

MASTEROPPGAVE
MASTERSTUDIUM I JORDMORFAG
Oktober 2017

«Jordmors beskrivelse fra fødeavdelingen, om kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep»

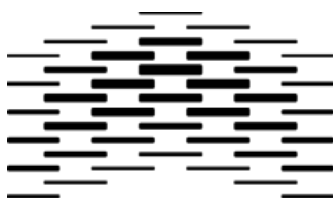


Photo: forfatterens private bilde

Kandidat nr:106/ 122

Antall ord: 14 622

Fakultetet for Helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

FORORD

Det å skrive vår første masteroppgave har vært en spennende, lærerik og utfordrende prosess. Spennende og lærerikt da vi har fordypet oss i et tema som vi syntes er meget interessant, og som vi ser som relevant og viktig å ta med inn i jordmoryrket. Det å få prøve seg som forsker har også vært utrolig lærerikt da vi har fått en innsikt i hvordan forskningsartikler blir til, og hvor mye arbeid det ligger bak forskning. For oss har det å skrive en master vært utfordrende fordi vi aldri har gjort dette før, og det har krevd mye av oss for å klare å forstå prosessen fra start til slutt.

Det var klart fra begynnelsen at vi to forfattere av oppgaven skulle skrive sammen. Dette med hensyn til livssituasjon, og interesse for tema. Vi var enige fra starten om at familien skulle være vår første prioritet, men at vi skulle jobbe jevnt og strukturert.

Vi føler vi har hatt et godt samarbeid og vi har vært sammen om alt fra begynnelsen. Alltid hatt en plan for hva vi skulle gjøre videre, og fokusert på å fordele arbeid på det vi følte oss sterke på. Sammen har vi gjennomgått oppgaven kontinuerlig for å være oppdatert og enige om hva som var viktig å ha med. Det har vært en åpen dialog og vi har alltid sørget for å være enige om hvert steg som er tatt i prosessen.

Vi vil også rette vår oppmerksomhet til vår veileder som alltid har veiledet oss med beste hensikt. Alltid stilt opp, sendt oss relevant litteratur, svart på meldinger, email og vært lett tilgjengelig ved behov. Det har gjort denne skriveprosessen lettere å forstå.

Takk til jordmødrene på de aktuelle sykehusene som tok seg tid til å stille til intervju. Dette var til stor hjelp for å komme frem til det endelige resultatet.

Til slutt vil vi takke våre samboere og familie for deres tålmodighet, støtte og forståelse for at dette har vært en utfordrende og krevende tid for oss. Dere har hele tiden hatt en interesse for vårt brennende engasjement, og kommet med støttende motiverende ord når vi har trengt det.

Sammendrag

Hensikt: Hensikten med denne studien er å få frem hvilke beskrivelser jordmødrene gjør i møte med kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Problemstilling: Hvordan beskriver jordmødre på sykehus tilnærmingen til kvinner i fødsel, som har vært utsatt for seksuelle overgrep?

Metode: Forfatterne har valgt å bruke et kvalitativt design. Det har blitt utført to fokusgruppeintervjuer på to forskjellige sykehus. Data analyseres med kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: Forfatterne kom frem til fem subkategorier: Å rapportere videre, forberedende arbeid, behov for kontinuerlig kompetanseheving, å kunne kommunisere og involvere kvinnen og kunsten å observere reaksjoner. Studien viser at jordmødre står i ukjente situasjoner, hvor intuisjonen til jordmødrene blir viktig.

Konklusjon: Jordmødre på sykehus utøver differensiert omsorg til kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette ved å gi kvinnen kontroll, skape en god dialog og trygge kvinnen under fødsel. Jordmødre på sykehus formidler at det er behov for mer undervisning og kompetanse på dette området.

Nøkkelord: fødsel, intuisjon, jordmødre, kommunikasjon, kompetanse, observasjon, seksuelle overgrep.

Summary

Purpose: The purpose of this study is get insight into descriptions of what the midwives do in meetings with women who have been subjected to sexual assault.

Thesis question: How do midwives in hospitals describe the approach to women in childbirth, who have been victims of sexual assault?

Method: In order to answer this issue we have chosen to use a qualitative design. Two focus group interviews have been conducted at two different hospitals. The data was analysed by qualitative content analysis.

Findings: The analysis resulted in followed categories: reporting further, preparatory work, the need for continuous competence raising, communicating and involving the woman and the art of observing reactions.

The study shows that midwives are in unknown situations, where the intuition to midwives becomes important.

Conclusion: Midwives in hospitals carry differentiated care for women who have been subjected to sexual assault. This is performed by giving the woman control, create a good dialogue and make the woman feel safe during childbirth. Midwives in hospitals convey that there is a need for more education and expertise in this area.

Key words: birth, communication, competence, intuition, midwives, observation, sexual abuse

Innhold

BEGREPSAVKLARING	1
1 INTRODUKSJON	2
2 BAKGRUNN	3
2.1 Konsekvenser av seksuelle overgrep	4
2.2 Jordmors rolle på sykehus.....	6
2.3 Kommunikasjon og tilnærming	8
2.4 Formål og problemstilling	9
3 METODE.....	11
3.1 Vitenskapelig teoretisk forskningsdesign	11
3.2 Teoretisk rammeverk	12
3.3 Forforståelse.....	13
3.4 Utvalg og rekrutering.....	14
3.5 Datainnsamling	15
3.5.1 Det kvalitative forskningsintervjuet	15
3.5.2 Gjennomføring av Fokusgruppeintervju	16
3.5.3 Analyse	17
Tabell 1. Oversikt over meningsbærende enheter.....	19
Tabell 2. Oversikt over tema, kategorier og subkategorier.....	19
3.6 Ethiske aspekter	20
4 RESULTATER	22
4.1 Interaksjoner mellom jordmor og kvinnen	22
Å kunne kommunisere med kvinnen	22
Kunsten av å kunne observere reaksjoner.....	23
4.2 Prosedyrer vs. behov for kompetanseutvikling.....	24

Å rapportere videre.....	24
Forberedende arbeid.....	26
Behov for kontinuerlig kompetanseheving	27
5 DISKUSJON.....	29
5.1 Diskusjon av metode.....	29
5.1 Diskusjon av resultater.....	35
6 KONKLUSJON	42
LITTERATURHENVISNING.....	43
Vedlegg 1	48
Vedlegg 2	49
Vedlegg 3.....	50
Vedlegg 4.....	51
Vedlegg 5.....	53
Vedlegg 6.....	55
Vedlegg 7.....	57

BEGREPSAVKLARING

I følge Straffeloven (2005) omfatter begrepet Seksuelle overgrep seksuell krenkende atferd, som for eksempel verbale krenkelser, slibrigheter og blotting, seksuell handling som berøring og beføling og seksuell omgang. Dette innebærer vaginal, eller anal samleie, samleielignende handling, masturbering og oral/genital kontakt.

Hjemdal and Thoresen (2014) begrunner at dette begrepet dekker alle former for seksuelle krenkelser. I oppgaven vil også begrepet omhandle seksuell vold, og voldtekt.

World Health Organization (WHO) definerer begrepet «seksuelle overgrep» som enhver seksuell handling, forsøk på å oppnå en seksuell handling eller uønskede seksuelle kommentarer rettet mot en persons seksualitet som bruk av tvang, uansett hvilken relasjon man har til offeret, i hvilken som helst setting (World Helth Organization, 2016).

I Nasjonale faglige retningslinjer for svangerskapet - hvordan avdekke vold, definerer de vold som et overordnet begrep. Under begrepet vold, ligger også seksuell vold (Helsedirektoratet, 2014).

Seksuell vold utføres for å krenke, ydmyke og kontrollere et annet menneske. Det kan for eksempel være uønsket seksuell berøring, påtvunget seksuell aktivitet, smertefull seksuell aktivitet, voldtekt, sadistiske seksuelle handlinger, påtvunget seksuell aktivitet med andre og påtvunget seksuell aktivitet mens andre ser på. Den seksuelle volden er svært psykologisk nedbrytende fordi den rammer det mest private hos et menneske (Isdal, 2000).

1 INTRODUKSJON

Basert på våre erfaringer gjennom praksis både på sykehus og svangerskapsomsorgen oppfattet vi som studenter at kunnskapen og omsorgen for kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep var uklar og mangelfull. Da vi som studenter var i praksis både på fødeavdelingen og svangerskapsomsorgen, så vi også at variasjonen av omsorg som ble gitt til disse kvinnene på fødeavdelingene var stor. Vi fant heller ingen informasjon eller retningslinjer om dette ved sykehusene der vi var i praksis, i motsetning til svangerskapsomsorgen hvor det var klare retningslinjer. Vi ble derfor nysgjerrige på hvordan jordmødrene på sykehus møtte disse kvinnene, og om antallet avdekkede overgrep hadde økt, etter at alle kvinner i utgangspunktet skal bli spurt om vold og overgrep i svangerskapsomsorgen.

Fokuset på kvinner som har vært utsatt for vold og overgrep har siden 2014 vært økende, spesielt i svangerskapsomsorgen. Vi ønsket derfor å se hvilke tiltak en jordmor på sykehuset gjør, for å bedre fødselsopplevelsen for disse kvinnene.

2 BAKGRUNN

På verdensbasis er seksuelle overgrep mot kvinner et stort problem. WHO skriver at så mange som 35 prosent av alle kvinner i verden har blitt utsatt for enten fysiske og eller psykiske seksuelle overgrep av enten en partner eller ikke partner. De fleste av disse er utført av en partner. Så mange som 30 prosent av alle kvinner som har vært i et forhold med en mann, har vært utsatt for fysisk eller psykisk vold eller seksuelle overgrep (World Health Organization, 2013).

I følge WHO er det de fattige kvinnene og jentene som har høyest risiko for seksuelle overgrep. Fattigdom kan også tvinge disse jentene og kvinnene ut i en jobb som sexarbeidere i en nødvendighet for å overleve (World Health Organization, Dahlberg, Mercy, World Health, & Krug, 2002).

Seksuelle overgrep brukt som et våpen i krig er kjent. Kvinner er sårbare under konflikt og krig, og vold og seksuell vold blir brukt som et våpen for å skape frykt blant sivile (Ba & Bhopal, 2017). Kvinner på flukt til Europa og Norge kan også ha blitt utsatt for seksuelle overgrep. Kvinnene reiser ofte alene, eller sammen med barn. I en kvalitativ studie fra 2016 som omhandler kvinner på flukt fra krig, blir det beskrevet at kvinnene blir utsatt for seksuelle overgrep som «betaling» for å komme videre på veien mot Europa (Freedman, 2016). I land der det foregår konflikt eller krig, er det alltid en økning av vold- også seksuell vold og overgrep (World Health Organization et al., 2002)

Seksuelle overgrep utført av menn, har i stor grad røtter i en ideologi om at menn har en seksuell rett. Dette synet gir kvinner liten rett til å nekte seksuell omgang med sine menn. Denne retten kommer når en kvinne gifter seg med en mann. Kvinnen skal da være seksuelt «tilgjengelig» for sin mann, enten hun ønsker det eller ikke (World Health Organization et al., 2002).

I en studie utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) på oppdrag for regjeringen, ble det undersøkt om forekomsten av seksuelle overgrep og vold i den norske befolkningen. Det ble utført en tverrsnittsstudie hvor kvinner og menn i alderen 18 til 75 år deltok. I denne studien kommer det frem at 9,4 prosent av kvinnene som var med i denne studien sier de har vært utsatt for voldtekt, og halvparten av disse kvinnene hadde blitt voldtatt før de fylte 18 år. Ut i fra aldersspennet, var det ingen ting som tydet på at tallene for

voldtekt har gått ned de siste årene, da det var like mange eldre som yngre som svarte at de hadde blitt voldtatt i løpet av sitt liv. Kun 11 prosent av de som svarte at de hadde blitt voldtatt, svarte at de hadde rapportert dette eller fått medisinsk hjelp i ettertid av hendelsen, og hele 29 prosent rapporterte at de aldri hadde fortalt det til noen. Videre undersøkte de i denne studien om seksuell kontakt eller omgang før fylte 13 år. 10 prosent av kvinnene rapporterer om seksuell kontakt før fylte 13 år, og 4 prosent opplyser om seksuell omgang med en gjennomsnittsalder på 8 år. Her var det også 1 av 4 som aldri hadde fortalt det til noen. Sett under ett formidler denne studien at 33 prosent av kvinnene i denne studien hadde vært utsatt for seksuelle overgrep i løpet av sitt liv, i mer eller mindre alvorlig grad (Hjemdal & Thoresen, 2014).

I en stor kohort studie utført i Norge svarer 6,9 prosent at de har vært utsatt for seksuelle overgrep som barn (Lukasse, Schei, Vangen, & Øian, 2009). I en annen studie finner man at 6-36 prosent av kvinnene i denne studien har vært utsatt for en form for seksuelle overgrep (Nerum, Halvorsen, Straume, Sørli, & Øian, 2013).

I følge World Health Organization (2016) er yngre kvinner mellom 15-45 år den mest utsatte gruppen for seksuelle overgrep, i tillegg viser studier at det er en høyere risiko i de senere ungdomsårene (Nerum et al., 2013).

Det er i størst grad menn, som utfører seksuelle overgrep mot kvinner (Hjemdal & Thoresen, 2014). Seksuelle overgrep mot barn skjer både hos gutter og jenter, men også her er det i størst grad jenter som er rammet. 20 prosent er jenter og 5-10 prosent er gutter (World Health Organization, 2016)).

