med henblik på at få disse spørgsmål tilsendt, men de har ikke besvaret gentagne henvendelser.
Opsporingsform	Egnede gravide blev inviteret til at udfylde et spørgeskema om livsoplevelser, herunder spørgsmål om vold i forbindelse med deres første jordemoderkonsultation i 1.trimester. Besvarelsen indgik ikke i hospitalsjournalen. De gravide, der accepterede at deltage, modtog efterfølgende et spørgeskema, som de besvarede i relation til konsultationen uden andres tilstedeværelse. Hvis den gravide var ledsaget af hendes partner, så blev hendes partner samtidig tilbudt at deltage i en spørgeskemaundersøgelse målrettet fædres livsstil.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	Blandt de 1939 gravide, angav 1% at have oplevet vold uanset typen og omfang under graviditeten. Alle 18 gravide havde tidligere rapporteret at have oplevet vold. Gennemsnitligt blev spørgeskemaet besvaret i graviditets uge 13 (min 4-max 35). Ydermere angav 0,8% angav at have oplevet emotionel vold på et

	tidspunkt af deres nuværende partner, hvoraf halvdelen (n=7) angav emotionel vold under graviditeten. For fysisk vold rapporterede 2,2% at have været udsat for dette på et tidspunkt af deres nuværende partner, og 0,4% under graviditeten. Fire kvinder (0,2%) angav at have været udsat for seksuel vold af deres nuværende partner og 2 (0,1%) under graviditeten. Samlet set rapporterede 19,5% at have oplevet emotionel vold på et tidspunkt i deres liv og 16,5% indenfor det seneste år, 29,3 % angav at have oplevet fysisk vold på et tidspunkt i deres liv og 6,7% i løbet af det seneste år. For seksuel vold gjaldt det at 15,7% havde oplevelser med dette i løbet af deres liv, mens 0,7% angav seksuel vold i løbet af det seneste år.
Subpublikation	Finnbogadóttir, 2016 (se ovenfor) [20]

Forfatter (år) [ref.]	Lukasse (2014) [30]
Titel	Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study
Formål	At måle prævalensen af uplanlagte graviditeter i seks europæiske lande og undersøge sammenhængen med fysisk, psykisk og seksuel vold
Styrker	Brug af NorVold/AQ opsporingsværktøj i seks europæiske lande. Redskabet er udviklet i en skandinavisk kontekst blandt gynækologiske patienter. Brugte en forkortet version der kun indeholdt 10 spørgsmål. Afdækker både på voldsudsættelse som barn og voksen.
Svagheder	Tværsnitsmåling af vold så det er ikke muligt at udtale sig om evidensen af redskabet. Afdækker kun på tre typer af vold og ikke direkte i forbindelse med graviditet/post-partum perioden. Involverede ikke partneren.
Overførbarhed	Høj
Land	Danmark, Norge, Sverige, Island, Belgien og Estland
Studiedesign	Tværsnitsstudie forankret i kohorte studie (Bidens study)
Population	Gravide i svangreomsorgen i Danmark, Norge, Sverige, Island, Belgien og Estland
Opsporingsværktøj	NorAQ (10 spørgsmål)
Opsporingsform	Selvrapporteret spørgeskema. I Danmark blev kvinder givet spørgeskemaet ved første ultralydsscanning og returnerede det via post eller ved næste ultralyd.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	På tværs af de seks lande udfyldte 7102 gravide spørgeskemaet. Kvinder med uplanlagte graviditeter var signifikant yngre, havde lavere uddannelse, dårlige økonomi, anden etnisk baggrund end majoriteten i deres respektive lande og boede i mindre grad sammen med deres partner. Kvinder som på et tidspunkt i deres liv eller for nyligt havde været udsat for vold havde signifikant højere odds for at have en uønsket graviditet.

Forfatter (år) [ref.]	Maciel (2019) [24]
Titel	Physical Violence During Pregnancy in France: Frequency and Impact on the Health of Expectant Mothers and New-Borns
Formål	Estimere prævalensen af fysisk vold blandt gravide under graviditeten
Styrker	Population er gravide er identificeret via et fødselsregister med information fra alle fødesteder i Frankrig i en given periode, hvilket øger generaliserbarheden. Bidrager desuden med viden om sociodemografiske karakteristika for gruppen, der lader sig screene og de der ikke gør
Svagheder	Spørgeskemaet ikke indeholdt oplysninger om, hvem der var ansvarlig for volden. Opsporingen for vold under graviditeten blev udført efter kvindens fødsel. Dette tidsrum er særligt sårbart for mange kvinder, og en mindre del af dem vil måske være mindre tilbøjelige til at erkende, at de har været udsat for vold fra en partner, som de efter fødslen er meget afhængige af. Kvinder, der ikke besvarede voldsopsporingen, havde oftere en lav sociodemografisk status, herunder lav uddannelse, ung alder og flere børn. Dette begrænser viden om identifikation af vold i denne gruppe
Overførbarhed	Høj
Land	Frankrig
Studiedesign	Kohortestudie med tværsmåling af vold
Population	Kvinder, der havde født et levende barn efter graviditetsuge 22 på et offentligt eller privat fødested i Frankrig i løbet af en uge i marts, 2016
Opsporingsværktøj	Gravide screenede positiv for vold, hvis de svarede ja til: <i>“During your pregnancy, has anybody ever hit you, slapped you, beat you or intentionally shoved you or otherwise physically abused you?”</i> Det fremgår ikke om spørgsmålet var taget fra et eksisterende opsporingsredskab eller var selvudviklet, ligesom der heller ikke var oplysninger om spørgsmålene var validerede
Opsporingsform	Kvinder blev identificeret via et nationalt fødselsregister. Egnede deltagere modtog et spørgeskema med spørgsmål om vold, som de blev opfordret til at udfylde alene. Kvindens besvarelse indgik ikke i hendes sygehusjournal
Klinisk kontekst	Fødselsregister / Svangreomsorgen
Resultater	I alt blev 13.982 kvinder inviteret til at udfylde spørgeskemaet, hvoraf 12.330 (88,8%) besvarede det. Blandt disse angav 1,8% (95% CI: 1,6-2,0%) at have oplevet fysisk vold under graviditeten. Opdelt på etnicitet fandt man at gravide med fransk baggrund havde den laveste forekomst af voldsoplevelser (1,6%), mens kvinder med baggrund i afrikanske lande syd for Sahara havde den højeste forekomst (3,9%)

Forfatter (år) [ref.]	Sørbø (2014) [22]
Titel	Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the Norwegian mother and child cohort study
Formål	Estimere andelen af gravide udsat for forskellige typer af vold
Styrker	Det er et stort norsk studie og deltagerne blev rekrutteret fra den generelle befolkning, hvilket styrker generaliserbarheden. Prævalensen af vold var kun beregnet for de kvinder, der havde besvaret spørgeskemaet komplet.
Svagheder	Af de inviterede besvarede 58,5% spørgeskemaet. Der mangler en beskrivelse af den gruppe, der ikke havde besvaret spørgeskemaet, og det er uklart, om resultaterne kan generaliseres til hele populationen. Det er desuden uklart om spørgeskemaet var tilgængeligt for kvinder, der ikke talte norsk.
Overførbarhed	Høj
Land	Norge
Studiedesign	Kohortestudie med tværsnitsmåling af vold
Population	Gravide henvist til svangreomsorg på norske fødesteder med >100 årlige fødsler, i perioden 1999-2008
Opsporingsværktøj	Fire spørgsmål inspireret af AAS + NorVold/NorAQ: <i>Someone has over a long period of time systematically tried to subsidue, degrade or humiliate you? [yes, no, as a child, as an adult]</i> <i>Someone has threatened to hurt you or someone close to you?</i> <i>You have been subjected to physical abuse?</i> <i>You have been forced to sexual intercourse?</i> Se bilag 3 for nærmere uddybning
Opsporingsform	Gravide kvinder på større norske fødesteder (> 100 årlige fødsler) blev inviteret til at deltage i en undersøgelse i forbindelse med en rutinemæssig skanning i graviditetens 18. uge. De, der accepterede deltagelse, besvarede et spørgeskema i graviditetens 30. uge med spørgsmål om tidligere og nuværende udsættelse for vold. Den gravide kvinde udfyldte spørgeskemaet, og svarene blev ikke inkluderet i hendes medicinske journal. Desuden var personalet på sygehuset ikke informeret om opsporingsresultaterne.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	I alt modtog 90700 gravide spørgeskemaet, og 53065 kvinder gennemførte besvarelsen. Samlet angav 19% (10267 ud af 42798) at have været udsat for vold som voksne. Af disse oplyste 2938 gravide, at de havde været udsat for fysisk vold, 8601 gravide rapporterede om emotionel vold, og 2.916 angav seksuel vold. Det var ikke angivet, hvor mange, der havde været udsat for vold i løbet af det seneste år, og det var heller ikke oplyst, hvem voldsudøveren var.

Forfatter (år) [ref.]	Taillieu (2020) [25]
Titel	Screening for partner violence in the early postpartum period: are we missing families most at risk of experiencing violence?
Formål	Sammenligne karakteristika blandt de familier, der blev screenede for partnervold, med de familier, der ikke blev screenet.
Overførbarehed	Høj til moderat
Styrker	Stor populationsbaseret sample af mødre i en canadisk provins med heterogen population, hvilket øger generaliserbarheden
Svagheder	Mødre bosiddende i reservater er ekskluderet på grund af juridiske spørgsmål vedrørende levering af sundhedspleje, hvilket begrænser generaliserbarheden. Der blev brugt et enkelt spørgsmål om vold, der ikke skelner mellem forskellige typer af vold eller sværhedsgrader. Der er ingen oplysninger om hvorfor sundhedsplejersken fravalgte at screene i dette studie
Land	Canada
Studiedesign	Kohortestudie med tværsmåling af vold
Population	Kvinder i Manitoba, Canada, der havde født et levende barn i perioden 2003-2006, og som modtog besøg af en sundhedsplejerske
Opsporingsværktøj	Mødrene screenede positive for vold, hvis de svarede ja på spørgsmålet om: ” <i>There was a “current or history of violence between parenting partners” [yes or no].</i> Det er ikke klart angivet i artiklen, om dette spørgsmål stammer fra et formaliseret opsporingsredskab
Opsporingsform	Mødrene blev en uge efter deres fødsel tilbudt besøg af en sundhedsplejerske, der screenede for vold i familien systematisk. Spørgsmålet om vold blev inkluderet som en del af en større vurdering af risikofaktorer for barnets mistrivsel. Svarene fra kvinderne blev dokumenteret i deres journal, og kvinder med en generel øget risiko for et barn med mistrivsel blev henvist til relevante støttetilbud
Klinisk kontekst	Sundhedspleje
Resultater	Der var information tilgængelig for i alt 89,4% af mødrene i populationen (n=52.710). Af disse blev i alt 66% screenet for vold, hvoraf 2,1% screenede positive for aktuel eller tidligere vold, mens 34,0% ikke blev screenet. Sammenlignende analyser fandt at mødrene, der ikke blev screenet for vold, i højere grad tilhørte grupper med øget risiko for at have været udsat for vold, sammenlignet med den gruppe, der blev screenet. Disse var oftere yngre, uden partner, bosiddende i lavindkomst områder, og med flere børn i hjemmet
Subpublikation	Taillieu (2021) [65]. Denne artikel er ikke inkluderet i denne rapport

Forfatter (år) [ref.]	Tomasdóttir (2016) [23]
Titel	History of violence and subjective health of mother and child
Formål	Estimere prævalensen af vold i en kohorte af kvinder 2 år efter fødsel
Styrker	Gravide blev inkluderet bredt fra forskellige jordemodercentre
Svagheder	Der er ingen oplysninger om typen af vold mm, eller identiteten af voldsudøveren. Det er uklart hvor mange der nægtede at deltage i spørgeskemaundersøgelsen
Overførbarehed	Høj
Land	Island
Studiedesign	Kohortestudie med tværsmåling af vold
Population	Gravide henvist til svangreomsorgen ved 26 jordemoderkonsultationer på Island (februar 2009 til marts 2010)
Opsporingsværktøj	Deltagerne fik følgende spørgsmål om vold: <i>"Have you been subjected to psychological violence?"</i> <i>"Have you been subjected to physical violence?"</i> Hvis kvinden svarede "ja", blev hun spurgt om tidspunktet for volden med svarmulighederne: "Ja, i løbet af det sidste år", eller "Ja, for mere end et år siden". Kvinder, der svarede ja på et eller flere af voldsspørgsmålene, blev klassificeret som "voldsudsatte", uanset typen og timingen af volden. Det fremgik ikke hvordan disse spørgsmål var udvalgt endsige om de kom fra standardiseret opsporingsredskab
Opsporingsform	Gravide blev rekrutteret fra 26 jordemodercentre jævnt fordelt på tværs af Island. Ved den første konsultation informerede jordemødrene de gravide (>18 år) om undersøgelsen og inviterede dem til at deltage i en række spørgeskemaundersøgelser under og efter graviditeten. Spørgeskemaerne med spørgsmål om vold blev udsendt 24 måneder efter fødslen (Q3: det tredje af tre spørgeskemaer). Det blev kun udsendt til kvinder i kohorten, der havde besvaret de to tidligere spørgeskemaer (hhv. Q1 og Q2). Jordemødrene i konsultationen fik ikke have nogen oplysninger om opsporingsresultaterne, og de blev heller ikke dokumenteret i kvindens journal
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater	I alt 1111 kvinder blev inkluderet i den oprindelige kohorte, hvoraf 59% (n= 657) kvinder besvarede Q3. Heraf angav 16% (n=105/ 657) at de havde oplevet vold. Det er ikke specificeret, hvilken type vold det drejede sig om, samt tidspunktet for voldsudsættelsen

Bilag 3: Kvalitetsvurdering af oversigtsartikler

AMSTAR	Andreu-Pejó 202 [15]	Boyle 2022 [47]	Kalra 2021 [48]	LoGiudice (2015) [49]	O'Doherty 2015 [14]	Reinsperger 2015 [16]	Román-Galvez 2021 [17]
Relevante outcomes	Opsporing og barrierer blandt sundhedsprofessionelle	Reduktion/opsporing af vold, henvisning, barrierer sundhedsprofessionelle	Opsporing, henvisning, respons, depression, angst	Sundhedsprofessionelle erfaringer med opsporing af vold	Opsporing i sundhedsnet	Retningslinjer for opsporing	Alle typer partnervold
Was meta-analysis conducted on relevant outcomes?	Ikke mulig	Nej	Ja	Ja, delvist. Meta-syntese af kvalitative studier	Ja	Ikke mulig	Ja
1. Was an 'a priori' design provided?	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
2. Was there duplicate study selection and data extraction?	Uvist	Nej	Ja	Uvist	Ja	Ja	Ja
3. Was a comprehensive literature search performed?	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
4. Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Uvist	Nej
5. Was a list of studies (included and excluded) provided?	Ja, delvist	Ja, delvist. Inkluderede studier	Ja	Ja, delvist. Inkluderede studier	Ja	Ja	Ja
6. Were the characteristics of the included studies provided?	Ja, delvist	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
7. Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	Ja, delvist	Ja	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
9. Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	Nej	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja
10. Was the likelihood of publication bias assessed?	Nej	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja
11. Was the conflict of interest included?	Nej	Ja	Ja	Nej	Ja	Ja	Ja
Score	4	5	11	4	11	7	11

Bilag 4: Kvalitetsvurdering af randomiserede forsøg

Flaathen (2022)

Bias	Vurdering	Belæg for vurdering
Random sequence generation (selection bias)	Low risk of bias	<i>“Randomisation was performed on the tablet on a 1:1 basis with allocated block of 4”</i> . Det er uklart, hvordan selve randomiseringen blev udført, men de to grupper er ikke signifikant forskellige i socio-økonomiske karakteristika.
Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk of bias	Det er ikke beskrevet, hvordan randomiseringen holdes skjult.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Unclear/low risk of bias	<i>“They [i.e. participants] were not informed about which video was the intervention or control”</i> . De gravide var blindet, og det vurderes at kontrollen (general sundhedsvideo) var tilstrækkelig til, at de ikke kunne gennemskue om de var i interventions- eller kontrolgruppen. Det er uklart, om jordemødrene var blindet for interventionen.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk of bias	<i>“The researchers who performed the outcome analysis of the trial were blinded to the allocation of participants until after the analysis”</i> .
Incomplete outcome data (attrition bias)	High risk bias	Data blev analyseret ved brug af intention-to-treat, men der var forholdsvis høj loss to follow-up (24% i interventionsgruppen og 18% i kontrolgruppen), og der var loss to follow-up havde i højere grad rapporteret nylig eksponering for fysisk og psykisk vold .
Selective reporting (reporting bias)	Low risk of bias	Studiet blev prospektivt registreret i et trial register (clingov), og der er en publiceret protokol tilknyttet studiet. Der er en ændring i forhold til protokollen, men dette er der kommenteret på i artiklen. Der blev rapporteret på alle primære outcomes men sekundære outcomes er ikke med i artiklen.

