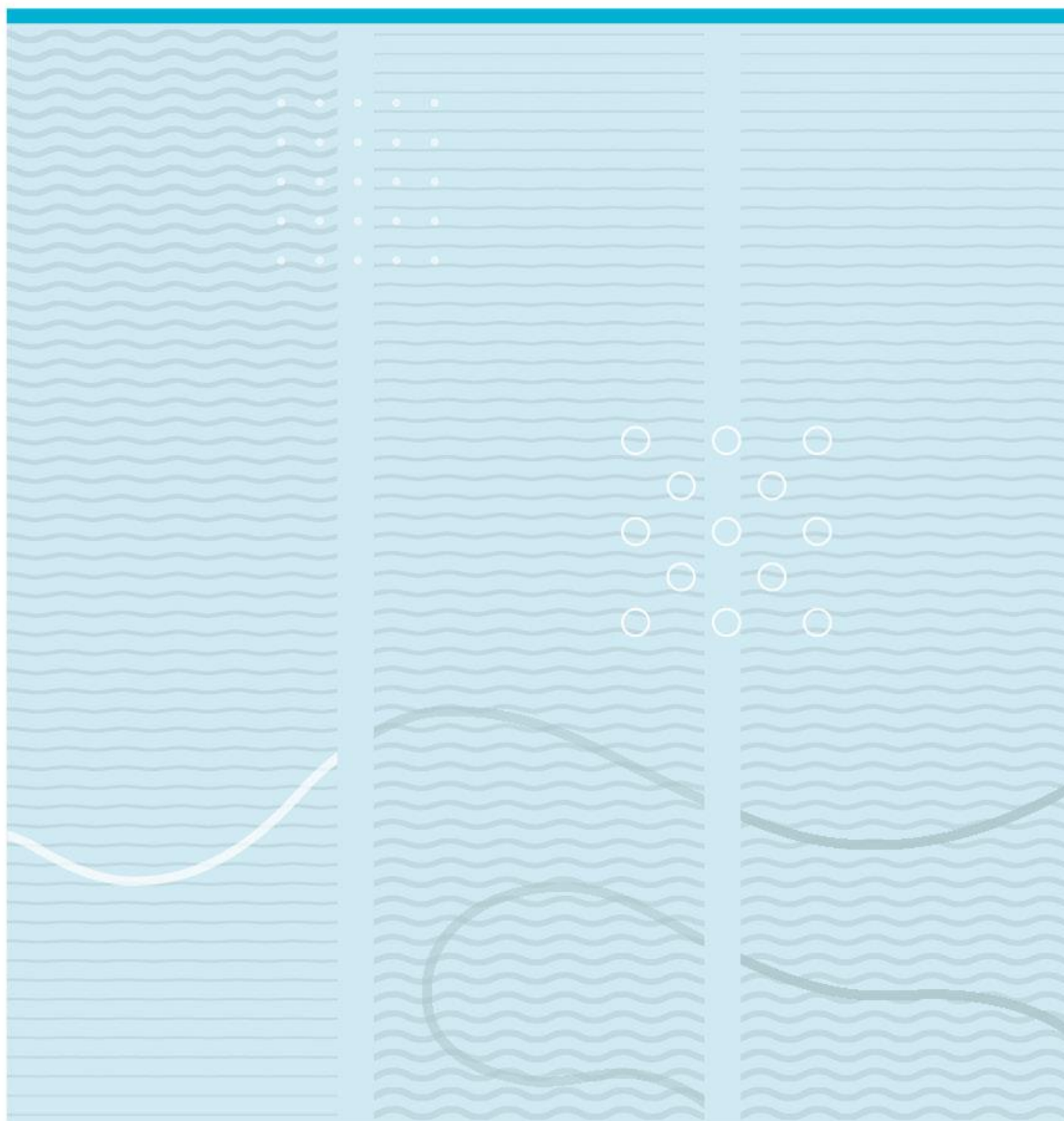


Studentnummer: 251460 & 251454

«Jeg vet ikke alltid om hvordan jeg skal forholde meg til det jeg får vite.» - Kommunejordmødres erfaringer med å spørre gravide om vold og overgrep.



Universitetet i Sørøst-Norge
Campus Vestfold
Fakultet for Helse- og sosialfag
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Innholdsfortegnelse

Del 1: Artikkel	4
Introduksjon	7
Metode	7
Design	7
Rekruttering	8
Deltagere	8
Datainnsamling	8
Analysen.....	9
Etiske overveielser	9
Resultater	9
Motivasjon for å spørre.....	10
Å skape tillit og fortrolighet	10
Å tørre å gå inn i det private	11
Å se etter tegn på vold	12
Å ikke forvente et svar	12
Voldsproblematikk satt på dagsorden	13
Kunnskap om voldsbegrepet og konsekvenser av vold	13
Økt behov for tverrfaglig samarbeid	14
Å utvikle ulike verktøy og hjelpemidler	15
Økt behov for veiledning	16
Diskusjon	16
Styrker og svakheter	19
Konklusjon	20
Referanser	21
Del 2: Fordypningsdel	25
1 Innledning.....	26
1.1 Studiens hensikt og oppsummering av artikkelmanuskript.....	26
2 Metode og metodediskusjon.....	28
2.1 Refleksjon over egen rolle og forforståelse	28

2.2	Litteratursøk	29
2.3	Metodisk tilnærming og design	29
2.4	Utvalg og rekruttering	30
2.5	Datainnsamling.....	31
2.6	Transkribering og analyseprosess.....	31
2.7	Validitet	35
2.8	Ekstern validitet	37
2.9	Etiske overveielser.....	37
3	Teoretiske perspektiver.....	39
3.1	Veiledning	39
4	Diskusjon	41
5	Konklusjon	45
	Referanser	46
	Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD.....	50
	Vedlegg 2: Informasjonsskriv	52
	Vedlegg 3: Intervjuguide	56
	Vedlegg 4: Kartleggings skjema RVTS.....	58
	Vedlegg 5: Forfatterinstruks.....	60

Antall ord:

Del 1: 4973

Del 2: 5500

Del 1

«Jeg vet ikke alltid om hvordan jeg skal forholde meg til det jeg får vite.» -Kommunejordmødres erfaringer med å spørre gravide om vold og overgrep.

Sammendrag

Bakgrunn: Å rutinemessig spørre om vold og overgrep har siden 2014 vært anbefalt i svangerskapsomsorgen og har etter oppdatering av retningslinjene i 2018 vært en sterk anbefaling. Hensikt: Å kartlegge jordmødres erfaringer knyttet til å rutinemessig spørre gravide om vold- og overgrepserfaringer. Metode: Kvalitativt design med semistrukturerte intervjuer av ni jordmødre ansatt i kommunehelsetjenesten. Kvalitativ innholdsanalyse ble anvendt i analysen av datamaterialet. Resultater: To hovedtemaer fremkom i analysen; 1) Økt motivasjon hos jordmødre til å spørre gravide om vold- og overgrepserfaringer. 2) Voldsproblematikk er satt på dagsordenen i kommunene. Hovedtemaene dekker åtte undertemaer. Konklusjon: Innføringen av Helsedirektoratets retningslinje har økt jordmødres motivasjon for å spørre. Selv om det fortsatt er et vanskelig tema for mange jordmødre viser studien at "mengdetrening" og erfaring trykker jordmødre i å ta opp temaet. Studien utfordrer kommunehelsetjenesten med å utvikle prosedyrer, fremme opplæring, forbedre tverrfaglig samarbeid og tilrettelegge for støtten av jordmødre i form av veiledning.

Nøkkelord

Jordmor, vold, overgrep, gravid, kommunehelsetjenesten, svangerskapsomsorgen.

“I do not always know how to relate to what I get to know”

- Municipal midwives' experiences of asking pregnant women about violence and abuse.

Abstract

Background: Asking routinely about violence and abuse has been recommended in maternity care since 2014. In an update of Norwegian Directorate of Health's guidelines 2018 this particular recommendation was strengthened. Objective: Map and compile midwives' experiences related to routinely asking pregnant women about experiences of violence and abuse. Method: Qualitative research design. Structured interviews with nine midwives in the municipal health services. The gained data material was analyzed using Qualitative content analysis. Results: Two main topics emerged in the analysis; 1) Greater motivation among midwives to ask pregnant women about experiences of violence and abuse. 2) Issues of violence are put on the agenda in the municipalities. Conclusion: Introduction of the Norwegian Directorate of Health's guideline has increased midwives' motivation to ask. "Mass training" and experience strengthen the midwives' position in addressing the topic. The study challenges the municipal health service to develop procedures, promoting training and facilitating support in the form of supervision guidance.

Key-words:

Midwife, intimate partner violence, abuse, pregnant, municipal health service, antenatal care.

Introduksjon

Voldsbegrepet innebærer fysisk vold, seksuelle og psykiske overgrep og omsorgssvikt (World Health Organization, 2021), vold i nære relasjoner omfatter vold og overgrep som utføres av samlivspartner, barn, søsken, foreldre eller andre nærstående personer (Thoresen & Hjemdal, 2014). Studier viser at 33,6% av kvinner har opplevd seksuelle overgrep, 9,9 % opplevde fysisk vold fra egne foreldre i oppveksten og 9,4% av kvinner oppgir å ha blitt voldtatt i løpet av livet (Thoresen & Hjemdal, 2014). Å rutinemessig spørre om vold og overgrep har siden 2014 vært anbefalt i svangerskapsomsorgen og er i oppdaterte retningslinjer sterkt anbefalt (Helsedirektoratet, 2018). Det indikeres i studier at jordmødre i svangerskapsomsorgen spør om vold, men ikke alle spør rutinemessig (Hjemdal & Engnes 2009; Henriksen et al., 2017). Dette til tross for at forskning viser at sjansen for å avdekke vold øker ved å rutinemessig spørre alle gravide (O'Doherty et al., 2015). Både pågående vold samt tidligere vold- og overgrepserfaringer kan påvirke kvinnens fysiske og psykiske helse negativt (Eberhard-Gran et al., 2007; Flaathen et al., 2021; Lukasse et al., 2010). Det assosieres med økt rapportering av graviditetsrelaterte fysiske (Lukasse et al., 2012) og depressive symptomer (Finnbogadóttir & Dykes 2016). Risikoen for keisersnitt, prematur fødsel (Schei et al. 2014) og vekstretardasjon økes for voldsutsatte kvinner (Donovan et al., 2016). En norsk studie viser til økt forekomst av uplanlagte svangerskap blant kvinner som er utsatt for partnervold (Flaathen et al., 2021). Til tross for at spørsmålet kan være belastende å få, ønsker gravide å bli spurt om vold (Hjemdal & Engnes, 2009). Selv om jordmødre finner det utfordrende å spørre om vold og overgrepserfaringer (Finnbogadóttir & Dykes 2012, Eustace et al., 2015, Henriksen et al., 2017) har mange jordmødre i kommunehelsetjenesten nå lang erfaring med dette. Med dette som bakgrunn var hensikten med denne studien å kartlegge og sammenstille jordmødres erfaringer med å rutinemessig spørre gravide om vold- og overgrepserfaringer. Problemstillingen var: "Hvilke erfaringer har kommunejordmødre med å ta i bruk Helsedirektoratets retningslinje om vold og overgrep blant gravide?"

Metode

Design

Kvalitativt design ble valgt for å svare på en problemstilling som omhandler erfaringskunnskap (Malterud, 2017, s.31, Tjora, 2017 s. 30-31). Datainnsamling er gjort

ved semistrukturerte intervjuer, som er egnet for å belyse erfaringer, holdninger, oppfatninger og subjektive opplevelser (Malterud, 2017, s. 69).

Rekruttering

Rekrutteringen ble gjennomført vinteren 2022 via epost til ledende helsesykepleier ved 35 helsestasjoner i Norge. Eposten inneholdt informasjon og forespørsel om hjelp til rekruttering av jordmødre som informanter til studien. Jordmødre som ønsket å delta skulle melde interesse for dette til forskerne. Geografisk spredning og variasjon i størrelse på kommunene og herunder antall årlige fødsler, ble vektlagt. Inklusjonskriteriene var at informantene var i aktiv jobb som jordmødre i kommunehelsetjenesten og hadde erfaring med å spørre rutinemessige om vold etter at nye retningslinjer fra Helsedirektoratet i 2018. Elleve deltakere fra åtte kommuner, med ulike antall års erfaring ble rekruttert.

Deltagere

Deltagerne jobbet i hovedsak i kommunehelsetjenesten, én jordmor i kombinasjon med sykehuset. Informantenes alder varierte fra 33 til 59 år, og hadde mellom totalt 3 og 26 års erfaring som jordmødre. Deltakeren med kortest erfaring hadde jobbet i 1 år, den med lengst erfaring i 17 år i kommunehelsetjenesten. Årlige fødselstall for de representerte kommunene varierte fra 50 til 600. Fem av informantene har gjennomgått opplæring, kurs eller veiledning om vold. Alle jordmødrene i studien hadde erfaring med å avdekke voldserfaringer eller pågående vold.

Datainnsamling

Semistrukturerte intervjuer ved hjelp av intervjuguide ble benyttet for datagenerering. For å sikre informasjonsmengden ble spørsmålene delt inn i kategorier: bakgrunns spørsmål, kunnskap om vold- og overgrep, erfaringer med å spørre om temaet samt tiltak og beredskap ved avdekket vold (Vedlegg 1). Spørsmålene ble åpent formulert for at informantene kunne snakke så fritt som mulig og for å unngå oppfatning om kunnskapskontroll.

Tryggheten i intervjusituasjonen er en forutsetning for rike og relevante empiriske data (Malterud, 2017, s.69-70). Hensikten er at informantene skal reflektere over egne erfaringer og meninger om det aktuelle temaet vi søker kunnskap om (Tjora, 2017, s. 113). Et

pilotintervju ble gjennomført og førte til justering i intervjuguiden. Under intervjuet ble det stilt oppklarende spørsmål, slik at informasjonen ikke skulle feiltolkes under analysearbeidet. Intervjuene ble gjennomført på Teams og med lydopptak via Nettskjema diktafon-app. Lydfilen ble overført til sikker lagring. Etter åttende og niende intervju opplevde vi lite tilfang av ny informasjon og mente å ha tilstrekkelig metning av data så da tilskrev vi de siste interessentene om dette. Lydopptakene ble transkribert, steder og navn ble markert med x, dialekt omgjort til bokmål som ledd i anonymisering.