2.1 **Konsekvenser av seksuelle overgrep**

Forskning viser at seksuelle overgrep er noe av de mest traumatiserende handlingene en kvinne kan bli utsatt for, og gir ofte negative utslag når det kommer til psykisk- og reproduktiv helse (Halvorsen, Nerum, Øian, & Sørli, 2013). Konsekvenser av seksuelle overgrep mot en kvinne viser seg å være av betydning for fødselen. Direkte konsekvenser for fødselsutfallet har blitt beskrevet i flere studier. I en studie blir det beskrevet at kvinner som har vært utsatt for voldtekt i voksen alder, og var førstegangsfødende hadde større risiko for keisersnitt, operativ vaginal forløsning, i tillegg til en lengre utdrivningsfase (Nerum et al., 2010). Videre viser en annen studie at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep,

oftere har elektivt keisersnitt (Nerum et al., 2013). I en norsk studie kom det frem at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep følte de var tilbake i overgrepøyeblikket under fødsel. Kvinnene følte de hadde vanskeligheter med å takle riene, da smertene i nedre del av kroppen førte de til tilbake i overgrepøyeblikket (flashback). Det at jordmor utfører undersøkelser som innebærer å ta på intime kroppsdeler ble assosiert til overgriperen, og ga kvinnene følelsen av å miste kontroll og bli tvunget til å være med på noe de ikke ville (Halvorsen et al., 2013).

Montgomery, Pope, and Rogers (2015) beskriver også i sin studie at intime undersøkelser utført av jordmor kan være med på å «trigge» minner fra tidligere overgrep. En trigger er ofte fysisk og kan være en kombinasjon av både lukt, fysisk kontakt eller lyder (Montgomery, 2013). Videre beskriver disse kvinnene en følelse av å være skitne og tilsmusset etter fødsel, og hadde en ekstrem trang til å vaske seg rett etter fødsel (Halvorsen et al., 2013).

Det kommer frem i denne studien at kvinner som skulle ha keisersnitt også opplevde å gjenoppleve overgrepøyeblikket. Følelsen av å være paralyisert gjaldt både kvinner som fødte vaginalt og kvinner som hadde keisersnitt. For noen kvinner, var det å få epidural knyttet til en negativ erfaring da kvinnene assosierte dette med å bli paralyisert (Halvorsen et al., 2013). I en oversiktsartikkel gitt ut i *Jordmora* i 2017, trekker forfatterne frem en artikkel, hvor fødselssmerter trekkes frem som en trigger til tidligere opplevelser hos kvinnen. I denne artikkelen beskrives det å styrke kvinnens mestring av fødselssmerter som en viktig faktor for å unngå en negativ fødselsopplevelse. Det er derfor viktig å tilpasse omsorg til hver enkelt kvinne, og som denne artikkelen fremhever; lese hva hver enkelt kvinne har behov for av smertelindring i en slik situasjon (Meldahl & Sandø, 2017).

Det er ofte de psykiske plagene som er dominerende, og en stor andel av kvinner som har opplevd seksuell overgrep utvikler en form for post traumatisk stress (PTS) (Halvorsen et al., 2013). Rape trauma syndrom som i denne oppgaven vil oversettes på norsk til «voldtekt traume syndrom» (VTS). Burgess and Holmstrom (1974) var de første til å beskrive denne formen for angstlidelse som følge av seksuelle overgrep. VTS kan ofte komme rett etter overgrepet og vare i flere år etter selve overgrepet. Senter for krisepsykologi anslår at rundt 5 prosent som har vært utsatt for seksuelle overgrep opplever VTS (Laache, 2010). Videre viser forskning at de som er utsatt for dette kan utvikle ekstrem fødselsangst, motsi seg medisinsk helsehjelp, eller ha ekstreme reaksjoner under fødsel (Parker, 2015).

Clark and Smythe (2011) beskriver at noen kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan oppleve dissosiasjon, ved å ha delvis eller total hukommelsessvikt når det gjelder overgrepøyeblikket. Dissosiasjon hjelper overgrepskvinnen å holde de traumatiske minnene på avstand så langt de klarer utenfor bevisstheten (Blindheim, 2012). Denne overlevelsesmekanismen hjelper kvinnene psykisk ved å ikke bli overveldet av den enorme handlingen de er blitt utsatt for. Videre formidler studien at minnene fra overgrepet kan komme til overflaten når som helst, men er godt beskyttet av denne mekanismen (Clark & Smythe, 2011). Selv om disse kvinnene dissosierer seg fra de seksuelle overgrepene hun har vært utsatt for, vil kroppen kunne huske. En fødsel vil kunne være en trigger for disse minnene, gjennom kroppslige reaksjoner, men ikke i den bevisste hukommelsen. Disse kroppslige reaksjonene kan også komme overraskende på kvinnen selv under fødsel (Rhodes & Hutchinson, 1994). Montgomery et al. (2015) skriver i sin studie at de kroppslige forandringene graviditeten fører med seg, også kan være med på å trigge flashback. Et flashback beskrives som at kvinnen går tilbake i overgrepøyeblikket og gjenopplever overgrepet (Montgomery, 2013).

2.2 Jordmors rolle på sykehus

Den gravide kvinnens møte med jordmor på sykehus er viktig for å skape trygghet og tillit. Dette er spesielt viktig i forhold til kvinner som har opplevd seksuelle overgrep (Clark & Smythe, 2011). En jordmor er ifølge Kunnskapsdepartementet (2005) en person som har bestått den offentlige jordmor utdanningen, og er autorisert til å utøve jordmorvirksomheten. Jordmor skal være kvalifisert til å bistå under en normal fødsel, og ha faglig kompetanse som omfatter å ha kunnskap om oppgaver som skal løses, og adekvat håndtering av ulike situasjoner (Helsedirektoratet, 2010).

Kvinnene kan vise adferd som kan skremme jordmor ved å være fiendtlig, vise ekstremt sinne eller være følelsesmessig kalde/ kyniske. Noen kvinner kan reagere med panikk og sinne direkte mot jordmor da de opplever at riene gir en følelse av å miste kontrollen, mens andre kvinner kan bli veldig «på vakt» og hypersensitive til alt som skjer med kroppen, og bekymret og redd hele tiden. Jordmødre kan også møte kvinner som kan være totalt uoppmerksomme på sin kropp da «det å forlate kroppen» kan være en reaksjon på seksuelle overgrep (Heritage, 1998). For en jordmor er det å ivareta kvinnens psykiske helse under riarbeid og fødsel

essensielt for å kunne oppnå et best mulig utfall for mor og barn. En jordmor må være klar over den overveldende frykten en kvinne som har opplevd seksuell overgrep kan ha for fødselen, og jordmødre på sykehus har en plikt å kjenne igjen signaler og symptomer på VTS når prosedyrer og undersøkelser blir utført (Parker, 2015).

En jordmor bør derfor utføre så få intervensjoner eller undersøkelser om mulig, dersom dette er nødvendig. Prosedyrer som er rutine for en jordmor på fødeavdeling kan være ukjente og føles skremmende, spesielt for en kvinne som har opplevd seksuelle overgrep. Et eksempel på en intim prosedyre som blir utført som rutine av jordmødre er vaginal undersøkelse.

Dette er en undersøkelse som kan fremkaller flashback eller det kan være en trigger og kan få kvinnen til å reagere på samme måte som da overgrepene skjedde (Montgomery et al., 2015). Det at jordmor er klar over at kvinnen i fødsel har en historie med overgrep gir en god innsikt og forklaring på hvorfor kvinnen reagerer som hun gjør (Helsedirektoratet, 2014), og hjelper jordmor til å gi kvinnen den omsorgen hun trenger. Det er derfor viktig å spørre alle gravide om de har en seksuell overgrepshistorie (Heritage, 1998).

I Nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen anbefales det at spørsmål om vold bør avdekkes så tidlig som mulig i svangerskapet. Samtidig anbefales det ikke å dokumentere dette på kvinnens helsekort, da dette er noe kvinnen tar med seg og oppbevarer hjemme (Helsedirektoratet, 2014). Dette kan resultere i at jordmødre på sykehus mister nødvendig informasjon som kan være avgjørende for videre pleie under fødsel. Det jobbes for tiden med å utvikle et e-helsekort som vil gjøre deling av sensitiv informasjon mellom kommunehelsetjenesten og sykehuset enklere (Bordvik, 2016).

Helsedirektoratet skriver i sine retningslinjer at jordmødre skal ha kompetanse og kunnskap, samt teoretisk og kliniske ferdigheter om tema vold. Virksomheten har et kontinuerlig ansvar for å sikre og opprettholde tilstrekkelig kompetanse (Helsedirektoratet, 2010).

I en norsk studie fra 2016 kom det frem at jordmødre på helsestasjon opplevde det som vanskelig å spørre om vold til alle gravide. Dette fordi jordmødre ikke følte seg trygge på å spørre, da dette er et sensitivt tema, og de opplevde at de ikke hadde nok kunnskap ved å påta seg en slik oppgave (Garnweider-Holme, Lukasse, Solheim, & Henriksen, 2017).

I en studie utført i England sier så mange som 56 % av jordmødrene at de ikke føler seg rustet til å spørre kvinner om tidligere overgrepshistorie. De som følte seg minst rustet var

jordmødrene som jobbet på sykehus (K. B. Jackson & Fraser, 2009). Tryggheten om å spørre kommer gjerne gjennom praktisk erfaring, og jordmødre må derfor kjenne til hvilke hjelpeinnsatser og tilbud som finnes for å sikre en god oppfølging til kvinnen (Helsedirektoratet, 2014). Både jordmødre og kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep formidler at dette er et sårt og vanskelig tema og snakke om, da dette er et tabubelagt tema som ofte er forbundet med skyld og skam (Helsedirektoratet, 2014).

2.3 Kommunikasjon og tilnærming

Kvinner som har opplevd seksuelle overgrep trenger å føle seg trygge under fødsel. Et godt tillitsforhold mellom kvinnen og jordmor er viktig for at kvinnen kan føle seg trygg (Montgomery et al., 2015). Måten kvinnene blir møtt av jordmor er derfor viktig. Når en kvinne kommer inn på fødeavdelingen er det ofte med blandede følelser av frykt, glede, spenning og håp. Alt kvinnen føler kan være en blanding av tidligere erfaringer med fødsel, kulturell bakgrunn, livserfaring og kunnskap. Tilliten og kommunikasjonen kvinnen føler og opplever overfor jordmor er derfor viktig for å oppnå en god fødselsopplevelse for kvinnen (K. Jackson, Marshall, & Brydon, 2014).

I en studie uttrykte kvinnene et ønske om å få medvirke i valgene som ble gjort under fødsel. Kvinnene ønsket å bli støttet og veiledet til å forholde seg til «oppgaven» hun nå var i gang med (fødselen). Det at jordmødrene passet på å bevare den kroppslige integriteten, med færrest mulige intervensjoner og spesielt vaginalundersøkelser, var viktig. Kvinnene ønsket også at jordmor forklarte i forkant av en intervensjon hva som skulle skje. Ikke bli plassert i en liggende posisjon, men være i en mest mulig oppreist posisjon. Gi kvinnen nok tid (spesielt under utdrivningsfase) og en rolig atmosfære under hele fødselen (Halvorsen et al., 2013).

Gjennom hele fødselen bør jordmor være med kvinnen. Kvinnen skal hele tiden bli informert om hva som blir gjort og hva som skal skje. Det at kvinnen føler kontroll over sin egen fødsel, vil være med på å fremme et positivt fødselsutfall i en normal fødsel (K. Jackson et al., 2014).

Logiudice and Beck (2016) formidler i sin studie viktigheten ved at kvinnene som har opplevd seksuelle overgrep får ha kontroll under fødsel. Det er også beskrevet hvor viktig det er å kontinuerlig gi kvinnen informasjon om pleien hun får, spesielt under prosedyrer som kan være med på å trigge flashback tilbake til overgrepsøyeblikket.

Parker (2015) beskriver at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep kan ha en redsel for å bli tatt på. Studien viser at det å spørre om tillatelse for å utføre prosedyrer, og kunne diskutere fordeler og ulemper ved prosedyrene er essensielt for pleie og omsorg av denne gruppen kvinner. Kvinnene som har vært utsatt for seksuelle overgrep trenger en unik pleie som viker fra standard pleie. I følge Parker (2015) innebærer dette å formidle nøyaktig hva som skal skje under prosedyren. Tillate kvinnen så mye tid hun trenger ved prosedyreutførelse, og respektere kvinnens behov som for eksempel å ha på klær så hun ikke føler seg blottet. Marshall, Raynor, and Myles (2014) formidler at god kommunikasjon med kvinnen vil lede til mindre angst og misnøye, legge til rette for at hun kan ta egne valg, og hjelpe henne å ha kontroll over valgene som blir tatt.

2.4 **Formål og problemstilling**

Forskningen presentert i bakgrunnen viser at tidligere seksuelle overgrep kan være av betydning for fødsel og fødselsutfall. Det er vanskelig å generalisere alle kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, til *et* reaksjonsmønster. Det forskning viser er at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep *kan* oppleve at en fødsel trigger flashback, lengre utdrivningsfase, større risiko for keisersnitt og operativ vaginal forløsning.