Taft (2015)

Bias	Vurdering	Belæg for vurdering
Random sequence generation (selection bias)	Unclear risk of bias	Studie bygger videre på et tidligere RCT (MOSAIC) og deres randomisering: <i>“MOSAIC study randomization had involved the eight MCH teams stratified by size (numbers of births per annum) using opaque envelopes. Selection was made at a public forum by someone outside the study team. To build on MCH nurse feedback from the MOSAIC trial, all eight teams were recontacted in 2009 to participate in a follow-up study with reserve randomization (previous intervention teams would become comparison teams and vice versa)”</i> . Det er uklart hvorvidt deres tilgang med at bruge ”reserve randomisation” i praksis udføres, og hvorledes det påvirker randomiseringen, da der kun er 8 clusters. Man kan blive i tvivl omkring, hvorvidt der er udført en reel randomisering til dette studie.
Allocation concealment (selection bias)	Unclear risk of bias	Studie bygger videre på et tidligere RCT (MOSAIC) og deres randomisering. Følgende er beskrevet: <i>“MOSAIC study randomization had involved the eight MCH teams stratified by size (numbers of births per annum) using opaque envelopes. Selection was made at a public forum by someone outside the study team. To build on MCH nurse feedback from the MOSAIC trial, all eight teams were recontacted in 2009 to participate in a follow-up study with reserve randomization (previous intervention teams would become comparison teams and vice versa)”</i> . Det er uklart hvorvidt deres tilgang med at bruge ”reserve randomisation” i praksis udføres, og hvorledes det påvirker randomiseringen, da der kun er 8 clusters. Man kan blive i tvivl omkring, hvorvidt der er udført en reel randomisering til dette studie, selvom der bliver beskrevet at det er en udefrakommende som udfører randomiseringen.
Blinding of participants and personnel (performance bias)	Low risk of bias	<i>“Blinding of MCH teams to intervention status was not possible given the participatory nature of the intervention with MCH nurses in the intervention arm engaged in design and delivery of the model, but the mothers attending were blinded”</i> . Grundet studiets design var det ikke muligt at blinde sundhedsplejersker, men de nybagte mødre som skal rapportere volden ikke bekendt med deres randomiseringsstatus, og derfor vurderes studiet til at være i lav risiko for bias.
Blinding of outcome assessment (detection bias)	Low risk of bias	<i>“Surveys returned to the data entry company, cleaned, coded and double-entered into a secure database by company staff blinded to the trail arm and then forwarded to the study statistician, also blinded”</i>
Incomplete outcome data	Low risk of bias	Data blev analyseret ved brug af intention-to-treat, og der var ikke noget loss to follow-up blandt de otte teams.

(attrition bias)		
Selective reporting (reporting bias)	Low risk of bias	Studiet blev prospektivt registreret i australsk/newzealandske trial register, og der er en publiceret protokol tilknyttet studiet. Der blev rapporteret på alle outcomes.
Baseline imbalance (cluster trial)	Low risk of bias	Lavt antal cluster, men der er brugt stratificere randomisering for at justere for eventuelle baseline imbalance samt justeret for imbalance i analyserne.
Recruitment bias (cluster trial)	Low risk of bias	Da det er overordnede teams der bliver randomiseret og ikke de respektive centre, som kvinderne er tilknyttet, vurderes det, at der lav risiko for recruitment bias, da det ikke er forventeligt, at de nybagte vil have kendskab til allokeringen. Derudover er det forventeligt at de nybagte mødre ikke vil "udskifte" deres regionale sundhedsplejerske, såfremt denne deltager i et studie om en anden måde at spørge til vold i hjemmebesøg.

Bilag 5: Artikler med barrierer og facilitatorer for opsporing

I dette bilag opsummeres de artikler, der indgår i kapitel 5, og som omhandler barrierer og facilitatorer for opsporing vold blandt gravide, kommende og nye forældre. Først er oversigtsartiklerne opsummeret i alfabetisk rækkefølge i forhold til førsteforfatternavn, og dernæst er mixed method og de kvalitative studier opsummeret i alfabetisk rækkefølge.

Oversigtsartikler

Forfatter (år) [Ref]	Boyle (2021) [47]
Titel	An integrative review of community nurse-led interventions to identify and respond to domestic abuse in the postnatal period
Formål	Vurdere lokalt forankrede opsporings- og støtteindsatser mod vold
AMSTAR-vurdering	5 (moderat kvalitet)
Overførbarhed	Moderat
Styrker	Opsummerer både kvalitativ og kvantitativ litteratur omkring opsporing af og indsatser mod vold blandt gravide og nye mødre.
Svagheder	Størstedelen af studierne i reviewet er af ældre dato (10 år+) og ydermere er en række af studierne fra USA hvor overførbarheden er af resultaterne er lav. Fokuserer udelukkende gravide/mødre og forholder sig ikke etniske minoritetsforhold
Søgning	CINAHL, MEDLINE, PsycINFO, EMBASE
Målgruppe	Voldsudsatte gravide eller kvinder der nyligt har født (nye mødre)
Rekruttering	Ikke beskrevet
Indsatser/opsporing	Opsporing og indsatser forankret i sundhedscentre, via hjemmebesøg, sundhedsplejersker, jordemoder-sygeplejersker, familieprogrammer og lignende i højindkomstlande
Inkluderede studier	15 studier: seks kvantitative studier (Australien; Canada, Holland, USA); seks kvalitative (Canada; USA); tre mixed method-studier (Australien, Sverige)
Endemål	Reduktion af vold; rapportering af voldsudsættelse; henvisninger til støttetilbud; barrierer/facilitatorer blandt sundhedsprofessionelle.
Resultater	Studiet opsummerer kvantitative og kvalitative studier omkring opsporing af vold, henvisning til støttetilbud og reduktion af vold samt faktorer der er af betydning for dette: - <i>Opsporing af vold</i> : Systematisk opsporing af vold af alle kvinder blev anset for at være acceptabelt og reducerede stigma i stedet for opportunistisk

	opsporing. De fleste studier gjorde brug af et opsporingsværktøj. Der var behov for at opbygge et tillidsforhold til kvinden førend man kunne starte opsporingen. Nogle sundhedsprofessionelle værdsatte at have flere muligheder for at diskutere vold og have en mere konversationel tilgang til opsporingen. Når opsporing af vold foregik i den post-natale periode foretrak sundhedsplejersker at gøre det omkring 3-4 måneder efter fødslen. De fleste kvinder foretrak selvrapportering med mundtlig opfølgning ved en sundhedsprofessionel. Nogle studier fandt øget opsporing af vold ved hjemmebesøg men ikke nogen effekt på henvisning til støttetilbud. - <i>Opsporing af /Indsatser mod vold:</i> Løbende uddannelse og træning af sundhedsprofessionelle er essentiel for at kunne implementere opsporing og indsatser på succesfuld vis. Ydermere er følgende elementer essentielle: Kliniske retningslinjer, henvisningsmuligheder, dokumentering og sikkerhedsprocedurer. Løbende klinisk støtte og supervision af sundhedsprofessionelle er vigtig. - <i>Indsatser mod vold:</i> Et hollandsk studie fandt, at et intensivt hjemmebesøgsprogram blandt gravide kvinder der er identificeret til at være i høj risiko for vold, reducerede vold op til 2 år efter fødslen ift. en kontrolgruppe. Et amerikansk studie fandt, at kort indsats der var forankret i et hjemmebesøgsprogram, reducerede vold, mens et andet amerikansk studie fandt, at en hjemmebesøgsindsats kunne forebygge nogle former for vold, men kunne øge risikoen for vold blandt kvinder, der allerede var i et voldeligt forhold.
Kvalitetsvurdering	Ja, ved brug af critical appraisal tool (CCAT)

Forfatter (år) [Ref]	Kalra (2021) [48]
Titel	Training healthcare providers to respond to intimate partner violence against women (Cochrane Review)
Formål	Undersøge effekten af træningsprogrammer på sundhedsprofessionelles evne til at identificere og håndtere partnervold blandt kvinder (16+ år)
AMSTAR-vurdering	11 (høj kvalitet)
Overførbarhed	Lav
Styrker	Systematisk review af høj kvalitet og nyere data, som opsummerer evidensen omkring træning af sundhedsprofessionelle i forhold til deres håndtering af vold.
Svagheder	Ekskluderer studier der fokuserer på andre typer af vold end partnervold. Størstedelen af studier er fra lande med en anderledes sundhedssektor end den danske. Stor heterogenitet og mange studier rapporterede ikke indholdet af deres træningsprogrammer. Der er ikke separate data for forskellige grupper af sundhedsprofessionelle samt hvilke træningsprogrammer der er mest effektive.
Søgning	CENTRAL (Cochrane Library), Medline, Embase, ERIC EBSCOhost, CINAHL, PsycINFO, CDSR (Cochrane Library), Popline, LILACS, WHOLIS database, WHO ICTRP, ClinicalTrials.gov
Målgruppe	Sundhedsprofessionelle og sundhedsprofessionelstuderende, såsom læger, sygeplejersker, jordemødre, tandlæger, socialrådgivere, sundhedsplejersker, social- og sundhedsassistenter, etc.
Rekruttering	Ikke beskrevet
Indsatser	Strukturerede træningsprogrammer der havde til formål at øge sundhedsprofessionelles viden om partnervold og deres evne til at respondere på voldsudsatte. Træningsprogrammerne varierede i indhold, format og længde. Indholdet i nogle programmer var baseret på AVDR- eller RADAR-tilgangen: • AVDR- tilgangen (Asking, Validating, Documenting and Referral) indbefattede at spørge ind til vold på en ikke fordomsfuld måde i privat setting, give støttende kommentarer, der bekræfter at vold er forkert og kvindens selvværd, korrekt dokumentere tegn og symptomer på vold enten på skrift eller med billeder samt henvise voldsudsatte til rådgiver og støtteindsatser. • RADAR-tilgangen (Routine screening, Ask direct questions, Document your findings, Assess patient safety, Review patient options and referrals) indbefattede systematisk screening at spørge direkte spørgsmål samt vurdere patientens sikkerhed og gennemgå muligheder for støtte samt henvisninger. Ydermere involverede RADAR-tilgangen involverer typisk 3-6 timers teoribaseret traumeundervisning samt sessioner med lokale voldsorganisationer.

	Derudover involverede nogle træningsprogrammer motiverende interviews i stedet. For AVDR/RADAR. Formatet af træning varierede mellem digital træning og anvendte trykte ressourcer samt mellem klasseværelsesundervisning og online workshops. Længden på træningsprogrammerne varierede også fra 15 min. til 15 timer, og 9 ud af 19 studier gav 2 timers træning eller mindre. Ydermere involverede nogle træningsprogrammer motiverende interviews i stedet. For AVDR/RADAR. Formatet af træning varierede mellem digital træning og anvendte trykte ressourcer samt mellem klasseværelsesundervisning og online workshops. Længden på træningsprogrammerne varierede også fra 15 min. til 15 timer, og 9 ud af 19 studier gav 2 timers træning eller mindre.
Inkluderede studier	19 randomiserede forsøg fra USA, Australien, Mexico, Tyrkiet og Holland.
Outcomes	Sundhedsprofessionelles holdning, viden, respons på, opsporing og dokumentering af vold samt henvisning til støtteindsatser.
Resultater	19 studier blev inkluderet (17 randomiserede forsøg og to kvasi-randomiserede forsøg), hvoraf syv var inkluderet i en meta-analyse. Studierne var fra USA (14), Australien (1), Holland (1), Iran (1), Mexico (1) og Tyrkiet (1). I forhold til ingen træning kan træning forbedre sundhedsprofessionelles holdning til vold (SMD: 0.71; 95% CI: 0.39-1.03), selvopfattelse af at være bedre til at respondere på vold (SMD 2.44; 95% CI: 1.51-3.37) og viden om vold (SMD: 6.56; 95% CI: 2.49-10.63) inden for 12 måneder. Dog var der ikke nogen entydig effekt af træning på sundhedsprofessionelles adfærd i forhold til henvisning til støtteindsatser, identifikation, dokumentation og respons på vold. Meta-analyser viste, at studier der anvendte AVDR-tilgangen; træning der blev leveret i et stræk (< end en dag); træning der gjorde brug af rollespil samt cases havde en positiv effekt på sundhedsprofessionelles holdning i forhold til ingen træning. Der blev ikke fundet nogen effekt af gruppetræningssessioner fremfor individuel træning.
Kvalitetsvurdering	Cochrane risk of bias tool. Evidensen vurderes til at være lav til meget lav, hvor størstedelen af studierne har selvrapporterede outcomes fremfor egentlige adfærdsmål.

Forfatter (år) [ref]	LoGiudice (2015) [49]
Titel	Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis
Formål	At få en forståelse af sundhedsprofessionelles erfaring med prænatal opsporing af partnervold
Søgning	CINAHL, PubMed, Scopus, and ProQuest
AMSTAR score	4
Overførbarhed	Moderat
Styrker	Syntese af kvalitative studier der giver et overblik over kvalitativ litteratur inden for forskellige faggrupper der arbejder med svangreomsorgen.
Svagheder	Fokuserer udelukkende på partnervold. 75 % af undersøgelserne i denne metasyntese blev udført med fokusgruppe som forskningsdesign. Ingen protokol eller kvalitetsvurdering af inkluderede studier.
Målgruppe	142 erfarne kvindelige sundhedsprofessionelle fra USA, New Zealand og Sverige, som varierede i alderen fra 26 til 74 år. Fordelingen af sundhedsprofessionelle i denne undersøgelse er 78 fødselslæger/gynækologer, 47 jordemødre (der yder prænatal pleje i Sverige og New Zealand), 13 certificerede sygeplejerske jordemødre (der yder prænatal pleje i USA), 4 sygeplejersker.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	I 7/8 undersøgelser identificerede sundhedsprofessionelle et terapeutisk forhold som en facilitator til at screene kvinder prænalt for partnervold. Derudover var det vigtigt at have patientens tillid og en relation for at øge chancerne for at identificere kvinder, der oplever partnervold. 6/8 undersøgelser identificerede tilstedeværelsen af en kvindes partner som en barriere for opsporing af partnervold. Ofte inkluderes kvindens familie i svangreforløbet, men denne inkorporering skabte en barriere for at identificere gravide, der oplever partnervold. 7/8 undersøgelser viste også variationer inden for sundhedsprofessionelles timing og metode til opsporing. Nogle jordemødre screener typisk kun, når de har stærke grunde til at mistænke partnervold (risikobaseret opportunistisk screening), mens andre tilbød systematisk screening i 1. trimester og gentagen screening senere. Alle otte undersøgelser viste at sundhedsprofessionelles anså usikkerhed ift. at håndtere rapportering af partnervold som en barriere for opsporing. Manglende viden og uddannelse samt tidsbegrænsninger blev også oplevet som en barriere for opsporing. De sundhedsprofessionelle anså, at det at have let tilgængelige henvisningsmuligheder og tværfagligt samarbejde ville forbedre identifikationen og håndtering af partnervold i praksis. Et ønske om en form for ramme, ensartede retningslinjer og støtte blev efterspurgt.

Kvalitative- og mixed method-studier

Forfatter (år) [Ref]	Almqvist (2018) [32]
Titel	Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden
Formål	Estimere forekomsten af partnervold i en population af mødre 6 måneder efter fødslen og samtidig undersøge kvindernes oplevelse af at blive screenet for partnervold
Styrker	Børnesundhedscentre var diverse ift. størrelse og lokalitet rundt om i Sverige. Der blev screenet for vold med et standardiseret redskab CTS, som var valideret til at distingvere mønstre for partnervold fra par konflikter
Svagheder	Der var ingen måling af vold i graviditeten, men i givne intervaller forud for undersøgelsen. Eksklusionen af ikke-engelsktalende begrænser generaliserbarheden. Det fremgår ikke om CTS er valideret i en svensk kontekst
Overførbarhed	Høj
Lad	Sverige
Studietype	Mixed method (spørgeskema + opfølgende interview med delvis åbne svar)
Population	Mødre, der talte svensk og deltog i en planlagt seks-måneders børneundersøgelse på 12 børnesundhedscentre i Sverige (juli 2014 til maj 2015)
Klinisk kontekst	Svangreomsorg (barsel)
Opsporingsværktøj	Kvinderne blev screenet for voldudsættelse ved hjælp af Violence in the Family spørgeskemaet (ViF), som inkluderede følgende spørgsmål: <i>Have you (as an adult) been hit, kicked, punched, or otherwise hurt by someone? If so, by whom? Have you (as an adult) been ridiculed, threatened, harassed, or otherwise hurt by someone? If so, by whom? Do you feel safe in your current relationship? Is there a partner from a previous relationship who is making you feel unsafe now?</i> De kvinder, der indikerede udsættelse for vold, blev yderligere screenet ved hjælp af Conflict Tactics Scale - Brief (CTS-B), som indeholdt 10 udsagn til vurdering af voldstypen. Spørgsmålene fremgår ikke af artiklen.

Opsporingsform	Kvinder, der kom til rutinemæssige børneundersøgelser, blev bedt om at deltage i interventionen. De, der accepterede, modtog et spørgeskema med fire spørgsmål om partnervold ved hjælp af ViF spørgeskemaet. Hvis de angav udsættelse for partnervold, blev de yderligere stillet 10 spørgsmål ved hjælp af CTS-B. Efterfølgende blev der udført telefoninterviews med alle deltagerne. Interviewet omfattede 17 spørgsmål, hvoraf 8 var åbne spørgsmål og omhandlede, hvordan mødre opfattede at blive spurgt om partnervold under en rutinemæssig undersøgelse, deres holdninger til vigtigheden af at blive spurgt samt positive eller negative aspekter ved at blive spurgt. Sygeplejerskerne, der udførte seks-måneders undersøgelser, var blevet trænet i samtale om partnervold og håndtering heraf inden interventionen. Besvarelsen indgik ikke i hospitalsjournalen.
Resultater	I alt angav 32 (16%) af de 198 mødre, at de havde været udsat for vold fra en intim partner, hvoraf 27 tilfælde (13%) var vold for mere end tre år siden, mens fem mødre (2,5%) havde været udsat for vold for nylig (et til tre år siden), og 1 kvinde (0.5%) i det seneste år. Blandt dem der angav vold, blev psykologisk vold rapporteret blandt 30 mødre (15%) (CTS-B), mens 21 mødre (10,5%) havde været udsat for fysisk vold, og de andre ni mødre (4%) havde været udsat for seksuel vold. Alle mødre undtagen tre rapporterede, at de var blevet udsat af en tidligere partner. I alt accepterede 128 mødre at blive telefoninterviewet en uge efter screeningen. Af disse foretrak flertallet screening med ViF (90%). Kun mødre, der havde screenet positivt for vold, fik CTS-B, og i denne gruppe angav størstedelen, at spørgsmålene var svære at forstå. De fleste mødre oplevede det positivt at få spørgsmål om vold (71%), mens de øvrige 24% var neutrale, og 5% var usikre på oplevelsen. Der var ønske om, at screeningen skulle udføres rutinemæssigt og i forbindelse med en rutinemæssig undersøgelse af barnet for at undgå stigmatisering. Det var vigtigt, at partneren ikke var til stede under screeningen. Brugen af en kort selvudfyldelsesformular efterfulgt af en opfølgende samtale med børnesundhedsplejersken syntes at være en passende fremgangsmåde for screening. Det blev anbefalet, at der blev givet information om risici af partnervold for børnenes trivsel og udvikling.