Analysen

Transkribert materiale ble analysert i seks ledd ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse (Graneheim & Lundman, 2004). I første ledd ble dataene lest, og lyttet til gjentatte ganger for å få helhetsforståelse og overblikk. I andre ledd ble materialet organisert. Analyseenheter ble delt inn i innholdsområder for å identifisere meningsenheter i tredje ledd. I fjerde ledd ble meningsenhetene kondensert uten å forandre meningsinnhold. De kondenserte enhetene ble abstrahert i femte ledd ved å løfte dem til et høyere logisk nivå og det ble dannet koder som beskriver innholdet av disse. Etter koding ble det utviklet temaer og subtemaer i sjette ledd som er på et beskrivende manifest-nivå. Eksempler på analysen vises i tabell 2 og 3 i oppgavens fordypningsdel.

Etiske overveielser

Prosjektet er meldt og tilrådd av Norsk senter av forskningsdata (NSD), ref. 240744 (Vedlegg 2). Studien handler ikke om å skaffe ny kunnskap om helse og kan gjennomføres uten godkjenning av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (Helseforskningsloven, 2008, § 2-4). Samtykkeerklæring ble innhentet. Informantene fikk god informasjon om studien, om dens frivillige deltagelse og at de til enhver tid hadde anledning til å trekke seg fra studien. Informantene ble tilbudt å lese gjennom eget transkribert intervju før analysen ble startet. Én av informantene ønsket dette uten at det ble gjort endringer i den opprinnelige teksten, mens en annen ønsket å tilføye enkelte refleksjoner i etterkant.

Resultater

Analysen resulterte i to temaer som i tillegg inneholder åtte subtemaer (Tabell 1).

Tabell 1: Presentasjon av studiens temaer og subtemaer.

Temaer	
Motivasjon for å spørre	Voldsproblematikk satt på dagsorden
Subtema	Subtema
Å skape tillit og fortrolighet.	Kunnskap om voldsbegrepet og konsekvenser av vold.
Å tørre å gå inn i det private.	Økt behov for tverrfaglig samarbeid.
Å se etter tegn på vold.	Å utvikle ulike verktøy og hjelpemidler.
Å ikke forvente et svar.	Økt behov for veiledning.

Motivasjon for å spørre

Helsedirektoratets retningslinje (2018) med anbefaling om å spørre om vold og overgrep økte informantenes motivasjon for å ta opp temaet med gravide.

Å skape tillit og fortrolighet

Betydningen av tillit/fortrolighet mellom den gravide og jordmor ble påpekt av informantene som noe av det viktigste. Informantene kjente etter om atmosfæren under samtalen hadde tilstrekkelig tillit og trygghet til at den gravide turte å fortelle. For å skape tillit er det viktig å ta seg god tid, lytte, være empatisk og sensitiv. En av informantene dro nytte av sin kompetanse innen empatisk kommunikasjon når hun tok opp temaet med gravide. Deltagerne i studien var delte i synet på hvilket tidspunkt det er passende å ta opp spørsmålet om vold. Enkelte av informantene syntes temaet var for nærgående i førstekonsultasjon, mens andre opplevde at de kunne spørre tidlig fordi de følte at tilliten allerede var til stede. Det ble understreket at det viktigste var å invitere den gravide til å snakke om temaet, og å spørre på en måte som viser at jordmor er genuint opptatt av den enkelte gravides trygghet og ikke at det er rutinespørsmål. Informantene påpekte viktigheten av å tilby seg som samtalepartner, én

kvinnen kan komme til hvis hun ønsker det. Det ble uttrykt slik: "At du prøver å formidle på en måte som ikke du gjør det som en ren rutine du er pålagt er viktig. Du gjør det fordi du ønsker å vite at hun er trygg, at du har taushetsplikt og at du har mulighet til å hjelpe henne over i en trygg livssituasjon hvis hun ønsker det."

Å tørre å gå inn i det private

Informantene fulgte retningslinjene fra Helsedirektoratet og vektla å spørre alle gravide om vold- og overgrepserfaringer. Deltakerne uttrykte allikevel at det kan være utfordrende å spørre om vold hvor en trår inn i det private rundt et skambelagt tema. Informantene hevdet at også usikkerhet rundt hva en skal gjøre dersom en avdekker vold gjør det utfordrende å spørre.

Jeg vet ikke hvorfor det er så vanskelig å spørre. Det henger jo ikke på greip. Men det er sånn privat greier. Og noe som er vanskelig med å spørre er jo; hva gjør jeg med svaret? Vi har ikke noe klar plan på hva gjør. Jeg vet ikke alltid om hvordan jeg skal forholde meg til det jeg får vite.

For de fleste informanter var det viktig å tørre å stille spørsmål direkte for å avdekke vold. Samtidig opplevde flere at de i praksis endte opp med en mer indirekte innfallsvinkel. Å se an situasjonen ble gjort av flere av informantene i studien. Å spørre den gravide om det er greit at jordmor tar opp private anliggende kan være en måte å invitere seg inn i samtalen. Oppveksthistorie, det å skulle bli foreldre sammen eller spørsmål om psykisk helse var andre innfallsvinkler. En deltaker uttrykte:

Det er ingen som kan planlegge i detalj om hvordan en samtale skal bli. Det handler om situasjonen der og da, og for å få til å bli fleksibel og kjenne at her faller det ganske naturlig inn. Og kanskje naturlig innlede med å si: «Nå kommer jeg til å spørre deg om ting du kanskje synes er litt vanskelig å bli spurt om og det er veldig privat og veldig nært, er det greit for deg?» Å be om tillatelse når en skal inn på sånne vanskelige temaer, det tror jeg er et veldig godt tips når man skal komme i gang for å bli litt komfortabel med det selv. Det er alltid lettere å snakke om ting folk sier det er greit å snakke med dem om.

Informantene var splittet i synet på å ta opp vold som tema når partner var til stede på konsultasjonen. De fleste informantene valgte å ta opp problemstillingen uten partner til stede, mens andre argumenterte for at partners eventuelle voldserfaringer er viktige for den kommende foreldrerollen. De som valgte å ta opp temaet med den gravide uten partner til stede, argumenterte for at situasjonen sikrer at kvinnen tør å svare ærlig samtidig som sikkerheten til den gravide ble ivaretatt.

Flere informanter reflekterte over at temaet er vanskelig å snakke om og at de måtte ta litt sats for å spørre. Indre motivasjon og tro på betydningen spilte en viktig rolle for å ta temaet opp. Det ble tydeliggjort at deltagerne ble tryggere og opplevde det enklere å spørre gravide om vold og overgrep proporsjonalt med økende arbeidserfaring og mengdetrening. Med erfaring utviklet de tilnæringsmåter og innledninger til temaet de var komfortable med, og situasjonen opplevdes da mer håndterbar.

Å se etter tegn på vold

Informantene pekte på at kompetanse er avgjørende for å kunne se etter tegn på vold i sitt møte med gravide. Uro, mye kontakt på grunn av uspesifikke smerter, engstelse, dårlig søvn og ekstrem kvalme ble nevnt eksempelvis. Mange registrerte at gravide med voldserfaringer oftere var bekymret for lite liv. Andre tegn er at kvinnene oftere virker sårbare, er bekymret og har depressive symptomer eller symptomer på angst. I samspillet mellom den gravide og hennes partner ble den gravide oppfattet som veldig kontrollert i kommunikasjonen og tenker seg godt om før de svarer. Blant deltakerne i studien forekom det hyppig at en så etter synlige tegn som blåmerker eller skader som kan oppdages ved blodtrykksmålinger, symfyse-fundusmål eller palpasjon av leie. Å oppdage vold ved å aktivt se etter tegn ble omtalt av flere av de spurte som «magefølelse», men som i realiteten kan handle om erfaring og kunnskap.

Å ikke forvente et svar

Forskning viser at kvinner ønsker å bli spurt om vold, hvilket i høy grad samsvarer med informantenes opplevelse i daglig praksis. Imidlertid var det sjelden avdekket pågående vold i deltakernes praksis, mens de regelmessig opplevde at gravide fortalte om tidligere voldserfaringer. En informant sa det slik; *"Jeg synes at man får veldig utfyllende historier om hva som har vært og veldig lite om hva som er nå"*. Det ble poengtert at den gravide selv må

komme til et punkt der hun er klar for å endre sin situasjon. En gravid sin situasjon ble gjengitt slik:

Det er ikke lenge siden at jeg spurte en gravid som har stått i en alvorlig voldssak tidligere. Bare av ren nysgjerrighet hvordan vi kunne oppdage det hun står i, hva kan vi lære av det? Det var ingen som oppdaget det. Hun sa: "det kunne ingen oppdage. Politiet stod på døra mi mange ganger og stilte meg spørsmålet direkte: 'Slår han deg?' Også svarte jeg nei. Det var altfor farlig å svare ja".

Redsel for konsekvensene ble påpekt av flere deltakere som årsaken til at gravide ikke forteller om pågående vold. Å leve i et voldelig forhold setter den voldsutsatte i vanskelige dilemmaer som medfører handlingslammelse og følelse av hjelpeløshet:

Jeg tror at en av grunnene til at kvinner som kjenner til norsk lovverk ikke forteller om pågående vold er at de vet at vi må melde det videre når det er barn i bilde. De vet at de kan komme i en situasjon der de må forlate, eller vil bli presset til å forlate partneren sin for å kunne beholde omsorgen for barnet sitt. Jeg tror at det er grunnen til at vi får vite om volden i etterkant når hun har gått fra eller bestemt seg for å gå fra voldsutøveren.

Med tanke på kvinnes rettigheter og omsorg for barnet, samt juridiske forhold, ble viktigheten av dokumentasjon av at en har spurt om vold og den gravides respons understreket.

Voldsproblematikk satt på dagsorden

Voldsproblematikk er satt på dagsorden, men informantene beskrev at det medfører og avdekker økt behov for tverrfaglig samarbeid og veiledning.

Kunnskap om voldsbegrepet og konsekvenser av vold

Samtlige informanter hadde god kunnskap om definisjonene av vold, hva voldsbegrepet innebærer og konsekvenser av vold. Flere av deltagere opplevde derimot at gravide mangler kunnskap om vold. En uttrykte: "Jeg tror at de fleste tenker at det er liksom slag og spark og hvis dem ikke blir utsatt for det så tror jeg ikke at dem selv definerer det som vold".

Informantene belyste viktigheten av at det organisatorisk legges opp til kompetanseheving på de ulike helsestasjonene. De har gjennom opplæring, kurs, eller deltagelse i ulike prosjekter økt grunnleggende kunnskap som trykker jordmødrene i samtale med de gravide.

Økt behov for tverrfaglig samarbeid

Dersom vold avdekkes understrekte flere viktigheten av at den gravide har medbestemmelse vedrørende hjelpetiltak og oppfølging. Jordmor bør sørge for at den gravide får nødvendig informasjon og tilstrekkelig støtte, men den gravide må selv bestemme tidspunkt for fremtidig endring. Jordmor har opplysningsplikt til barnevernet i de tilfeller barn er inne i bildet.

Informantene fortalte om stor variasjon i kommunenes tilbud når det gjaldt støttefunksjoner i situasjoner med vold og overgrep. I motsetning til mange mindre kommuner finnes i større kommuner gode kommunale hjelpeinstanser sammensatt av tverrfaglige yrkesgrupper som familierapeut, psykolog og barnevernspedagog. Blant sykehusforetakene er det store forskjeller med tanke på oppfølgingsteam som jobber med sårbare gravide. Enkelte av deltagerne hadde et tett og nært samarbeid med hjelpeinstanser og korte ventelister, mens flere av informantene ikke opplevde et reelt tilbud blant sine samarbeidspartnere hvor lange ventelister og ressursknapphet var typisk. Andre ikke-kommunale instanser informantene samarbeider med er Familievernkontoret og Barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk spe- og småbarns-team. Her refererte informantene til forskjeller i hvem som får tilbud om hjelp. Kvinner som blir henvist eller tar direkte kontakt kan oppleve å bli avvist eller forespeilet lang ventetid. Flere av deltagerne opplevde usikkerhet om kvinnene får den hjelpen de trenger som svært belastende. Når tidligere vold eller pågående vold avdekkes påpektes viktigheten av godt samarbeid med kvinnens fødested. Det ble hevdet at fødselsforberedende samtaler og utarbeidelse av fødeplan i samarbeid med kvinnen kan virke trygghetsfremmende. Støttesamtaler med jordmor i kommunehelsetjenesten ble poengtert som et godt verktøy der kvinner med voldserfaringer kan føle seg ivaretatt. Den nære relasjonen og mulighet for tett oppfølging gir kvinnen støtte og trygghet. Informantene i studien ønsket seg tettere samarbeid, bedre kommunikasjon og fysisk nærhet av tverrfaglige instanser. Korte ventelister er viktig og enkelte deltakere uttrykte frustrasjon over at lavterskeltilbud oppleves som lite tilgjengelig, spesielt under Covid-19-pandemien.

Vi som enhet bør ikke skyve ansvaret oppover hverandre. At man setter seg sammen og finner ut hvordan vi kan hjelpe denne familien på best mulig

måte. Jeg opplever at de lavterskel tilbudene som er nå, i hvert fall gjennom covidtiden, de har vært lite tilgjengelig. Jeg sliter med å nå igjennom i situasjoner der jeg tenker at nei her må jeg hjelpe til.

Informantene mente det var essensielt å kunne ta seg tid dersom den gravide åpnet seg om voldserfaringer og mente dette ble muliggjort gjennom prosesser/rutiner for omorganisering av timeavtaler og annet organisatorisk arbeid. På den måten vil en raskere kunne kartlegge behov, hjelpe kvinnen og iverksette akutte tiltak der det er nødvendig, eventuelt med bistand fra politi, barnevernet eller krisesenter.