Kvinnene kan fremstå som «vanskelige» i fødsel, med et stort behov for kontroll. De kan reagere med skepsis, og kan oppleves som vanskelige å få kontakt med. Noen kan være helt fraværende fra fødselssituasjonen, mens andre kan oppleves som hysteriske og redde. Et gjennomgående tema i tidligere forskning er beskrivelsen av at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep trenger unik pleie som viker fra standard pleie.

Det forfatterne savner i forskningen er hvordan jordmødre håndterer disse utfordringene i fødsel. Det er lite skrevet om hvordan denne sensitive informasjonen blir «overført» fra helsestasjonen til sykehusene. Ut ifra hva forskning viser er dette informasjon som er av betydning for jordmødre som møter disse kvinnene i fødsel.

Forfatterens formål er å få en forståelse på hvordan jordmødre på sykehus møter kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, hvilke utfordringer de møter og hvordan jordmødre opplever disse møtene. Som forfattere av denne studien er vi også nysgjerrige på om jordmødrene opplever at de har den rette kompetansen og kunnskapen som kreves, for å gi en best mulig fødselsopplevelse for kvinnene som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Oppgavens problemstilling blir derfor:

«Hvordan beskriver jordmødre på sykehus tilnærmingen til kvinner i fødsel, som har vært utsatt for seksuelle overgrep».

3 METODE

I dette kapittelet vil forfatterne gjøre rede for studiens metodiske valg for oppgaven. Vi vil i de første kapitlene presentere den vitenskapelige teoretiske forskningsdesign forfatterne har valgt å bruke, samt presentere det teoretiske rammeverket for oppgaven. Videre vil forfatterne presentere de metodiske strategiene forfatterne har valgt å bruke for å svare på problemstillingen i oppgaven på en best mulig måte.

3.1 Vitenskapelig teoretisk forskningsdesign

Oppgaven vil ha et kvalitativt studiedesign, da hensikten med denne studien er å få frem menneskelige handlinger og tanker. Ved å bruke kvalitativ metode vil menneskelige egenskaper som erfaring, opplevelser, tanker og holdninger kunne utforskes. Dette er erfaringer som ikke kan tallfestes, men beskrives. På denne måten vil forståelsen for hvorfor jordmødrene gjør som de gjør komme sentralt, og kunnskapen på området vi ønsker å utforske, øke. En kvalitativ studiedesign passer også godt der en ønsker å se dynamiske prosesser og samhandling mellom mennesker (Malterud, 2011).

Utgangspunktet for induktiv modell for tilegning av ny kunnskap er å systematisere opplevde erfaringer. Her trekker man en konklusjon fra opplevde erfaringer i en gruppe, til det generelle i en stor gruppe. Den induktive modellen slutter seg altså fra *noen* til *alle* (Thomassen, 2006). I en induktiv studie ønskes det å få svar på problemformuleringen fra individuelle eller gruppe intervjuer, film og dokumenter. Ved å gjøre dette vil jordmødrene kunne fortelle fritt om temaet uten begrensninger. Jordmødrene vil ved hjelp av dette, kunne avdekke sider ved et gitt tema som de er opptatt av, og selv mener er viktig (Sinclair & Bryar, 2011).

Ved bruk av induktiv tilnærming til ny kunnskap er det viktig å være klar over at selv om det finnes mønstre i det empiriske materialet, i beskrivelsene fra jordmødrene, kan det være vanskelig å trekke en konklusjon om at alle jordmødrene vil beskrive dette og oppleve dette på samme måte. Dette kalles induksjonsproblemet og bunner ut i at, selv etter flere år med observasjon kan man aldri være sikker på at det alltid vil være slik (Thomassen, 2006).

I forfatterens fremstilling av resultater vil ikke det empiriske materialet være bundet til en teoretisk forankring eller en teoretisk modell. På den måten vil det empiriske materiale

«snakke for seg selv» og ikke i lys av en teori. Forfatterne mener at det som skal studeres, passer en induktiv tilnærming, da ønsket er å få frem erfaringer og opplevelser av en gruppe kvinner.

3.2 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske vitenskapelige rammeverket for denne oppgaven er hermeneutikk. Den teoretiske referanserammen er det synet vi har når vi leser vårt empiriske materiale og identifiserer mønstre i oppgaven (Thomassen, 2006). Systematisk fortolkning av det empiriske materialet er det som gjør funnene til vitenskapelig kunnskap (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Fortolkningen av det empiriske materialet skal gjøres ut i fra det teoretiske rammeverket. Det vil i denne oppgaven bli benyttet en hermeneutisk metode. Den hermeneutiske tradisjonen innenfor humanvitenskapen, har i århundrer forsøkt å forstå de skriftede fortolkninger av tekst (Christensen, 1994). Hermeneutikken har i nyere tid utviklet seg fra tekstfortolkning til en mer allmenn teori om fortolkning og forståelse (Thomassen, 2006). Hermeneutikk betyr å tolke menneskelige meninger (Christensen, 1994). Fokuset vil være på den levde erfaringen, for å forstå dens sosiale, kulturelle politiske eller historiske konteksten erfaringene viser seg i (Polit & Beck, 2012).

Gjennom intervjuene med jordmødrene, kommer det frem beskrivelser og beretninger som skal tolkes. Ut i fra tekstmaterialet vil en kunne finne ny kunnskap. Studiens formål er å se ny kunnskap, på et tema det har vært lite forsket på tidligere. Gjennom tolkningsprosessen vil tekstmaterialet gi oss ny kunnskap, også underveis (Thomassen, 2006).

Kunnskap og forståelse for teksten og temaet kommer også gjennom en prosess i tolkingen. Dette skjer gjennom den hermeneutiske spiral. Den hermeneutiske spiralen betyr at man ofte, får en intuitiv og uklar forståelse av en hel tekst. Dersom man tar ut deler av en tekst, vil denne delen få en annen betydning. Man setter så sammen dette igjen slik at den hermeneutiske spiralen blir en dynamisk prosess, som går fra helhetlig tekst og mening, til deler av mening, som igjen gir en ny helhet og kanskje også en ny mening. Forståelsen vil hele tiden utvides gjennom teksten og man vil utvikle kunnskap, men også se en ny mening underveis i tolkningsprosessen (Gulddal & Møller, 1999).

Beskrivelsene jordmødrene kommer med under intervjuene er hele tiden med på å utvide vår horisont til å se ny kunnskap. Gjennom disse beskrivelsene vil en kunne avdekke mangler og forbedringspotensialer i dagens praksis (Christensen, 1994).

3.3 Forforståelse

For at forfatteren skal klare å tolke en tekst, må det legges til grunn en forforståelse eller en fordom. Det var filosofen Gadamer som utviklet denne tankegangen om forforståelse. Han hevdet at vi alltid er påvirket av tidligere erfaringer. Christensen (1994) har tolket Gadamer på en slik måte; I følge Gadamer blir vår oppgave å overlevere de sannheter vi får gjennom det empiriske materialet, med utgangspunkt i vår egen forforståelse.

Vår forforståelse må derimot ikke komme i veien for vår horisont til å se ny kunnskap, men snarere være et verktøy i søken etter ny kunnskap.

Fordommer er det som gjør det mulig for tolkeren å forstå noe av tekstens innhold og mening (Thomassen, 2006). Det er viktig å redegjøre for sin egen forforståelse og ta stilling til hvor man «står», hvilke utgangspunkt en selv har, og hvilke kunnskaper en selv sitter med (Polit & Beck, 2012). I følge Gadamer er dette en forutsetning for å kunne forstå en tekst og dens mening. I all samhandling, og i kommunikasjon med mennesker har vi en oppfatning eller forforståelse (Christensen, 1994). Forforståelsen vår, er bagasjen vi har med inn i en forskningsprosess. Denne bagasjen kan være med på å gi prosjektet næring, men det kan også komme i veien for å se ny kunnskap. Dette ved at man som forfatter er så innstilt på hva man selv kommer til å finne, at man blir blindet for den nye kunnskapen som empirien fremstiller (Malterud, 2011). Det er med andre ord, viktig å klare å se ny kunnskap og ikke la den forventningen forfatteren har til et mulig utfall av forskningen, komme i veien for å se et annet utfall.

Forfatterens forforståelse bygger på praksis på fødeavdelinger i en periode på 8 måneder. Det er i denne perioden forfatterne har vært i kontakt med kvinner i fødsel, og opplevd å møte kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette har skapt en nysgjerrighet på hvilke teknikker jordmor bruker, i møter med kvinner i fødsel som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Forfatterne har også en tanke om at jordmødre besitter mye kunnskap, en taus kunnskap, som det har vært lite beskrevet i litteraturen fra tidligere.

Som studenter er forfatterens oppfattelse at det er en skjevfordeling i forhold til fokuset hos jordmødre på sykehus og jordmor i svangerskapsomsorgen. Forfatterne har også vært i praksis på helsestasjon, hvor man i dag skal spørre alle gravide om de har vært utsatt for vold eller overgrep. Dette skapte en interesse for å vite hva jordmødre på sykehus faktisk gjør med

disse kvinnene, og om omsorgen for disse kvinnene har forandret seg etter at disse retningslinjene trådte i kraft.

Gjennom utdanningen har studenter hatt lite undervisning rundt dette temaet, og forfatterne oppfatter at det er et behov for mer undervisning til både ferdig utdannede jordmødre og jordmødre under utdanning. På bakgrunn av dette må vi holde vår forforståelse i parentes for å være åpne for informasjonen som strider imot vår forforståelse under datainnsamling og analyse av data.

3.4 **Utvalg og rekruttering**

Det empiriske datamaterialet som blir samlet inn, er hovedkilden for å få svare på studiens problemstilling. For å få svar på problemstillingen ble det utført et strategisk utvalg av informanter. Forfattere henvendte seg derfor til den gruppen mennesker, altså jordmødre, som sitter på den mest relevante kunnskapen og meningene direkte mot det temaet som ønskes besvart i studien (Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015).

Før gjennomføringen av gruppeintervjuet, ble det sendt ut mail med informasjon om studien til avdelingsledere på de forskjellige fødeavdelingene vi ønsket å inkludere. Det ble sendt ut mail til tre sykehus, hvorav to ga god respons for å være med videre i studien.

Forfattere formidlet hensikten med studien, og kort hvordan studien skulle gjennomføres.

Forfattere besøkte deretter de aktuelle sykehusene i sør-øst Norge, og hang opp informasjonsskriv om tema og gjennomføring av studie på de planlagte fødeavdelingene (Vedlegg 1). I dette informasjonsskrivet informerte forfatterne om problemstillingen, slik at det ikke skulle være tvil om hva det var ønskelig å utforske.

Forfattere ønsker å inkludere sertifiserte jordmødre med minst 2 års erfaring, som er interessert i temaet, og har relevante erfaringer. Det å ha erfaring med temaet studien handler om, er viktig for å få et rikt materiale. Forfatterne diskuterte at det hadde vært lite hensiktsmessig å inkludere jordmødre som selv mener de ikke har erfaring med temaet fra praksis.

Studiens hensikt var å få beskrivelser fra det virkelige liv, og var derfor avhengig av at informantene hadde denne erfaringen. Gjennom oppslag og utsendt informasjon klarte vi å rekruttere jordmødre som viste interesse, eller hadde kunnskap om temaet, og som ønsket å delta i studien.

3.5 **Datainnsamling**

For å få et mest mulig rikt empirisk materiale ble det gjennomført fokusgruppeintervju. Denne tilnærmingen egner seg godt da forfattere vil lære om jordmødrenes synspunkter, holdninger og erfaringer (Kvale et al., 2015).

Fokusgruppeintervjuene ble innledet med det formelle, ved at gruppedeltakerne skrev under på et samtykkeskjema hvor de samtykket til å være med i studien. Disse samtykkene ble puttet i en forseglet konvolutt, og lagt i et låst skap på høgskolen i Oslo og Akershus. Etter at dette papiret var signert, introduserte moderator temaet, som deltakerne også hadde fått informasjon om på forhånd. Moderator informerte om hensikten med studien og temaene vi ønsket å diskutere. Intervjuguiden lå også klart på plassene til deltakerne når de kom inn i rommet slik at det skulle være helt klart for deltakerne hvilke spørsmål som skulle stilles. Intervjuene ble tatt opp på båndopptaker med klare forutsetninger om at det var mulig for jordmødrene å stoppe eller slette materialet når som helst frem til analyseprosessen. Forfattere benyttet to båndopptakere som lå på hvert sitt sted mellom informantene, for å få best mulig lyd kvalitet. Etter at intervjuene var gjennomført ble lydopptakene transkribert ordrett.

3.5.1 Det kvalitative forskningsintervjuet

Forfattere valgte å bruke boken til Kvale, Brinkmann, Anderssen, & Rygge, 2015 for å forstå hensikten med forskningsintervjuet, og hvordan et forskningintervju er bygd opp.

Fokusgruppeintervjuets formål er ikke å komme til enighet i en gruppe, men å få frem flere sider av studiens problemstilling. Fokusgruppeintervju egner seg ved eksplorative undersøkelser på et nytt område da intervjustilen er mer livlig, og det kan komme flere ekspressive, spontane synspunkter som igjen gir det empiriske materialet mer fylde.

Fokusgruppeintervju passet godt til denne studien da vi ønsket å høre om erfaringer, holdninger, og synspunkter i et miljø hvor flere samhandler.