Forfatter (år) [Ref]	Anderzén Carlsson (2021) [37]
Titel	The professional relationship forms the base: Swedish child health care nurses' experiences of encountering mothers exposed to intimate partner violence
Formål	Undersøge og udforske sundhedsplejerskernes kliniske erfaringer fra mødet med mødre udsat for partnervold
Styrker	Bidrager med viden omkring sundhedsplejersker, der møder mødre, der er blevet udsat for partnervold i land der er sammenligneligt med Danmark
Svagheder	Lille population (n=9)
Overførbarhed	Høj
Land	Sverige
Metode	Individuelle semistrukturerede interviews
Population	Sundhedsplejersker (Child health care nurses). Ni sundhedsplejersker fra to svenske regioner. Sundhedsplejerskerne kom fra en række forskellige børnesundhedsklinikker.
Klinisk kontekst	Sundhedsplejen
Resultater/temaer	Analysen afslørede fem temaer; (1) At møde en kvinde udsat for partnervold indebærer et professionelt engagement men indebærer også følelsesmæssige vanskeligheder grundet den intensiverede kontakt. (2) Viden og erfaring om partnervold medførte større selvsikkerhed, hvilket også fremmede identifikation af partnervold. (3) Ikke altid givet at handle omgående og indlede samarbejde (med fx socialforvaltningen), men i stedet arbejde aktivt med at gøre moderen opmærksom på situationen og tilbyde råd så hun selv kan iværksætte støtte eller sørge for støtte anden steds. (4) Tværprofessionelt samarbejde er en forudsætning for at håndtere partnervold. (5) Skuffelse over tilgængelige ressourcer og tilbud fra de forskellige familiemedlemmer. Det, der mangler, er klare retningslinjer og instruktioner om, hvad man skal gøre med disse kvinder og deres familier. Et støttende miljø kan lette sundhedsplejerskernes følelsesmæssige byrde og bidrage til bedre omsorg for de berørte mødre og børn.

Forfatter (år) [Ref]	Anderzen-Carlsson (2018) [38]
Titel	Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence
Formål	Undersøge sundhedsplejerskers erfaringer med at spørge mødre om vold i nære relationer ved hjælp af et to-trins spørgeskema 8 måneder efter fødslen
Styrker	Bidrager med viden omkring sundhedsplejerskes erfaring med at opspore vold blandt nye mødre land der er sammenligneligt med Danmark
Svagheder	Alle sundhedsplejerskerne der tog del i interventionen, meldte sig frivilligt til at blive interviewet til undersøgelsen. Resultaterne kan således være blevet påvirket af deres engagement for opsporing af partnervold. Ydermere indgår i skolesundhedsplejersker i undersøgelsen der i deres daglige arbejde ikke taler med gravide og fødende og ikke kommer i de private hjem
Overførbarehed	Høj
Land	Sverige
Metode	Data blev indsamlet ved semistrukturerede interviews, analyseret ved tematisk analyse.
Population	13 sundhedsplejersker (Child health care nurses); kvinder i alderen 37-54 år med arbejdserfaring varierede fra 2-13 år. Alle deltagerne var specialsygeplejersker; 3 i småbørns sundhedspleje og 10 i skolesundhedspleje.
Klinisk kontekst	Sundhedsplejen
Resultater/temaer	Brugen af et spørgeskema kan gøre det lettere at spørge ind til partnervold, men spørgeskemaet skal være kort og let at bruge. Sundhedsplejerskerne rapporterede at deltagelsen medførte en øget opmærksomhed på forekomsten af partnervold og at årsagen til sundhedsproblemer, de tidligere havde været vidne til hos børn og mødre, kunne være partnervold. Deltagelse i projektet havde afsmittende effekter på individuelt og organisatorisk niveau, hvor sundhedsplejersken delte deres viden og erfaring om at håndtere partnervold. Desuden angiver sundhedsplejerskerne, at der skal være tid til at indlede en samtale om partnervold. Sundhedsplejerskerne bør tilbydes uddannelse og støtte, før og under implementering af en sådan indsats i den kliniske praksis. Dette udelukker dog ikke risikoen for, at sundhedsplejerskerne føler sig utrygge i starten, men kontinuerlig støtte fra ledelsen kan hjælpe.

Forfatter (år) [Ref]	Baird (2021) [39]
Titel	Red flags and gut feelings—Midwives’ perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department
Formål	Undersøge identifikationen af vold i hjemmet og familien samt forstå jordemødrenes erfaringer med dette herunder tanker og barrierer. En post-interventionsevaluering af et partnervold-opsporingsprogram med klinikere indenfor svangreomsorgen
Styrker	Ved at bruge semistrukturerede interviews havde forskerholdet mulighed for belyse et område med begrænset evidens
Svagheder	Interviewene blev udført på et tertiært hospital, og studiepopulationen var lille, hvilket rejser spørgsmål om, hvorvidt resultaterne kan generaliseres til andre sammenhænge. Alle klinikere, der deltog i interviewene, meldte sig frivilligt til at deltage, så deres svar kan være blevet påvirket af deres engagement ift. opsporing
Overførbarehed	Høj
Land	Australien
Metode	Et kvalitativt deskriptivt design med semistrukturerede interviews
Population	10 jordemødre med mellem 5 og 40 års erfaring
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Følgende afgørende faktorer blev beskrevet: (1) Usikkerhed hos jordemødrene på trods af uddannelse og træning. Løbende træning blev identificeret som en væsentlig faktor for den fortsatte succes med systematisk opsporing. (2) Frygt for at åbne Pandoras æske, hvilket beskrives som et ønske om at hjælpe kvinder, men samtidig være bange for afsløring, fordi jordemødrene var usikre på, hvad de skulle gøre med den potentielle komplekse problemstilling, når en kvinde havde afsløret vold. (3) At arbejde med de 'røde flag' og 'mavefornemmelser' omhandlede jordemødrenes intuitive følelser som en del af vurderingen. Dog identificerede deltagerne, at uanset mængden af træning, de havde modtaget, var barrierer for effektiv opsporing og påvisning stadig 'almindelig' såsom partnerens tilstedeværelse under konsultationen og begrænset tid. (4) Relation og kontinuitet blev beskrevet som en væsentlig faktor for at fremkalde en afsløring af vold fra de gravide kvinder.

Forfatter (år) [Ref]	Eustace (2016) [40]
Titel	Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy
Formål	Udforske jordemødres erfaringer med systematisk opsporing af partnervold herunder opfattelser af barrierer og strategier til at forbedre praksis
Styrker	Større kvalitativ undersøgelse der belyser jordemødres erfaring med systematisk opsporing af vold
Svagheder	Deltagere i denne undersøgelse blev rekrutteret efter at have gennemført en online-undersøgelse. Det kan være, at disse jordemødre havde en eksisterende interesse i partnervold, og deres synspunkter afspejler måske ikke andre jordemødres synspunkter, som ikke har deltaget i undersøgelsen. Nogle af deltagerne kendte forskernes interesse for området, hvilket igen kan have bidraget til responsbias under interviewet.
Overførbarhed	Høj
Land	Australien
Metode	Et kvalitativt beskrivende design med dybdegående interview (telefonisk grundet geografiske udfordringer).
Population	21 jordemødre (1 mand og 20 kvinder) Størstedelen af deltagerne arbejder i det offentlige sundhedssystem.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Barrierer i forbindelse med at identificere partnervold i denne undersøgelse omfatter tilstedeværelsen af en partner, bekymringer omkring privatlivets fred, tidsbegrænsninger for planlagte aftaler samt mangel på støtte/henvisningsmuligheder efter at have identificeret partnervold hos kvinden. Størstedelen af deltagerne opfattede, at manglen på klare processer i Sundhedsvæsenet øgede deres angst for at spørge og modtage en potentielt positiv afsløring om partnervold fra kvinder. Alle deltagere beskrev, at de modtog meget lidt træning som forberedelse til at spørge kvinder om partnervold, hvilket var medvirkende faktor til deres følelse af usikkerhed. Utilstrækkelig forberedelse til en opsporing af partnervold blev konsekvent beskrevet af alle deltagere. Denne mangel på forberedelse påvirkede niveauet af tillid, deltagerne oplevede, når de stillede spørgsmål. Facilitering omhandlede især opbygningen af et tillidsfuldt forhold, hvilket blev set som altafgørende, når man spurgte kvinder om partnervold. Derudover blev muligheden for at spørge kvinder om partnervold ved mere end én lejlighed også identificeret som en fordel for at opspore vold i svangreomsorgen.

Forfatter (år) [Ref]	Finnbogadóttir (2020) [53]
Titel	Midwives' experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A Qualitative study
Formål	Undersøge jordemødres erfaringer med at møde voldsudsatte gravide som er indlagt på hospitalet i forbindelse med deres graviditet
Styrker	Bidrager med viden omkring jordemødres erfaringer med at opspore vold blandt gravide i Sverige
Svagheder	Målgruppen er jordemødre der arbejder med indlagte gravide. Disse er muligvis ikke repræsentative for opsporing af vold ved vanlige konsultationer
Overførbarhed	Høj
Land	Sverige
Metode	Data blev indsamlet ved fire fokusgruppediskussioner
Population	16 jordemødre
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Tre overordnede temaer blev fundet: <u>Professionelt ansvar:</u> Jordemødre anså det som værende deres faglige ansvar at opspore vold blandt gravide. Dog blev opsporing af vold ofte baseret på jordemødrenes "mavefornemmelse". <u>Muligheder for støtte:</u> Jordemødrene prøve at støtte voldsudsatte eller kvinder, som de havde mistanke om var voldsudsatte på den mest hensigtsfulde måde. Det var nødvendigt med øget uddannelse og retningslinjer, hvis man skulle opspore vold på bedre vis. <u>Barrierer for at give støtte:</u> Jordemødrene havde begrænset erfaringer med at opspore vold og vante rutiner samt rammer på hospitalet var en barriere for at give støtte/opspore vold. Jordemødrenes mentale overskud kunne påvirke, hvordan de håndterede situationen med en voldsudsat gravide.

Forfatter (år) [Ref]	Flaathen (2021) [35]
Titel	User-Involvement in the Development of a Culturally Sensitive Intervention in the Safe Pregnancy Study to Prevent Intimate Partner Violence
Formål	Få indsigt i kulturelt sensitive faktorer, der er vigtige for at voldsudsatte rapporterer vold og motiverer til deltagelse i støttende intervention.
Styrker	Kvinder med norsk, pakistansk og somalisk baggrund var med til at udvikle interventionen for at sikre at den var kulturelt tilpasset. Bidrager med viden til et underbelyst område.
Svagheder	Det var ønsket at interventionen var kulturelt tilpasset, men interviewene foregik på norsk. Dette begrænser generaliserbarheden til ikke-norsktalende deltagere, og forfatterne forklarer også at dette kan medvirke til at der var minimal forskel på oplevelserne blandt etnisk norske og immigrant deltagere. Kvinderne blev rekrutteret fra en ikke-klinisk kontekst (krisecentre), hvilket begrænser generaliserbarheden til andre grupper af voldsudsatte.
Overførbarhed	Høj
Land	Norge
Studiedesign	Fokusgruppe kvalitative interview + tematisk indholdsanalyse
Population	Kvinder med norsk, pakistansk eller somalisk baggrund, der matchede deltagerne i Safe Pregnancy Study og som kunne deltage i en interviewsession på norsk, blev rekrutteret fra 2 krisecentre.
Opsporingsværktøjer	Modificeret udgave af AAS og Composite Abuse Scale R-SF (CAS)
Opsporingsform	Deltagerne blev bedt om at vurdere henholdsvis screeningsspørgsmål og en digital intervention (en film med information om vold og sikkerhedsadfærd)
Klinisk kontekst	Ikke-Klinisk kontekst
Resultater	I alt 16 kvinder blev interviewet (22-47 år), hvoraf fem havde pakistansk baggrund, fem havde somalisk baggrund og seks havde norsk baggrund. Digital selvrapportering af vold via en tablet er acceptabelt i forbindelse med svangreomsorgen, og både screeningsværktøjerne AAS og CASR-SF identificerer voldsudsættelse blandt gravide. <i>Screeningsspørgsmål:</i> Deltagerne var positive overfor at få spørgsmål om vold digitalt. Spørgsmålene var relevante og lette at forstå, men

de var sensitive og konfronterende. Det kunne være nemmere at rapportere vold, hvis man først blev spurgt ind til en mild form for vold.

Barriere/facilitatorer for at rapportere vold: Digital selvrapportering af vold på en tablet var acceptabelt. Anonymitet (for partner, men også sundhedsprofessionel) var vigtig for at turde at rapportere vold da man frygtede konsekvenserne af at rapportere vold.

Immigrantkvinder var i højere grad bekymret omkring anonymitet og hvad konsekvensen af at rapportere vold ville medføre i forhold til ære og tvangsfjernelse af børn. Ydermere påpegede de, at vold er mere acceptabelt i deres kultur, og at forskellige aspekter af psykologisk vold anses som værende "normal adfærd". Det var særligt udfordrende for immigranter at bryde ud af et voldeligt forhold, da man ikke nødvendigvis havde kendskab til sine rettigheder og hvor man kunne få hjælp, eller havde netværk der støttede op om at bryde ud af forholdet.

Digital indsats (video): Skulle indeholde information om de forskellige former for vold og i højere grad af en beskrivelse af psykisk vold, da nogle kun er udsat for denne type. Det ville være udfordrende at lave én video, der var relevant for alle, da "kultursensitivt" information ville være relevant for enkelte subgruppe. Højere fokus på konsekvenser af vold mod børn samt hvor man kan få hjælp. Det fungerede godt at have rolig musik, billeder og en rolig fortæller på videoen.

Relaterede studier

Flaathen (2022) [18]; Walter (2021) [51]; Flaathen et al (2020) [64]

Forfatter (år) [Ref]	Henriksen (2017) [44]
Titel	It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence
Formål	At opnå en dybdegående forståelse af jordemødres erfaringer med systematisk opsporing af partnervold i graviditeten.
Land	Norge
Styrker	Kvalitativt design for at få en dybere forståelse af et fænomen
Svagheder	Resultaterne er afledt af deltagernes rapporterede erfaringer og kan overføres til lignende grupper, men det er lille population, og derfor kan resultaterne ikke generaliseres
Overførbarhed	Høj
Metode	Et kvalitativt design med individuelle semistrukturerede interviews
Population	Otte jordemødre med mellem 3 og 30 års erhvervserfaring deltog. Størstedelen havde både fødsels- og barselserfaring. Fem af jordemødrene arbejdede kun i svangreomsorgen, og tre havde kombinerede stillinger og arbejdede både i svangreomsorgen og på sygehusets fødeafdelingerne
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Alle jordemødrene i denne undersøgelse var begyndt at spørge kvinder om vold som en del af rutinemæssig svangerskabspleje, og flertallet fandt det formålstjenligt at spørge. Nogle af jordemødrene havde dog ikke gennemført systematisk opsporing blandt alle gravide. En af årsagerne til ikke at spørge indtil vold var, at jordemoderen ikke havde mistanke om vold og ikke mente, det fandt sted blandt deres veluddannede patienter. Dette kan tyde på en misforståelse om vold, der kan skyldes manglende træning og viden. Jordemødrene understregede behovet for uddannelse og støttesystemer på deres arbejdspladser. Jordemødrene gav udtryk for udfordringer og barrierer, der gjorde dem mindre trygge ved at spørge om vold. Flertallet udtrykte en usikkerhed med hensyn til, hvad de skulle gøre, hvis en kvinde rapporterede, at hun levede i et voldeligt miljø. Mangel på tid under konsultationer var endnu en barriere for jordemødrene. Derudover tilkendegav størstedelen af jordemødrene at de ikke spurgte om voldudsættelse, hvis partneren eller en pårørende fulgte kvinderne til konsultationen. Facilitatorer: At skabe et forhold til kvinderne, før man tog fat på voldsproblematikken, var en faktor, der gjorde det nemmere at spørge om vold. Personligt engagement blev nævnt som en fremme faktor; det gjorde det nemmere både at spørge og tale om vold.