Å utvikle ulike verktøy og hjelpemidler

Det ble påpekt som viktig å ha tilgjengelige verktøy og hjelpemidler når en skal ta opp temaet «vold». Eksempelvis Helsedirektoratet sin brosjyre «Gode levevaner før og i svangerskapet», Stine Sofie Stiftelsens hefte «Ti smarte tips til alle småbarnsforeldre», Edinburgh postnatal depresjonsscore eller kartleggings skjemaet «Vold og seksuelle overgrep» (Regionale ressursentre om vold traumatisk stress og selvmordsforebygging- RVTS, inspirert av «Abuse Assessment Screen, 1992, American Medical Association, vedlegg 4). Én av informantene opplevde bruk av kartleggingsverktøy som støttende særlig når en er uerfaren. Andre viste til skjemaer utviklet ved lokale helsestasjoner og til oppdaterte prosedyrer som viktige verktøy. Én informant hevdet at kartleggingsverktøy imidlertid også kan oppleves som hinder for en fortrolig samtale: *"Jeg bruker å legge bort det skjema også har vi en samtale om vold. Det synes jeg fungerer bedre med at jeg får noen andre nyanser fram når vi snakker om det istedenfor at dem skal sitte alene med et skjema og krysse ut"*.

Informantene ønsket seg oppdaterte prosedyrer fordi det sikrer god fremgangsmåte og rutiner. I tillegg ble det foreslått lett tilgjengelig oversikt over kontaktinformasjon til hjelpeinstanser. Flere av deltagerne ønsket opplæring/tips til hvordan spørre om vold: *"Å få enda flere tips om hvordan å spørre. Sånne fraser. Det er jo noe i retningslinjene, en av dem har jeg tatt med meg. «Føler du deg trygg hjemme?» Men det er ikke alle de frasene som faller naturlig for meg"*.

En lett tilgjengelig oversikt over telefonnumre og kontaktinfo til hjelpeinstanser i den daglige praksis, mente informantene øker sjansen for å kunne handle raskt der det er nødvendig. Et

annet lite ressurskrevende tiltak som ble foreslått og som god hjelp for gravide er små kort, alá timekort, med telefonnumre til hjelpeinstanser.

Økt behov for veiledning

Deltakerne i studien kom med flere forslag og ønsker om forbedring ved kompetanseheving og organisert støtte i form av veiledning. En informant sa det slik: *"Veiledning, det å ha et sted å gå og få hjelp, det er viktig. Både faglige og praktiske råd, men også i forhold til egne reaksjoner"*.

Informantene fortalte at det kan være krevende å få innsikt i vanskelige saker. Mange kjenner tungt på ansvaret og på redsel for å gjøre feil, eller at en ikke klarer å legge saken fra seg ved arbeidsdagens slutt. De påpekte viktigheten av å ha et etablert system hvor jordmor selv kan få støtte og hjelp til å håndtere situasjonen best mulig. Som eksempler på slik støtte nevnes å drøfte situasjonen med nærmeste leder og/eller kollegaer. Slik får jordmor nye innspill, tanker og motivasjon til å hjelpe gravide videre i prosessen. I enkelte kommuner er det organisert kollegaveiledning i faste intervaller ifølge informantene. Dette kan være kollegaer med tilleggskompetanse innen veiledning eller psykisk helsearbeid som bistår jordmødrene med å diskutere kasus. En informant beskrev hvordan det føles å oppdage alvorlige forhold: *"Er det noen som lever i alvorlige ting her og nå så er jo det noe av det tøffeste å stå i. Da ville jeg trengt veiledning selv, og hatt en form for støtte og det tenker jeg at det der med tilgangen til veiledning til de som sitter i sånne typer samtaler, det er viktig!"*. Noen av informantene jobber i kommuner med organisert ekstern veiledning for sine helsestasjon-ansatte, for eksempel veiledning med psykologspesialist. Rollespill med kollegaer, for eksempel på undervisningsdager, ble foreslått som en kreativ og lærerik metode for å bli bedre i å spørre. Å kjenne spørsmålene på kroppen selv gir god læring og utvikling. Flere av studiens deltakere, spesielt de som jobber alene og i små stillinger, savnet muligheten til slik veiledning og å drøfte vanskelige saker med kollegaer. Dette ble opplevd som en stor sårbarhetsfaktor.

Diskusjon

Denne studien har undersøkt hvilke erfaringer norske kommunejordmødre har med å spørre gravide om vold og overgrep. En norsk studie hvor jordmødres erfaring med å spørre de gravide rutinemessig om vold ble undersøkt, fant en at jordmødrene ikke alltid spør

rutinemessig (Hjemdal & Engnes, 2009; Henriksen et al., 2017). I 2018 ble Helsedirektoratets retningslinjer endret til sterk anbefaling om å spørre alle gravide rutinemessig om vold og overgrep. I motsetning til sistnevnte studier hevdet våre informanter at de rutinemessig spør alle gravide om vold. Det kan tyde på økt fokus på temaet etter at retningslinjene ble endret og at jordmødrene har større motivasjon til å spørre alle. Som i tidligere studier (Fenne Fredriksen et al., 2021; Henriksen et al. 2017) viser også vår studie at mange jordmødre synes det er vanskelig å spørre de gravide om tidligere eller pågående vold. Tidspress, mangel på organisatorisk støtte samt redsel for å ikke vite hva de skal gjøre dersom vold avdekkes er oppgitt om faktorer som gjør det utfordrende å spørre (Eustace et al., 2016). Flere av informantene i vår studie følte likeledes på manglende støtte. Dette medførte stor ansvarsfølelse hos den enkelte jordmor når vold ble avdekket uten klare prosedyrer og ressurser til å hjelpe de voldsutsatte gravide. Viktigheten av å utvikle retningslinjer, handlingsplan samt å gi kontinuerlig opplæring og faglig støtte til jordmødre bekreftes i en svensk studie (Finnbogadóttir & Dykes, 2012). Studien viste imidlertid variasjon i tidspunkt for når temaet ble tatt opp. Hovedsakelig handlet det om at jordmor ønsket å opparbeide tillit og fortrolighet før temaet ble tatt opp. Noen tok opp temaet ved første kontroll for å sikre at alle gravide ble spurt mens andre ville bygge opp tillit først. Dette støttes i en tidligere norsk studie (Fenne Fredriksen et al., 2021; LoGiudice, 2015) der hovedfunnet var at å bygge tillit er nøkkelen til å kunne spørre de gravide direkte om vold. Informantene hevdet at genuin interesse for å hjelpe og indre motivasjon er viktig for å skape trygghet og bygge opp tillitt, noe som også har blitt funnet tidligere i en norsk studie (Henriksen et al., 2017). En annen studie viser at for å kunne bygge en relasjon til den gravide er kontinuitet i omsorgen, tid, god støtte og tillit viktig (Eustace et al., 2016). Svarene sprikte blant deltagerne i spørsmålet om jordmor tar opp temaet vold med partner til stede på konsultasjonen. Rapporten fra 2009, som lå til grunn for utvikling av retningslinjen fra Helsedirektoratet (2018), omfattet både utprøving av metoder for avdekking og tiltak samt rutiner for oppfølging av voldsutsatte. Det poengteres at jordmødrene bør spørre den gravide uten partner til stede (Hjemdal & Engnes, 2009; Eustace et al., 2016). Flertallet av informantene i studien spurte aldri de gravide om voldserfaring med partner til stede for å ivareta kvinnens og det ufødte barnets sikkerhet dersom den gravide var utsatt for pågående vold av partner. Dette støttes i andre studier (Finnbogadóttir & Dykes, 2012). På den annen side påpekte enkelte informanter i vår studie at med partner tilstede kan en kartlegge voldserfaringer og avdekke behov for samtaler knyttet til deres kommende rolle som foreldre. Samtidig ønsket enkelte informanter i studien å observere samspillet og reaksjoner hos paret ved å bli stilt direkte spørsmål om vold.

Tidligere studier viser at mange gravide ønsker å bli spurt om vold (Hjemdal & Engnes, 2009), noe informantene i denne studien også opplevde. Samtidig uttrykte informantene frustrasjon over at til tross for tiltak for å avdekke vold, avdekkes det sjeldent pågående vold. Dette støttes også i tidligere studier (Mauri et al., 2015). En forklaring kan være at den utsatte er redd og vil beskytte seg selv, det ufødte barnet eller tidligere barn mot usikkerhet og eventuelle konsekvenser. En annen faktor som ble nevnt var at spesielt vestlige gravide vet at jordmødrene har opplysningsplikt til barnevernet og er derfor redd for konsekvensene for familien sin. De gravide forteller sjelden om pågående vold, mens jordmødrene opplever det lettere å fange opp tidligere voldserfaringer. Dette samsvarer med en studie (Fenne Fredriksen et al., 2021). Vår studie viser at voldsproblematikk er satt på dagsorden. Alle deltakerne hadde gode kunnskaper om definisjon av vold og overgrep og hvilke konsekvenser vold og voldserfaringer for gravide og det ufødte barnet. En svensk studie bekrefter dette (Finnbogadóttir et al., 2020). Deltagerne i denne studien var opptatt av å formidle kunnskap om hva vold innebærer, definisjoner og konsekvenser av vold ovenfor sine gravide. Dette som en viktig del av kartleggingen og for å øke sannsynligheten for å avdekke vold.

Kartleggingsverktøy brukes av noen jordmødre som hjelpemidler for å systematisere måten å spørre på. Informantene beskrev det som et godt hjelpemiddel for å komme inn på temaet. En tidligere Italiensk studie viste at kartleggingsverktøy kan være nyttig for å minne helsepersonell om problemet og tilby kvinnene mulighet for avsløring, men samtidig kan kvinnene bli fornærmet av screeningsspørsmålene. Dette kan redusere verktøyets funksjon (Mauri et al., 2015). Spesielt for uerfarne eller nyutdannede jordmødre kan kartleggingsverktøy være et godt hjelpemiddel for å systematisere og sikre at alle gravide blir spurt om vold og overgrep. Jordmødre med kortere erfaring har gjerne mer utbytte av et kartleggingsskjema siden de har mindre kunnskap opparbeidet. Erfarne jordmødre som oftere har fokus på temaet i hverdagen, vil derfor oppfattes som trygge i kommunikasjonen rundt vold og tar gjerne temaet opp i en samtale. Flere av informantene i studien var kurset i empatisk kommunikasjon, som innebærer at en skal møte den gravide med respekt, forståelse og empati. Jordmor hjelper kvinnen med å reflektere over egen situasjon (Grände et al., 2009) slik at den gravide selv finner muligheter og løsninger ved hjelp av jordmors støtte og veiledning. I tillegg til samtalen bruker jordmødrene sitt kliniske blikk, noe som er naturlig når en har erfaring.

Samtidig som voldsproblematikk er satt på dagorden pekte informantene på viktigheten om økt behov for opplæring i å spørre, organisatorisk støtte og veiledning. Ifølge retningslinjene til National Institute for Health and Care Excellence (NICE) bør opplæringen i å spørre om vold og overgrep i hjemmet inneholde metoder som gjør det lettere for folk å avsløre det. Dette innebærer en forståelse av epidemiologi av vold og overgrep, hvordan det påvirker menneskers liv og hvordan jordmødre kan hjelpe de utsatte gravide (NICE, 2014). Flere studier viser til en av årsakene som gjør det å spørre gravide om vold som belastende er manglende organisatorisk støtte (Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017). Blant deltakerne hadde kun fire av informantene fått opplæring i å spørre og kun enkelte informanter hadde et godt organisert tilbud om ekstern profesjonell veiledning eller intern veiledning av en kompetent kollega med veiledningskompetanse. Andre igjen hadde ingen form for organisert veiledning og i tillegg lite kollegastøtte da de jobbet mye alene i små kommuner.

Styrke og svakheter

I følge metodelitteraturen hører ikke validitet eller troverdighet inn under en bestemt fase, men skal gjennomsyre hele forskningsprosessen (Graneheim & Lundman, 2004). Alle ledd i datainnsamlingen og analyseprosessen er beskrevet for at leseren skal kunne følge fremgangsmåten da dette anses styrkende for studiens reliabilitet. Studien styrkes også ved informantenes varierte arbeidserfaring der de fleste har lang erfaring som kommunejordmødre og i mange år har spurt gravide om vold og overgrep. Studien styrkes ytterligere ved å inkludere jordmødre med kortere arbeidserfaring da disse trolig har nyere utdanning hvor kunnskap om vold og overgrepserfaringer kanskje er mer vektlagt og kunnskapsbasert enn i tidligere jordmorutdanning. Rekruttering gjort ved strategisk utvalg med stor variasjon i geografi og kommunestørrelse styrker også studien.. Dette har størst betydning for samarbeid med kollegaer samt tilgjengelighet på tverretatlige tilbud for jordmor å samarbeide med. Intervjuguiden ble utviklet med få spørsmål og fungerte mer som sjekklister for temaer å ta opp (Malterud, 2017, s. 134), noe som også anses som styrke. Studien ble gjennomført av to jordmødre der den ene jobber på sykehus og den andre jobber i kommunehelsetjenesten, henholdsvis 17 og 7 års erfaring. Det har blitt forsøkt å være forforståelsen bevisst, men det kan likevel ha påvirket måten dataene ble innhentet og tolket. Dette kan være en svakhet ved studien (Malterud, 2017, s. 45). Det kan også være en svakhet at informantene som meldte seg til å delta i studien kan være spesielt interessert i temaet og følger retningslinjen om å spørre

om vold og overgrepssproblematikken. At mye av dataene som fremkom i analysen er godt belyst i tidligere forskning, kan sette originaliteten i studien på prøve og således svekke den. Likevel mener vi at det fremkommer resultater som gjør at studien tilfører relevant viten.