Forfattere utformet en intervjuguide (Vedlegg 2) sammen med veileder som har tatt utgangspunkt i studiens problemstilling, og brukt som et hjelpemiddel for å belyse temaet fra ulike perspektiver og vinkler. For å kunne stille relevante spørsmål har forfatterne opparbeidet et godt teoretisk grunnlag om temaet vi ønsker å studere.

Før gjennomføring av intervjuene på sykehus ble det utført et pilotintervju der formålet var å avdekke om spørsmålene i intervjuguiden var optimale for gjennomføring. Informanten i pilotintervjuet var en jordmor med lang erfaring innenfor jordmor yrket. Problemstilling og formål ble presentert, og jordmor ga sitt samtykke om at intervjuet ble tatt opp på lydbånd. Intervjuet varte i omtrent en time, og jordmor delte sine kunnskaper og erfaringer relatert til problemstillingen. Dette ga et godt utgangspunkt i videre omformulering av spørsmålene i intervjuguiden slik at det var lettere å forstå spørsmålene. Vi omformulerte setningen i første spørsmål for å få rikere og mer varierte beskrivelser. Videre oppdaget vi at to spørsmål omhandlet mye likt, og valgte derfor å slå disse sammen.

Lydopptaket fra pilotintervjuet ble slettet direkte etter forfattere hadde hørt gjennom det, og ble ikke inkludert videre i studien.

Intensjonen var å utføre 3 fokusgruppeintervjuer som ville bestå av 3-8 informanter. Sommerferien gjorde rekruttering vanskelig, og det ble derfor utført 2 fokusgruppeintervjuer med 4 informanter i hvert intervju. Intervjuene ble ledet av en moderator som presenterte emnet og styrte fokusgruppeintervjuet med en ikke-styrende intervjustil. Moderator la til rette for ordveksling og skapte i tillegg en åpen og imøtekommende atmosfære slik at jordmødrene kunne uttrykke motstridene og personlige meninger om temaet. Under intervjuet stilte moderator oppfølgingsspørsmål der det var nødvendig. Det var samme moderator og observatør under begge intervjuene.

Forfattere fordelte seg slik at én tok moderatorrollen og én tok observatørrollen, som under hele intervjuet tok notater og navnfestet replikker under intervjuet. Intensjonen var å få deltakerne til å inspirere hverandre i diskusjon og samtale.

3.5.2 Gjennomføring av Fokusgruppeintervju

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i perioden juni til august 2017, og ble gjennomført på arbeidsplassen til deltakerne, da dette var det mest praktisk for dem. Forfatterne ønsket å vise respekt for deltakerne, og å tilrettelegge for at intervjuet skulle være lett gjennomførbart for deltagerne. Forfatterne startet intervjuene med en uformell prat da deltakerne kom til intervjuet. Deretter ble deltakerne informert om studiens hensikt og formål. Forfatterne innhentet så et informert samtykke til å bli med i studien ved signatur på samtykkeskjemaet (mer om dette skjemaet i etiske aspekter i kapittel 3.8) (Vedlegg 3). Etter at skjemaet var innhentet startet intervjuene.

Det ble utført to intervjuer med 4 deltakere i hver gruppe. Intervjuene varte gjennomsnittlig i 44 min. Alle intervjuene ble gjennomført på egnede rom. Gruppedeltakerne satt i en halvsirkel, slik at moderator kunne se alle deltakerne, og lett registrere dersom noen ønsket å komme til ordet. Transkriberingen av lydopptakene ble utført direkte etter intervjuene. Dette for å ha intervjuopplevelsen friskt i minne, og å huske detaljer som kroppsspråk og gruppedynamikk.

Observatøren satt lengre bak for å ikke forstyrre gruppen. I tillegg tok observatør notater som senere er blitt anvendt senere i analyseprosessen. Observatør og moderator er forfattere av denne studien.

3.5.3 Analyse

I denne studien vil forfattere ha fokus på hva teksten faktisk handler om, og tolkning av den underliggende meningen. Forfattere velger derfor å benytte Graneheim og Lundman's analysestrategi (Graneheim & Lundman, 2004). Dataanalysen utføres ved å bryte ned det transkriberte materialet til meningsbærende enheter i samarbeid med veileder.

Meningsbærende enheter i denne oppgaven vil være viktige utsagn, setninger og fraser som inneholder tekst vi mener er relevant for vår problemstilling (Tabell 1). Neste steg vil være å kondensere teksten fra de meningsbærende enhetene, og samtidig beholde kjerneinnholdet i teksten. Disse meningsenhetene vil videre kondenseres til kortere meninger for så å bli abstrahert/ gruppert i koder som vil beskrive meningsenhetenes innhold. Ved å kode teksten tillater det forfatteren å se teksten fra flere vinkler. Kodene med likt innhold vil så bli kategorisert i subkategorier og hovedkategorier (Tabell 2).

Å kategorisere er kjernen i en kvalitativ innholdsanalyse. Dette betyr at all data relatert til formålet ikke skal bli ekskludert fra å bli kategorisert. Til slutt vil forfattere diskutere funnene og bli enige om den endelige beskrivelsen av kategorier av tema (Graneheim & Lundman, 2004).

Forfattere startet med å transkribere tale fra båndopptaker til skriftlig tekst. Alt som ble sagt ble ordrett transkribert som for eksempel pauser, kremt, host, latter etc. Ansikt og kroppsbevegelser, samt interaksjoner ble også skrevet ned. Dialekt ble gjort om til bokmål og informanter ble gjort om til tall for å aidentifisere.

Etter transkribering leste begge forfattere igjennom tekstmaterialet flere ganger individuelt for å få en bedre forståelse og overordnet blikk over tekstens innhold. Forfatterne jobbet individuelt for å trekke ut meningsbærende enheter. Forfattere satte seg deretter sammen for å sammenfatte meningsbærende enheter, og kondenserte deretter teksten. Den kondenserte teksten inneholdt en forkortet versjon av den meningsbærende enheten, uten at innholdet i teksten ble borte. Teksten ble deretter kodet. Kodene ble senere gjennomgått av veileder, som en kvalitetssikring og forfatterne ble deretter enige i hvilke koder som skulle benyttes videre i analyseprosessen. Kodene ble gruppert til sub-kategorier, og sub-kategorier ble gruppert til kategorier. Fram til kategorier, ble manifest analyse gjennomført. Etter dette ble data igjen gjennomlest for å se hva teksten kunne fortelle oss. I denne delen av analysen ble abstrahering og resultat et overordnet tema. Analysens prosess illustreres med eksempler i tabell 1 og 2.

Tabell 1. Oversikt over meningsbærende enheter

Meningsbærende enheter	Kondenserte meningsenheter	Koder
... jeg tror det er viktig, hvis man klarer ... i den grad man klare å oppdage det på forhånd da ... jeg tror det er lettere.. kan du si, og for oss og på en måte hjelpe de gjennom en fødsel.. når man vet..	Lettere å hjelpe kvinnen gjennom fødsel dersom man vet om overgrep på forhånd.	Visshet.

Tabell 2. Oversikt over tema, kategorier og subkategorier

Tema	DIFRENSIERT OMSORG AV KVINNEN				
Kategorier	PROSEDYRER VS. BEHOV FOR KOMPETANSEUTVIKLING			INTERAKSJONER MELLOM JORDMOR OG KVINNEN	
Sub-Kategorier	Å rapportere videre	Forberedende arbeid	Behov for kontinuerlig kompetanseheving	Å kunne kommunisere og involvere kvinnen	Kunsten å observere reaksjoner

3.6 Etiske aspekter

Før oppstart av intervjuer søkte forfattere i samråd med veileder til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som en forsikring om at oppgaven følger de forskrifter som ligger til grunn for et forskningsprosjekt. Saksnummer 54333 (Vedlegg 4).

Siden det blir gjort intervju av helsepersonell og dette ikke dreier seg om sensitive opplysninger som kan spores tilbake eller identifisere enkeltpersoner, er det ikke fremleggspliktig for å søke godkjenning av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) (De Nasjonale forskningsetiske komiteer, 2010). Videre sendte vi forespørsel om deltagelse til ledere på hvert enkelt foretak. Lederne besvarte denne forespørselen raskt slik at forfattere kunne sende inn registreringsskjema for masterprosjekt sentralt til helseforetaket (Vedlegg 5). Dette ble gjort gjennom utdanningsleder på sykehuset. Forfattere fikk da svar om at prosjektet måtte meldes ved et forenklet meldeskjema (Vedlegg 6). Godkjenning av prosjektet fikk vi via mail (Vedlegg 7).

Forfatterne av dette prosjektet har innhentet informert samtykke fra samtlige deltakere i intervjuet. Informert samtykke, vil si at deltakerne i studien har fått informasjon om hvordan opptakene av intervjuene blir lagret og slettet i ettertid av oppgaven, mulige risikoer og fordeler ved å bli med i studien. Det informerte samtykkeskjema ble som nevnt over oppbevart i en forseglet konvolutt og låst inn i et skap på Høgskolen i Oslo og Akershus via veileder. Dette for at jordmødrene skal være trygge på at deres anonymitet blir ivaretatt. Dette er en viktig forutsetning for at jordmødrene skal ha tillit til forskningen, og stole på at de blir respektert og ivaretatt (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2014). I tillegg ble deltakerne informert om muligheten til å trekke seg fra studien, frem til transkripsjonen av intervjuene er gjennomført. Formål for prosjektet ble presentert før deltakerne skrev under på samtykket (Kvale et al., 2015). Da transkripsjonen var gjennomført ble lydopptakene slettet, og kontrollert 3 ganger at det var slettet. Før lydopptakene ble slettet, ble de oppbevart på en minnebrikke som var passord beskyttet.

Konfidensialitet for jordmødrene har vært viktig i denne oppgaven. Da jordmødre har vært villige til å stille sin kunnskap til disposisjon, har forfattere vært påpasselig med å aidentifisere mulige gjenkjennbare karakteristika gjennomgående i studien. I studien vil

karakteristika som kjønn, alder, dialekt, og arbeidsted være anonyme (Ruyter, Førde, & Solbakk, 2007). Et av spørsmålene i intervjuguiden var blant annet at forfatterne spør om jordmødrene kan fortelle om en hendelse de har opplevd med en kvinne som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det er selvsagt viktig at jordmødrene overholder sin taushetsplikt, og det har vært forfatternes oppgave å minne jordmødrene som er med i prosjektet om dette (Helsepersonelloven, 2001).

4 RESULTATER

Innholdsanalysen resulterte i 5 sub-kategorier: «Å kunne kommunisere med kvinnen», «Kunsten av å observere kvinnen», «Å rapportere videre», «Forberedende arbeid» og «Behov for kontinuerlig kompetanseheving». Disse sub-kategoriene representerer det manifeste innholdet i jordmødrenes erfaring og opplevelser (Graneheim & Lundman, 2004). Sub-kategoriene ble fordelt under 2 overordnede kategorier: «*Prosedyrer vs. behov for kompetanseutvikling*» og «*interaksjoner mellom jordmor og kvinnen*». Da analyseprosessen var avsluttet kom forfattere frem til et overordnet tema som «*differensiert omsorg av kvinnen*». Dette var et tema som var gjennomgående i studiens resultater. Vi vil i dette kapittelet beskrive de viktigste resultatene fra intervjuene.

4.1 Interaksjoner mellom jordmor og kvinnen

Å kunne kommunisere med kvinnen

Jordmødrene formidler at det er viktig å legge til rette for en trygghet for kvinnene som har opplevd overgrep. Bli kjent med dem, og vise varhet under fødsel. Jordmødrene opplever kvinnene mer avslappet dersom jordmor erkjenner at hun vet om tidligere overgrepshistorie. Jordmor uttrykker også at de på den måten kan legge til rette for at kvinnenes ønsker blir tatt ekstra godt hensyn til. Jordmødrene mener det er viktig å la kvinnene selv styre hva de ønsker å dele under fødsel, og at dette må bli respektert.

Jordmødrene som ble intervjuet har også erfaring med at ikke alle fødekvinne som har vært utsatt for overgrep vil innrømme dette på svangerskapskontroller. Til tross for at det ikke står noe om overgrep på hovedkortet, bør ikke jordmor utelukke at dette kan ha skjedd om de får en mistanke under fødselen. Jordmødrene formidler at det kan være flere grunner til at kvinnen ikke vil fortelle noe videre til jordmor. Dersom for eksempel jordmor mistenker at overgriper er hennes mann, eller at hennes mann ikke vet om overgrepene, kan dette være et vanskelig tema og ta opp i fødsel. Et tiltak som kommer frem under intervju er da å kunne spørre kvinnen direkte når hun er alene på fødestuen. En jordmor forteller:

«det gjorde jeg da pappaen gikk da ... og da passet jeg på å spørre når han ikke var der ... og da spurte jeg ... og dekket til og sånt og mellom rier da ... har du opplevd at noen har vært slemme med deg?».

Jordmødrenes erfaring er å være åpen og ærlig, og formidle det man observerer. Men det er variasjon i hvordan jordmødre velger å ta opp spørsmål om overgrep under fødsel. En jordmor formidler at det er et sensitivt og vanskelig tema å ta opp under slike omstendigheter, og jordmødrene er usikre på om det er riktig tidspunkt å ta opp et så alvorlig og sensitivt tema under fødsel.