Forfatter (år) [Ref]	Hooker (2015) [46]
Titel	Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial
Formål	Undersøge barrierer og facilitatorer for at implementere opsporing af vold i hjemmet blandt sundhedsplejersker
Land	Australien
Styrker	Større studie udført blandt sundhedsplejersker som identificerer barrierer og facilitatorer, der påvirker opsporing af vold
Svagheder	Fundene kan ikke nødvendigvis generaliseres til andre faggrupper
Overførbarhed	Høj
Metode	Mixed method (spørgeskemaundersøgelse og semi-strukturerede interviews). Sub-publikation til randomiserede forsøg omkring opsporing af vold blandt sundhedsplejersker.
Population	160 sundhedsplejerske deltog i en spørgeskemaundersøgelse og 23 deltog i semi-strukturerede interviews
Klinisk kontekst	Sundhedspleje
Resultater/temaer	Det randomiserede forsøg blev designet ud fra normaliseringsprocesteorien (NP; Reference NPT: May & Finch, 2009). NPT postulerer, at hvis komplekse interventioner – såsom opsporing af vold – skal blive en del af daglig praksis, så skal der være (1) sammenhæng (coherence – ‘what is the work?’); (2) kognitiv deltagelse (cognitive participation – ‘who does the work?’); (3) fælles ansvar (collective action – ‘how does the work get done?’); (4) reflektiv monitorering (reflexive monitoring – ‘how is the work understood?’). Følgende barrierer/facilitatorer blev fundet ifht. at ‘normalisere’ opsporing om vold blandt sundhedsplejersker: <i>Barrierer:</i> Skiftende personale, ikke muligt at udføre opsporingen uforstyrret, stor arbejdsmængde, manglende støtte/adgang til voldsindsatser, dårlige organisatoriske forhold, manglende økonomisk støtte, manglende viden omkring løbende evaluering og monitorering, manglende formelt rapporteringssystem. <i>Facilitatorer:</i> Praktisk erfaring med voldsområdet, diskussion af voldsopsporingsarbejdet på team-møder, positiv respons/øget indsigt blandt den screenede population, opsporing af vold 3-4 måneder post-partum ved en ekstra konsultation, klinisk supervision.
Relateret pub.	Taft (2015) [19]

Forfatter (år) [Ref]	Mauri (2015) [41]
Titel	Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences
Formål	Undersøge jordemødres viden og erfaring om vold i hjemmet under graviditeten med særlig opmærksomhed på opfattelsen af deres professionelle rolle og accepten af et opsporingsprogram omhandlende vold under graviditeten.
Styrker	Kvalitativt design for at få en dybere forståelse af et fænomen
Svagheder	De rekrutterede jordemødre var ansat i samme sundhedsdistrikt, og selvom forskerne rekrutterede både hospitals- og kommunale jordemødre, var sidstnævnte mindre repræsentative (fire ud af femten)
Overførbarhed	Høj
Land	Italien
Metode	Undersøgelsen blev udført ved hjælp af semistrukturerede interviews
Population	15 jordemødre med en gennemsnitsalder på 37 år, samt en gennemsnitlige erhvervserfaring på 14 år. Jordemødrene arbejder i sundhedsdistrikterne Monza og Brianza (det nordlige Italien)
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Jordemødre anerkender deres afgørende rolle i at identificere og håndtere vold i hjemmet, men er stadig uforberedte på at gøre det og angiver forskellige barrierer, der skal overvindes. Jordemødrene beskriver barrierer som manglende uddannelse, manglende træning samt tid til identifikation af vold i den kliniske praksis. Yderligere barrierer opleves som det, at vold som oftest er et kulturelt tabu, der forhindrer kvinderne i at afsløre overgreb, men også forhindrer jordemødrene i at stille spørgsmål om vold i hjemmet. Facilitering omhandlede kontinuitet og klinisk erfaring fremmer identifikationen.

Forfatter (år) [Ref]	O'Reilly (2018) [36]
Titel	Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community-based health care providers
Formål	Undersøge praksis hos lokale sundhedsprofessionelle i deres prænatal opsporing af vold i hjemmet blandt kvinder
Styrker	Undersøger praksisser og barrierer på tværs af forskellige sundhedsprofessioner ved brug af mixed methods. Studiet identificerer barrierer, som også er fundet i andre studier
Svagheder	Ikke specificeret hvor stor populationen er
Overførbarhed	Høj
Land	Australien
Metode	Mixed method (spørgeskemaundersøgelse og semi-strukturerede interviews)
Population	Sundhedsprofessionelle (praktiserende læger, jordemødre og sundhedsplejersker) der leverede svangreomsorg til gravide og barslende kvinder i New South Wales, Australien. Antal ikke oplyst
Klinisk kontekst	Svangreomsorg (graviditet og barsel)
Resultater/temaer	Følgende barrierer/ facilitatorer blev fremhævet (kvalitative fund/åbne spørgsmål i spørgeskema): <i>Barrierer:</i> Mange sundhedsprofessionelle havde ikke gennemgået formaliseret træning til opsporing af vold, og angav at de manglede tillid og viden i interventions- og henvisningsprocesser. Særligt utilstrækkelig viden om hvilke støttende ressourcer, der var til rådighed for voldsofre, eller manglen på sådanne ressourcer. En barriere for, at respondenterne kunne foretage opsporing, var manglende træning og viden. Desuden angav nogle af de sundhedsprofessionelle at de ikke opfattede opsporing af vold som en del af rutinemæssig behandling, mens andre formodede opsporing ville blive foretaget af en anden. Nogle sundhedsprofessionelle antog også, at kvinder, der oplevede vold, ville rapportere det selv. Derudover blev oplevelsen af tidsbegrænsninger identificerede som en barriere. <i>Facilitatorer:</i> Uddannelse er påkrævet for at fremhæve, hvordan alle sundhedsprofessionelle kan bidrage til at støtte og sikre sikkerheden for kvinder og børn, der oplever vold. Desuden skal troen på, at kvinder selv rapporterer vold uden at blive spurgt, fjernes.

Forfatter (år) [Ref]	Spangaro (2020) [50]
Titel	“Made Me Feel Connected”: A Qualitative Comparative Analysis of Intimate Partner Violence Routine Screening Pathways to Impact
Land	Australien
Formål	En undersøgelse af faktorer, der påvirker, om voldsudsatte aboriginske gravide vælger at afsløre partnervold i forbindelse med screening for partnervold under graviditeten
Styrker	Denne undersøgelse inkluderede kvinder, der valgte ikke at rapportere deres misbrug og voldsudsættelse i sundhedssystemet, en svært tilgængelig og vigtig gruppe af kvinder
Svagheder	Populationen er selekteret ved at de gravide, der i spørgeskemaet i uge 28 ikke tilkendegav vold er udelukket, og deres viden ikke indgår. Ydermere indgår kun aboriginske kvinder. Derudover blev der i interviewet alene fokuseret på kulturel sikkerhed og omsorg mere end på individuelle forhold i privatlivet
Overførbarhed	Moderat (Australien vurderes som udgangspunkt som høj, men da målgruppen er aboriginske kvinder er overførbarheden nedgraderet).
Metode	Kvalitative interviews (semistrukturerede)
Population	Engelsktalende, aboriginske gravide, som have besvaret spørgsmål om partnervold ved deres første svangerskabskonsultation fra tre forskellige svangerskabsklinikker i Sydney, Australien, og som havde givet positive svar på spørgsmålene om partnervold ifm. spørgeskema til studiet.
Opsporingsværktøj	Kvinderne blev screenet med to spørgsmål inspireret fra AAS: <i>Within the last year have you been hit, slapped, or hurt in other ways by your partner or expartner?</i> <i>Are you frightened of your partner or ex-partner?</i>
Opsporingsmetode	Jordemoderen foretog en mundtlig screening for partnervold under den gravides første svangerskabskonsultation (graviditetsuge 10-16), som en integreret del af svangerskabstilbuddet. Gravide, der screenede positiv for vold, blev henvist til yderligere støtteforanstaltninger indenfor svangretilbuddet. Forskerne inviterede gravide til at besvare et anonymt spørgeskema om partnervoldsstatus i relation til den hendes svangrebesøg i graviditetsuge 28, og efterfølgende interview.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	I alt 12 aboriginske gravide blev rekrutteret fra seks sundhedstjenester kulturelt tilpasset aboriginske gravide i New South Wales, Australien, og som alle angav at de var udsatte for partnervold i et spørgeskema, der udgik fra forskerne. Blandt disse havde 6 af de gravide også tilkendegivet partnervold, da de blev rutinescreenet af jordemoderen ved første konsultation, mens seks havde afvist dette.

Unik for aboriginske kvinders beslutninger om at afsløre partnervold var oplevelsen af ”kulturel sikkerhed”, der dækkede over at kulturelle forskelle og behov hos enkeltpersoner blev forstået og anerkendt. Kvinderne angav specifikke forhold som at opbygge tillid i relationen først, at spørgsmål om vold kom senere, og modtage omsorg i et miljø der tog hensyn til kulturelle forskelle (de særlige sundhedstjenester for aboriginere). Andre faktorer, der fremmede beslutningen om at afsløre vold, omfattede sikkerhed i at svar var fortrolige overfor voldsudøveren/ andre i miljøet og et ikke-dømmende screeningsmiljø. Rapportering blev fremmet ved direkte spørgsmål fra jordemoderen og en opfattelse af omsorg. Manglende rapportering var forbundet med mangel på omsorg og mangel sikkerhed.

Fraværet af ”kulturel sikkerhed” var en faktor i beslutningerne om ikke at afsløre voldserfaringer af denne gruppe kvinder. Ligesom oplevelser med institutionel racisme af de gravide blev også associeret med risiko for at få deres børn fjernet, hvorfor de ikke angav voldsudsættelse.

Konsekvenser for praksis: arbejdsgange med at screene for partnervold ved første besøg og modeller, hvor kontinuiteten i pleje ikke opretholdes, er problematiske for aboriginske kvinder, hvor opbygning af relationer er vigtig. Elementer af kulturel sikkerhed er nødvendige for sårbare eller marginaliserede befolkningsgrupper for at udnytte de tilgængelige sundhedstjenester fuldt ud.

Forfatter (år) [Ref]	Stöckl (2013) [66]
Titel	Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study
Formål	Undersøge acceptabiliteten af rutinescreening i standard svangreomsorgen
Styrker	Der blev gennemført kvalitative interviews med gravide kvinder, der havde været udsat for partnervold, med det formål at udforske de specifikke omstændigheder, hvorunder screening i svangreomsorgen blev betragtet som acceptabel. Dette nuancerede de kvantitative resultater fra den bredere population af nybagte mødre. Den kvantitative undersøgelse havde en høj besvarelsesprocent.
Svagheder	Spørgsmålene om vold blev stillet umiddelbart efter fødslen hvilket kan være en overvældende og sårbar tid for mange nye mødre. En mindre del af dem vil måske være mindre tilbøjelige til at erkende, at de har været udsat for vold fra en partner, som de efter fødslen er meget afhængige af. Eksklusionen af ikke-engelsktalende begrænser generaliserbarheden. Derudover skal det bemærkes, at spørgsmålene om vold ikke var blevet valideret, hvilket kan have påvirket nøjagtigheden af de indsamlede data. Afslutningsvis er det vigtigt at erkende, at resultaterne fra de kvalitative interviews er baseret på en relativt lille stikprøve.
Overførbarhed	Høj
Land	Tyskland
Metode	Mixed method (spørgeskema + opfølgende interview med delvis åbne svar)
Population	Tysktalende kvinder, der var over 18 år 1-7 dage efter deres fødsel på et universitetshospital i München (2007-2008).
Opsporingsværktøjer	Kvinderne blev screenet for voldudsættelse ved hjælp af en modificeret udgave af Abuse Assessment Screen (AAS) omkring fysisk, psykisk og seksuel vold før og under graviditeten. Spørgsmålene fremgår ikke af artiklen. Til at vurdere acceptabiliteten af rutinescreening for partnervold, fik deltagerne følgende spørgsmål. <i>"Mener du, at læger altid bør spørge patienter under graviditetsomsorg om deres fysiske eller seksuelle voldserfaringer?"</i>

	Svarmulighederne for begge spørgsmål var 'ja,' 'nej,' og 'under visse omstændigheder.' Den sidste mulighed blev efterfulgt af et åbent felt, hvor kvinder havde mulighed for at give yderligere detaljer.
Opsporingsform	Læger kontaktede kvinder 1-7 dage efter deres fødsel på et universitetshospital i München, og tilbød dem at deltage i interventionen. Kvinderne, der accepterede, modtog herefter et spørgeskema i papirformat med spørgsmål om partnervold, som de udfyldte alene. Information om støttemuligheder ved vold fremgik i slutningen af skemaet. Besvarelsene indgik ikke i journalen. Kvinder, der var interesserede i at deltage i en kvalitativ opfølgning, kunne efterlade deres kontaktoplysninger. Efterfølgende blev der udført telefoninterviews med deltagerne, der havde været udsat for partnervold. Under interviewene blev kvinderne spurgt: 1) <i>Om deres læge nogensinde havde spurgt dem om vold fra en intim partner</i> 2) <i>Kvinder, der i samtalen med lægen havde angivet vold, blev spurgt hvor til hjælpen fra lægen, hvad der kunne være gjort bedre, og hvilke fordele og ulemper der er ved at spørge alle kvinder om vold,</i> 3) <i>Kvinder, der ikke havde afsløret partnervold overfor deres læge, selv efter at være blevet spurgt om det, blev udspurgt om årsagerne til ikke at afsløre vold, de forhold, under hvilke de måske ville have afsløret vold, og hvad deres tanker er om at spørge alle kvinder om vold fra en intim partner</i> 4) <i>Alle kvinder blev også spurgt, om de mente at svangreomsorg var et godt tidspunkt at screene, og hvorfor, eller hvorfor ikke.</i>
Klinisk kontekst	Svangreomsorg (barsel)
Resultater	I alt besvarede 401/552 spørgeskemaet (73%). Andelen af kvinder, der oplevede fysisk og/ eller psykisk vold under graviditeten: 2,3 procent. Andelen af kvinder, der på et tidspunkt i deres liv havde oplevet fysisk eller psykisk vold: 5,6 %. Kvinder, der havde oplevet psykisk eller seksuel vold på et tidspunkt i deres liv: 16,5 % Endelig havde 5,3 % oplevet seksuel vold i barndommen. Blandt de 401 kvinder var 92 % (n = 362) for systematisk eller case-baseret screening. Af disse støttede 56 % systematisk screening, mens 36 % støttede case-baseret screening. Otte % var imod (p-værdi <0.001).

Case-baseret screening blev foreslået ved tydelige tegn på fysisk vold, tegn på angst over for partneren eller ved information om partnervold.

Der blev foretaget interviews med syv kvinder, der tidligere havde været udsat for partnervold. Et fremtrædende tema i disse interviews var, at bekymringen for deres ufødte barn motiverede dem til at søge hjælp under graviditeten. Kvinderne følte, at det var afgørende, at lægen, der stillede spørgsmål om vold, havde tid til at tale om volden og de tilgængelige støttemuligheder. Et andet tema, der kom frem, var, at skam ofte afholdt kvinder fra at tale om deres oplevelser med vold. Alligevel blev betydningen af de stillede spørgsmål understreget, da de kunne hjælpe kvinderne med at erkende, at volden var uacceptabel. Det blev også nævnt, at udover at stille spørgsmålene, kunne det være gavnligt at supplere dem med plakater og informationsmateriale i venteværelset.

Forfatter (år) [Ref]	Usanov (2023) [42]
Titel	Exploration of barriers to screening for domestic violence in the perinatal period using an ecological framework
Formål	Undersøge og forstå faktorer, der påvirker kvinders rapportering og opsporing af vold i hjemmet set fra sundhedsprofessionelles perspektiv
Styrker	Kvalitativt design der giver dybdegående viden omkring feltet
Svagheder	Sundhedsprofessionelle kommer både med perspektiver på barrierer for dem samt barrierer for målgruppen af opsporingen. Det ville have styrket undersøgelsen, såfremt forfatterne også havde spurgt målgruppen omkring deres oplevelse af barrierer, da det ville have verificeret resultaterne
Overførbarhed	Høj
Land	Høj
Metode	Et kvalitativt deskriptivt design, ved hjælp af semistrukturerede interviews og tematisk analyse.
Population	12 sundhedsprofessionelle, der beskæftiger sig med perinatale kvinder. Deltagerne er en sygeplejerske (n=1), praktiserende sygeplejersker (n=2), praktiserende læger (n=6) og jordemødre (n=3).
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Studiets fund præsenteres under fire hovedtemaer: <u>Faktorer, der forhindrer kvinder i at rapportere vold:</u> • Fysiske, økonomiske og relationelle konsekvenser: 'Frygt for konsekvenserne' • Selvbebrejdelser og rationalisering af misbrug/volden: 'Det er min skyld' • Flov over at rapportere vold: 'Skam, stigma, ikke at ville fortælle det til nogen' <u>Faktorer, der forhindrer sundhedsudbydere i at opspore vold</u> • Omsorg for både kvinder, der har oplevet vold i hjemmet, og deres partner: Et dilemma med hensyn til deres forpligtelse for begge parter. • Manglende viden om, hvad der skal gøres, hvis den enkelte afslører vold i hjemmet. • Manglende viden og bevidsthed blev tilskrevet utilstrækkelig uddannelse og træning. • "En anden gør det": Opsporing af vold i hjemmet kunne til tider overses, fordi nogle sundhedsprofessionelle antog, at andre sundhedsprofessionelle havde taget sig af det <u>Organisatoriske strukturer er ikke befordrende for opsporing</u>

- Hæmmet af tidsbegrænsninger: 'Under meget tidspres'
- Manglende fysiske ressourcer og følelsesmæssig støtte
- Ikke på forkant: 'Ude?/under? af din radar'

Kulturelle holdninger og socioøkonomiske påvirkninger, der påvirker opsporing

- Forudindtagethed omkring etniske minoriteter: 'Kultur har meget at spille med'
- Socioøkonomiske antagelser: 'Der er klasse overalt'