Konklusjon

Resultatene av studien tyder på at innføringen av Helsedirektoratets retningslinje har økt jordmødres motivasjon for å spørre. Selv om det fortsatt er et vanskelig tema for mange jordmødre å gi inn på, så viser studien at "mengdetrening" og erfaring trygger jordmødre i å ta opp temaet. Følelsen av tillit og fortrolighet styrte når den enkelte jordmor tilnærmet seg tema. Et genuint ønske om å hjelpe samt en indre motivasjon ble trukket frem som essensielt. Selv mener vi de konkrete tiltakene som kom frem i denne studien er gode innspill til en bredere handlingskompetanse. Samtidig viser studien at voldsproblematikk er satt på dagsorden, men at det medfører og avdekker også økt behov for tverrfaglig samarbeid og økt behov for veiledning. På bakgrunn av resultatene utfordrer denne studien kommunehelsetjenesten med å utvikle prosedyrer, fremme opplæring, forbedre tverrfaglig samarbeid og tilrettelegge for støtte av jordmødrene i form av veiledning.

Referanser

- Baird, K., Creedy, D. K., Branjerdporn, G., & Gillespie, K. (2021). Red flags and gut feelings— Midwives' perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department. *Women and Birth*, 34(5), e468–e474.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.023>
- Donovan, B., Spracklen, C., Schweizer, M., Ryckman, K., & Saftlas, A. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(8), 1289–1299. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13928>
- Eberhard-Gran, M., Schei, B., & Eskild, A. (2007). Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1668–1673. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0389-8>
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth*, 29(6), 503–510.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>
- Fenne Fredriksen, M., Nevland, L., Dahl, B., & Sommerseth, E. (2021). Norwegian midwives' experiences with screening for violence in antenatal care – A qualitative study. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 28, 100609. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100609>
- Finnbogadóttir, H., Baird, K., & Thies-Lagergren, L. (2020). Birth outcomes in a Swedish population of women reporting a history of violence including domestic violence during pregnancy: A longitudinal cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-02864-5>

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery*, 28(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>

Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K. (2016). Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -A longitudinal cohort study in Southern Sweden. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-1122-6>

Flaathen, E. M. E., Lukasse, M., Cvancarova Småstuen, M., Garnweidner-Holme, L., & Henriksen, L. (2021). Intimate partner violence and the association of pregnancy intendedness – A cross-sectional study in southeastern Norway. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 29, 100651. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2021.100651>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Grände, J., Lundberg, L. & Eriksson, M. (2009). *I arbete med våldsutsatta kvinnor. Handbok for yrkesverksamma*. Stockholm: Gothia Förlag AB

Helsedirektoratet. (2018). *Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide*.

Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide>

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. (2017). 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal

- enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17, 165.
<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>
- Hjemdal, O. K., Engnes, K. (2009). *Å spørre om vold ved svangerskapskontroll: Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
- LoGiudice, J.A. (2015) Prenatal screening for intimate partner violence: A qualitative meta-synthesis. *Applied Nursing Research*, 28(1), 2-9. doi: 10.1016/j.apnr.2014.04.004
- Lukasse, M., Vangen, S., Øian, P., & Schei, B. (2010). Childhood abuse and caesarean section among primiparous women in the Norwegian Mother and Child Cohort Study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(9), 1153–1157.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2010.02627.x>
- Lukasse, M., Henriksen L., Vangen, S., Schei B. (2012). Sexual violence and pregnancy- related physical symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 83.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G., & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives' experiences. *Midwifery*, 31(5), 498–504.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.02.002>
- NICE. (2014). *Domestic violence*. National Institute for Health and Care Excellence; NICE.
[https://www.nice.org.uk/search?q=domestic violence](https://www.nice.org.uk/search?q=domestic%20violence)
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G., & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 7. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>

Schei, B., Lukasse, M., Ryding, E. L., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdottir, H., Laanpere, M., Schroll, A.-M., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A.-S., Wangel, A.-M., & Steingrimsdottir, T. (2014). A History of Abuse and Operative Delivery – Results from a European Multi-Country Cohort Study. *PLoS ONE*, 9(1), e87579.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087579>

Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utgave.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Thoresen, S., Hjemdal O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livløpsperspektiv*. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress A/S, Rapport nr. 1/2014.

World health organization. (2021, mars 9). *Violence against women*.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>

Del 2

Livet kan bli som et fengsel. Med sykdom, vold og undertrykkelse som setter grenser og trykker ned. For å møte de som strever mest, er forståelse vårt aller viktigste verktøy. Å forstå hva vold har gjort med et menneske tar tid, men er også det eneste som tar makten fra historien. For å kunne leve fremover, må fortiden ikke bare være tilbakelagt, men også forstått. Etter at en person har kommet ut av et voldelig forhold, kan arbeidet med å forstå og ta tilbake kontroll i eget liv begynne (Montgomery, 2022, 11.februar).

1 Innledning

Denne fordypningsdelen er del to av mastergradsavhandlingen "*Jeg vet ikke alltid om hvordan jeg skal forholde meg til det jeg får vite*"- Kommunejordmødres erfaringer med å spørre gravide om vold og overgrep. Fordypningsdelen er et supplement til artikkelen presentert i del en. Artikkelen er skrevet etter det vitenskapelige tidsskriftet Nordisk Tidsskrift for Helseforskning sin forfatterinstruks (vedlegg 5). Hensikten med fordypningsdelen er å utdype studiens metodiske tilnærming, beskrive prosessen i gjennomføringen, samt diskutere funn opp mot relevante teoretiske perspektiver.

1.1 Studiens hensikt og oppsummering av artikkelmanuskript

Studien retter søkelys på jordmødres erfaringer med å samtale med gravide om vold og overgrep. Jordmødre oppnår ofte rask tillit til den gravide og har en kontinuitet i sin omsorgsutøvelse. På denne måten står jordmor, slik vi ser det, i en unik posisjon til å snakke med den gravide om vanskelige temaer. Samtidig opplever vi i praksis at det kan være utfordrende å spørre gravide om vold- og overgrepserfaringer. Retningslinjen fra Helsedirektoratet kom i 2014 og har vært sterkt anbefalt rutinemessig brukt siden 2018. Det er mange jordmødre med lang erfaring i måter å spørre kvinner om vold på og vi har ønsket å lære av disse. Hensikten var å få kunnskap om kommunejordmødres erfaring ved å ta i bruk Helsedirektoratets retningslinje om vold- og overgrepserfaringer blant gravide. Vi ønsker bredere innsikt og kunnskap om hvordan jordmor spør den gravide og hvordan jordmor møter gravide hvor erfaringer med vold avdekkes. Artikkelen presenterer funn fra ni semistrukturerte intervjuer med jordmødre fra geografisk spredte kommuner i Norge. Et av studiens hovedfunn er at jordmødrene har fått økt motivasjon for å spørre gravide om vold- og overgrepserfaringer. Herunder ble følgende faktorer trukket frem som betydningsfulle;

- Å skape tillit og fortrolighet mellom jordmor og den gravide før en tar opp temaet.
- Å tørre å gå inn i det private og mobiliserer før hun/han spør i situasjoner hvor det er vanskelig.
- Jordmor har kunnskap om og ser etter tegn på vold.
- Det forventes ikke et ærlig svar. De fleste informantene har sjeldent opplevd å avdekke pågående vold. Oftere kom det opp historier om tidligere volderfaringer.

Det andre hovedfunnet er at vold er satt på dagsorden etter innføringen av de nye retningslinjene, men dette avdekker også økt behov for tverrfaglig samarbeid og økt behov for veiledningstilbud for jordmødre. Herunder ble det understreket følgende faktorer;

- At kunnskap om vold og konsekvenser av vold er god blant jordmødre, men at kunnskapen også må formidles til den gravide.
- Fokus på tiltakskjeden rundt ble beskrevet som en av de viktigste faktorene. Dersom jordmor avdekker vold er det essensielt at tverrfaglig tilbud er tilgjengelig. Godt organisert tverrfaglig samarbeid ble poengtert.
- Verktøy og hjelpemidler for å spørre alle rutinemessig er også trukket frem som betydningsfullt. Eksempelvis utvikling av prosedyre- og kartleggingsverktøy.
- I situasjoner der jordmor følger opp gravide med belastende livshistorier er veiledning trukket frem som et viktig tiltak.

Tittelen på oppgaven vår er inspirert av et sitat fra intervjuene og peker på behov for økt veiledning for jordmødre etter at det i 2018 ble sterkt anbefalt å spørre alle gravide om vold- og overgrepserfaringer rutinemessig. Derfor har vi valgt veiledning som teoretisk fordypningsemne.

2 Metode og metodediskusjon

2.1 Refleksjon over egen rolle og forforståelse

Den forforståelse, erfaringer og kunnskap en går inn i en studie med er viktig motivator for å gjøre forskning rundt et tema. Samtidig kan egne meninger og oppfatning av et tema kunne påvirke forskningsresultatene. Altså kan vår forforståelse bidra til at en går inn i et prosjekt med forutinntatte meninger og begrenset horisont. Dette kan forebygges ved at forskeren har et aktivt og bevisst forhold til sin forforståelse (Malterud, 2017, s.44-46). Forfatterne av denne oppgaven har erfaring som jordmødre i henholdsvis 17 og 7 år. Vi har begge erfaring fra fødeavdelinger på forskjellige sykehus i Norge. I tillegg har en av oss ultralyd-utdannelse og jobber på poliklinikk, mens den andre har jobbet de siste årene i kommunehelsetjenesten. Valg av tema er gjort ut ifra en opplevelse at det i praksis kan være krevende å bringe spørsmål rundt vold- og overgrepserfaringer på banen overfor den gravide. Ikke fordi det er vanskelig for oss å stille spørsmål om vold, men heller fordi det å motta sterke historier om opplevd overgrep og vold kan være utfordrende. Utfordrende fordi at en har invitert og lagt til rette for at den gravide skal åpne opp om vanskelige hendelser eller en vanskelig livssituasjon uten å være spesielt "trent" til å møte dette. Denne forforståelsen har vi forsøkt å være oss veldig bevisst gjennom hele prosessen og vi startet derfor prosjektet med å skrive ned vår forforståelse. Den dokumenterte forforståelsen er underveis blitt reflektert over og diskutert mellom oss. Ved analysen og i skriveprosessen er den dokumenterte forforståelsen tatt frem for å utfordre og videreutvikle våre tolkninger (Malterud, 2017, s.46). Å være bevisst sin egen rolle og hvordan egen bakgrunn kan påvirke studien og resultatene av studien er hva refleksivitet handler om. Dette innebærer at en som forsker erkjenner og overveier betydningen av eget ståsted gjennom hele forskningsprosessen (Malterud, 2017, s. 21). Våre tolkninger formes av blant annet kognitive, teoretiske, språklige, politiske og kulturelle faktorer. Det må reflekteres over hvordan tolkningene framkommer. Forskningen blir mer refleksiv ved å undersøke egen tolkning og hva som påvirker den. Dersom refleksiviteten i studien er godt rapportert, øker troverdigheten av studien (Tjora, 2017, s. 250-251). Ut fra vår forforståelse ble vi overrasket over at alle informantene vi snakket med spør gravide om vold- og overgrepserfaringer rutinemessig. I tillegg var det uventende at flere av informantene tar opp temaet med partner til stede. Dette da med reflektert begrunnelse i at partners

eventuelle voldserfaringer også har betydning for den kommende foreldrerollen de begge skal ha. At informantene opplevde det som svært betydningsfullt å få refleksjon, støtte og konstruktive tilbakemeldinger på egen praksis gjennom veiledning var også uventet. At vi har funn som var uventende og overraskende for oss sett opp mot vår forforståelse, kan ses på som styrkende i forhold til studiens validitet.

2.2 Litteratursøk

Vi har søkt etter relevant litteratur og forskning i Oria og i databasene Cochrane Library, PubMed, Chinal, Maternity and Infant care samt Google Scooler. Søkeord som er benyttet er pregnancy, violence, intimate partner violence, abuse, midwife, midwives. Det er gjort søk i samme baser for forskning knyttet til fordypningsemnet veiledning og kollegaveiledning. Søkeord som ble benyttet her var; clinical supervision, group process, group, mentoring, midwives, midwife, nurse, peer group. Søkeordene er benyttet i ulike sammensetninger med AND og eller OR. Eksempelvis er det søkt med søkeord pregnancy AND violence OR abuse. Det er også gjort søk ved bruk av trunkering, eksempelvis midwi*. I tillegg til søk i databaser har vi gransket relevante artiklers referanselister. Søkene er gjennomført fra september 2021 til mars 2022.

2.3 Metodisk tilnærming og design

Den naturvitenskapelige revolusjonen på 1500- og 1600- tallet var da en gikk mer og mer bort i fra å forklare ting med Guds inngripen og heller forankre det vitenskapelige arbeidet med det som lar seg observere, måles og testes. Dette er grunnlaget i det som kalles positivismen (Nyeng, 2012, s.45-46). Positivism har hatt en stor innflytelse i vestlig kulturkrets og er en filosofisk retning. Retningen har hatt stor betydning innenfor moderne medisin og deler av samfunnsvitenskapen, samfunnsutvikling og forskning. I vitenskap som er positivistisk orientert, anses erfaring som kilden til kunnskap. Disse erfaringene dreier seg om det observerbare, målbare og det konstaterbare der det som kan telles, måles og veies kan betraktes som virkelig. Filosofene som tilhørte positivistisk retning mente at all sann kunnskap måtte være kunnskap som fremkom når naturlovene ble studert (Mathisen, 2008; Nyeng, 2012; Thornquist, 2018). I positivismen brukes deduktiv tilnærming, der en trekker slutninger fra det allmenne til det enkeltstående. For mange i det medisinske forskermiljø har særlig

positivistisk paradigme påvirket en til å tenke at denne grunnlagsforståelsen er eneste gyldig vei til kunnskap (Malterud, 2017, s. 26-27). Nyeng (2012, s.45) hevder at det i vår tid er en metoddebatt innen samfunnsfagene som består av uenigheter mellom tilhengere av dette synet på vitenskap og de som hevder at vitenskap om mennesker og samfunn ikke handler om ubestridelige fakta, men om meningsfenomener som må fortolkes. Malterud (2017) hevder at det i det fortolkende paradigme, der det anerkjennes at forskeren med sin medvirkende rolle, har en grunnlagsforståelse av at verden kan oppfattes i ulike versjoner ut fra hvilket ståsted en har. Det brukes en induktiv tilnærming som betyr at en trekker slutninger fra det enkeltstående til det allmenne. Dette er paradigmet som kvalitative forskningsmetoder bygger på. Disse paradigmene som er beskrevet, sett til sammenligning, er motsetninger hva gjelder måter å forstå kunnskap, sannhet og vitenskapelig tenkning på (Malterud, 2017 s. 26-29).