Jordmødrenes erfaring med kvinner som har opplevd overgrep er å kunne skape en god dialog med kvinnen, og gi henne god informasjon om alt som skjer. De opplever at kvinnene har behov for å ha en form for kontroll, og kvinnen er selv aktiv medvirkende. Dette opplever jordmødrene spesielt i forhold til vaginal-/ intimundersøkelser. Noen kvinner ønsker ikke å bli undersøkt under hele fødselen. Jordmødrene i studien formidler at dette er noe de respekterer. Noen av jordmødrene forteller også at de som regel kommer langt med kvinnen dersom de informerer godt om hvorfor de mener det er behov for å undersøke. De formidler at de fleste kvinnene lar seg bli undersøkt dersom jordmor har en «god grunn» for det.

Flesteparten av jordmødrene formidler at hos disse kvinnene er det viktig å respektere deres valg, og prøve å etterkomme deres ønske så langt det lar seg gjøre, uansett type fødsel.

Noen av jordmødrene nevner også at kvinnens integritet i forhold til bryst og amming må ivaretas. Eksempler som blir nevnt er å alltid spørre kvinnen før jordmor tar henne på brystet, og støtte kvinnen dersom hun ikke ønsker å amme.

Kunsten av å kunne observere reaksjoner

Gjennom å observere og lese fødekvinnens kroppsspråk i fødsel, opplever flere jordmødre at de oftere har en mistanke eller en sterk intuisjon om at det *er noe*, enn at de vet helt sikkert om kvinnen har vært utsatt for overgrep. Ekstreme kroppslige reaksjoner som panikkanfall, påtagelige smerter, åpenbar redsel, hysteri eller apati er noen reaksjoner som jordmødrene nevner. Dette spesielt i forbindelse med vaginal-/ intime undersøkelser. Jordmødrene formidler at reaksjonene kan være så sterke fra kvinnen at de selv tidvis føler seg som

overgriperen. Jordmødrene forteller at dersom de spør om tidligere overgrep får de ofte et nei fra kvinnen, selv om jordmor observerer at kvinnens reaksjon er sterk, og at de mistenker tidligere overgrep. Jordmødrene formidler også at de noen ganger sier til kvinnen hva de som jordmødre observerer i forhold til reaksjoner, og at de kan spørre kvinnen direkte hva kroppen husker som ikke de husker. En jordmor forteller:

«... i det du undersøker dem, så ligger dem en halv meter over sengen og tårene står i øynene ... spesielt ei jeg husker godt ... jeg vet jo ikke om hun hadde vært utsatt for noe ... og vi spurte henne (...) og da sa hun at hun ikke hadde det ... men det er sånn du begynner å lure ... fordi hun fikk en voldsom reaksjon på undersøkelsen».

Jordmødrene opplever at det er lettere å forholde seg til kvinnene som de vet har en historie med overgrep. Det kommer frem at disse kvinnene ikke nødvendigvis har de samme ekstreme kroppslige reaksjonene som hos de kvinnene jordmødrene «bare» har en mistanke hos. Jordmødrene føler de har et behov for å få frem sannheten og få avklart deres mistanke eller intuisjon, samtidig som de føler de må være *vare* på kvinnenens grenser. Noen av jordmødrene forteller at de da spør kvinnen på en varsom måte, når mannen ikke er tilstede i rommet. De forteller at de ber mannen ta seg en luftetur eller hente noe å drikke, slik at de får mulighet til å spørre dersom de har mistanke.

Andre kroppslige reaksjoner som noen jordmødre har erfart, er kvinnens tilknytning til det nyfødte barnet. Eksempler som blir nevnt er der kvinnen ikke vil ha barnet på brystet direkte etter fødsel, og observasjoner der kvinnen avviser eller distanserer seg fra barnet.

4.2 **Prosedyrer vs. behov for kompetanseutvikling**

Å rapportere videre

Det å rapportere slike sensitive opplysninger kan være en utfordring for jordmor, spesielt der kvinnene ikke har vært åpne om sin overgrepshistorie.

En jordmor må ta hensyn til at ikke alle kvinner ønsker å få sin historie journalført. En av jordmødrene kommer med eksempel der hun opplevde å få samtykke til å dokumentere kvinnens historie med seksuelle overgrep. Jordmor måtte senere slette disse opplysningene da kvinnen kom tilbake og ba om dette. Jordmødrene i studien formidler at i slike tilfeller kan

kvinnen være redde for at deres overgrepshistorie skal bli oppdaget, og dette er særlig sensitivt om hennes mann ikke vet om dette fra før.

Overgriper kan i enkelte tilfeller være hennes mann. Dette beskrives som en vanskelig situasjon da jordmødrenes meldeplikt blir satt på prøve.

Det fremstår som om jordmødrene i denne studien oftest rapportere det videre muntlig, men også at det står skrevet i rapporten som jordmødrene leser. Dersom jordmor er usikker på funn, kan det å beskrive hva en selv har sett og opplevd være et alternativ for jordmødrene.

En av jordmødrene beskriver det slik:

«... jeg tenker det er sånne ting det er vanskelig å rapportere, men det er noe med hvordan vi vinkler det ... og hvis vi vinkler det med hva jeg ser, hva jeg observerer, og si til kvinnen at jeg ser at dette er vanskelig for deg ... det er jo ikke noe farlig det ...»

Det er ifølge jordmor altså lettere å rapportere hva man ser og selv opplever. Det er da ikke trukket en konklusjon om at kvinnen har vært utsatt for overgrep, men hvordan jordmor opplevde kvinnen i fødsel. Dette gjelder kvinner som ikke har ønsket å fortelle om tidligere overgrep, hvor jordmor mistenker at kvinnen har vært utsatt for noe.

Dersom overgrepene er kjent, ser jordmødrene på det å rapportere dette videre som en hjelp til kvinnen, slik at hun ikke trenger å gjenfortelle sin historie flere ganger.

Det er ulike oppfatninger blant jordmødrene om hvordan informasjon fra helsestasjonene blir videreformidlet til fødeavdelingene på sykehus. Det kommer heller ikke frem klare synspunkter om hvilke metoder som kunne være best egnet for å videreformidle denne informasjonen.

Enkelte jordmødre har opplevd at jordmor fra helsestasjon selv ringer og formidler kvinnens historie. Noen av jordmødrene formidler også at kvinnene får tilbud om time på poliklinikken som er tilknyttet avdeling på sykehusene. Her får de mulighet til å kunne legge frem ønsker og tanker rundt fødsel, samt skrive et «ønskebrev». I et slikt ønskebrev formidler jordmødrene i studien at historie om overgrep kan komme frem, og dette kan være en måte å legge til rette for omsorgen til kvinnene under fødsel.

Samtlige jordmødre i studien er enige om at denne type informasjon, er informasjon det ikke er greit å ha på helsekortet. Slik sensitiv informasjon passer ikke på et dokument som kvinnen benytter ved flere instanser (som nevnt av jordmødrene; ved laboratoriet) og også har med

hjem til mannen og familie. Det etterlyses også opplysninger om når kvinnene har blitt spurt, og om de har blitt spurt om de har vært utsatt for overgrep.

Forberedende arbeid

For en jordmor er planlegging av omsorg viktig, men ikke alltid like lett å gjennomføre. Det at jordmor er forberedt i møte med kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep er et mål de fleste jordmødrene jobber for. Men for jordmor kan det fort skje uforutsette ting.

Eksempler på dette kan være at avdelingen er travel, fødselen kan gå raskere enn forventet, eller jordmor har mye å gjøre, slik at det ikke er rom for å planlegge eller tilrettelegge fødsel.

Ved planlegging av fødsel på sykehus formidler jordmødrene i vår studie at kvinnene som føder ved disse sykehusene har tilbud om en fødselsforberedende samtale. På denne samtalen får kvinnene mulighet til å snakke om tanker rundt fødsel, og det er mulighet for å legge til rette og planlegge fødselen etter hennes behov. Dette kan gjøres ved at jordmor og kvinnen kan utarbeide et ønskebrev. Et ønskebrev kan i følge flere jordmødre være et godt hjelpemiddel for videreformidling av sensitive opplysninger som jordmor må være oppmerksom på i fødsel.

En av jordmødrene formidler at mange av kvinnene har med seg sin mann på disse fødselsforberedende samtaler. Hun påpeker at ikke alle kvinnene har fortalt eller vil fortelle mannen sin om tidligere seksuelle overgrep. Dette kan derfor være et vanskelig tema å ta opp i disse samtaler.

Et av sykehusene har også tilbud om en samtale hvor de planlegger videre pleie fra føden og over til barsel. Sykehusene har et tilbud, hvor sårbare kvinner uavhengig av årsak (jordmor nevner; tidligere overgrep, depresjon, ung alder osv) kan få tilbud om et forsterket barselopphold. Dette tilbudet gjør at også mannen kan være tilstede under hele barseloppholdet, dersom det er ønskelig. Barseloppholdet kan også vare lengre enn de tilmålte dagene på barsel. Jordmor presiserer at det er veldig viktig for noen kvinner at mannen er med på barsel.

Flere jordmødre forteller at de ofte er ekstra oppmerksomme under fødsel på de kvinnene de vet har en historie med overgrep. Det presiseres at tiltakene som blir gjort, er tiltak de gjør med alle kvinner, nettopp fordi ikke alle kvinner har fortalt om sin overgrepshistorie.

En jordmor sier:

«... jeg prøver i hvert fall å gjøre avtaler på forhånd ... kanskje si litt om hvordan vi bruker å gjøre det ... at vi ikke trenger å undersøke så ofte som en vanligvis gjør ... være flinke til å dekke til.. som vi vanligvis gjør hos alle og være mer informativ ...»

En annen jordmor formidler viktigheten med å være varsom, møte alle med respekt og ikke påføre kvinnen ekstra påkjenning. Hun formidlet at det var viktig å være forsiktig, gi kvinnen god tid, dekke henne til og la henne få ta styringen var essensielt, spesielt ved intime undersøkelser.

Det at jordmor på forhånd vet om overgrepene gjør det lettere for jordmor å være forberedt til fødsel. De fleste jordmødrene mener at det å vite om tidligere overgrepshistorie forbedrer omsorgen til disse kvinnene. Man er da ekstra oppmerksom, og tar seg kanskje litt ekstra god tid. Et av sykehusene trekker frem at det er positivt å være en liten avdeling, hvor det er få personale og god tid. De fremhever at kvinnene da lettere kan føle en tilknytning til personalet og at dette skaper et tryggere miljø for kvinnen.

Jordmødrene formidler at planlegging strekker seg også lengre enn bare fødsel og barseloppholdet. Det er ikke kun kvinnen en jordmor har ansvaret for, men også barnet. Det å se hva kvinnen har vært utsatt for, og videre tenke hvilke psykiske konsekvenser dette har for barnet, er også beskrevet som en oppgave jordmødrene må ta hensyn til.

Behov for kontinuerlig kompetanseheving

Jordmødre i vår studie formidler at de erfarer en større åpenhet rundt seksuelle overgrep nå enn tidligere. Samtidig opplever de at dette er et vanskelig tema å ta opp, og det kan være lett å unngå å prate om dette. Det kommer frem at det er ønskelig med mer faglig kunnskap og mer undervisning om temaet på sykehuset.

Jordmødre opplever at det kan være vanskelig i møte med disse kvinnene da det er en uvant situasjon. Det å ta kvinnen på alvor, gi henne rom til å prate og ikke fjerne seg eller unngå å prate om dette er noe som kommer frem i intervjuet. En jordmor formidler det slik:

«også må vi bruke profesjonaliteten i møtene og gi rom for at dem kan få lov å prate ... hvis dem vil fortelle ... at ikke vi fjerner oss fordi vi synes det er litt sånn (viser med kroppsspråk) hun har sikkert vært utsatt for noe ... dette blir litt skummelt for meg».

Jordmødrene formidler også at kommunikasjon med kvinner med dårlig norskkunnskaper kan være en utfordring. De nevner spesielt det å finne passende ord og uttrykk som beskriver det de ønsker å snakke med kvinnen om, uten å bagatellisere alvoret i situasjonen. Noen av kvinnene jordmødrene forteller om har opplevd overgrep på flukt og i krig i hjemlandet sitt, og kvinnene kommer ofte inn sent i svangerskapsomsorgen. Det er viktig for jordmødrene å møte disse kvinnene med respekt, og å få klarhet i situasjonene til kvinnene.

En utfordring som ble nevnt var jordmors møte med kvinner som ønsker keisersnitt uten å ha en medisinsk grunn for dette. Det formidles at dette er vanskelig å akseptere da keisersnitt kan være med på å gi kvinnen følelsen av tap av kontroll. Samtidig erfarer jordmødre at det er viktig å gi mer aksept til disse kvinnene som ønsker keisersnitt uten grunn, da dette kan være på grunnlag av den tidligere overgrepshistorie.

Som nevnt kan jordmødre oppleve ekstreme reaksjoner fra kvinnen under fødsel eller ved undersøkelser. Jordmødrene ønsker mer kunnskap, slik at jordmødrene er forberedt til å håndtere slike situasjoner.

Jordmødrene nevner at det kunne være ønskelig med et oppslagsverk i møte med disse kvinnene. Et forslag var å utarbeide en guide for å kartlegge hvordan man kan snakke med kvinnen, spørsmål en kan stille som jordmor og hvordan slike situasjoner kan håndteres videre. Dette kan ifølge jordmødrene ville være et kjærkommet verktøy.