Forfatter (år) [Ref]	Walter (2021) [51]
Titel	Pregnant Women's Attitudes Toward and Experiences With a Tablet Intervention to Promote Safety Behaviors in a Randomized Controlled Trial: Qualitative Study
Formål	Undersøge de oplevelser, som gravide, der har været udsat for vold, har haft med digital screening for partnervold
Styrker	Kvinder med norsk, pakistansk og somalisk baggrund var med til at udvikle interventionen for at sikre at den var kulturelt tilpasset. Første større studie med etnisk divers population, der undersøger oplevelsen af en digital intervention forankret i en klinisk kontekst. Bidrager med viden til et underbelyst område
Svagheder	Interventionen var kulturelt tilpasset tre sprog, men interviewene foregik på norsk. Dette begrænser generaliserbarheden til ikke-norsktalende deltagere, og forfatterne forklarer også at dette kan medvirke til at der var minimal forskel på oplevelserne blandt etnisk norske og immigrant deltagere. Kvinderne blev interviewet et år efter deres deltagelse i interventionen, hvilket kan have forårsaget recall bias
Overførbarhed	Høj
Land	Norge
Metode	Semistrukturerede kvalitative interview + tematisk indholdsanalyse
Population	Gravide med norsk, pakistansk eller somalisk baggrund, der deltog i Safe Pregnancy Study, og kunne deltage i et interview på norsk
Klinisk kontekst	Klinisk kontekst (svangreomsorg)
Resultater	Seks kvinder fra interventionsgruppen og fire kvinder fra kontrolgruppen blev interviewet. Fem af kvinderne, der deltog i interviewene, talte norsk derhjemme, og fem talte et andet sprog. Flertallet af kvinderne, der ikke talte norsk derhjemme, opfattede sig selv som relativt godt integrerede. Følgende temaer var centrale i interviewene. Størstedelen af deltagerne havde en positiv tilgang til at besvare spørgsmål om partnervold digitalt, det fremmede ærlige svar. Jordemoderkonsultationer blev betragtet som et trygt og ikke-konfronterende miljø for screening for partnervold. Screening på forskelligt sprog fremmede gennemførslen af screening og erkendelse af voldsudsættelse. Kvindernes negative holdninger centrerede primært omkring usikkerhed vedrørende anonymitet i forhold til de svar, de gav i spørgeskemaet. Desuden kunne spørgsmål om partnervold medfører potentielt smertefulde minder, hvorfor det var

	det vigtigt at supplere tablet-interventionen med efterfølgende ansigt-til-ansigt kommunikation med en jordemoder. Der blev ikke fundet væsentlige forskelle mellem den etniske minoritet og majoritet i studiet
Relaterede studier	Flaathen (2022); Flaathen (2021); Flaathen (2020) [18, 35, 64]

Forfatter (år) [Ref]	Webster (2019) [45]
Titel	An exploration of the views and experiences of midwives who routinely screen for domestic violence in an Irish antenatal setting.
Formål	At udforske synspunkter og erfaringer fra jordemødres, der systematisk opsporer for vold i hjemmet før fødslen
Styrker	Kvalitativt design der giver dybdegående viden omkring det undersøgte felt
Svagheder	En begrænsning ved denne kvalitative undersøgelse er, at resultaterne ikke kan generalisere til den bredere befolkning. Med et lille antal deltagere skal man overveje datamætning. Forskeren har udarbejdet undersøgelsen alene; forskertriangulering kunne have været en styrke
Overførbarhed	Høj
Land	Irland
Metode	En kvalitativ tilgang blev anvendt med seks semistruktureret interview
Population	Seks jordemødre baseret i Dublin, hvor de arbejdede i et prænatalt miljø, som påkrævede en systematisk opsporing af vold.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen / prænatal
Resultater/temaer	Undersøgelsen omhandler flere temaer; at stille spørgsmålet, jordemoderens rolle; positiv afsløring; arbejdspladsen: kontinuitet eller kaos; jordemødres kendskab til vold i hjemmet: <u>Barrierer:</u> Jordemødre skitserede flere årsager til, hvorfor deres arbejdsmiljø kan påvirke afsløringen af vold; Tilstedeværelsen af partneren er et problem for jordemødre, hvor de tilpasser deres praksis for at lette undersøgelsen Et 'kaotisk' arbejdsmiljø påvirkede jordemødrene og medvirkede til at afgøre hvor meget tid de havde til at bruge på en opsporing. Generelt manglende tid Jordemødrenes egen følelsesmæssige frygt knyttet til kvindens rapportering Tilstedeværelsen af partneren Manglende tillid til den støtte, der er til rådighed efter afsløringen Manglende viden om kliniske retningslinje samt generelt viden havde indflydelse på deres nuværende kliniske praksis og dermed et ønske om mere uddannelse.

Jordemødrene oplevede en følelsesmæssige modstandskraft i forhold til at støtte kvinder der rapporterede vold; jordemødrene følte sig følelsesmæssigt involveret med en følelse af forpligtelse til at gøre tingene rigtigt, og indså så den lille mulighed de havde for støtte. Jordemødrene ønskede strukturelle og organisatoriske forbedringer.

Facilitatorer:

Jordemødrene beskriver troen på, at de havde en unik rolle i kvinders liv under graviditeten - et forhold, hvor det var lettere at skabe tillid, og under de rette omstændigheder også lettere at tilkendegive voldudsættelse (et 'jordemoder-moder forhold')

Jordemødrene anerkendte deres manglende viden og mente, at indførelsen af et løbende træningsprogram omhandlende vold i hjemmet var afgørende for at hjælpe og forstå vigtigheden af at screene systematisk. Dermed ville jordemødrene føle sig trygge og kompetente til at varetage en systematisk opsporing.

Forfatter (år) [Ref]	Zobbi (2022) [43]
Titel	Intimate partner violence screening during pregnancy: midwives' perspective
Formål	Undersøge jordemødres perspektiv på hvordan, hvor og hvornår man skal udføre opsporing af partnervold under graviditet for at øge dens kliniske anvendelse.
Styrker	Kvalitet studie med dybdegående viden
Svagheder	Forskerne var alle jordemødre, som forsker i eget felt. Derudover fremgår ikke om de har et personligt eller kollegialt forhold til deltagerne, hvilket kan ses som en svaghed.
Overførbarhed	Høj
Land	Italien
Metode	Semistrukturerede interviews
Population	11 jordemødre. Jordemødrenes gennemsnitlige alder var 43 år og erhvervserfaring var 20 år
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Jordemoderen var den bedst egnede sundhedsudbyder til at screene for partnervold under graviditeten, fordi de etablerer et tillidsfuldt forhold til kvinderne, som ville stole mere på dem end andre sundhedsprofessionelle. Jordemødre var enige om, at svangre-klinikken var det mest egnede sted at undersøge vold; deltagerne erkendte, at kvinderne ofte er sammen med deres partnere og dette hæmmer afsløringen af partnervold væsentligt. Det første svangerskabsbesøg var ikke det mest passende tidspunkt at screene for partnervold. Men hvis der er fysiske tegn på vold eller en bestemt adfærd, er en tidlig opsporing nødvendig. Der påpeges at det krævede tid til at opnå et tillidsfuldt forhold (kontinuitet). Der blev foreslået spørgeskemainterview samt at gentage opsporingen ved flere lejligheder. Nøgleelementerne for at opspore partnervold var kvindernes familiemæssige og sociale sammenhænge. Jordemødre bør kunne tilpasse sig opsporingsmetoden baseret på disse evalueringer. Seks jordemødre rapporterede, at en væsentlig betingelse for rapportering af vold var kvinders bevidsthed om, at de led under vold. Jordemødre anså dette trin for svært og tidskrævende. Desuden udtalte de fleste interviewpersoner, at kontinuiteten i jordemoderplejen og tillidsforholdet er to nøgleelementer for kvinders rapportering. Jordemødrene opsporede ofte ikke, fordi de anså partnervold for at være sjældent. Dette indikerede således manglende viden om emnet. Derudover

fremhævedes at en identifikation af partnervold ville involvere en mere krævende pleje/omsorg, som derfor afholdt jordemødrene for at screene. Ydermere blev der rapporteret, at kvindens frygt for partneren var en barriere og et ønske om at holde familien intakt gør, at kvinderne foretrækker at tie.

Bilag 6: Artikler med grupper med etnisk minoritetsbaggrund

Forfatter (år) [Ref]	Baird (2013) [58]
Titel	A five-year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry
Formål	Opfølgende evaluering af praksis for partnervoldsscreening i konsultationen blandt jordemødre 5 år efter implementering
Styrker	Studiet inkluderer spørgeskemabesvarelser omkring screeningspraksisser og supplerer dette med kvalitative fokusgruppeinterview. På den måde nuanceres resultaterne og afdække udfordringer i screening og henvisning til støttetilbud. Den lange followup periode (5 år) giver mulighed for at vurdere de mere langsigtede effekter af interventionen.
Svagheder	Resultaterne baserer sig på erfaringerne fra et enkelt fødested, hvilket begrænser generaliserbarheden. Resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen kan ikke sammenlignes med resultaterne fra andre settings. Screeningspraksisserne er ikke yderligere beskrevet og det er usikkert hvornår og hvordan der screenes under graviditeten.
Overførbarhed	Høj
Land	England
Studiedesign	Mixed method (spørgeskema om arbejdsgang for opsporing og fokusgruppe interview)
Population	Jordemødre ved et hospital i Sydvestlige England, der 5 år tidligere havde deltaget i The Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme (BPDVP).
Type af indsats	Et undervisningsprogram målrettet jordemødres med det mål at øge deres viden, og færdigheder til at screene systematisk og handle i situationer med partnervold. Programmet blev udviklet i 2004/2005, og der var efter indførslen af programmet opfølgende obligatorisk deltagelse i træningsprogrammet.
Indsats	Deltagende jordemødre blev bedt om at udfylde et spørgeskema med 54 spørgsmål omkring deres screeningspraksisser, som var identisk med et spørgeskema udsendt til jordemødre i det oprindelige opfølgningsspørgeskema fra 2004/2005. Spørgeskemaet indeholdt spørgsmål

	om bl.a. viden om partnervold, holdninger, screeningspraksisser og barrierer og støtte for screening og henvisning. Spørgeskemaundersøgelsen blev suppleret med fokusgruppe interview med det mål at afdække jordemødres holdning til rutine screening
Klinisk kontekst	Svangreomsorg
Resultater	I alt 58 besvarede spørgeskemaet (87,8%), hvoraf 36 (73%) havde deltaget i den oprindelige undersøgelse i 2004/2005. Elleve jordemødre deltog i fokusgruppeinterview. Resultaterne viste, at 5 år efter uddannelsesprogrammet blev indført, så var der en signifikant større andel af jordemødrene, med øget viden om at hvordan de skulle screene for vold (61% mod 37 %, $p=0,013$), en mindre andel, der var usikre på at stille spørgsmål om partnervold (0% mod 26,8%, $p>0,001$) sammenlignet med ved indførslen. Der var fortsatte barrierer for at spørge om vold, herunder tilstedeværelsen af en mandlig partner og for ikke-engelsktalende ved brug af tolk (bekymring for fortrolighed). Ikke desto mindre angav jordemødrene at de forsøgte med alternative strategier til at screene for vold, herunder at placere plakater om partnervold i rundt omkring i klinikkerne, ofte på toiletterne, og rådgive kvinder om at placere en blå mærkat på urinbeholderen, hvis de ønskede at tale med jordemoderen om vold i fortrolighed. Alle de interviewede identificerede udfordringer, når kvinderne ikke talte engelsk. Selvom der var adgang til telefontolk under konsultationerne, blev dette betragtet som en uhensigtsmæssig måde at spørge om vold. Tilstedeværelsen af en tolk blev betragtet som mest acceptabelt, dog blev der rejst bekymringer vedrørende tolke, der boede i det lokale samfund eller kendte familien personligt. Derudover blev kvinder ofte fulgt af en partner eller et familiemedlem, der fungerede som tolk mellem jordemoderen og kvinden. Jordemødrene følte, at der var behov for en mere målrettet praksis i forhold til at imødekomme behovene hos ikke engelsktalende kvinder, herunder få alene tid med den gravide, udarbejdelse af brochurer på forskellige sprog, og tilgængelige uddannede tolke.

Forfatter (år) [Ref]	Byrskog (2016) [56]
Titel	‘Moving on’- Violence, wellbeing and questions about violence in antenatal care encounters. A qualitative study with Somali-born refugees in Sweden
Formål	Undersøge hvordan somaliskfødte immigranter forholder sig til vold under migrationsproces og deres oplevelse af at få spørgsmål om partnervold under svangreundersøgelserne i Sverige
Styrker	De kvalitative interview bidrager med specifik viden om somalisk fødte kvinders opfattelse af partnervold, om oplevelsen af at få stillet spørgsmål om partnervold i sundhedsvæsenet og hvordan kulturelle forhold er relevante at inddrage i opsporing for vold i denne gruppe. Informanternes baggrundskaraktéristika var heterogene, hvilket bidrog med forskellige perspektiver.
Svagheder	Der er tale om interview med gravide fra et afgrænset geografisk område, hvilket begrænser overførbareheden til den generelle population. Interviewene blev gennemført med tolk, det kan ikke udelukkes at væsentlige nuancer er gået tabt i oversættelsen. Kvinderne talte generelt om partnervold, ikke egne erfaringer. Det fremgår ikke hvordan screeningen for partnervold fremgik.
Overførbarehed	Høj
Land	Sverige
Studietype	Semistrukturerede kvalitative interview
Population	Somalisk fødte gravide, der migrerede til Sverige som voksne, og med permanent opholdstilladelse i Sverige.
Klinisk kontekst	Svangreomsorg
Resultater	I alt 17 kvinderne blev interviewet, der i gennemsnit havde været i Sverige i 4 år. Det var ikke altid klart for kvinderne, hvorfor der skulle stilles spørgsmål om udsættelse for vold af jordemoderens, emnet blev opfattet som meget privat. Hvis jordemoderen forklarede fortrolighed ved spørgsmål om vold og forbindelsen mellem vold og sundhed, opfattede kvinderne dem som nyttige. Opfattelsen af hvad der blev betragtet som vold, varierede mellem sundhedsvæsenet og kvindernes normer. Kvinderne fastslog tydeligt at fysisk vold var unormalt, mens der var mere flydende grænser for definitioner af psykologisk og økonomisk vold. Kvindernes opfattelser af vold var ikke statiske, men kunne ændres i nye kontekster og over tid. Informanter, der havde boet i Sverige i kortere tid, angav, at problemer traditionelt blev løst inden for familien og netværket, og i mindre grad gennem sundhedsvæsenet. De begrundede det med manglende viden om offentlige støttemuligheder og bekymring for, om sociale myndigheder ville blande sig i deres familier mod deres vilje.

Der var divergerende holdninger til årsagerne til partnervold. Én opfattelse var, at partnervold havde været sjældent forekommende i Somalia, men at det kunne opstå som en konsekvens af frustration i det nye miljø og magtforskydninger i parforholdet. Omvendt blev det også sagt, at en opvækst i et miljø, hvor mænd havde magt over kvinder, havde gjort partnervold acceptabelt, men takket være lovgivningen i Sverige blev mænd nødt til at genoverveje og ændre deres adfærd.

Livet i et nyt velfærdssamfund udfordrede traditionelle strukturer og magtbalancer i parforholdet, hvilket på sigt kunne medføre udfordringer og øgede behov for gensidig tilpasning. Sociale netværk var centrale for kvindens beslutninger om sundhed. Samarbejde mellem sundhedsmyndigheder og lokale somaliske samfund var vigtigt for at nå ud og skabe bevidsthed om partnervold og støttemuligheder, og kunne medvirke til øget brugen af til de mere formelle sundhedsydelser.

Kontinuitet i omsorgen var afgørende i mødet på tværs af sprog og forskellige baggrunde, for at kunne skabe fortrolighed og mere individualiserede samtaler om vold og mestrning.

Forfatter (år) [Ref]	Finnbogadóttir (2020) [53]
Titel	Midwives' experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A Qualitative study
Formål	Undersøge jordemødres erfaringer med at møde voldsudsatte gravide som er indlagt på hospitalet i forbindelse med deres graviditet
Styrker	Bidrager med viden omkring jordemødres erfaringer med at opspore vold blandt gravide i Sverige
Svagheder	Målgruppen er jordemødre der arbejder med indlagte gravide. Disse er muligvis ikke repræsentative for opsporing af vold ved vanlige konsultationer
Overførbarhed	Høj
Land	Sverige
Metode	Data blev indsamlet ved fire fokusgruppediskussioner
Population	16 jordemødre
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Tre overordnede temaer blev fundet: <u>Professionelt ansvar:</u> Jordemødre anså det som værende deres faglige ansvar at opspore vold blandt gravide. Dog blev opsporing af vold ofte baseret på jordemødrenes "mavefornemmelse". <u>Muligheder for støtte:</u> Jordemødrene prøve at støtte voldsudsatte eller kvinder, som de havde mistanke om var voldsudsatte på den mest hensigtsfulde måde. Det var nødvendigt med øget uddannelse og retningslinjer, hvis man skulle opspore vold på bedre vis. <u>Barrierer for at give støtte:</u> Jordemødrene havde begrænset erfaringer med at opspore vold og vante rutiner samt rammer på hospitalet var en barriere for at give støtte/opspore vold. Jordemødrenes mentale overskud kunne påvirke, hvordan de håndterede situationen med en voldsudsat gravide.