Hermeneutikk er det som omtales som fortolkningslære og som på ulikt vis bestrider positivistenes tro på objektiv og sikker viten som er basert på rene erfaringsdata. I hermeneutisk retning ser en i stedet på forskning og vitenskap som systematisk arbeid med fortolkninger (Nyeng, 2012, s.45-47). Hermeneutiske forskere er opptatt av spørsmål knyttet til forståelse og fortolkninger (Thornquist, 2018) der det handler om tolkninger av meninger i menneskelige uttrykk som utgangspunkt for forståelse (Malterud, 2017, s. 28). Da vi ønsker å undersøke jordmødres erfaring med å snakke med gravide om vold og overgrep valgte vi kvalitativ metode for å få svar på dette. I kvalitative studier er det empiriske materialet en undersøker bestående av tekster som representerer menneskers synspunkter, erfaringer, opplevelser, samtaler eller samhandling (Malterud, 2017, s.31). I vår studie ønsket vi å få en forståelse av erfaringer, holdninger, oppfatninger og subjektive opplevelser og valgte derfor et kvalitativt design for å svare på vår problemstilling.

2.4 Utvalg og rekruttering

Vi ønsket et strategisk utvalg med deltagere fra spredte kommuner i Norge. Vi tilsiktet variasjon i forhold til størrelsen på kommunene og samtidig variasjon i antall års erfaring som jordmødre i svangerskapsomsorgen. Vi antok at dette ville gi et variert utgangspunkt for å besvare problemstillingen vår. Planen var å inkludere mellom åtte og tolv deltagere som vi

anså ville kunne gi oss nok datamateriale til å oppnå metning (Malterud, 2017, s. 64-66). Graneheim og Lundman (2004) hevder at variasjon i utvalget øker sjansen for et rikt materiale. Vi sendte forespørsel til utvalgte kommuner spredt rundt i Norge. Forespørselen ble sendt på epost til leder ved helsestasjonen.

2.5 Datainnsamling

Det ble gjennomført ni semi-strukturerte intervjuer på TEAMS. Cirka halvparten av deltagerne deltok på intervju hjemmefra etter arbeidstid, men den andre halvparten fra sin arbeidsplass alene på et kontor. Vi opplevde lite forstyrrelser underveis i intervjuene. Vi var begge med på alle intervjuer bortsett fra ett grunnet sykdom. Mens den ene av oss fungerte som intervjuer, hadde den andre ansvar for opptak av lyd og notere ned ikke-muntlige elementer som ble ansett som potensielt viktige. Vi forsøkte å skape en avslappet stemning i intervjusituasjonen der vi ønsket at deltageren kunne føle at det var greit å snakke åpent om sine erfaringer (Malterud, 2017, s.69-70 ; Tjora, 2017, s. 118-119). Det var utviklet en intervjuguide med fire åpne spørsmål og oppfølgingsspørsmål dersom samtalen stoppet opp. Etter ni gjennomførte intervjuer opplevde vi at de samme svarene ofte kom opp og få nye elementer kom frem. Vi kom da frem til at ytterligere datainnsamling mest sannsynlig ikke ville tilføre ny kunnskap og at vi hadde oppnådd metning (Malterud, 2017, s.64; Tjora, 2017, s.262).

2.6 Transkribering og analyseprosess

I transkriberingsprosessen får en detaljert gjennomgang av datamaterialet på et tidlig tidspunkt, dette poengteres av Malterud (2017, s. 79-80) som en klar fordel at forskeren selv gjør. Den som var til stede ved intervjusituasjonen oppfatter også lettere ulike nyanser i lydopptaket. Teksten skal i størst mulig grad være så tett opp til det opprinnelige materialet som mulig. Selve skriftliggjøringen har som formål å fange opp samtalen slik informanten hadde til hensikt å meddele informasjonen (Malterud, 2017, s.77-78 ; Tjora, 2017, s. 173-175). Intervjuene ble transkribert av oss fortløpende etter hvert intervju. Ved at vi selv transkriberte materialet og at vi gjorde det raskt etter intervjuet ser vi som en fordel da det satt oss rett tilbake til intervjusituasjonen. På den måten så vi for oss elementer som kroppsspråk og andre uttrykk som var i situasjonen der og da. Dersom andre transkriberer dine intervjuer er det også større risiko for at manglende informasjon i transkriberingen får betydning for analysen

(Tjora, 2017, s. 175). Vi transkriberte ordrett inkludert latter og pauser. I etterkant valgte vi å gjøre enkle redigeringer da det viste seg å være veldig mange muntligheter i lydopptaket. For å anonymisere valgte vi å skrive om dialekter til bokmål og sette tegn i stedet for stedsnavn og ved sykehusomtaler.

I analysen av intervjuene har vi fulgt Graneheim og Lundman (2004) sin kvalitative innholdsanalyse, prosessen beskrives i tabell 1.

Tabell 1: Beskrivelse av analyseprosessen etter Graneheim og Lundmans kvalitative innholdsanalyse.

Prosessledd 1	- Transkriberte dataene ble lest og lydfilene lyttet til gjentatte ganger for å få en helhetsforståelse og overblikk.
Prosessledd 2	- delte analyseenheten inn i innholdsområder som en førstestrukturering, for å organisere materialet.
Prosessledd 3	- I neste ledd ble det identifiserte meningsenheter.
Prosessledd 4	- Meningsenhetene ble kondensert uten å forandre meningsinnhold.
Prosessledd 5	-Deretter ble innholdet i de kondenserte enhetene abstrahert og gitt en beskrivende kode.
Prosessledd 6	-Etter koding ble temaer og subtemaer utviklet på et beskrivende manifest nivå.

Helhetsinntrykket av hva analyseenheten handlet om viste fem innholdsområder: jordmors arbeidserfaring, kunnskap om vold, tilnærming, forbedring, erfaringer og jordmors opplevelse. I neste prosess identifiserte vi meningsbærende enheter som ble kondensert. Ved abstraksjon ble innholdet av de kondenserte meningsbærende enhetene løftet til et høyere logisk nivå og det ble dannet koder som beskriver innholdet av disse (se tabell 2). Graneheim og Lundman (2004) beskriver at abstraksjonene gjennomgående bør kontrolleres mot opprinnelig tekst. Underveis i prosessen gikk vi derfor stadig tilbake til den transkriberte teksten og lyttet i enkelte tilfeller igjen på lydopptakene. Dette for å være sikre på at ikke sentrale elementer falt bort og på denne måten sikre gyldigheten av materialet. Vi skrev

prosjektlogg underveis for å få bedre oversikt over egne vurderinger og valg som ble gjort i prosessen.

Tabell 2 Eksempel på identifisert meningsenhet, kondensert meningsenhet og koding.

Meningsenheter	Kondensert meningsenhet	Kode
(8) "Og da er det en del av de som blir eh ... som går kanskje til støttesamtaler her hos meg, hvis det er det de ønsker. Eller så tar de kontakt eller jeg henviser de til familiehuset så får de kanskje, noen for en og to samtaler noen går der lengre."	Det er endel som går til støttesamtaler her hos meg, hvis det er det de ønsker. Eller så tar de kontakt eller jeg henviser de til familiehuset så får de samtaler der.	Støttesamtaler
(8) "vi har faste møter med de som jobber med psykisk helse. Og det er bra for vi har en veldig erfaren jordmor med psykiatrisk videreutdanning, men jeg veit ikke om det villa ha hjulpet meg på samme måte hvis vi ikke hadde hatt henne med all den erfaringen da."	Vi har faste møter med psykisk helseteam. Der er en jordmor med psykiatrisk videreutdanning. Det ville nok ikke hjulpet meg på samme måte hvis vi ikke hadde hatt henne med all den erfaringen.	Veiledning

Videre i prosessen ble det identifisert subtemaer. Subtemaene ble koblet sammen der hvor betydningen i innholdet formet en helhet og det kan sies at det ved på et beskrivende manifest nivå (Graneheim & Lundman, 2004) ble dannet to temaer som blir presentert som resultat i artikkelen. Eksempel på analyseprosessens gjennomføring er vist i tabell 3, mens studiens subtemaer og temaer er presentert i sin helhet i tabell 1 i artikkelen i del 1.

Tabell 3 Eksempel på analyseprosessens gjennomføring.

Meningsenhet	Kondensert meningsenhet	Kode	Sub-tema	Tema
(1)"Og da kan det være fint å ha kollegaer og brife med etterpå og lagt det litt i fra deg".	Jeg synes at det er fint å ha kollegaer å brife med etterpå.	Å snakke med kollegaer	Kollegastøtte/ekstern veiledning	Voldsproblematikk satt på dagsorden
(8)" Og man vil jo selvfølgelig, er det noen som lever i alvorlige ting her og nå så er jo det noe av det tøffeste å stå i. Det...da ville jeg trengt veiledning selv, og hatt en form for støtte og det tenker jeg at kanskje er en av de tingene, altså det der med tilgangen til veiledning til de som sitter i sånne typer samtaler, det er viktig!"	Om det er noen som lever i alvorlige ting så er jo det tøft å stå i. Jeg ville trengt veiledning selv og hatt en form for støtte. Det tenker jeg er viktig, tilgang på veiledning for de som sitter i sånne samtaler.	Jordmors behov for veiledning og støtte.		
(8)" Ja særlig der tenker jeg. Jeg er så glad jeg jobber i et miljø der, vi er jo syv jordmødre så."	Jeg er så glad jeg jobber i et miljø der vi er mange jordmødre.	Stort jordmør-miljø		
(7)" Egentlig så tenkte jeg jo selvfølgelig hvahva kunne jeg ha gjort annerledes? Hva var det jeg ikke så? Hva var det jeg ikke spurte om."	Jeg tenke; hva kunne jeg gjort annerledes? Hva var det jeg ikke så? Hva var det jeg ikke spurte om	Hva kunne jeg gjort annerledes		
(5)": Jeg tenker jo på sikkerheten akkurat da. Jeg blir jo bekymret. Sånn som jeg har hørt om ting da, så får jeg se i nyhetene at politiet har hatt en aksjon i xxxxx, eller så den er ikke god."	Jeg tenker på sikkerheten akkurat da. Jeg blir bekymret når jeg hører på lokalnyhetene at politi har hatt en aksjon.	Tar med bekymringen hjem.		
(4)" Men man blir jo redd for å ta feil ikke sant? Men vi er jo pliktige. Men da kjente jeg veldig på at jeg hadde ikke noe grunnlag for å tenke at det var vold eller rus. Jeg kunne, jeg har ikke lov da å melde før babyen er født. Men satt og kjente på at det var så mye som kunne ha vært forebygd, hatt blitt tatt tak i før babyen er født hvis jeg kunne meldt ifra før".	Man blir redd for å ta feil. Men vi er jo pliktige. Jeg kjente på at det ikke var grunnlag for å tenke at det var vold eller rus. Jeg har ikke lov å melde før barnet er født, men kjente at det var mye som kunne vært forebygd før babyen ble født.	Kjenner på ansvaret for barnet i magen.		

2.7 Validitet

Malterud (2017, s.192) beskriver hvordan vi i enhver form for forskning bør sette spørsmålstegn til om metoden som benyttes representerer en logisk vei til kunnskap. Validitet handler om kunnskapens gyldighet. Dersom ikke metoden som er benyttet er logisk kan en heller ikke forvente tilstrekkelig gyldig svar. I samfunnsvitenskapen omtales validitet i kvalitative studier som troverdighet (Johannessen et al., 2021, s. 256-257). Troverdigheten eller gyldigheten knyttes til i hvilken grad studiens fremgangsmåte og funn på en riktig måte reflekterer formålet med studien og representerer virkeligheten, at vi faktisk svarer på de spørsmålene vi har stilt (Johannessen et al., 2021, s. 256; Malterud, 2017, s. 192-193; Nyeng, 2012, s. 109; Tjora, 2017, s. 232-234). Det poengteres i metodelitteraturen at validering eller troverdigheten ikke hører inn under en bestemt fase, men skal gjennomsyre hele forskningsprosessen (Graneheim & Lundman, 2004; Malterud, 2017, s. 192). Vi har forsøkt å gi en detaljert beskrivelse av alle ledd i rekruttering, datainnsamling og analyseprosess. På den måten vil leseren kunne følge fremgangsmåten. Valget av kvalitativ metode med semi-strukturerte individuelle intervjuer ser vi som relevant da vår hensikt var å undersøke jordmødres erfaringer med å snakke med gravide om vold og overgrep. Det kan for enkelte være vanskelig å snakke om egen praksis når det gjelder ømtålige temaer som dette. Til sammenligning gir konteksten ved individuelle intervjuer en større mulighet til fortrolighet og opparbeiding av tillit mellom intervjuer og informant enn ved for eksempel fokusgruppeintervju (Tjora, 2017, s. 116).

På grunn av Covid 19 pandemien og restriksjoner knyttet til smittevern valgte vi å utføre intervjuene elektronisk på TEAMS. Denne konteksten kan svekke informasjonsstyrken ved at det lettere kan oppstå avbrytelser og en ikke får samme "flyt" i samtalen som ved fysisk kontekst. Likevel opplevde vi at det gikk bedre enn forventet med elektroniske møter.