5 DISKUSJON

I dette kapittelet vil forfattere diskutere styrke og svakheter ved de metodiske valgene som er tatt i bruk, og synliggjøre prosessen frem til de endelige resultatene i studien. Forfattere vil også diskutere resultatene opp mot relevant forskning på området.

5.1 Diskusjon av metode

For å besvare studiens problemstilling valgte forfattere å benytte seg av et kvalitativt studiedesign for å fange opp beskrivelser fra jordmødre, og hvordan jordmødrene håndterer situasjoner med en gruppe kvinner. Dette har vist seg å være den rette metoden å benytte, da forfatterne var ute etter jordmødrenes egne erfaringer og opplevelser.

Kvalitativ forskning gir forfatterne en mulighet for et dypdykk i et gitt tema. Med kvalitativt studiedesign vil det ikke være mulighet for kvantifisering, altså å tallfeste resultatene, men heller forklare og beskrive resultat (Thomassen, 2006).

Ved å benytte en hermeneutisk tilnærming har forfatterne tolket jordmødrenes fortellinger og beskrivelser, og opparbeidet ny kunnskap gjennom denne tolkningsprosessen (Thomassen, 2006). Det å vite noe om temaet vi skal studere på forhånd av intervjuene, har vært avgjørende for vår forståelse av hva jordmødrene forteller oss.

Som forfattere av denne oppgaven gir det en mulighet for «å se mellom linjene» og finne en dypere mening med det som blir fortalt og beskrevet. Denne prosessen går gjennom flere stadier og betydningen av den hermeneutiske spiralen har gjennom vårt arbeid med tekstmaterialet kommet tydeligere frem. Med dette mener forfatterne at vi gjennom hele prosessen har opparbeidet ny kunnskap på dette temaet, og at vår forståelse for sammenheng mellom praksis og teori utvider seg som en helhetlig og dynamisk prosess (Christensen, 1994). Vi oppfatter det som at vårt valg av å bruke hermeneutikk har vært riktig, da materialet vårt består av menneskelige meninger, beskrivelser, holdninger og tanker rundt et gitt tema (Polit & Beck, 2012).

For at en studie skal være troverdig er det viktig at forfatterne viser sin refleksivitet. Refleksivitet handler om forfatternes forforståelse for temaet. Forfatterne har forsøkt gjennom hele prosessen å være bevisst på sin forforståelse for temaet. Samtidig som det er viktig å opparbeide seg en forforståelse for temaet, er det også viktig å legge denne til side for å se ny kunnskap som informantene gir. Vår forforståelse for temaet startet før oppstart av oppgaven.

Forfatterne hadde gjennom praksis på sykehus, dannet seg et bilde av hvordan jordmødre møtte kvinner med tidligere overgrepshistorie. Vår oppfatning var at denne gruppen kvinner hadde lite oppfølging på sykehuset, og at dette var en problemstilling som få jordmødre tok tak i. Som forfattere av oppgaven var det å få kunnskap på området viktig, for å kunne vite hva disse kvinnene trengte av oppfølging og omsorg. Det var derfor nødvendig for forfatterne å finne og lese forskning som er gjort på dette området for å få en bredere kunnskap på området. Det å jobbe med *ett* tema over en lengre periode, hvor forfatter stadig leser ny forskningslitteratur har vært med på å øke forforståelse for temaet. Gjennom intervjuene var det derfor viktig å legge vår forforståelse til side, og være åpen for de beskrivelsene jordmødrene ga oss om tilnærmingen til disse kvinnene. Det å la informantene snakke fritt og ikke la vår kunnskap på området «smitte» over på informantene var en utfordring.

Før gjennomføring av intervjuene fikk vi godkjenning av NSD og internt på sykehusene vi skulle holde intervjuene. Jordmødrene ble under intervjuene bedt om å beskrive hendelser fra hverdagen på fødeavdelingene. Under intervjuene kom det frem en rekke møter med kvinner som hadde vært utsatt for overgrep. Som forfattere av denne oppgaven er det vårt ansvar å påse at også kvinnene jordmødrene forteller om blir anonymisert, og at historiene som jordmødrene forteller om ikke kan spores tilbake til disse kvinnene. Som forfattere av oppgaven gjorde vi jordmødrene oppmerksomme på at de også har taushetsplikt overfor disse kvinnene, og at det var viktig at den ble overholdt. Samtidig som det var viktig at taushetsplikten ble overholdt, var det også viktig at vi som forfattere fikk et riktig og realistisk bilde på hvordan jordmødrene beskriver disse kvinnene. I transkriberingen har vi derfor sett det som nødvendig å gjenfortelle nøyaktig hva jordmødrene forteller, men at vi i resultatene ikke beskriver hendelser som direkte kan knyttes opp mot kvinnene som jordmødrene forteller om.

Da vi som jordmorstudenter har forsket på jordmødre med erfaring, har vi diskutert betydningen av å forske på eget fagfelt og også mulig fremtidige kolleger. Det har vært viktig å være ydmyk og skånsom i fremstillingen av jordmødrene, og at dette blir gjort på en etisk riktig måte. Med dette menes at jordmødrene i denne studien gir oss som forfattere en mulighet til å lære og formidle kunnskap på et tema det er lite forsket på fra før. Det er derfor viktig at jordmødrene ikke føler seg krenket eller uenig med fremstillingen av dem selv og at jordmødrene er helt aidentifisert i fremstillingen.

Som forfattere har vi også diskutert betydningen av å være studenter, og hva dette gjør med fremstillingen av materialet vi sitter med. I denne sammenhengen intervjuer vi jordmødre med mer erfaring enn oss. Konflikten mellom å være student og å innta en rolle som forfatter av denne oppgaven kan sees på som en svakhet av studien.

I en kvalitativ studie er det viktig å diskutere studiens troverdighet. En kvalitativ studie handler om forskerens egen tolkning av tekst. For at resultatene skal være mest mulig gyldige er det derfor viktig at leseren av studien, ut ifra det som er beskrevet i metoddelen av oppgaven, vil kunne forstå og følge forfatterens tanke og prosess. Studien må være transparent.

For å diskutere studiens troverdighet (på engelsk: trustworthiness) vil vi i denne delen diskutere ulike begreper som gir en tyngde og forsterker eller minsker studiens troverdighet. Gyldighet (engelsk: credibility) handler om hvorvidt en kan stole på at dataen forfatterne har samlet inn og analysen som er blitt gjort henger sammen, altså hvorvidt en kan stole på at resultatene som fremkommer er sanne. Pålitelighet (engelsk: dependability) handler om resultatene som er samlet inn er stabile over tid, dersom man på et senere tidspunkt hadde brukt samme inklusjonskriterier i en annen kontekst. Overførbarhet (engelsk: transferability) handler om hvorvidt vår studie gir grunnlag for overførbarhet til andre liknende grupper (Lincoln & Guba, 1985).

Gyldighet: Ordrett transkripsjon av lydopptak er et viktig steg for dataanalyse, og forskerne må derfor sikre at transkripsjonen er nøyaktig og gjenspeiler intervjuopplevelsen (Polit & Beck, 2012, p. 557). Transkriberingen fanger bare en del av intervjuopplevelsen og får derfor ikke med seg observasjoner som nonverbal kommunikasjon som kroppsspråk eller tonefall (Polit & Beck, 2012). Under transkriberingsprosessen satt begge forfatterne og transkriberte. Dette som en forsikring om at alle ord ble tatt med. Det at vi som forfattere også var

moderator og observatør, kan sees på som en styrke i det at ytre faktorer og stemningen blant informantene, hvordan de satt og kroppsspråk er selv observert. Forfatterne har selv også utført all transkribering. Ved å selv være mellomledd mellom tekst og tale gir det forfattere mulighet til å gjenoppleve erfaringer, og samtidig se materialet fra en ny side (Malterud, 2011, p. 78).

Vi har gjennom hele tolkningsprosessen hatt tett samarbeid med vår veileder. Det at det er første gang vi gjør en transkribering og tolkningsprosess kan sees på som en svakhet. Det har derfor vært ekstra viktig for forfatterne at en veileder har vært med oss og diskutert koder, kategorier og subkategorier. Det har ikke alltid vært enighet om hvor kodene skulle plasseres, som har skapt en god diskusjon i gruppen. I analyseprosessen har forfatterne jobbet tett med veileder for å sikre å få frem fokuset på hva teksten faktisk handler om (Lincoln & Guba, 1985).

Forfattere ser det som en styrke å ha vært to som har analysert samme tekst. Begge forfattere har diskutert datamaterialets mening sammen, og hentet ut relevante koder og meningsenheter som er sentrale for studiens problemstilling. For å oppnå god gyldighet er det viktig at de meningsbærende enheter som blir valgt ikke er for brede, som for eksempel inneholde for mange setninger eller avsnitt da det kan foreligge flere meninger i samme meningsenhet (Graneheim & Lundman, 2004). Dette var forskere bevisst på under hele analysen, men det har tidvis vært utfordrende å plassere koder under riktig kategori da noen av kodene har kunnet falle mellom to kategorier. Forfatterne har da diskutert seg imellom og med veileder for å sikre at koder ble plassert under riktig kategori. Sammen med veileder kom vi frem til fem subkategorier, to kategorier og et overordnet tema som forfattere mener har gitt et godt utgangspunkt for å få frem resultater i studien. Som nevnt tidligere er også vår rolle som studenter viktig å være seg bevisst i en slik prosess. Rollen som studenter gir oss et utgangspunkt, hvor vi er «under» jordmødrene vi intervjuer. Påvirkningen vil være dersom vi redigerer, eller blir påvirket at intervjupersonene er jordmødre vi en gang skal kunne jobbe med.

I følge Lincoln and Guba (1985) er en faktor for å oppnå troverdighet i en studie det å oppnå pålitelighet. For at en studie skal være pålitelig er det å beskrive nøyaktig hvordan vi som forfattere har innhentet data, hvilke valg vi har gjort, og på hvilket grunnlag vi har gjort dette. For å få svar på problemstillingen valgte forfattere å henvende seg til jordmødre på sykehus da deres opplevelse sto i fokus. Det ble diskutert om vi skulle inkludere jordmødre på

helsestasjon men dette ble utelukket da deres svar ville være mindre relevant for problemstillingen.

Da rekruttering ble gjort før sommerferie var det liten oppslutning og forfattere måtte vente til etter sommeren for å fortsette prosessen. Det var planlagt at det skulle intervjues jordmødre på tre forskjellige sykehus. Dette var vanskelig å få til da vi ikke fikk noe respons fra et av sykehusene. På grunn av liten tid til å starte ny rekrutteringsprosess ble det utført intervju på to av de tre sykehusene. Det var fire informanter på hvert sykehus. Forfattere diskuterte antallet informanter seg imellom og med veileder, og kom frem til at antallet informanter var tilstrekkelig for å innhente data. En av informantene som hadde satt seg villig til å være med i studien ble forhindret fra å være med, da det dukket opp uventet jobb. For å gi studien enda mer styrke ville det vært hensiktsmessig å holde flere intervjuer, for å få et enda rikere materiale. Forfattere valgte å gjennomføre intervjuene ved de to sykehusene for så å se om det var behov for videre rekruttering.

Etter intervjuprosessen oppdaget forfattere at jordmødrene på begge sykehusene hadde mange like erfaringer og opplevelser, og derfor gjentok mange av svarene seg. Grunnet tidsperspektiv på oppgaven valgte vi derfor ikke å rekruttere jordmødre fra et nytt sykehus. Det at forfatterne valgte inklusjonskriterier som innebar at jordmødre skulle være interessert i tema kan i ettertid sees som en svakhet da vi ikke får med bredere synspunkter. Det var likevel noen i gruppen som selv mente de hadde lite å bidra med, som i løpet av intervjuet likevel hadde informasjon av interesse å komme med. Vi diskuterte også at der deltagerne ikke føler de har noe erfaring med dette tema er det ikke sikkert om det ville bli innhentet like mye informasjon. Det at intervjuene også ble avholdt i et begrenset område, sett landet under ett, kan også sees på som en svakhet. Dersom forfatterne hadde hatt mer tid ville det vært interessant å se om jordmødre i andre deler i landet delte samme erfaringer.

Forfatterne av denne studien valgte å gjennomføre fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Vår tanke bak et fokusgruppeintervju var å få deltakerne inn i en diskusjon, og at deltakerne inspirerte hverandre på temaet. Problemet med fokusgruppeintervju kommer i transkriberingsprosessen, hvor råmaterialet er svært uoversiktlig og faren for å miste verdifulle sitater er tilstede (Kvale et al., 2015). Informantene i denne studien satt rundt et bord i begge intervjuene hvor moderator satt på lik linje med informantene. For ikke å gå glipp av verdifull informasjon grunnet flere som snakker i munnen på hverandre, valgte

forfattere å ha to båndopptakere for å sikre god lyd kvalitet ved begge ender av bordet. Dette viste seg å være et godt tiltak da det var nødvendig å benytte begge båndopptakere under transkriberingen for å få med alle sitater.

Ved fokusgruppeintervju er det mange samlet i ett rom. Det å passe på at alle fikk svare, og at alle fikk si noe om hvert spørsmål var en utfordring. Ved å bruke god tid mellom hvert spørsmål, fikk alle deltakerne mulighet til å tilføye informasjon dersom de ønsket det.