Forfatter (år) [Ref]	Flaathen (2021) [35]
Titel	User-Involvement in the Development of a Culturally Sensitive Intervention in the Safe Pregnancy Study to Prevent Intimate Partner Violence
Formål	Få indsigt i kulturelt sensitive faktorer, der er vigtige for at voldsudsatte rapporterer vold og motiverer til deltagelse i støttende intervention.
Styrker	Kvinder med norsk, pakistansk og somalisk baggrund var med til at udvikle interventionen for at sikre at den var kulturelt tilpasset. Bidrager med viden til et underbelyst område.
Svagheder	Det var ønsket at interventionen var kulturelt tilpasset, men interviewene foregik på norsk. Dette begrænser generaliserbarheden til ikke-norsktalende deltagere, og forfatterne forklarer også at dette kan medvirke til at der var minimal forskel på oplevelserne blandt etnisk norske og immigrant deltagere. Kvinderne blev rekrutteret fra en ikke-klinisk kontekst (krisecentre), hvilket begrænser generaliserbarheden til andre grupper af voldsudsatte.
Overførbarhed	Høj
Land	Norge
Studiedesign	Fokusgruppe kvalitative interview + tematisk indholdsanalyse
Population	Kvinder med norsk, pakistansk eller somalisk baggrund, der matchede deltagerne i Safe Pregnancy Study og som kunne deltage i en interviewsession på norsk, blev rekrutteret fra 2 krisecentre.
Opsporingsværktøjer	Modificeret udgave af AAS og Composite Abuse Scale R-SF (CAS)
Opsporingsform	Deltagerne blev bedt om at vurdere henholdsvis screeningsspørgsmål og en digital intervention (en film med information om vold og sikkerhedsadfærd)
Klinisk kontekst	Ikke-klinisk kontekst
Resultater	I alt 16 kvinder blev interviewet (22-47 år), hvoraf fem havde pakistansk baggrund, fem havde somalisk baggrund og seks havde norsk baggrund. Digital selvrapportering af vold via en tablet er acceptabelt i forbindelse med svangreomsorgen, og både screeningsværktøjerne AAS og CASR-SF identificerer voldsudsættelse blandt gravide. <i>Screeningsspørgsmål:</i> Deltagerne var positive overfor at få spørgsmål om vold digitalt. Spørgsmålene var relevante og lette at forstå, men

	de var sensitive og konfronterende. Det kunne være nemmere at rapportere vold, hvis man først blev spurgt ind til en mild form for vold. <i>Barriere/facilitatorer for at rapportere vold:</i> Digital selvrapporering af vold på en tablet var acceptabelt. Anonymitet (for partner, men også sundhedsprofessionel) var vigtig for at turde at rapportere vold da man frygtede konsekvenserne af at rapportere vold. Immigrantkvinder var i højere grad bekymret omkring anonymitet og hvad konsekvensen af at rapportere vold ville medføre i forhold til ære og tvangsfjernelse af børn. Ydermere påpegede de, at vold er mere acceptabelt i deres kultur, og at forskellige aspekter af psykologisk vold anses som værende “normal adfærd”. Det var særligt udfordrende for immigranter at bryde ud af et voldeligt forhold, da man ikke nødvendigvis havde kendskab til sine rettigheder og hvor man kunne få hjælp, eller havde netværk der støttede op om at bryde ud af forholdet. <i>Digital indsats (video):</i> Skulle indeholde information om de forskellige former for vold og i højere grad af en beskrivelse af psykisk vold, da nogle kun er udsat for denne type. Det ville være udfordrende at lave én video, der var relevant for alle, da “kultursensitivt” information ville være relevant for en enkelte subgruppe. Højere fokus på konsekvenser af vold mod børn samt hvor man kan få hjælp. Det fungerede godt at have rolig musik, billeder og en rolig fortæller på videoen.
Relaterede studier	Flaathen (2022) [18]; Flaathen et al (2020) [64]; Garnweidner-Holme (2020) [54]; Garnweidner-Holme (2017) [55]; Walter (2021) [51]

Forfatter (år) [Ref]	Garnweidner-Holme (2020) [54]
Titel	Midwives' Attitudes Toward and Experience With a Tablet Intervention to Promote Safety Behaviors for Pregnant Women Reporting Intimate Partner Violence: Qualitative Study
Formål	Undersøge jordemødres holdning til en tabletintervention bestående af information om partnervold og sikkerhedsadfærd samt deres erfaringer med rekruttering af gravide kvinder med forskellig etnisk baggrund i et randomiseret kontrolleret forsøg (RCT)
Styrker	Potentielle temaer i analysen diskuteret blandt alle forfatterne for at forbedre troværdigheden af resultaterne. Undersøgelsen kan bidrage til evaluering af digitale indsatser.
Svagheder	Undersøgelsen omfattede en lille stikprøvestørrelse
Overførbarehed	Høj
Land	Norge
Metode	Semi-strukturerede individuelle interviews
Population	Alle ni jordemødrene arbejdede på et mødre- og børnesundhedscentre, og de spurgte systematisk kvinder om deres oplevelser med vold. Jordemødre var 42-57 år. Deres erfaring med at arbejde i prænatal pleje var mellem 4-18 år.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	Jordemødre opfattede tabletindsatsen som et passende supplement til at give information om partnervold i graviditeten og fremme sikkerhedsadfærd. Jordemødrene deltog primært for at få mere viden og træning om, hvordan man kommunikerer om vold i graviditeten. Jordemødrene efterspurgte mere viden generelt om emnet. Indsatsen blev opfattet som en anonym døråbner til at tale om partnervold og en god løsning til at sikre, at alle kvinder får den samme information. Indholdet af indsatsen skulle dog være troværdigt og stemme overens med den information, jordemødrene giver kvinderne. I betragtning af emnet følsomme karakter skitserede jordemødre vigtigheden af at følge op på indsatsen med direkte/ansigt-til-ansigt kommunikation. Jordemødre rapporterede, at tekniske problemer kunne være forstyrrende samt manglende tid som de to største udfordringer ved at rekruttere kvinder. Jordemødrene oplevede udfordringer med at rekruttere kvinder med forskellig etnisk baggrund på grund af sproglige barrierer og jordemødrenes oplevelse af at denne gruppe kvinder havde en skepsis over for videnskabelig forskning.
Relaterede pub.	Flaathen (2022) [18]; Flaathen (2021) [35]; Flaathen (2020) [64]; Garnweidner-Holme (2017) [55]; Walter (2021) [51]

Forfatter (år) [Ref]	Garnweidner-Holme (2017) [55]
Titel	Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway
Formål	Få indsigt i hvordan kvinder med forskellig etnisk baggrund oplevede partnervold og deres anbefalinger til hvordan jordemødrene skulle adressere dette i konsultationen
Styrker	Kvinder med norsk, pakistansk og somalisk baggrund var med til at udvikle interventionen for at sikre at den var kulturelt tilpasset. Bidrager med viden til et underbelyst område.
Svagheder	Det er tale om en meget lille studiepopulation og for lille til at drage konklusioner til den større immigrant population. Desuden kunne der være tale om recall bias ift. om de havde fået stillet spørgsmål om vold, da det for nogen var tid siden de havde modtaget svangreomsorg. Der blev desuden brugt tolk i interviewene, hvilket kan have influeret på oversættelsen. Kvinderne blev rekrutteret fra en ikke-klinisk kontekst (krisecentre), hvilket begrænser generaliserbarheden til andre grupper af voldudsatte.
Overførbarhed	Høj
Land	Norge
Metode	Semistrukturerede kvalitative interview + tematisk indholdsanalyse
Population	Kvinder, der havde oplevet partnervold blev rekrutteret fra 3 krisecentre i sydøst Norge.
Klinisk kontekst	Ikke-klinisk kontekst
Resultater	I alt 8 kvinder blev interviewet (22-47 år), hvoraf fem havde etnisk minoritetsbaggrund og tre var etniske nordmænd. Alle deltagerne havde modtaget svangreomsorg fra en jordemoder. <i>Opsporing af vold:</i> Ingen af deltagerne blev under graviditeten direkte spurgt om partnervold af jordemoderen, selvom de nationale retningslinjer anbefalede dette. Alle ønskede at de var blevet spurgt og ville gerne tale om deres oplevelser. Størstedelen af deltagerne følte, at det ville være vigtigt for jordemoderen at gøre dem opmærksomme på, at de var ofre for vold. Deltagerne foreslog at jordemoderen først hen i graviditeten spurgte til vold og begyndte med mere generel information om hvad vold var inden spørgsmålene.

	<i>Barriere/facilitatorer for at rapportere vold:</i> Faktorer, der gjorde det lettere at tale om vold med jordemoderen, inkluderede et godt forhold og tillid til jordemoderen, information om de potentielle negative sundhedsmæssige konsekvenser for den nyfødte som følge af volden og vished om, at jordemoderen kunne hjælpe dem. De primære barrierer for at tale om vold inkluderede, at deltagerne blev ledsaget af deres ægtefæller, frygt for at få deres børn fjernet, og kulturel accept af vold. Deltagerne med etnisk minoritetsbaggrund oplevede også vanskeligheder med at tale om vold på grund af deres begrænsede sprogkundskaber, men mente, at professionelle tolke med erfaring inden for IPV kunne hjælpe med at overvinde denne barriere. Deltagerne, uanset deres etniske baggrund, anså svangreomsorg for at være et centralt sted at afsløre partnervold. Kommunikation om partnervold skal tilpasses individuelt og tage højde for kulturelle forskelle, og jordemødrenes evne til at kommunikere kultursensitivt og håndtere partnervold var afgørende for kvinder, for at de søgte om hjælp. Træning af jordemødrenes færdigheder indenfor kultursensitiv kommunikation kan medvirke til at overvinde kulturelle barrierer i forhold til at tale om vold.
Relaterede publikationer	Flaathen (2022) [18]; Flaathen (2021) [35]; Flaathen (2020) [64]; Garnweidner-Holme (2020) [54]; Walter (2021) [51]

Forfatter (2017) [Ref]	Peters (2022) [57]
Titel	Exploring barriers to domestic violence screening among culturally and linguistically diverse and migrant women in a regional midwifery setting
Formål	At identificere barrierer for at opspore vold blandt kvinder med kulturel og etnisk minoritetsbaggrund i forbindelse med rutine svangre undersøgelser på et hospital i New South Wales, Australien
Styrker	Der blev gennemført kvalitative interviews med jordemødre, som bidrager med unik viden om at screene for vold i et område med stor etnisk diversitet. De interviewede jordemødre var forskellige i alder og erfaring, hvilket bidrog til variation i synspunkter.
Svagheder	Spørgsmålene om vold fremgik ikke, og det er usikkert om de var blevet validerede. Alle jordemødre var tilknyttet samme arbejdsplads, og interviews med jordemødre fra forskellige settings kunne måske have identificeret andre barrierer. Afslutningsvis er det vigtigt at erkende, at resultaterne fra de kvalitative interviews er baseret på en relativt lille stikprøve af frivillige, som selv havde meldt sig til interview.
Overførbarhed	Høj
Land	Australien
Metode	Semistruktureret kvalitative interviews
Population	11 australske jordemødre, der varetog svangreomsorg i et geografisk område med stor population med kulturel og sproglig mangfoldighed, samt migranter.
Klinisk kontekst	Svangreomsorg (barsel)
Resultater	Flere fremtrædende temaer blev identificeret som barrierer for opsporing: <i>Kommunikation om vold:</i> Selvom pjecer om tilbud ved vold, var formidlet på flere sprog, kunne læsefærdigheder hos den gravide være en barriere. Tolke udgjorde en betydeligt til at støtte, men kunne samtidig være en barriere. Jordemødrene angav usikkerhed om fortrolighed, hvis tolkningen blev gennemført indenfor en meget lille sprogstamme, der var usikkerhed om spørgsmålene blev oversat korrekt, og brugen af mandlige tolke udgjorde en generel barriere for kommunikationen. Der var et ønske om kvindelige tolke, øget tolketid og mulighed for forlænget aftenetid, når de håndterede etniske minoritets kvinder. <i>Screeningen i svangreomsorgen:</i> Screeningsspørgsmålene havde meget fokus på fysisk vold og mindre på de øvrige voldsformer, hvilket hæmmede identifikationen af vold. Nyuddannede jordemødre fandt det sværere at gennemføre screening, og generelt manglede

jordemødre støtte/ supervision i deres beslutninger. Desuden blev det fremhævet at der manglede klare retningslinjer for arbejdsgange ved en positiv voldscreening. Kontinuitet af jordemoder blev fremhævet som en forudsætning for at kvinden tilkendegiver vold. Nogle jordemødre følte sig uforberedte på at håndtere situationer med partnervold i en etnisk minoritets kontekst, men fremhævede at obligatorisk træning og retningslinjer kunne hjælpe.

Kulturel opfattelse af vold hos den gravide: Der var blandt de interviewede jordemødre en opfattelse af, at der eksisterede kulturelle forskelle i opfattelsen af og tolerance overfor partnervold. Mange af de gravide var ikke bevidste om andre former for vold end den fysiske. Derudover var der en frygt for at en rapportering af vold ville bringe skam over familien med konsekvenser for den voldsudsatte. Dette var en yderligere barriere for opsporing, særligt hos kvinden migrationsstatus var afhængig af partneren.

Forfatter (år) [Ref]	Spangaro (2020) [50]
Titel	“Made Me Feel Connected”: A Qualitative Comparative Analysis of Intimate Partner Violence Routine Screening Pathways to Impact
Formål	En undersøgelse af faktorer, der påvirker, om voldsudsatte aboriginske gravide vælger at afsløre partnervold i forbindelse med screening for partnervold under graviditeten
Styrker	Denne undersøgelse inkluderede kvinder, der valgte ikke at rapportere deres misbrug og voldsudsættelse i sundhedssystemet, en svært tilgængelig og vigtig gruppe af kvinder
Svagheder	Populationen er selekteret ved at de gravide, der i spørgeskemaet i uge 28 ikke tilkendegav vold er udelukket, og deres viden ikke indgår. Ydermere indgår kun aborigine kvinder. Derudover blev der i interviewet alene fokuseret på kulturel sikkerhed og omsorg mere end på individuelle forhold i privatlivet
Overførbarhed	Moderat (Australien vurderes som udgangspunkt som høj, men da målgruppen er aborigine kvinder, er overførbarheden nedgraderet).
Land	Australien
Metode	Kvalitative interviews (semistrukturerede)
Population	Engelsktalende, aboriginske gravide, som have besvaret spørgsmål om partnervold ved deres første svangerskabskonsultation fra tre forskellige svangerskabsklinikker i Sydney, Australien, og som havde givet positive svar på spørgsmålene om partnervold ifm. spørgeskema til studiet.
Opsporingsværktøj	Kvinderne blev screenet med to spørgsmål inspireret fra AAS: <i>Within the last year have you been hit, slapped, or hurt in other ways by your partner or expartner? Are you frightened of your partner or ex-partner?</i>
Opsporingsmetode	Jordemoderen foretog en mundtlig screening for partnervold under den gravides første svangerskabskonsultation (graviditetsuge 10-16), som en integreret del af svangerskabstilbuddet. Gravide, der screenede positiv for vold, blev henvist til yderligere støtteforanstaltninger indenfor svangretilbuddet. Forskerne inviterede gravide til at besvare et anonymt spørgeskema om partnervoldsstatus i relation til den hendes svangrebsbesøg i graviditetsuge 28, og efterfølgende interview.
Klinisk kontekst	Svangreomsorgen
Resultater/temaer	I alt 12 aboriginske gravide blev rekrutteret fra seks sundhedstjenester kulturelt tilpasset aboriginske gravide i New South Wales, Australien, og som alle angav at de var udsatte for partnervold i et spørgeskema, der udgik fra forskerne. Blandt disse havde 6 af de gravide også tilkendegivet partnervold, da de blev rutinescreenet af jordemoderen ved første konsultation, mens seks havde afvist dette. Unik for aboriginske kvinders beslutninger om at afsløre partnervold var oplevelsen af kulturel sikkerhed, der dækkede over at kulturelle forskelle og behov hos enkeltpersoner blev forstået og anerkendt. Kvinderne angav

specifikke forhold som at opbygge tillid i relationen først, at spørgsmål om vold kom senere, og modtage omsorg i et miljø der tog hensyn til kulturelle forskelle (de særlige sundhedstjenester for aboriginere). Andre faktorer, der fremmede beslutningen om at afsløre vold, omfattede sikkerhed i at svar var fortrolige overfor voldsudøveren/ andre i miljøet og et ikke-dømmende screeningsmiljø. Afsløring blev fremmet ved direkte spørgsmål fra jordemoderen og en opfattelse af omsorg. Ikke-afsløring var forbundet med mangel på omsorg og mangel sikkerhed.

Fraværet af kulturel sikkerhed var en faktor i beslutningerne om ikke at afsløre voldserfaringer af denne gruppe kvinder. Ligesom oplevelser med institutionel racisme af de gravide blev også associeret med risiko for at få deres børn fjernet, hvorfor de ikke angav voldsudsættelse.

Konsekvenser for praksis: arbejdsgange med at screene for partnervold ved første besøg og modeller, hvor kontinuiteten i pleje ikke opretholdes, er problematiske for aboriginske kvinder, hvor opbygning af relationer er vigtig. Elementer af kulturel sikkerhed er nødvendige for sårbare eller marginaliserede befolkningsgrupper for at udnytte de tilgængelige sundhedstjenester fuldt ud.