For å få best mulig informasjonsstyrke i datamaterialet tilstrebet vi å gjøre et grundig teoretisk forarbeide. Vi anså at vi ved et strategisk utvalg ville kunne besvare problemstillingen best. Det var nærliggende å tro at et strategisk utvalg ville gi oss rike data som sammen med en trinnvis analyse ville være styrkende for den interne validiteten i studien. For å øke sannsynligheten for et godt utvalg, gjorde vi en foreløpig analyse etter å ha

gjennomført et par intervjuer. Vi bandt oss ikke til et gitt antall deltagere, men gjorde en vurdering etter foreløpig analyse på hvor mange deltagere vi trengte (Malterud, 2017 s. 67). Malterud (2017, s. 68) belyser videre hvordan kunnskapen påvirkes av hvor vi har valgt å hente datamaterialet fra. Det gjøres en kalkulert risiko i forhold til utvalgsbias når en skal gjøre et strategisk utvalg. En kan redusere uønsket utvalgsbias dersom en i forkant identifiserer forhold i vår forforståelse som ellers kunne bidra til begrenset eller selvbekreftende kunnskapsutvikling. Ved rekrutteringen var vi bevisste at det var en mulighet for at deltagere med særlig interesse for tema ville melde seg. For å få bredere perspektiver og for å sette egen forforståelse og hypoteser på prøve valgte vi å tilstrebe å få med deltagere med ulik bakgrunn og erfaring (Malterud, 2017, s. 68). Vi så det derfor som styrkende å få med deltagere også med kortere erfaring fra kommunehelsetjenesten.

Vi ga deltagerne mulighet til å gjennomgå eget transkribert intervju, noe to av ni deltagere valgte å gjøre. Malterud (2017, s.193) hevder at deltagersjekk er en viktig mulighet for informantene til å få presisert mulige uklarheter eller misforståelser og eventuelt tilføye refleksjoner deltageren har gjort seg i etterkant av intervjuet. En av deltagerne i studien leste igjennom eget intervju og godkjente dette, mens en annen ønsket å tilføye enkelte refleksjoner i etterkant.

Malterud (2017, s. 77) beskriver at en tekst mest mulig lojalt skal ivareta det opprinnelige materialet. Ved at vi selv har transkribert materialet er dette aspektet ivaretatt. Vi har begge to gjennomført analyseprosessen og på den måten har materialet vært utsatt for forskjellige blikk som fra forskjellige perspektiver kan fange opp ulike nyanser (Malterud, 2017, s.79-80,92). I tillegg ble analysen diskutert med veileder som bidro med sine perspektiver. Dette medførte diskusjoner og forhandlinger i analyseprosessen og etter vårt syn ga det oss optimal utnyttelse av materialet. Dette mener vi styrker studiens gyldighet. Det faktum at vi er uerfarne i bruk av analysemetoden kan være en svakhet for studien og vi skal derfor være klar over at informasjon kan ha godt tapt gjennom de forskjellige leddene i analyseprosessen. Dette kan påvirke den interne validiteten (Graneheim & Lundman, 2004).

Vi opplevde i enkelte intervjuer at vår bakgrunn som jordmødre kan ha påvirket intervjusituasjonen. Der deltageren hadde kort erfaring som jordmor kan det ha blitt opplevd

som kontroll på egen praksis og kunnskap om tema. Vi satt av tid og inviterte til en oppsummering og mulighet for at deltagerne å kunne gi oss tilbakemelding på egen opplevelse av intervjusituasjonen. Etter et par intervjuer fikk vi inntrykket av en slik opplevd kunnskapskontroll og vi valgte derfor i etterkant å endre noe av ordlyden i vår intervjuguide.

2.8 Ekstern validitet

Ekstern validitet handler om overførbarhet. I kvantitative studier snakker en om generalisering, om det en har funnet i studien kan overføres til lignende fenomener. I forskning har en som mål å trekke slutninger utover det umiddelbare resultatene en har funnet. I kvalitative studier omhandler ekstern validitet om overføring av kunnskap i stedet for generalisering (Malterud, 2017, s. 66-67). Å velge deltagere med variert grad av erfaring øker muligheten for et mest mulig variert og rikt datagrunnlag, som igjen kan ses på som styrkende i forhold til overførbarheten i studien (Graneheim & Lundman, 2004). Vi så det som en styrke i forhold til den eksterne validiteten at ansiennitet som jordmødre varierte mye blant våre informanter og at det var stor variasjon knyttet til størrelsen på kommunene de arbeidet i.

2.9 Ethiske overveielser

I studien er Helsinkideklarasjonen`s-etiske prinsipper fulgt (*WMA - The World Medical Association-Declaration of Helsinki*, 2013). Studien ble godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD, ref. 240744). Da det i studien ikke innhentes pasientopplysninger eller annet sensitivt materiale, ble det vurdert at godkjenning fra Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk ikke var nødvendig. Informantene fikk god informasjon både skriftlig og muntlig om prosjektet, hvordan data samles inn og oppbevares. For å ivareta informantenes anonymitet ble de gitt fiktive navn ved transkribering. Dataene er anonymisert i henhold til NSD sine retningslinjer. For å sikre at taushetsplikten ivaretas ble det benyttet Nettskjema diktafon-app. der lydfilene går direkte til, og oppbevares ved sikker lagring hos Nettskjema.no. Informantene skal til enhver tid beskyttes ved at all informasjon behandles konfidensielt og anonymiseres ved publisering. Deltagelsen er frivillig, og informantene har ikke fått noe kompensasjon. Siden informantene kan oppleve det som vanskelig å snakke om

temaet vårt, satt vi alltid av tid til refleksjon etter gjennomført intervju. Vi var opptatt av å behandle informantene med respekt.

3 Teoretiske perspektiver

3.1 Veiledning

Veiledningsbegrepet blir definert av Tveiten (2019) som: *"Veiledning er en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess rettet mot at mestringskompetanse styrkes gjennom dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier"* (Tveiten, 2019, s. 22).

Jordmødre har ofte relasjonelle samtaler med gravide de følger opp tett i svangerskapsomsorgen. Mange jordmødre følger gravide gjennom komplekse og vanskelige saker. For å forebygge stress og utbrenthet blant jordmødre vektlegges det av blant andre av Bang (2003, s.95-96) at en bør få muligheten til både tankemessig og følelsesmessig bearbeide de stressfylte påvirkningene fra arbeidet. Veiledning er et godt egnet middel for dette. Veiledning det vises til er enten individuell eller i gruppe der enten en intern eller ekstern person med veiledningskompetanse er leder. I veiledningssamtaler kan veilederens bidrag godt være positiv og anerkjennende, men bør samtidig kombineres med å utfordre sider ved den praksisen det veiledes om (Lauvås et al., 2016, s. 16). Veiledning i gruppe kan også bestå av likestilte kollegaer som veileder hverandre. Dette blir omtalt som "kollegial veiledning" (Bang, 2003, s. 96) eller kollegaveiledning (Lauvås et al., 2016, s. 15). En fordel ved gruppeveiledning belyses av Vråle (2015, s. 19) som en verdifull opplevelse knyttet til kollegafelleskap gjennom felles refleksjoner og berøringspunkter. I tillegg påpekes det positive ved at det kan skape ro for å kunne dele opplevelser, kunnskap og erfaringer med sine kollegaer. Gruppeveiledning legger også til rette for større aktivitet hos de som deltar. Der gruppeveiledningen ikke arrangeres med en kompetent veileder, men med likestilte kollegaer belyses av blant annet Lauvås et al. (2016, s. 21,40). Her poengteres det at dersom kollegaveiledning skal ha utviklende effekt er det viktig at den som har en veiledende rolle i et kollegialt felleskap, har kompetanse til å se hverdagslig praksis i nytt lys, at det forplikter en kritisk analyse. Selv om veilederen stiller kritiske spørsmål er det ikke slik at personen må inneha svar på disse. Det at en i felleskap utforsker saken gjør at en finner svar og utvikler seg sammen.

I andre yrkesutøvelser, i pedagogikken spesielt, er kollegaveiledning mer etablert. Lauvås et al. (2016, s. 19-21) hevder at bruken av kollegaveiledning er kompetanseutviklende i møtet med nye utfordringer. Også for å etablere fellesskap i en kollegagruppe og at det samtidig kan virke positivt inn som kollegial støtte. Det hevdes at en slik type veiledning er like viktig for nyansatte som for kolleger med lang erfaring. I en av studie gjort blant sykepleiere trekkes det frem at støtte fra kolleger kan styrke den profesjonelle forpliktelsen og samtidig ha en positiv effekt på sykepleieres verdier, holdninger og væremåte i møte med pasienter (Brink et al., 2012). Selv om forskningen her er rettet mot sykepleie, kan det dras paralleller til jordmorfaget da mange av omsorgsoppgavene og de mellommenneskelige relasjonene jordmor har ovenfor sine gravide ligner forholdet mellom sykepleiere og pasienter.

4 Diskusjon

I De nasjonale retningslinjene for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018) der anbefalingen om at jordmødre spør om vold- og overgrepserfaringer blant gravide, står det under oppfølging av helsepersonell;

Å avdekke vold kan være en krevende oppgave for helsepersonell. Man kan få kjennskap til svært belastende livshistorier. Helsepersonell har likevel overveiende positive erfaring med å etterspørre og avdekke vold. Dette forutsetter at de har tid, kunnskap, henvisningsmuligheter og gode samarbeidsrutiner med andre faginstanser. Helsepersonell må kjenne seg trygge på at kvinnen og familien får så god hjelp som mulig. Kunnskap om de juridiske rettigheter og plikter, og om aktuelle muligheter er viktig og det kan være betydningsfullt å ha mulighet til å delta i veiledning og opplæring av helsepersonell (Helsedirektoratet, 2018, punkt 7).

Vi ønsket i studien å øke handlingskompetanse og beredskap knyttet til å snakke med gravide om vold og overgrepserfaringer. Mange av deltagerne utrykte behov for veiledning. Studien viste at det var store forskjeller i hvilke tiltak av en slik karakter deltakerne i studien fikk tilbud om. Enkelte hadde et godt organisert tilbud om ekstern profesjonell veiledning eller intern veiledning av en kompetent kollega med veiledningskompetanse. Andre igjen hadde ingen form for organisert veiledning og i tillegg lite kollegastøtte da de jobbet mye alene i små kommuner. Flere studier viser til manglende organisatorisk støtte som årsak til at det er belastende å spørre gravide om vold (Eustace et al., 2016; Finnbogadóttir & Dykes, 2012; Henriksen et al., 2017).

I en engelsk studie (Deery, 2005) undersøkte de kommunejordmødres syn på og erfaring med støttende tiltak og ønsket å finne svar på hvordan de ønsket å motta slik støtte. I studien konkluderte de med et behov for effektiv tilrettelegging av støttende tiltak som gjennom klinisk veiledning. Veiledning kan være et godt verktøy for å pedagogisk forberede til de vanskelige situasjonene jordmor må stå i. I en finsk studie så de økt motivasjon og engasjement i sitt arbeid blant sykepleiere som hadde organisert klinisk veiledning sammenlignet med andre sykepleiere som ikke mottok et slikt tiltak. Studien konkluderte med

at det å reflektere over egen praksis i en veiledningssituasjon genererer nye ideer om hvordan en kan forbedre kvaliteten på omsorgsutøvelsen og det psykososiale arbeidsmiljøet. Det foreslås at klinisk veiledning kan ses på som forebyggende tiltak i forhold til utbrenthet (Koivu et al., 2012). Pollock et. al (2017) har i en systematisk oversiktsartikkel derimot konkludert med manglende evidens for at klinisk veiledning er effektivt for sykepleiere og jordmødre. Det hevdes at til tross for at det er bred aksept for at veiledning er fordelaktig for enkeltpersoner, klienter og organisasjoner, så finner de ingen klar empiri for at veiledning for sykepleier og jordmødre har god effekt. Det poengteres at de inkluderte studiene som har målt effekten av veiledning, er av for dårlig kvalitet. Samtidig problematiseres det at det er store variasjoner knyttet til de ulike varianter og metoder for veiledning som tilbys yrkesgruppen. Sånn vi ser det er de ulike former og modeller for veiledning av stor betydning for hvorvidt effekten av veiledning oppleves som utviklende og støttende i yrkesrollen. Det er nærliggende å tro at den bakgrunn og innsikt i yrkesutøvelsen veilederen innehar, har stor betydning for hvorvidt den enkelte jordmor opplever veiledningen som støttende. Det kan tenkes at opplevd støtte vil være fraværende der veileder er uten spesiell innsikt i jordmødrenes arbeidshverdag. Informantene i studien vår som mottok jevnlig organisert veiledning, poengterte dette som et effektivt og støttende tiltak. Flere av informantene som ikke mottok veiledning ønsket seg dette. Veiledning blir i flere studier hevdet å ha en positivt effekt i form av opplevd støtte i yrkesrollen (Blomberg et al., 2016; Brink et al., 2012; Love et al., 2017; Mc Carthy et al., 2021; Tulleners et al., 2021).

Flere av informantene i studien opplevde det som utfordrende å spørre gravide om vold og overgrep. Dette fordi en går inn i det private og at fordi det er knyttet mye skam til temaet. I tillegg viste informantene til manglende opplæring og verktøy for å tilnærme seg tema. Det ble foreslått som utviklende å øve på hverandre, for eksempel ved rollespill. Både det å få veiledning, å trene på måten spørsmålet stilles på og å "kjenne spørsmålene på kroppen selv" ble fremhevet som kompetansehevende. Vråle (2015, s. 34-36) vektlegger hvordan rollespill i veiledningssituasjon kan fremme læring og utvikling. Særlig effektivt er rollespill for å øve seg på vanskelige situasjoner. Det at en har god læring av hverandres praksisbeskrivelser belyses som en viktig effekt av gruppeveiledning (Tulleners et al., 2021). I andre studier blir dette med organisert, gjentagende trening på å spørre trukket frem som en viktig faktor for å trygge jordmor og for å øke muligheten for å avdekke vold (Baird et al., 2021; Eustace et al., 2016).

Deltagelsen i slike treningssituasjoner ble imidlertid problematisert ved at det ofte er samtidskonflikter i jordmødrenes arbeid. Dette gjorde at slik organisert trening måtte nedprioriteres og det forhindret kontinuiteten i deltagelsen (Eustace et al., 2016).