Moderator var også under intervjuene påpasselig med å henvende seg til de informantene som svarte færre ganger. Som forfattere av studien har vi diskutert hvorvidt det å velge fokusgruppeintervju fremfor individuelle dybdeintervju har vært riktig. Vi kom frem til at det å sitte i en gruppe og få frem diskusjoner har vært essensielt for å få et rikt materiale. Vi så også at informantene inspirerte hverandre til å fortelle om hendelser, og informantene kom med flere historier etter som intervjuet gikk. Vi er også klar over at i en gruppedynamikk er det noen som snakker mindre enn andre, og at disse informantene muligens kunne gitt studien mer dersom et dybdeintervju hadde funnet sted.

Det å intervju og samle data er en utviklende prosess som gjør at forfatterne ser nye sider ved tema underveis i innhenting av data. Dette gjør at spørsmål kan komme til under en prosess, men at kjernespørsmålene i innhenting av data bør og må være de samme. Disse kjernespørsmålene ble utviklet i samarbeid med veileder. Under innsamling av data opplevde forfattere behov for å tilføre intervju 2 flere tilleggsspørsmål.

Begge intervjuene inneholdt de samme kjernespørsmålene, men ved intervju 2 ble tilleggsspørsmålene som ble stilt ved intervju 1 skrevet ned som et notat til moderator, nettopp for å ikke glemme disse spørsmålene ved intervju 2. Forfattere oppdaget også at det var nødvendig med disse spørsmålene for å få svar på det forfatterne ønsket svar på. Det er ikke blitt tatt bort eller omformulert spørsmål, kun lagt til noen tilleggsspørsmål som ble stilt på det første intervjuet. Et eksempel er under spørsmål 4 hvor spørsmålet er: «*Kan dere beskrive hvordan dere planlegger omsorg for disse kvinnene?*». Tilleggsspørsmålet som ble lagt til er da: «*Hva er det som er viktig å tenke på?*». Dette ble også stilt under første intervju, og moderator så da at svaret ble tydeligere og rikere ved å legge til dette spørsmålet.

I denne studien har vi tatt for oss jordmødre på sykehus og deres erfaringer og beskrivelser. Studien vil kunne være overførbart til jordmødre i samme kontekst, altså jordmødre på sykehus. Det å avgjøre om en studie er overførbart eller ikke, vil også bero på om resultatene i

studien samsvarer med det som er gjort av forskning på feltet tidligere. Det at vår studie også gjenspeiles i forskning som er gjort på feltet tidligere, er også med på å styrke overførbarheten i studien. Dette vil vi diskutere i kapittelet 5.2: Diskusjon av resultater. Vi har også funnet tidligere studier som motsier våre resultater.

Denne studien handler om jordmødres beskrivelser av et gitt tema. En kan spørre seg om dette temaet er likt håndtert på alle sykehus rundt om i landet. Det er gjort lite forskning på akkurat dette feltet i Norge. Variasjonene på fødeavdelingen vil også være med på å bestemme om en studie er overførbar til andre fødeavdelinger eller ikke. Det er sånn sett opp til leseren å avgjøre om denne studien er overførbar eller ikke.

5.1 Diskusjon av resultater

Jordmødrene i studien formidler at det å skape en god dialog med kvinnene, være empatisk og gi henne god informasjon i forhold til alle prosedyrer som blir utført, er viktig i møte med disse kvinnene. I møte med kvinner hvor det er mistanke om seksuelle overgrep, beskriver jordmødre i vår studie at det da er viktig å klare å være profesjonelle, og behandle de med respekt.

Kommunikasjonen og tilliten kvinnen har til jordmor kan være viktig for å oppnå en god fødselsopplevelse (K. Jackson et al., 2014), og samtidig lede til mindre angst og misnøye Marshall et al. (2014). Det å gi kvinnen kontroll under fødsel er også med på å styrke kvinnens tillitsforhold til jordmor, og gi kvinnen en best mulig fødselsopplevelse (Montgomery et al., 2015). Det er selvsagt vanskelig for kvinnen å oppleve full kontroll over fødselen, da en fødsel er en uforutsigbar og til dels ukontrollerbar hendelse. Jordmor har likevel et ansvar for å gi kvinnen en følelse av kontroll (K. Jackson et al., 2014).

Jordmødrene i vår studie opplever at følelsen av å ha kontroll, og medvirke i valg som blir tatt, er viktig for kvinnen. Hos kvinner som har opplevd seksuelle overgrep er det fremtredende å mangle evnene til å stole på andre mennesker (Meldahl & Sandø, 2017). Dette støttes i forskningen til Montgomery et al. (2015) hvor det blir formidlet at et godt tillitsforhold mellom jordmor og kvinnen er viktig for at kvinnen skal kunne føle seg trygg. Det blir formidlet i den samme studien at det kan være vanskelig å skape et tillitsforhold til kvinner som har opplevd seksuelle overgrep, da de som nevnt har vanskeligheter for å stole på andre mennesker og spesielt helsepersonell. Kvinnene er ofte mistenksomme overfor

jordmors hensikter og kunnskap, noe som igjen speiler seg i hennes væremåte overfor jordmor (Dahlø & Laache, 2010). Jordmor skaper en god fødselsopplevelse ved å bygge tillit ved hjelp av god kommunikasjon. Et godt tillitsforhold med jordmor er med på å trygge kvinnen. En opplevelse av kontroll og delaktighet i egen fødsel kan være avgjørende for at kvinnen skaper tillit til jordmor og føler seg trygg i fødsel.

I vår studie var det varierte svar innenfor det å spørre kvinnen om tidligere overgrep under fødsel. Ikke alle mente dette var et relevant tema å ta opp under fødsel, men heller kunne være med på å gjøre det vanskeligere for kvinnen. Hvordan jordmor møter kvinner i fødsel som har vært utsatt for seksuelle overgrep, stiller krav til jordmødre om kunnskap på dette området.

Dersom jordmor ikke føler seg kompetent til å snakke om dette tema kan det medføre at jordmor ikke tør å snakke om det eller ta tak i problemet. Om jordmor ikke viser interesse for kvinnens historie kan kvinnen tolke det slik at jordmor ikke ønsker å prate om temaet (Meldahl & Sandø, 2017). I vår studie opplevde flere jordmødre at kvinnene virket tryggere og slappet mer av om jordmor var klar over tidligere seksuelle overgrep.

I en kvalitativ undersøkelse gjort i 2013 kom det frem at det var viktig for kvinnene at jordmødre visste om seksuelle overgrep før fødsel, og at jordmor derfor ikke trengte å snakke om temaet i fødsel (Halvorsen et al., 2013). Dette bekreftes i studien til Montgomery et al. (2015) der kvinnen selv beskrev det som en trygghet at jordmor visste om tidligere seksuelle overgrep, da jordmødrene forstod hvorfor kvinnen oppførte seg som hun gjorde under fødsel. Meldahl and Sandø (2017) skriver i sin forskning at ikke alle kvinnene i studien ønsket å formidle tidligere seksuelle overgrep, men opplevde det som tillitsskapende at jordmor spør og viser interesse.

I en systematisk oversiktsstudie utgitt i 2008 beskriver kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep at de ønsker å bli møtt med åpenhet, empati og varsomhet. Samtidig ønsker de at helsepersonell skal ta initiativ til samtale om seksuelle overgrep uten å dømme eller gjøre kvinnen til et offer (Havig, 2008).

En ser derfor at ikke alle kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep ønsker å snakke om dette i fødsel. Kvinnene ser det heller som en trygghet at jordmor kjenner deres historie, viser interesse, eller selv tar initiativ til samtale om temaet. Et hinder kan være at jordmor ikke føler seg kompetent til slike samtaler da de har for lite kunnskap om tema.

Jordmødrene i vår studie formidler at de oftere opplever en mistanke eller en sterk intuisjon om at kvinnene kan ha vært utsatt for et seksuelt overgrep, enn at de vet det helt sikkert. Sterke kroppslige reaksjoner eller en adferd som personalet reagerer på, var grunner til mistanke om at kvinnen hadde vært utsatt for et overgrep.

Barlow and Birch (2004) formidler at en jordmor bør være klar over tegn eller signaler som tyder på en historie med seksuelle overgrep. Dette fordi fødselen kan være med på å trigge flashbacks til overgrepene kvinnen har vært utsatt for (Parker, 2015), og i slike tilfeller kan det være til hjelp å re-orientere kvinnen, ved å prøve og bringe henne tilbake til her og nå (Heritage, 1998).

En gjentakende prosedyre i flere studier er vaginalundersøkelse som er forbundet med retraumatisering, og følelsen av å være tilbake i overgrepsøyeblikket (Halvorsen et al., 2013). Dette er en undersøkelse som kan oppleves ekstremt smertefullt for kvinner som har opplevd seksuelle overgrep (Montgomery et al., 2015).

I vår studie er det flere jordmødre som har opplevd å ikke ha fått gjennomført denne undersøkelsen da kvinnen har fått en sterk kroppslig reaksjon. Ved slike undersøkelser er det derfor viktig å gi grundig informasjon før utførelse, gi kvinnen et valg, og la henne få ta styringen (Hobbins, 2004). Det å si ifra hver gang man tar på kvinnen, og gi kontinuerlig informasjon om hva som vil skje kan være essensielt for tillit og trygghet mellom jordmor og kvinnen (Havig, 2008). Samtidig er det viktig å bevare kvinnens trygghet og privatliv ved undersøkelser. Jordmor kan være bevisst på å plassere kvinnene i rom som er lydtette, ha få personer tilstede i rommet, sørge for god tid, og rom for pauser (Havig, 2008). Dette bekrefter flere jordmødre i vår studie at de gjør ved undersøkelser av den gravide.

Logiudice and Beck (2016) formidler også i sin studie at disse faktorene ofte kom uventet på kvinnene, og at de fleste triggerne var forbundet med undersøkelser før fødselen. Kvinnene formidlet i denne studien at verbaliseringen av funn, som for eksempel å formidle hvor mange fingre man kan utvide cervix kunne være en trigger. Montgomery et al. (2015) formidler at operative forløsninger eller epidural også kan være trigger, da kvinnen kan oppleve tap av kontroll over sin kropp.

Følelsen av å ha kontroll gjelder også etter fødsel, og kvinnens valg om å amme eller ikke amme er viktig. I studien til Logiudice and Beck (2016) beskriver kvinnene at amming også kan føre til flashback til overgrepet. Rett etter fødsel, når barnet blir lagt på brystet kan gi

kvinnene en følelse av å bli tilsmusset. Det er derfor viktig å planlegge hvordan kvinnen ønsker det rett etter fødsel, og også gi kvinnen valget om hun ønsker å amme eller ikke.

Jordmødrene i vår studie presiserte viktigheten av at dette er kvinnens valg, og at det er viktig at kvinnen ikke får dårlig samvittighet dersom hun ikke ammer.

Observasjoner av kvinnens kroppsspråk er derfor viktig for jordmor for å kunne oppdage tegn til tidligere seksuelle overgrep. Dette viser seg å være spesielt forbundet med vaginalundersøkelser. Viktige tiltak som kan være med å trygge kvinnen kan derfor være å gi henne grundig informasjon, god tid før utførelse av undersøkelser og å beskytte kvinnens privatliv.

Flere av jordmødrene i vår studie opplevde at kvinner som var bevisste sin bakgrunn med overgrep var lettere å forholde seg til, og at disse kvinnene også hadde mindre reaksjoner enn kvinner de kun hadde mistanke til. Kvinner jordmødrene hadde en mistanke til kunne ofte oppleves som «vrang eller tverre» ovenfor personalet.

I en studie fra 1999 opplevde kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep å bli stemplet som «vanskelige» pasienter grunnet deres ekstreme reaksjoner i forbindelse med en helseundersøkelse. Deres opplevelse var å ikke bli møtt (Schachter, Stalker, & Teram, 1999). Montgomery et al. (2015) skriver i sin studie at kvinner som viser utagerende adferd eller tegn som kan være forbundet med seksuelle overgrep ikke alltid er klar over at de har vært utsatt for denne handlingen. Men kroppslige minner kan få en kvinne til å reagere på samme måte som hun gjorde under det seksuelle overgrepet. Dette støttes også i studien til Rhodes and Hutchinson (1994) som beskriver at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep, kan ha fortrenget minnene om dette. Under fødsel kan kroppen «huske» denne følelsen, og bringe tilbake minner som gjør at kvinnen opplever fødselen som traumatisk. Da kvinnen ikke er bevisst på tidligere handlinger, kan kvinnen også nekte for tidligere seksuelle overgrep (Rhodes & Hutchinson, 1994).

I praksis kan det derfor være viktig at jordmor er bevisst på at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep kan reagere ved å være utagerende og oppleves som vrang. Jordmor bør i slike tilfeller planlegge videre pleie som kan bidra til å unngå episoder som kan være retraumatiserende.

Jordmødrene i studien har forskjellige opplevelser rundt hvordan informasjon om tidligere seksuelle overgrep blir rapportert inn til sykehuset. Der jordmødre har fått informasjon om

overgrep før fødsel formidler jordmødrene i studien at de opplever at dette står skrevet på kvinnens helsekort, i ønskebrev, eller de får direkte informasjon fra jordmødre i kommunehelsetjenesten.