Forfatter (år) [Ref]	Walter (2021) [51]
Titel	Pregnant Women's Attitudes Toward and Experiences With a Tablet Intervention to Promote Safety Behaviors in a Randomized Controlled Trial: Qualitative Study
Formål	Undersøge de oplevelser, som gravide, der har været udsat for vold, har haft med en digital intervention designet til at fremme deres sikkerhed (Safe Pregnancy Study)
Styrker	Kvinder med norsk, pakistansk og somalisk baggrund var med til at udvikle interventionen for at sikre at den var kulturelt tilpasset. Første større studie med etnisk diverse population, der undersøger oplevelsen af en digital intervention forankret i en klinisk kontekst. Bidrager med viden til et underbelyst område.
Svagheder	Interventionen var kulturelt tilpasset tre sprog, men interviewene foregik på norsk. Dette begrænser generaliserbarheden til ikke-norsktalende deltagere, og forfatterne forklarer også at dette kan medvirke til at der var minimal forskel på oplevelserne blandt etnisk norske og immigrant deltagere. Kvinderne blev interviewet et år efter deres deltagelse i interventionen, hvilket kan have forårsaget recall bias.
Overførbarhed	Høj
Land	Norge
Metode	Semistrukturerede kvalitative interview + tematisk indholdsanalyse
Population	Gravide med norsk, pakistansk eller somalisk baggrund, der deltog i Safe Pregnancy Study, og kunne deltage i en interviewsession på norsk.
Type af indsats	Digital intervention (tablet-intervention)
Tidshorisont	7 minutter
Klinisk kontekst	Klinisk kontekst (svangreomsorg)
Resultater	Seks kvinder fra interventionsgruppen og fire kvinder fra kontrolgruppen blev rekrutteret. Fem af kvinderne, der deltog i interviewene, talte norsk derhjemme, og fem talte et andet sprog. Flertallet af kvinderne, der ikke talte norsk derhjemme, opfattede sig selv som relativt godt integrerede. Følgende temaer var centrale i interviewene. Størstedelen af deltagerne havde en positiv tilgang til at besvare spørgsmål om partnervold digitalt og privat, men på grund af de potentielt smertefulde minder, som spørgsmålene kunne vække, var det vigtigt at supplere tablet-interventionen med efterfølgende ansigt-til-ansigt kommunikation med en jordemoder. Jordemoderkonsultationer blev betragtet som et passende og legitimt sted til at besvare spørgsmål og se en film om partnervold. Kvinderne foreslog, at tablet-interventionen skulle gøres tilgængelig i andre kontekster, såsom sprogkurser og hos praktiserende læger mm. Kvindernes negative

	holdninger centreret primært omkring usikkerhed vedrørende anonymitet i forhold til de svar, de gav i spørgeskemaet. Der blev ikke fundet væsentlige forskelle mellem norske og kvinder med etnisk minoritetsbaggrunds holdninger til og oplevelser med tablet-interventionen.
Relaterede pub.	Flaathen (2022) [18]; Flaathen (2021) [35]; Flaathen (2020) [64]; Garnweidner-Holme (2020) [54] Garnweidner-Holme (2017) [55]

Bilag 7: Søgestrengene til videnskabelige databaser

CINAHL litteratursøgning – forskningsspørgsmål: Opsporing af vold

Database: CINAHL (EBSCO) – søgt 29.6.2023

#	Query	Result
S1	(MH "Parents")	49,771
S2	(MH "Adolescent Parents")	289
S3	(MH "Mothers") OR (MH "Adolescent Mothers") OR (MH "Expectant Mothers")	50,890
S4	(MH "Fathers") OR (MH "Adolescent Fathers") OR (MH "Expectant Fathers")	8,311
S5	(MH "Pregnancy")	226,517
S6	(MH "Pregnancy in Adolescence")	5,836
S7	(MH "Pregnancy, Unplanned") OR (MH "Pregnancy, Unwanted")	3,752
S8	(MH "Postnatal Care") OR (MH "Prenatal Care")	24,431
S9	(MH "Ethnic Groups") OR (MH "Indigenous Peoples")	38,977
S10	(MH "Arctic Peoples") OR (MH "Inuit")	892
S11	(MH "Immigrants")	17,147
S12	(MH "Refugees")	9,073
S13	(MH "Minority Groups")	14,101
S14	(MH "Expectant Parents")	505
S15	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12 OR S13 OR S14	384,322
S16	TI (Parent* OR mother* OR maternal* OR father* OR paternal* OR pregnanc* OR pregnant OR ((perinatal OR Prenatal OR antenatal OR neonatal OR "post partum" OR postnatal) N2 (care OR period*)) OR "post partum wom?n" OR (ethnic N2 (group* OR minorit*)) OR (minority N2 (group* OR famil*)) OR immigrant* OR eskimo* OR inuit* OR refugee* OR "indigenous people*") OR AB (Parent* OR mother* OR maternal* OR father* OR paternal* OR pregnanc* OR pregnant OR ((perinatal OR Prenatal OR antenatal OR neonatal OR "post partum" OR postnatal) N2 (care OR period*)) OR "post partum wom?n" OR (ethnic N2 (group* OR minorit*)) OR (minority N2 (group* OR famil*)) OR immigrant* OR eskimo* OR inuit* OR refugee* OR "indigenous people*")	480,238
S17	S15 OR S16	624,874
S18	(MH "Stalking")	506
S19	(MH "Homicide")	5,511
S20	(MH "Domestic Violence")	10,375
S21	(MH "Battered Women")	4,284
S22	(MH "Intimate Partner Violence")	12,597
S23	(MH "Emotional Abuse")	448
S24	(MH "Gender-Based Violence")	902
S25	(MH "Sexual Abuse")	10,448
S26	(MH "Rape")	4,068
S27	S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	39,076
S28	(MH "Rescreening")	243

S29	(MH "Primary Health Care")	72,159
S30	(MH "Family Assessment")	1,495
S31	(MH "Women's Health Services")	2,718
S32	(MH "Maternal Health Services")	11,567
S33	S28 OR S29 OR S30 OR S31 OR S32	87,681
S34	S17 AND S27 AND S33	260
S35	TI ((Screen* OR identification OR identifying OR identify OR identified OR Detect* OR Disclos* OR (routine* N2 (ask* or question*)) OR "antenatal clinic*" OR ((primary or outpatient) N2 (care or therap* or service*)) OR expose OR exposing OR exposed OR "crisis intervention* service*" OR "maternal health service*" OR "family assessment" OR "women* health service*") N11 (((Intimate OR spouse* OR domestic OR physical OR sex* OR abusive OR controlling OR violent OR interpersonal OR digital OR economic OR material OR psychological OR emotional) N2 (coercion OR violent* OR abuse OR offense* OR relationship* OR assault*)) OR ((wom?n OR m?n OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR famil* OR gender* OR marital) N2 (abuse* OR batter* OR violent* OR rape* OR raping OR conflict* OR stalking OR homicide*)) OR (hono#r N2 (killing* OR abuse OR violence)) OR "obstetric violence" OR "physical abuse" OR (emotional N2 (abuse OR abusive OR violent*)))) OR AB ((Screen* OR identification OR identifying OR identify OR identified OR Detect* OR Disclos* OR (routine* N2 (ask* or question*)) OR "antenatal clinic*" OR ((primary or outpatient) N2 (care or therap* or service*)) OR expose OR exposing OR exposed OR "crisis intervention* service*" OR "maternal health service*" OR "family assessment" OR "women* health service*") N11 (((Intimate OR spouse* OR domestic OR physical OR sex* OR abusive OR controlling OR violent OR interpersonal OR digital OR economic OR material OR psychological OR emotional) N2 (coercion OR violent* OR abuse OR offense* OR relationship* OR assault*)) OR ((wom?n OR m?n OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR famil* OR gender* OR marital) N2 (abuse* OR batter* OR violent* OR rape* OR raping OR conflict* OR stalking OR homicide*)) OR (hono#r N2 (killing* OR abuse OR violence)) OR "obstetric violence" OR "physical abuse" OR (emotional N2 (abuse OR abusive OR violent*))))	7,691
S36	S17 AND S35	2,151
S37	S34 OR S36	2,340
S38	S34 OR S36 Limiters - Published Date: 20130101-20231231	1,463

Cochrane Library - litteratursøgning – forskningsspørgsmål: Opsporing af vold

Database: Cochrane Library (Wiley) – søgt 29.6.2023

#	Query	Result
1	MeSH descriptor: [Parents] this term only	4586
2	MeSH descriptor: [Adolescent Mothers] this term only	6
3	MeSH descriptor: [Adolescent Fathers] explode all trees	0
4	MeSH descriptor: [Fathers] this term only	271
5	MeSH descriptor: [Mothers] this term only	2766
6	MeSH descriptor: [Pregnancy] this term only	30022
7	MeSH descriptor: [Pregnant Women] this term only	745
8	MeSH descriptor: [Pregnancy in Adolescence] this term only	257
9	MeSH descriptor: [Pregnancy, Unwanted] explode all trees	61
10	MeSH descriptor: [Pregnancy, Unplanned] this term only	128
11	MeSH descriptor: [Prenatal Care] this term only	2124
12	MeSH descriptor: [Ethnicity] this term only	1620
13	MeSH descriptor: [Indigenous Peoples] this term only	19
14	MeSH descriptor: [Inuit] this term only	44
15	MeSH descriptor: [Emigrants and Immigrants] this term only	256
16	MeSH descriptor: [Refugees] this term only	235
17	MeSH descriptor: [Ethnic and Racial Minorities] this term only	16
18	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17	38574
19	(Parent* OR mother* OR maternal* OR father* OR paternal* OR pregnanc* OR pregnant OR ((perinatal OR Prenatal OR antenatal OR neonatal OR post partum OR postnatal) NEAR/2 (care OR period*)) OR (post NEXT partum NEXT wom?n) OR (ethnic NEAR/2 (group* OR minorit*)) OR (minority NEAR/2 (group* OR famil*)) OR immigrant* OR eskimo* OR inuit* OR refugee* OR (indigenous NEXT people*)):ti,ab,kw (Word variations have been searched)	164030
20	#18 OR #19	164961
21	MeSH descriptor: [Stalking] this term only	4
22	MeSH descriptor: [Homicide] this term only	43
23	MeSH descriptor: [Domestic Violence] this term only	208
24	MeSH descriptor: [Spouse Abuse] this term only	224
25	MeSH descriptor: [Intimate Partner Violence] this term only	352
26	MeSH descriptor: [Sex Offenses] this term only	295
27	MeSH descriptor: [Emotional Abuse] this term only	9
28	MeSH descriptor: [Rape] this term only	157
29	MeSH descriptor: [Gender-Based Violence] this term only	15
30	MeSH descriptor: [Battered Women] this term only	74
31	MeSH descriptor: [Emotional Abuse] this term only	9
32	MeSH descriptor: [Physical Abuse] this term only	56
33	#21 OR #22 OR #23 OR #24 OR #25 OR #26 OR #27 OR #28 OR #29 OR #30 OR #31 OR #32	1227

34	MeSH descriptor: [Mass Screening] this term only	4537
35	MeSH descriptor: [Primary Health Care] this term only	5756
36	MeSH descriptor: [Outpatient Clinics, Hospital] this term only	614
37	MeSH descriptor: [Women's Health Services] this term only	101
38	MeSH descriptor: [Maternal Health Services] this term only	352
39	#34 OR #35 OR #36 OR #37 OR #38	10949
40	#20 AND #33 AND #39	35
41	((Screen* OR identification OR identifying OR identify OR identified OR Detect* OR Disclos* OR (routine* NEAR/2 (ask* or question*)) OR (antenatal NEXT clinic*) OR ((primary OR outpatient) NEAR/2 (care or therap* or service*)) OR expose OR exposing OR exposed OR (crisis NEXT intervention* NEXT service*) OR (maternal NEXT health NEXT service*) OR(women* NEXT health NEXT service*) OR (family NEXT assessment)) NEAR/11 (((Intimate OR spouse* OR domestic OR physical OR sex* OR abusive OR controlling OR violent OR interpersonal OR digital OR economic OR material OR psychological OR emotional) NEAR/2 (coercion OR violen* OR abuse OR offense* OR relationship* OR assault*)) OR ((wom?n OR m?n OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR famil* OR gender* OR marital) NEAR/2 (abuse* OR batter* OR violen* OR rape* OR raping OR conflict* OR stalking OR homicide*)) OR (hono?r NEAR/2 (killing* OR abuse OR violence)) OR (obstetric NEXT violence) OR (physical NEXT abuse) OR (emotional NEAR/2 (abuse OR abusive OR violen*)))));ti,ab,kw (Word variations have been searched)	1963
42	#20 AND #41	447
43	#40 OR #42 with Cochrane Library publication date from Jan 2013 to Dec 2023	353

Embase litteratursøgning – forskningsspørgsmål : Opsporing af vold

Embase Classic+Embase 1947 to 2023 June 28

#	Query	
1	parent/ or adolescent parent/ or expectant parent/	113,101
2	mother/ or adolescent mother/ or expectant mother/	130,858
3	father/ or adolescent father/ or expectant father/	35245
4	pregnancy/ or adolescent pregnancy/ or unplanned pregnancy/ or unwanted pregnancy/	837,926
5	prenatal care/	52,376
6	ethnic group/ or immigrant/ or eskimo/ or inuit/	107,465
7	refugee/ or minority group/	35,095
8	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6 or 7	1,197,139
9	(Parent* or mother* or maternal* or father* or paternal* or pregnanc* or pregnant or ((perinatal or Prenatal or antenatal or neonatal or post partum or postnatal) adj3 (care or period*)) or post partum wom#n or (ethnic adj3 (group* or minorit*)) or (minority adj3 (group* or famil*)) or immigrant* or eskimo* or inuit* or refugee* or indigenous people*).ti,ab,kf.	2,030,911
10	8 or 9	2,396,274
11	exp stalking/ or homicide/	21,287
12	domestic violence/ or battered woman/ or family violence/ or partner violence/	31,245
13	emotional abuse/ or gender based violence/ or obstetric violence/	6,889
14	sexual violence/ or reproductive coercion/ or sexual coercion/	4,835
15	sexual assault/ or marital rape/ or rape/ or sexual abuse/	28,368
16	emotional abuse/	5,342
17	physical abuse/	8,300
18	11 or 12 or 13 or 14 or 15 or 16 or 17	83,663
19	Screening/ or mass screening/ or rescreening/ or screening test/	343,199
20	primary health care/ or primary medical care/	209,818
21	outpatient care/	47,815
22	family assessment/	2,902
23	maternal health service/	2,864
24	19 or 20 or 21 or 22 or 23	591,632
25	10 and 18 and 24	1,071
26	((Screen* or identification or identifying or identify or identified or Detect* or Disclos* or (routine* adj3 (ask* or question*)) or antenatal clinic* or ((primary or outpatient) adj3 (care or therap* or service*)) or expose or exposing or exposed or crisis intervention* service* or maternal health service* or family assessment or women* health service*) adj12 (((Intimate or spouse* or domestic or physical or sex* or abusive or controlling or violent or interpersonal or digital or economic or material or psychological or emotional) adj3 (coercion or violen* or abuse or offense* or relationship* or assault*)) or ((wom#n or m#n or spouse* or partner* or wife or wives or husband* or famil* or gender* or marital) adj3 (abuse* or batter* or violent* or rape* or raping or conflict* or stalking or homicide*)) or (hono?r adj3 (killing* or abuse or violence)) or obstetric violence or physical abuse or (emotional adj3 (abuse or abusive or violent*))))).ti,ab,kf.	15,083
27	10 and 26	3,941

28	25 or 27	4,599
29	limit 28 to yr="2013 -Current"	2,836

PsycINFO litteratursøgning – forskningsspørgsmål: Opsporing af vold

Database:

APA PsycInfo <1806 to June Week 3 2023>

#	Query	
1	parents/ or expectant parents/ or homosexual parents/	50,918
2	mothers/ or adolescent mothers/ or expectant mothers/	45,677
3	fathers/ or adolescent fathers/ or expectant fathers/	12,551
4	prenatal care/ or postnatal period/	8,618
5	pregnancy/ or adolescent pregnancy/	29,891
6	"racial and ethnic groups"/ or indigenous populations/ or inuit/ or immigration/ or minority groups/ or refugees/	70,371
7	1 or 2 or 3 or 4 or 5 or 6	200,637
8	(Parent* or mother* or maternal* or father* or paternal* or pregnanc* or pregnant or ((perinatal or Prenatal or antenatal or neonatal or post partum or postnatal) adj3 (care or period*)) or post partum wom#n or (ethnic adj3 (group* or minorit*)) or (minority adj3 (group* or famil*)) or immigrant* or eskimo* or inuit* or refugee* or indigenous people*).ti,ab,id.	536,282
9	7 or 8	562,888
10	Stalking/ or homicide/	8,300
11	domestic violence/ or battered females/ or intimate partner violence/	25,965
12	emotional abuse/ or Gender violence/	3,442
13	physical abuse/ or exposure to violence/ or sexual abuse/ or sexual coercion/ or sexual violence/ or sex offenses/ or rape/	44,334
14	10 or 11 or 12 or 13	75,112
15	Screening/ or screening tests/ or identification/	19,784
16	emergency services/ or Crisis Intervention Services/ or primary health care/ or outpatient treatment/	40,446
17	15 or 16	58,983
18	9 and 14 and 17	219
19	((Screen* or identification or identifying or identify or identified or Detect* or Disclos* or (routine* adj3 (ask* or question*)) or antenatal clinic* or ((primary or outpatient) adj3 (care or therap* or service*)) or expose or exposing or exposed or crisis intervention* service* or maternal health service* or family assessment or women* health service*) adj12 (((Intimate or spouse* or domestic or physical or sex* or abusive or controlling or violent or interpersonal or digital or economic or material or psychological or emotional) adj3 (coercion or violen* or abuse or offense* or relationship* or assault*)) or ((wom#n or m#n or spouse* or partner* or wife or wives or husband* or famil* or gender* or marital) adj3 (abuse* or batter* or violen* or rape* or raping or conflict* or stalking or homicide*)) or (hono?r adj3 (killing* or abuse or violence)) or obstetric violence or physical abuse or (emotional adj3 (abuse or abusive or violen*))))).ti,ab,id.	13,686
20	9 and 19	3,391
21	18 or 20	3,474
22	limit 21 to yr="2013 -Current"	1,719