Jordmortjenesten tilstreber kontinuitet og helhetlig tilbud i svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2018, punkt 2). Det poengteres at det for kvinnen er en klar fordel å bli fulgt opp av en og samme person gjennom svangerskapet. Dette for å få en trygg relasjon til sin jordmor, særlig med tanke på sensitive temaer som tas opp i konsultasjonene. I tidligere studier trekkes en parallell mellom det tillitsforholdet jordmor og den gravide har og til tillitsforholdet mellom veileder og den som mottar veiledning. Det hevdes at forholdet mellom veileder og den som veiledes virker støttende grunnet at det er et ikke-hiarkisk forhold. På den måten utvikles tillit på samme måte som tilliten utvikler seg mellom en jordmor og kvinne hun støtter (Love et al., 2017). I vår studie ble nettopp dette med å skape tillit og fortrolighet poengtert som essensielt. Det hevdes av informantene at tilliten bør være til stede før en spør den gravide om vold og overgrepserfaringer.

Det ble av flere informanter i studien uttrykket en usikkerhet i hvordan en skulle imøtekomme gravide der vold og vanskelig livshendelser ble avdekket. Samtidig kom det frem at flere av informantene kjente på ansvaret og var redde for å gjøre feil. I tillegg ble det belyst at en ikke alltid klarte å legge saken fra seg ved arbeidshagens slutt. Jordmødre i en tidligere studie poengterte en rekke fordeler med å åpent dele emosjonelle reaksjoner i forhold til faglige utfordringer i en veiledningssituasjon. Fordeler som ble fremhevet var vekst i selvtillit, følelsen av støtte og samhold i personalgruppen. Dette gav jordmødrene positive effekter i forhold til egenomsorg (Love et al., 2017).

Som alternativ til organisert profesjonell veiledning trekkes kollegaveiledning frem i litteraturen som et godt støttende tiltak i et arbeidsmiljø (Lauvås et al., 2016, s. 19). Funn i studien vår underbygger dette da støtte fra kollegaer og kollegaveiledning trekkes frem som viktig. Jordmødres opplevelse med organisert kollegaveiledning er i en tidligere studie undersøkt (Love et al., 2017). Der mottok en gruppe kommunejordmødre videreutdanning i klinisk veiledning med en forventning om at disse jordmødrene skulle tilby veiledning for sine kolleger. Det organisatoriske målet med dette var å støtte faglig utvikling og å fremme trivsel.

Det ble rapportert en positiv innvirkning på deres arbeid og mellommenneskelige ferdigheter. Jordmødre beskrev klinisk veiledning som et formelt, strukturert og konfidensielt rom for "trygg refleksjon" som ble verdsatt som en mulighet for egenomsorg (Love et al., 2017). Informantene i vår studie poengterte viktigheten av kollegastøtte, men da sett i kontekst av å kunne "ventilerer og lufte" komplekse situasjoner. Det er nærliggende å tro at kollegaveiledning kan bli mer en arena for ventilering og containing, enn for konstruktiv refleksjon og utvikling sammenlignet med formell veiledning gitt av kompetent veileder. Dette fordi det er vanskelig å være ærlig, kritisk og direkte med en kollega. Kollegaveiledning i gruppe blir likevel ansett som støttende og utviklende, men det blir trukket frem at det er viktig at denne veiledningen blir gjennomført med strukturerte rammer og regler for å ha en slik effekt (Lauvås et al., 2016, s.151-159; Mc Carthy et al., 2021; Tulleners et al., 2021).

5 Konklusjon

Studien viste at innføringen av de nye retningslinjene fra Helsedirektoratet har økt jordmødres motivasjon for å spørre om vold- og overgrepserfaringer. Vold er satt på dagsorden i kommunene, men dette avdekker også et økt behov for tverrfaglig samarbeid og for veiledning blant jordmødrene som følger gravide i vanskelige livssituasjoner. Opplevelse av organisatorisk støtte er betydningsfullt for at jordmødrene selv skal føle trygghet i å ta opp temaet vold og overgrep. Mange jordmødre arbeider i små arbeidsmiljøer der de har få eller ingen kollegaer å støtte seg til. Flere informanter uttrykte behov for veiledning knyttet til fellesskap og forståelse, men samtidig konstruktive tilbakemeldinger i konkrete situasjoner. Å rutinemessig spørre gravide om vold og overgrepserfaringer var for mange vanskelig og til tider utfordrende. Det å få mulighet til å reflektere over egen praksis sammen med kollegaer i en veiledningsgruppe frembringer ofte nye ideer for egen faglig utvikling og om hvordan kvaliteten på hele svangerskapsomsorgen kan forbedres.

Referanser

- Baird, K., Creedy, D. K., Branjerdporn, G., & Gillespie, K. (2021). Red flags and gut feelings—Midwives' perceptions of domestic and family violence screening and detection in a maternity department. *Women and Birth, 34*(5), e468–e474.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.09.023>
- Bang, S. (2003). *Rørt, rammet og rystet: Faglig vekst gjennom veiledning*. Gyldendal akademisk.
- Blomberg, K., Isaksson, A.-K., Allvin, R., Bisholt, B., Ewertsson, M., Kullén Engström, A., Ohlsson, U., Sundler Johansson, A., & Gustafsson, M. (2016). Work stress among newly graduated nurses in relation to workplace and clinical group supervision. *Journal of Nursing Management, 24*(1), 80–87. <https://doi.org/10.1111/jonm.12274>
- Brink, P., Bäck-Pettersson, S., & Sernert, N. (2012). Group supervision as a means of developing professional competence within pre-hospital care. *International Emergency Nursing, 20*(2), 76–82. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2011.04.001>
- Deery, R. (2005). An action-research study exploring midwives' support needs and the affect of group clinical supervision. *Midwifery, 21*(2), 161–176.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2004.10.006>
- Eustace, J., Baird, K., Saito, A. S., & Creedy, D. K. (2016). Midwives' experiences of routine enquiry for intimate partner violence in pregnancy. *Women and Birth, 29*(6), 503–510.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.04.010>
- Finnbogadóttir, H., & Dykes, A.-K. (2012). Midwives' awareness and experiences regarding domestic violence among pregnant women in southern Sweden. *Midwifery, 28*(2), 181–189. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.11.010>

Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research:

Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>

Helsedirektoratet. (2018). *Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse hos gravide*.

Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide)

[relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide)

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K., & Lukasse, M. (2017). ‘It is a

difficult topic’ – a qualitative study of midwives’ experiences with routine antenatal

enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1), 165.

<https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>

Johannessen, A., Christoffersen, L., & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til*

samfunnsvitenskapelig metode (6. utgave.). Abstrakt forlag.

Koivu, A., Saarinen, P. I., & Hyrkas, K. (2012). Who benefits from clinical supervision and how?

The association between clinical supervision and the work-related well-being of

female hospital nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2567–2578.

<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04041.x>

Lauvås, P., Lycke, K. H., & Handal, G. (2016). *Kollegaveiledning med kritiske venner* (4. utg.).

Cappelen Damm akademisk.

Love, B., Sidebotham, M., Fenwick, J., Harvey, S., & Fairbrother, G. (2017). “Unscrambling

what’s in your head”: A mixed method evaluation of clinical supervision for midwives.

Women and Birth, 30(4), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.11.002>

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.).

Universitetsforl.

Mathisen, J. (2008). *Positivism*. Sykepleien Forskning.

<https://sykepleien.no/forskning/2009/03/positivisme>

McCarthy, V., Goodwin, J., Saab, M. M., Kilty, C., Meehan, E., Connaire, S., Buckley, C., Walsh, A., O'Mahony, J., & O'Donovan, A. (2021). Nurses and midwives' experiences with peer-group clinical supervision intervention: A pilot study. *Journal of Nursing Management*, 29(8), 2523–2533. <https://doi.org/10.1111/jonm.13404>

Montgomery, H. (2022, februar 11). *Hedvig Montgomery på Instagram: "Livet kan bli som et fengsel. Med sykdom, vold og undertrykkelse som setter grenser og trykker ned. Hvordan skal en kvinne klare å være en..."*.

<https://www.instagram.com/p/CZ12b4nqbnJ/?igshid=YmMyMTA2M2Y%3D>

Nyeng, F. (2012). *Nøkkeltbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforl.

[https://www.nb.no/search?q=oaiid:"oai:nb.bibsys.no:991215617634702202"&mediatype=bøker](https://www.nb.no/search?q=oaiid:)

Pollock, A., Campbell, P., Deery, R., Fleming, M., Rankin, J., Sloan, G., & Cheyne, H. (2017). A systematic review of evidence relating to clinical supervision for nurses, midwives and allied health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 73(8), 1825–1837.

<https://doi.org/10.1111/jan.13253>

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: For helsefag* (2. utg.). Fagbokforl.

Tjora, A. H. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (3. utg.). Gyldendal akademisk.

Tulleners, T., Taylor, M., & Campbell, C. (2021). Peer group clinical supervision for community health nurses: Perspectives from an interpretive hermeneutic study. *Journal of Nursing Management*, n/a(n/a). <https://doi.org/10.1111/jonm.13535>

Tveiten, S. (2019). *Veiledning: - Mer enn ord* (5. utgave.). Fagbokforlaget.

Vråle, G. B. (2015). *Veiledning når det røyner på*-. Gyldendal akademisk.

WMA - *The World Medical Association-Declaration of Helsinki*. (u.å.). Hentet 22. mars 2022,
fra <https://www.wma.net/what-we-do/medical-ethics/declaration-of-helsinki/>

Vedlegg 1: Godkjenning fra NSD

Referansenummer

240744

Prosjekttittel

Kommunejordmødres erfaringer med å avdekke vold- og overgrepserfaringer blant gravide.

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Sørøst-Norge / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for helse-, sosial- og velferdsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Prosjektperiode

10.12.2021 - 30.06.2022

Vurdering (2)

08.02.2022 - Vurdert

Vi noterer at det ikke er registrert noen endringer som påvirker vurderingen. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

09.12.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så lenge den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 09.12.2021. Behandlingen kan starte. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 17.06.2022. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke

i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18) og dataportabilitet (art. 20). Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver. Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Informasjonsskriv

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Kommunejordmødres erfaringer med å avdekke vold- og overgrepserfaringer blant gravide”?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt. Formålet med prosjektet er å samle inn kommunejordmødres erfaringer med å spørre gravide om vold- og overgrepserfaringer. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg

Formål

Ifølge de Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen er det en sterk anbefaling om at jordmor spør den gravide om vold- og overgrepserfaringer. Forskning viser at gravide ønsker å bli spurt. Formålet med denne studien er få mer kunnskap rundt jordmødres erfaringer knyttet til det å avdekke vold- og overgrep blant gravide. Vi ønsker bredere innsikt og kunnskap knyttet til handlingskompetanse og beredskap blant jordmødre. Studien har som mål å kartlegge hvordan jordmor spør den gravide og hvordan jordmor imøtekommer den gravide når erfaringer med vold avdekkes.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Dette er et mastergradsprosjekt som utføres av jordmor Dörte Kühn og jordmor Marte Kamperud Braathen, innpasstudie ved master i jordmorfag ved Universitetet i Sørøst-Norge (fakultetet for helse- og sosialvitenskap). Prosjektet veiledes av Anne Lyberg, dosent.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at det blir gjennomført et intervju med varighet av mellom 45 og 60 minutter totalt. Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet og det vil

bli gjort notater underveis i samtalen. Vi holder intervjuet der det passer best for deg. Digitalt møte er også en mulighet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst før analyseprosessen er i gang, trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Dersom det er ønskelig kan du som deltager gjennomgå materialet etter transkripsjon. Vi ønsker imidlertid eventuelle tilbakemeldinger innen 4 dager etter at materialet er klart. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Data blir lagret via Nettskjema diktafon app. Kun prosjektansvarlig og veileder Anne Lyberg vil ha tilgang til personopplysninger og datamateriale. Lydopptak vil slettes etter at materialet er transkribert. Når prosjektet er ferdigstilt vil alt datamateriale slettes. Ferdigstilt prosjekt anslås å være i utgangen av juni 2022. Som deltager vil du bli anonymisert. Kun opplysninger som arbeidserfaring og alder vil komme frem.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Universitetet i Sørøst-Norge (fakultetet for helse- og sosialvitenskap) har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:
innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
å få slettet personopplysninger om deg

å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med: Universitetet i Sørøst-Norge (fakultetet for helse- og sosialvitenskap)

ved ***** tlf. ***** epost; ***** eller ***** tlf. ***** epost *****

Ta gjerne kontakt med veileder for studien ***** dosent tlf. ***** epost

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:
NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Veileder.

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet ”Kommunejordmødres erfaringer med å avdekke vold- og overgrepserfaringer blant gravide”? og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3: Intervjuguide

Intervjuguide

Introduksjon

En rask introduksjon om tema og rammene for intervjuet. Spesifisere dette med taushetsplikten, hvem har tilgang til materialet og oppbevaring av lydfil og senere transkribert data. Forklare bruk av diktafon app via Nettskjema.no og sikker lagring. Informasjon om at en som deltager kan trekke seg og eller unnlate å svare på spørsmål. Uttrykke takknemlighet for at deltager ønsker å dele sine erfaringer og at dette kan brukes i prosjektet. Gi rom for eventuelle spørsmål før oppstart. Underskrive samtykkeskjema.

Bakgrunn

- Kan du fortelle om din bakgrunn som jordmor? - hvor lang erfaring har du som jordmor. - Hvor lenge har du jobbet i kommunehelsetjenesten?

Kunnskaper om vold- og overgrep

- Har du erfaring med en gravid du fikk kjennskap til var utsatt for vold, så du noen tegn som kunne ha sammenheng med voldutsatthet?
- Opplever du at dine gravide har kunnskap om hva vold innebærer?
- Opplever du at vold/ overgrep kan ha konsekvenser for den gravide og fosteret i magen?

Tilnærming til temaet

- Kan du fortelle hvordan du tilnærmer deg temaet og hvilke erfaringer har du med å spørre? Vi er interessert i hvordan du spør.
- Hva synes du skal til for at det skal bli lettere å spørre?
-Har du følelsen at kvinnene svarer oppriktig?
-Hender det at du ikke spør den gravide om vold?
-Er ditt inntrykk at det avdekkes vold blant gravide ved at jordmor spør direkte?
-Hva tenker du hvorfor vi ikke avdekker så mye vold?
-Har du noen tanker eller ideer om hvordan det kan bli lettere for jordmor og spørre gravide om vold?
- I de situasjoner der du får et negativt svar, tar du opp igjen tema ved en senere anledning?