SocIndex litteratursøgning – forskningsspørgsmål: Opsporing af vold

Database: SocIndex (EBSCO) – søgt 29.6.2023

#	Query	Result
S1	DE "PARENTS" OR DE "MINORITY parents" OR DE "TEENAGE parents"	10,419
S2	DE "TEENAGE fathers"	152
S3	DE "TEENAGE mothers"	1,006
S4	DE "PREGNANT women" OR DE "PREGNANT teenagers"	2,225
S5	DE "FATHERS" OR DE "MOTHERS"	9,929
S6	DE "PREGNANCY" OR DE "TEENAGE pregnancy" OR DE "UNPLANNED pregnancy" OR DE "UNWANTED pregnancy"	7,703
S7	DE "PRENATAL care"	1,442
S8	DE "ETHNIC groups" OR DE "ARCTIC peoples" OR DE "INDIGENOUS peoples"	19,608
S9	DE "ESKIMOS"	147
S10	DE "IMMIGRANTS"	21,564
S11	DE "REFUGEES" OR DE "WOMEN refugees"	7,768
S12	DE "MINORITIES" OR DE "MINORITY families"	10,668
S13	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6 OR S7 OR S8 OR S9 OR S10 OR S11 OR S12	83,739
S14	TI (Parent* OR mother* OR maternal* OR father* OR paternal* OR pregnanc* OR pregnant OR ((perinatal OR Prenatal OR antenatal OR neonatal OR “post partum” OR postnatal) N2 (care OR period*)) OR “post partum wom?n” OR (ethnic N2 (group* OR minorit*)) OR (minority NEAR/2 (group* OR famil*)) OR immigrant* OR eskimo* OR inuit* OR refugee* OR “indigenous people**”) OR AB (Parent* OR mother* OR maternal* OR father* OR paternal* OR pregnanc* OR pregnant OR ((perinatal OR Prenatal OR antenatal OR neonatal OR “post partum” OR postnatal) N2 (care OR period*)) OR “post partum wom?n” OR (ethnic N2 (group* OR minorit*)) OR (minority NEAR/2 (group* OR famil*)) OR immigrant* OR eskimo* OR inuit* OR refugee* OR “indigenous people**”) OR KW (Parent* OR mother* OR maternal* OR father* OR paternal* OR pregnanc* OR pregnant OR ((perinatal OR Prenatal OR antenatal OR neonatal OR “post partum” OR postnatal) N2 (care OR period*)) OR “post partum wom?n” OR (ethnic N2 (group* OR minorit*)) OR (minority NEAR/2 (group* OR famil*)) OR immigrant* OR eskimo* OR inuit* OR refugee* OR “indigenous people**”)	239,543
S15	S13 OR S14	262,830
S16	DE "STALKING"	497
S17	DE "INTIMATE partner homicide"	101
S18	DE "HOMICIDE"	5,216
S19	DE "DOMESTIC violence" OR DE "INTIMATE partner violence"	12,848
S20	DE "ABUSED wives"	169
S21	DE "RAPE in marriage"	102
S22	DE "HUSBAND abuse"	89
S23	DE "RELATIONSHIP abuse" OR DE "WIFE abuse"	829
S24	DE "ABUSED husbands"	93
S25	DE "PSYCHOLOGICAL abuse"	1,198
S26	DE "PHYSICAL abuse"	1,860

S27	S16 OR S17 OR S18 OR S19 OR S20 OR S21 OR S22 OR S23 OR S24 OR S25 OR S26	21,122
S28	DE "MEDICAL screening"	2,958
S29	DE "PRIMARY health care"	2,309
S30	DE "EMERGENCY medical services" OR DE "OUTPATIENT medical care" OR DE "WOMEN'S health services"	2,940
S31	S28 OR S29 OR S30	8,003
S32	S15 AND S27 AND S31	33
S33	TI ((Screen* OR identification OR identifying OR identify OR identified OR Detect* OR Disclos* OR (routine* N2 (ask* or question*)) OR "antenatal clinic*" OR ((primary or outpatient) N2 (care or therap* or service*)) OR expose OR exposing OR exposed OR "crisis intervention* service*" OR "maternal health service*" OR "family assessment" OR "women* health service*") N11 (((Intimate OR spouse* OR domestic OR physical OR sex* OR abusive OR controlling OR violent OR interpersonal OR digital OR economic OR material OR psychological OR emotional) N2 (coercion OR violent* OR abuse OR offense* OR relationship* OR assault*)) OR ((wom?n OR m?n OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR famil* OR gender* OR marital) N2 (abuse* OR batter* OR violent* OR rape* OR raping OR conflict* OR stalking OR homicide*)) OR (hono#r N2 (killing* OR abuse OR violence)) OR "obstetric violence" OR "physical abuse" OR (emotional N2 (abuse OR abusive OR violent*)))) OR AB ((Screen* OR identification OR identifying OR identify OR identified OR Detect* OR Disclos* OR (routine* N2 (ask* or question*)) OR "antenatal clinic*" OR ((primary or outpatient) N2 (care or therap* or service*)) OR expose OR exposing OR exposed OR "crisis intervention* service*" OR "maternal health service*" OR "family assessment" OR "women* health service*") N11 (((Intimate OR spouse* OR domestic OR physical OR sex* OR abusive OR controlling OR violent OR interpersonal OR digital OR economic OR material OR psychological OR emotional) N2 (coercion OR violent* OR abuse OR offense* OR relationship* OR assault*)) OR ((wom?n OR m?n OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR famil* OR gender* OR marital) N2 (abuse* OR batter* OR violent* OR rape* OR raping OR conflict* OR stalking OR homicide*)) OR (hono#r N2 (killing* OR abuse OR violence)) OR "obstetric violence" OR "physical abuse" OR (emotional N2 (abuse OR abusive OR violent*)))) OR KW ((Screen* OR identification OR identifying OR identify OR identified OR Detect* OR Disclos* OR (routine* N2 (ask* or question*)) OR "antenatal clinic*" OR ((primary or outpatient) N2 (care or therap* or service*)) OR expose OR exposing OR exposed OR "crisis intervention* service*" OR "maternal health service*" OR "family assessment" OR "women* health service*") N11 (((Intimate OR spouse* OR domestic OR physical OR sex* OR abusive OR controlling OR violent OR interpersonal OR digital OR economic OR material OR psychological OR emotional) N2 (coercion OR violent* OR abuse OR offense* OR relationship* OR assault*)) OR ((wom?n OR m?n OR spouse* OR partner* OR wife OR wives OR husband* OR famil* OR gender* OR marital) N2 (abuse* OR batter* OR violent* OR rape* OR raping OR conflict* OR stalking OR homicide*)) OR (hono#r N2 (killing* OR abuse OR violence)) OR "obstetric violence" OR "physical abuse" OR (emotional N2 (abuse OR abusive OR violent*))))	5,802
S34	S15 AND S33	1,516
S35	S32 OR S34	1,538
S36	S32 OR S34 Limiters - Date of Publication: 20130101-20231231	587

Referenceliste

1. Elklit A, et al. *Voldsoffer i Danmark*. 2023, Odense: Syddansk Universitetsforlag.
2. Lev Uden Vold. *Viden om vold*. 2023 [cited 2023 November]; Available from: www.levudenvold.dk/viden-om-vold/former-for-vold
3. Styrelsen for International Rekruttering og Integration. *Æresrelaterede konflikter og negativ social kontrol*. 2023, Udlændinge og Integrationsministeriet: Danmark.
4. Social- og Boligstyrelsen. *Definition*. *Vidensportalen på det sociale område*. 2019 [cited 2023 November]; Available from: <https://vidensportal.dk/voksne/vold-i-naere-relationer/definition>.
5. VIVE. *Partnervold i Danmark 2020*. 2022: Danmark.
6. Sardinha L et al. *Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018*. *The Lancet*, 2022. 399(10327): p. 803-813.
7. World Health Organization. *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*. 2013, World Health Organization.
8. Van Parys AM et al. *Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of intervention*. *PLoS One*, 2014. 9(1): p. e85084.
9. Lukasse M et al. *Pregnancy intendedness and the association with physical, sexual and emotional abuse – a European multi-country cross-sectional study*. *BMC Pregnancy Childbirth*, 2015. 15(120).
10. Andreasen K, et al. *Video Consultations and Safety App Targeting Pregnant Women Exposed to Intimate Partner Violence in Denmark and Spain: Nested Cohort Intervention Study (STOP study)*. *JMIR Form Res*, 2023. 7: p. e38563.
11. Garcia-Moreno C, et al *The health-systems response to violence against women*. *Lancet*, 2015. 385(9977): p. 1567-79.
12. World Health Organization. *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Geneva: *WHO clinical and policy guidelines*. 2013, World Health Organization: Geneva.
13. Digitaliserings og ligestillingsstlingsministeriet. *Handlingsplan mod partnervold og partnerdrab 2023-2026*. 2023, Digitaliserings og ligestillingsstlingsministeriet: Danmark.
14. O'Doherty et al. *Screening women for intimate partner violence in healthcare settings*. *Cochrane Database Syst Rev*, 2015(7): p. CD007007.
15. Andreu-Pejó L, et al. *Integrative review of the literature on screening for gender-based violence during pregnancy: Barriers, facilitators, and tools*. *Nursing & Health Sciences*, 2022. 24(3): p. 564-578.
16. Reinsperger I, et al. *Identifying sociomedical risk factors during pregnancy: recommendations from international evidence-based guidelines*. *Journal of Public Health (Germany)*, 2015. 23(1): p. 1-13.
17. Román-Gálvez RM, et al. *Worldwide Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy. A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Front Public Health*, 2021. 30(9): p. 738459.
18. Flaathen EME, et al. *Safe Pregnancy intervention for intimate partner violence: a randomised controlled trial in Norway among culturally diverse pregnant women*. 2022. 22(1): p. 144.
19. Taft AJ, et al. *Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence (MOVE): a cluster randomised trial*. *BMC Medicine*, 2015. 13(1): p. 150-150.
20. Finnbogadóttir H, et al. *Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden*. *BMC Pregnancy & Childbirth*, 2016. 16: p. 1-10.
21. Finnbogadóttir H, et al. *Prevalence of domestic violence during pregnancy and related risk factors: a cross-sectional study in southern Sweden*. *BMC Women's Health*. , 2014. 14(1).

22. Sørbo MF, et al. *Adult physical, sexual, and emotional abuse and postpartum depression, a population based, prospective study of 53,065 women in the norwegian mother and child cohort study*. BMC Pregnancy & Childbirth, 2014. 14: p. 316.
23. Tomasdottir, MO, et al. *History of violence and subjective health of mother and child*. Scandinavian Journal of Primary Health Care, 2016. 34(4): p. 394-400.
24. Maciel MNA, et al. *Physical Violence During Pregnancy in France: Frequency and Impact on the Health of Expectant Mothers and New-Borns*. Maternal & Child Health Journal, 2019. 23(8): p. 1108-1116.
25. Taillieu TL, et al. *Screening for partner violence in the early postpartum period: are we missing families most at risk of experiencing violence?* Canadian Journal of Public Health, 2020. 111(2): p. 286-296.
26. Brown SJ, et al. *Physical and mental health of women exposed to intimate partner violence in the 10 years after having their first child: An Australian prospective cohort study of first-time mothers*. BMJ Open, 2020. 10(12): p. 040891.
27. Baird K, et al. *Longitudinal evaluation of a training program to promote routine antenatal enquiry for domestic violence by midwives*. Women & Birth, 2018. 31(5): p. 398-406.
28. Callander EJ, et al. *Cost of intimate partner violence during pregnancy and postpartum to health services: a data linkage study in Queensland, Australia*. Archives of Women's Mental Health, 2021. 24(5): p. 773-779.
29. Chaves K, et al. *Intimate partner violence identified through routine antenatal screening and maternal and perinatal health outcomes*. BMC Pregnancy & Childbirth, 2019. 19(1): p. N.PAG-N.PAG.
30. Lukasse M, et al. *Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries*. Acta Obstet Gynecol Scand, 2014. 93(7): p. 669-77.
31. Engström M, et al. *Validation of the Swedish version of the safe environment for every kid (SEEK) parent screening questionnaire*. . BMC Public Health, 2023. 12(1989).
32. Almqvist K, et al. *Mothers' opinions on being asked about exposure to intimate partner violence in child healthcare centres in Sweden*. Journal of Child Health Care, 2018. 22(2): p. 228-237.
33. Helsedirektoratet. *Svangerskapsomsorgen - Nasjonal faglig retningslinje*. 2023; Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>.
34. Hooker L, et al. *Who is Being Screened for Intimate Partner Violence in Primary Care Settings? Secondary Data Analysis of a Cluster Randomised Trial*. Maternal & Child Health Journal, 2021. 25(10): p. 1554-1561.
35. Flaathen EME, et al. *User-involvement in the develop-ment of a culturally sensitive intervention in the safe pregnancy study to prevent intimate partner violence*. Violence Against Women, 2021: p. 077801220954274.
36. O'Reilly, et al. *Opportunistic domestic violence screening for pregnant and post-partum women by community based health care providers*. BMC Women's Health, 2018. 18(1): p. N.PAG-N.PAG.
37. Anderzén Carlsson A, et al. *The professional relationship forms the base: Swedish child health care nurses' experiences of encountering mothers exposed to intimate partner violence*. International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being, 2021. 16(1): p. 1-12.
38. Anderzen-Carlsson A, et al. *Child healthcare nurses' experiences of asking new mothers about intimate partner violence*. Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 2018. 27(13-14): p. 2752-2762.
39. Baird K, et al. *Red flags and gut feelings—Midwives' perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department*. Women & Birth, 2021. 34(5): p. e468-e474.
40. Eustace J, et al. *Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy*. Women & Birth, 2016. 29(6): p. 503-510.

41. Mauri EM, et al. *Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences*. Midwifery, 2015. 31(5): p. 498-504.
42. Usanov C, et al. *Exploration of barriers to screening for domestic violence in the perinatal period using an ecological framework*. Journal of Advanced Nursing (John Wiley & Sons, Inc.), 2023. 79(4): p. 1437-1450.
43. Zobbi VF, et al. *Intimate partner violence screening during pregnancy: midwives' perspective*. Women & Health, 2022. 62(9/10): p. 827-838.
44. Henriksen L, et al. *'It is a difficult topic' - a qualitative study of midwives experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence*. BMC Pregnancy Childbirth, 2017. 17(1): p. 165.
45. Webster J. *An exploration of the views and experiences of midwives who routinely screen for domestic violence in an Irish antenatal setting*. Midwifery Digest, 2019: p. 451-457.
46. Hooker L, et al. *Applying normalization process theory to understand implementation of a family violence screening and care model in maternal and child health nursing practice: a mixed method process evaluation of a randomised controlled trial*. Implementation Science, 2015. 10(1): p. 39-39.
47. Boyle M, et al. *An integrative review of community nurse-led interventions to identify and respond to domestic abuse in the postnatal period*. J Adv Nurs, 2022. 78(6): p. 1601-1617.
48. Kalra N, et al. *Training healthcare providers to re-pond to intimate partner violence against women*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2021.
49. LoGiudice, JA, et al. *Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis*. Applied Nursing Research, 2015. 28(1): p. 2-9.
50. Spangaro J, et al. *"Made Me Feel Connected": A Qualitative Comparative Analysis of Intimate Partner Violence Routine Screening Pathways to Impact*. Violence Against Women, 2020. 26(3/4): p. 334-358.
51. Walter B, et al. *Pregnant Women's Attitudes Toward and Experiences With a Tablet Intervention to Promote Safety Behaviors in a Randomized Controlled Trial: Qualitative Study*. JMIR Form Res, 2021. 5(7): p. e28680.
52. Stöckl H, et al. *Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study*. BMC Pregnancy & Childbirth, 2013. 13(1): p. 77-77.
53. Finnbogadottir H, et al. *Midwives experiences of meeting pregnant women who are exposed to Intimate-Partner Violence at in-hospital prenatal ward: A qualitative study*. Eur J Midwifery, 2020. 4: p. 35.
54. Garnweidner-Holme L, et al. *Midwives' Attitudes Toward and Experience With a Tablet Intervention to Promote Safety Behaviors for Pregnant Women Reporting Intimate Partner Violence: Qualitative Study*. JMIR mHealth and uHealth. . JMIR mHealth and uHealth, 2020. 8(5): p. e16828.
55. Garnweidner-Holme LM, et al. *Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway*. BMC Pregnancy Childbirth, 2017. 17(1): p. 123.
56. Byrskog U, et al. *'Moving on' Violence, wellbeing and questions about violence in antenatal care encounters. A qualitative study with Somali-born refugees in Sweden*. Midwifery, 2016. 40: p. 10-17.
57. Peters P, et al. *Exploring barriers to domestic violence screening among culturally and linguistically diverse and migrant women in a regional midwifery setting*. Midwifery, 2022. 114: p. N.PAG-N.PAG.
58. Baird K, et al. *A five year follow-up study of the Bristol pregnancy domestic violence programme to promote routine enquiry*. Midwifery, 2013. 29(8): p. 1003-1010.
59. Garnweidner-Holme L, et al. *Midwives' Attitudes Toward and Experience With a Tablet Intervention to Promote Safety Behaviors for Pregnant Women Reporting Intimate Partner Violence: Qualitative Study*. JMIR mHealth and uHealth, 2020. 8(5): p. e16828.

60. Socialstyrelsen. *Bedömning av hedersrelaterat våld och förtryck samt våld i nära relationer* 2021, Socialstyrelsen: Sverige. URL: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2021-11-7606.pdf>
61. Slot LV, et al. *Udenlandske kvinder fastholdt i voldeligt ægteskaber*. 2023, Institut for Menneskerettigheder: Danmark. URL: <https://menneskeret.dk/udgivelser/udenlandske-kvinder-fastholdt-voldelige-aegteskaber>
62. Johansen PE, et al. *Tiltak for voldsutsatte minoritetskvinner. Noen nordiske erfaringer* 2009, Nordisk Minsterråd: Skandinavien. URL: <https://norden.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A701343&dswid=3510>
63. Ford-Gilboe M, et al. *Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised)—Short Form (CASR-SF)*. *BMJ Open*, 2016. 8: p. e012824.
64. Flaathen EME, et al. *Intimate partner violence and the association of pregnancy intended-ness – A cross-sectional study in southeastern Norway*. *Sexual and Reproductive Health*, 2020. 29.
65. Taillieu, TL. *Screening for intimate partner violence in the early postpartum period: Maternal and child health and social outcomes from birth to 5-years post-delivery*. *Child Abuse & Neglect*, 2021. 111: p. N.PAG-N.PAG.
66. Stöckl H, et al. *The global prevalence of intimate partner homicide: a systematic review*. *Lancet*, 2013. 382(9895): p. 859-65.

Forskning fra SDU

Denne rapport indeholder en gennemgang af den videnskabelig litteratur omkring opsporing af og indsatser mod vold i nære relationer blandt gravide, kommende og nye forældre. Rapporten er lavet af forskere fra Syddansk Universitet i 2023 på vegne af Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for International Rekruttering og Integration.

Institut for Psykologi tilfører ny viden om psykologiske forhold med sigte på at forstå og forbedre menneskers psykiske sundhed via forebyggelse og behandling.

Klinisk Instituts vision er at skabe fremtidens patientbehandling gennem forskning og uddannelse i et stærkt samarbejde med Odense Universitets Hospital.