-I de tilfeller du har avdekket voldserfaringer eller pågående vold mot en av dine gravide, kan du fortelle litt om hvordan det oppleves for deg å følge opp denne gravide?

Tiltak og beredskap

- Hva gjør du når du avdekker vold?

- Hvilke tiltak og oppfølgingstilbud finnes i kommunen din?

-Vet du om hvor/hvem du kan henvende deg til i de tilfeller det er behov for mer kompetanse enn det som finnes lokalt på helsestasjonen?

-Har du noen forslag til hva som kan bli bedre i din kommune vedrørende oppfølgingen av gravide som har opplevd vold og overgrep?

-Dersom du har en gravid som har åpnet seg og fortalt om voldserfaringer, diskuterer du slike vanskelige kasus med kollegaer eller leder? - opplever du kollegastøtte i slike tilfeller?

Oppsummering/avslutning

- Er det noe mer som burde nevnes? - føler du at du har fått sagt det som er viktig og relevant i denne sammenheng?

Takk for at du stilte opp som informant!

Vedlegg 4: Kartleggings skjema RVTS

KARTLEGGING – VOLD OG SEKSUELLE OVERGREP

Navn:

		JA	NEI
1.	Har du noen gang opplevd vold eller seksuelle overgrep? (Barndom, tidligere/nåværende forhold)		
2.	Hender det noen gang at du er redd i ditt eget hjem?		
3.	Har du noen gang i løpet av siste året vært bekymret for tryggheten til barna dine?		
4.	Er du redd for partneren din eller noen andre?		
5.	Blir du noen gang ydmyket/undertrykket av partneren din?		
6.	Nedverdiger/degraderer partneren deg foran andre?		
7.	Hindrer partneren deg i å møte venner eller gjøre ting du ønsker?		
8.	Har du i løpet av det seneste året blitt slått, sparket eller på andre måter blitt angrepet fysisk av noen?		
	Hvis ja: Av hvem? Hvor mange ganger siste år? Hvilke skader?		
9.	Har du siden du ble gravid, blitt slått, sparket eller på andre måter blitt angrepet fysisk av noen?		
	Hvis ja: Av hvem? Hvor mange ganger siste år? Siste måned? Hvilke skader?		
10.	Har noen i løpet av det siste året gjort noe seksuelt mot deg som du ikke har ønsket?		
	Hvis ja: Hvem? Når? Hva?		

Veiledning til kartlegging

Mange foreldre kan ha opplevd vonde og vanskelige ting gjennom livet. Det kan påvirke foreldrefunksjon og tilknytning både i svangerskap, fødsel og barseltid. Vi er derfor opptatt av å spørre alle foreldre om de har erfaringer med omsorgssvikt, vold og/eller seksuelle overgrep.

Vi vet at dersom flere voksne blir bedre i stand til å avdekke vold og overgrep så tidlig som mulig, så vil dette gjøre at flere barn kan vokse opp under trygge og utviklingsstøttende forhold.

Eksempler:

- **Fysisk vold:** Lugging, biting, dytting, slag, spark, binding, kvelertak, brennmerking, angrep med ulike gjenstander, knivstikking, bruk av våpen, forsøk på drukning, dytte noen ned en trapp, osv.
- **Psykisk vold:** Trusler, ydmykelses og nedlatende atferd, latterliggjøring, ignorering, uriktige beskyldninger, forhør, isolering, kontrollering, overvåkning, osv.
- **Seksuell vold:** Seksuell sjikane, verbale tilnærmelser, beføling, visning av pornografi, voldtekt, forsoningssamleie, trusler om eller å legge ut seksuelt innhold på nettet, osv.

Vedlegg 5: Forfatterinstruks

Forfatterinstruks

Velkommen som bidragsyter til Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

Tidsskriftet er et tilbud til nordiske lesere innenfor helsefaglige miljøer, og til forskere innen helsefagene som ønsker å publisere egen forskning.

Tidsskriftet holder en bred fagprofil som reflekterer forskning og utviklingsarbeid ved nordiske helsefagutdanninger og praksisfelt. Tidsskriftet publiserer fagfelle-vurderte, vitenskapelige artikler og eller vitenskapelige essays. Tidsskriftet har knyttet anerkjente forskere på professor, dosent- og førstenivå til vurdering og referee-bedømming av artiklene. Tidsskriftet tar også inn fagartikler og faglige utviklingsarbeider. Vi tar også i mot kronikker, bokanmeldelser og debattinnlegg.

Alle innsendte tekster blir vurdert av ansvarlig redaktør og fagredaktør med tanke på relevans og kvalitet. Dersom vitenskapelige manuskript vurderes som relevant og av tilstrekkelig kvalitet, blir det vurdert av to fagfeller. Forfatter kan foreslå en uhildet fagfelle. Fagartikler og faglige utviklingsarbeider sendes ikke til fagfellevurdering, men vurderes av redaksjonen.

Det er ansvarlig redaktør som til slutt avgjør om en vitenskapelig artikkel, essay, fagartikkel eller annet kan publiseres. De innsendte manuskriptene må være originale. Manuskriptene blir rutinemessig kjørt gjennom en plagiatkontroll.

Tidsskriftet forholder seg fra høsten 2021 til innførte retningslinjer til universell utforming: (For nærmere informasjon, se [Microsoft-veiledningen om hvordan gjøre Word-dokumenter tilgjengelige](#) for personer med funksjonsnedsettelse.)

Kriterier for forfatterskap

Bare forfattere som tilfredsstillt kravene til forfatterskap, kan oppføres som medforfattere av en artikkel. Forfatterskap skal tilfredsstillt ICMJE (The International Committee of Medical Journal Editors) med norsk oversettelse av: Nylenna, M. Medforfatterskap i medisin og helsefag (Sist oppdatert: 8.september 2014). De nasjonale forskningsetiske komiteene. Tilgjengelig på: <https://www.etikkom.no/FBIB/Temaer/Medforfatterskap/Medforfatterskap-i-medisin-og-helsefag/>

Enhver forfatter skal ha deltatt i arbeidet i en slik utstrekning at hun/han kan ta et offentlig ansvar for innholdet.

For medforfatterskap kreves også at samtlige forfatterne oppfyller Vancouverreglene:

a) Vesentlig bidrag til ide og utforming, eller datainnsamling, eller analyse og tolkning av data.

b) Utarbeiding av selve manuskriptet eller kritisk revisjon av artikkelens intellektuelle innhold.

c) Godkjenning av artikkelversjonen som skal publiseres.

d) Enighet om å være ansvarlig for alle deler av arbeidet for å sikre at spørsmål knyttet til presisjon og integritet til noen del av arbeidet er hensiktsmessig undersøkt og løst.

Personer som har bidratt til arbeidet, men ikke fyller kravene til forfatterskap, kan takkes i et eget avsnitt på slutten av artikkelmanuskriptet. Hvordan den enkelte har bidratt kan presiseres. Slik takk forutsetter at de aktuelle personer har samtykket. En slik takk legges inn ved en ev. publisering, ikke ved innsending, pga anonymisering.

Bekreftelse

Bekreftelse på at manuskriptet er mottatt og antatt /ikke antatt sendes til korresponderende forfatter.

Artiklene og essayene publiseres fortløpende.

Nordisk Tidsskrift for Helseforskning betaler ikke ut forfatterhonorar.

Språk og form

Bidragene skal skrives på et skandinavisk språk, det vil si norsk, svensk eller dansk. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning gir ikke språkvask, men forutsetter at forfatterne har hatt en kritisk gjennomgang av språket og korrekturlest manuskriptet før innsending og publisering.

Selve innsendingsprosessen

For å sende inn et manuskript, gå til [Online innsending av manuskript](#). Er du en ny bruker, husk å hake av for rollen Forfatter under registreringen. Tekster sendes inn som wordfiler, ikke pdf.

Forfatter legges inn etterspurte metadata ved innsending:

Navn i korrekt rekkefølge for publisering med ev. titler på forfatter eller forfattere, tilhørighet, orcidnr om du har dette, samt epostadresse.

For artikler og essays: en kopi av det skandinaviskspråklige sammendraget og nøkkelord fra selve manuskriptet.

Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i dialog med redaksjonen før en ev. publisering

Anonymisering av tekster som skal sendes til fagfelleevaluering

Navn legges ikke inn på dette stadiet.

Gjenkjennbare tekstelementer slik som prosjektnummer fra NSD, stedsnavn eller referering til egne publikasjoner skal ved innsending fjernes i selve manuskriptet. Dette erstattes foreløpig med ("anonymisert").

Informasjon om forfatternavn som finnes under «fil/informasjon» i word-fila fjernes før innsending.

Navn, tilhørighet, korrekte henvisninger og andre gjenkjennbare detaljer legges inn igjen i manuskriptet i dialogen med redaktørene før en eventuell publisering.

Notat til redaktøren legges inn i publiseringsverktøyet og skal inneholde følgende:

Hvilken sjanger bidraget er skrevet innenfor: -forskningsartikkel, vitenskapelig essay, fagartikkel eller annet. Dette skal også stå på første side i manuskriptet.

Eventuelt referansenummer fra behandlingen i REK og eller NSD, samt anonymiserte egne publikasjoner som er benyttet i teksten og referert til.

Manuskriptets utforming:

Last ned og legg manuskriptet inn i [tidsskriftets Word-mal](#).

Lengden på manuskriptet bør ikke overskride 5000 ord for vitenskapelige fagfelle-bedømte artikler og essays. Andre bidrag bør ha en lengde mellom 2000 og 5000 ord. Sammendrag og litteraturliste regnes ikke med i omfanget av artikkelen.

Alle tekster, inkludert figurer, tabeller og referanser, leveres i Times New Roman font 12

linjeavstand 1.5 pt. Venstre og høyre marg, topp- og bunnmarg skal alle være 3,5 cm.

Innbindingsmarg skal være 0,5 cm.

Tidsskriftet benytter tre nivå overskrifter. For overskrifter skal forfatter bruke Word-stiler som oppgitt i [malen](#).

Sammendraget

Vitenskapelige artikler, essays og fagartikler skal ha et sammendrag på maksimum 150 ord på det skandinaviske språket teksten skrives i.

Under sammendraget skal forfatterne foreslå på 3-6 nøkkelord som synliggjør innholdet i artikkelen og essayet. Nøkkelordene (separert med komma) skrives på artikkelens originalspråk i selve manuskriptet.

Både sammendrag og nøkkelord settes også inn i «metadata» i publiseringsverktøyet ved innsending. Engelsk tittel, abstract og keywords legges inn i metadata i dialog med redaksjonen før ev. publisering.

Generelt i teksten

Manuskriptet skal ikke ha innrykk (unntatt ved sitater over tre linjer), tabulator, understreking, punkter og lignende, verken i teksten eller i overskriften. Manuskriptet skal heller ikke ha sideskift og tomme linjer mellom avsnitt.

Sitater inntil tre linjer settes inn som en del av hovedteksten – med stilen «Normal», i kursiv.

Sitater over tre linjer har stilen «Sitat».

Tabeller, figurer og bokser

Tabeller, figurer eller bokser plasseres inn i manuskriptet av forfatter. Tidsskriftet tar imidlertid forbehold om at tabeller og figurer kan flyttes av redaksjonelle hensyn. Tabell- og figurnavn settes inn som nummerert bildebeskrivelse og ulike typer nummeres uavhengige av hverandre. Vær oppmerksom på proporsjonene i tabellen slik at den passer inn i tidsskriftets Word-mal. Er det mye innhold i tabellen, kan du tilpasse ved å benytte mindre font. Tabeller bør ha en enkel struktur (uten delte/sammenslåtte celler) og presenteres på en oversiktlig måte.

For å ta hensyn til kravene til universell utforming (for brukere med nedsatt syn) skal informasjonen i kolonneoverskriften være formatert som overskriftsrad. Tabeller skal av samme grunn ha alternativ tekst i henhold til universell utforming. Høyreklikk på tabellen og velg «Rediger alternativ tekst». Skriv inn en kort beskrivende tekst som forteller om innholdet i tabellen.

Bilder

Det er egne opphavsrettigheter for fotografier og andre bilder. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning publiserer ikke fotografier og andre bilder uten at det foreligger skriftlig tillatelse fra rettighetshaver. Det vil si den som er opphav til bildene.

Litteraturhenvisninger

Litteraturlisten skrives etter hovedteksten. Bruk overskriften Litteratur med stilen «kilder» slik det er beskrevet i [malen](#). Tidsskriftet har til og med 2021 brukt referansestilen APA 6th i artiklene, men benytter fra nyttår 2022 stilen APA 7th.

Utforming av referanser med gode eksempler finner du på nettstedet [Kildekompasset](#)

Om du bruker EndNote, kan stilen (for norsk bokmål) lastes ned

fra <https://uit.no/ub/skrive/endnote#linje5>. Du kan også finne hjelp til bruk av stilen

her: https://uit.no/ub/skrive/art?p_document_id=429864

Referansene i litteraturlista skal alltid inkludere DOI (Digital Object Identifier) for kildene som har dette. DOI skal være en klikkbar URL, og plasseres sist i referansen. Hvis du er usikker på hva DOI-koden til en referanse er, eller om en DOI-kode finnes, kan du bruke [dette gratis verktøyet](#) for å finne ev. DOI.

Anonymiserte referanser fra egne publikasjoner som gjør forfatter gjenkjennbar skal bare tas ut, ikke merkes i den alfabetiske litteraturlista, men i selve artikkelteksten merkes manglende

referanse med (anonymisert). Både i tekst og litteraturliste legges referansene tilbake ved en ev. publisering.

Noter og appendikser

Bruk fotnoter, ikke sluttnoter. Notene skrives med arabiske tall (1,2,3 osv.). Ikke bruk flere noter enn strengt nødvendig. Noter bør i første rekke innarbeides i teksten. Unngå appendikser.