Videreformidling av funn om overgrep og vold anbefales ikke å stå på dagen helsekort for gravide. I veileder for helsepersonell «hvordan avdekke vold» står det skrevet at dersom man oppdager vold eller tidligere voldserfaringer (vold beskrives i denne veilederen som fysisk, psykisk og seksuell vold) er det viktig med et samarbeid mellom flere instanser, herunder sykehuset (Helsedirektoratet, 2014). I denne rapporten henvises det også til personvernloven og lov om helsepersonell. I Helsepersonelloven §25, står det at opplysninger om en person kan videreformidles til samarbeidende helsepersonell dersom personen opplysningene dreier seg om, samtykker til dette (Helsepersonelloven, 2001).

Det er altså viktig at jordmødrene innhenter samtykke fra kvinnen til at disse opplysningene videreformidles til annet helsepersonell. Det utarbeides fortiden et e-helsekort som kan gjøre det lettere for helsepersonell å innhente opplysninger om den gravide, uten at kvinnen risikerer at andre ser denne informasjonen (Bordvik, 2016). Det er likevel viktig å innhente samtykke før slike opplysninger utleveres.

I vår studie blir det formidlet at jordmødre oftest formidler slik informasjon muntlig til neste vaktskifte eller til en annen avdeling (som barselavdelingen). Jordmødrene i studien beskriver at de som oftest rapporterer muntlig, da dette oppfattes som et vanskelig og sensitivt tema. I lov om helsepersonell heter det i §40 at pasientjournalen skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen som er gitt (Helsepersonelloven, 2001). Dette kan være vanskelig for jordmødrene da de som nevnt ikke alltid er sikre på om kvinnen har vært utsatt for seksuelle overgrep, og derfor bare har sine observasjoner å videreformidle. Det vil være helsepersonellens ansvar å dokumentere informasjon, dersom det oppdages at kvinnens og det ufødte barnets sikkerhet står i fare. Dette gjelder i situasjoner der jordmor mistenker at kvinnen fortsatt blir utsatt for seksuelle overgrep, eller er i relasjon med overgriper.

Om det kommer frem at fødekvinnen har en historie med seksuelle overgrep bør dette videreformidles skriftlig med samtykke fra fødekvinne. Dette kan være et vanskelig tema å dokumentere, men er viktig dersom en ser det som nødvendig for å beskytte det ufødte barnet. Jordmødrene i vår studie formidler at dersom de vet at en kvinne har vært utsatt for seksuelle overgrep, prøver de å legge til rette for en mer individuell pleie. Dette i form av å avsette mer

tid, forklarer og informerer nøye og lar kvinnen styre mye av undersøkelsene som blir gjort. På de aktuelle sykehusene formidler jordmødrene at de har et tilbud, hvor alle gravide kvinner kan komme inn for en fødselsforberedende samtale, der de kan planlegge fødsel.

L. Henriksen, Schei, Vangen, and Lukasse (2014) formidler i sin studie at det anbefales å sette seg inn i den enkelte fødekvinnes historie om seksuelle overgrep, for å kunne bruke denne informasjonen til å gi kvinnen en modifisert individuell pleie.

I en studie gjort i 2016 kom det en anbefaling at jordmødre bør gi disse kvinnene en mer helhetlig omsorg. Dette ved å ikke *kun* se de fysiske plagene, men også de psykiske, for å forbedre omsorgen til disse kvinnene (Logiudice & Beck, 2016).

Overgrepsutsatte har som nevnt et ekstra behov for å føle kontroll over sin egen pleie (Parker, 2015). Delaktighet i sin egen pleie og omsorg er viktig, og kvinnene er i mange tilfeller også klar over hva som er best tilnærming for dem, og hva de ønsker under en fødsel og tiden etterpå (Heritage, 1998).

Det å planlegge en fødsel er vanskelig, men det at kvinnen får skrive et ønskebrev kan være med på å gi kvinnen en følelse av kontroll. Som nevnt har jordmødrene i vår studie et tilbud om en fødselsforberedende samtale. Jordmødrene formidler at dette er et tidspunkt hvor ønskebrev kan skrives. Det er likevel viktig å huske på at det er anbefalt at mannen ikke er tilstede når man spør om vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2014). Denne samtalen foregår ofte med mannen tilstede, og det er derfor ikke alltid et egnet sted for å ta opp et slikt tema. Studien til Lukasse et al. (2009) viser at kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha flere svangerskapsplager enn kvinner som ikke har vært utsatt for overgrep. I en studie gjort av Lena Henriksen, Vangen, Schei, and Lukasse (2013) finner man at kvinner som har vært utsatt for overgrep, er oftere innlagt på sykehus under graviditeten enn kvinner som ikke har vært utsatt for seksuelle overgrep. Dette samsvarer med hva jordmødrene i vår studie formidler. Disse kvinnene er oftere innlagt eller er innom sykehuset av andre årsaker enn sin historie med seksuelle overgrep, og kvinnene har oftere fødselsangst, depresjon eller spiseproblematikk (Lukasse et al., 2009).

I praksis kan det da være nyttig at jordmødre gir kvinnen mulighet til å medvirke i sin egen pleie og omsorg i fødsel. Kvinner som har opplevd seksuelle overgrep trenger en mer helhetlig omsorg der jordmor er like bevisst på kvinnens psykiske plager som de fysiske.

Ved å vite om kvinnens tidligere overgrepshistorie kan dette være til hjelp for at jordmor kan legge til rette for en individuell pleie som ser den enkeltes behov.

Jordmødrene i vår studie uttrykker at det å møte kvinner som kan, eller har vært utsatt for seksuelle overgrep kan være vanskelig, da de kan møte på uvante situasjoner hvor de ikke er komfortable. Dette er et felt hvor det ønskes mer faglig kunnskap og undervisning om.

I en systematisk oversiktsanalyse utgitt i 2008 kom det frem at kvinner som har opplevd seksuelle overgrep hadde negative erfaringer i møte med helsepersonell, da de følte at helsepersonellet manglet kunnskap om dette temaet. De opplevde at de ble møtt med liten interesse, å bli syntet synd på, helsepersonellet virket flau eller unngikk tema (Havig, 2008). Dette kan gjenspeiles i vår studie hvor ordet «feig» blir beskrevet som en grunn til å unngå å prate om dette, da de ikke vil berøre noe som er sårt for kvinnen.

Det at jordmødre kan føle at det er vanskelig å stå i møter med kvinner som har opplevd seksuelle overgrep kan skyldes behov for mer kunnskap om dette området. I en studie utgitt i 2009 formidler flesteparten av jordmødre i studien mangel på kunnskap og ferdigheter i møte med kvinner som har opplevd seksuelle overgrep. Det kom også frem at over halvparten av jordmødrene ikke føler seg rustet til å snakke med kvinnen om dette tema da de ikke har noe utdanning eller trening i forhold til dette (K. B. Jackson & Fraser, 2009).

En svensk studie fra 2011 viser også lignende resultater, hvor jordmødre unngikk å ta opp temaet om seksuelle overgrep da de følte de hadde for liten kunnskap og mangel på retningslinjer (Wendt, Marklund, Lidell, Hildingh, & Westerståhl, 2011). Jordmødre kan derfor føle det er vanskelig å ta opp dette temaet, da de føler seg uforberedt og ikke er sikre på hvordan de skal håndtere situasjonen.

Studier viser at jordmødre på sykehus mangler kunnskap om håndtering av kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det er ønskelig med mer kompetanse på dette området da det kommer frem at jordmødre unngår å ta opp dette temaet da de ikke føler seg kompetente til å håndtere situasjonen.

Å øke jordmødrenes bevissthet og kunnskap i praksis er essensielt for deres tilnærming (K. B. Jackson & Fraser, 2009), da det vil være med å påvirke kvaliteten på omsorgen, tillitsforholdet og fødselsopplevelsen til kvinnen (K. B. Jackson & Fraser, 2009).

6 KONKLUSJON

I denne studien kommer det frem at jordmødrene, i møte med kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep gir differensiert pleie ved at de legger til rette for trygghet, god dialog og kontroll for kvinnen under fødsel. Kvinnens rett til å styre sin egen fødsel står sentralt i jordmors tilnærming til disse kvinnene. Studien viser at jordmødrene oftere har en mistanke om at kvinnen har vært utsatt for seksuelle overgrep, snarere enn at de vet. Ved mistanke velger jordmødre ofte å spørre kvinnen direkte. Ved rapportering skjer dette som regel muntlig, og jordmødrene opplever det som lettere å rapportere hva de selv ser og opplever. Studien viser at det å planlegge en fødsel for disse kvinnene kan være en utfordring og at jordmødrene fremhever det å lage et ønskebrev for kvinnen som et alternativ. Jordmødrene i studien ønsker både mer undervisning og kompetanse på området, og en guide som kan brukes i møte med kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

LITTERATURHENVISNING

- Ba, I., & Bhopal, R. S. (2017). Physical, mental and social consequences in civilians who have experienced war-related sexual violence: a systematic review (1981–2014). *Public Health*, 142, 121-135. doi:10.1016/j.puhe.2016.07.019
- Barlow, J., & Birch, L. (2004). Midwifery practice and sexual abuse. *British Journal of Midwifery*, 12(2), 72-75. doi:10.12968/bjom.2004.12.2.12019
- Blindheim, A. (2012). Eftervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. *Forståelse og konsekvenser av kronisk traumatisering*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2012-5/id671400/sec19>
- Bordvik, M. (2016). Nå kommer elektronisk helsekort for gravide. Retrieved from <https://www.dagensmedisin.no/artikler/2016/10/03/na-kommer-elektronisk-helsekort-for-gravide/>
- Burgess, A. W., & Holmstrom, L. L. (1974). Rape trauma syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 131(9), 981-986.
- Christensen, M. L. (1994). Hermeneutik- fortolkning og forståelse. *Biblioteksarbejde årg* 15.(41), 25-40.
- Clark, E., & Smythe, L. (2011). The Effects of Childhood Sexual Abuse on Labour and Birthing: an Exploration to Assist Midwives. *New Zealand College of Midwives Journal*(45), 21-24.
- Dahlø, R., & Laache, I. (2010). *Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer : en veileder for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforl.
- De Nasjonale forskningsetiske komiteer. (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*
- Freedman, J. (2016). Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee "crisis". *Reproductive Health Matters*, 24(47), 18-26. doi:10.1016/j.rhm.2016.05.003
- Garnweider-Holme, L., Lukasse, M., Solheim, M., & Henriksen, L. (2017). It is a difficult topic! - A qualitative study of midwives' experience with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*.

- 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. doi:10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Gulddal, J., & Møller, M. (1999). *Hermeneutik : en antologi om forståelse*. København: Gyldendal.
- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., & Sørli, T. (2013). Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study. *Birth*, 40(3), 182-191. doi:10.1111/birt.12054
- Havig, K. (2008). The Health Care Experiences of Adult Survivors of Child Sexual Abuse. *Trauma, Violence, & Abuse*, 9(1), 19-33. doi:10.1177/1524838007309805
- Helsedirektoratet. (2010). *Et trygt fødetilbud : kvalitetskrav for fødeinstitusjoner*
- Helsedirektoratet. (2014). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold.
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell §40 - Krav til journalens innhold m.m.*
Retrieved from <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64/§40>
- Helsepersonelloven. (2001). *Lov om helsepersonell § 21 -Taushetsplikt og opplysningsrett*
Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_5#§25
- Henriksen, L., Schei, B., Vangen, S., & Lukasse, M. (2014). Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 121(10), 1237-1244. doi:10.1111/1471-0528.12923
- Henriksen, L., Vangen, S., Schei, B., & Lukasse, M. (2013). Sexual Violence and Antenatal Hospitalization. *Birth*, 40(4), 281-288. doi:10.1111/birt.12063
- Heritage, C. (1998). Working With Childhood Sexual Abuse Survivors During Pregnancy, Labor, and Birth. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 27(6), 671-677. doi:10.1111/j.1552-6909.1998.tb02637.x
- Hjemdal, O. K., & Thoresen, S. (2014). *Vold og voldtekt i Norge En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv*. Retrieved from Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Oslo:
https://www.nkvt.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf

- Hobbins, D. (2004). Survivors of Childhood Sexual Abuse: Implications for Perinatal Nursing Care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 33(4), 485-497. doi:10.1177/0884217504266908
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Jackson, K., Marshall, J. E., & Brydon, S. (2014). Physiology and care during the first stage of labour. . In J. E. Marshall & M. D. Raynor (Eds.), *Myles Textbook for Midwives*. (16th ed. ed.). London: Elsevier Health Sciences UK.
- Jackson, K. B., & Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 25(3), 253. doi:10.1016/j.midw.2007.05.006
- Kunnskapsdepartementet. (2005). *Forskrift til rammeplan for jordmorutdanning § 1*. I 2005 hefte 14: Utdannings- og forskningsdepartementet Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1390>.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg., 2. oppl. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Laache, I. (2010). Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid (pp. [352]-372.). Oslo: Akribe, cop. 2010.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif: Sage.
- Logiudice, J. A., & Beck, C. T. (2016). The Lived Experience of Childbearing From Survivors of Sexual Abuse: “It Was the Best of Times, It Was the Worst of Times”. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 61(4), 474-481. doi:10.1111/jmwh.12421
- Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S., & Øian, P. (2009). Childhood Abuse and Common Complaints in Pregnancy. *Birth*, 36(3), 190-199. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00323.x
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning : en innføring* (3. utg. ed.). Oslo: Universitetsforl.
- Marshall, J. E., Raynor, M. D., & Myles, M. F. (2014). *Myles textbook for midwives* (16th ed. ed.). Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

- Meldahl, E.-J., & Sandø, R. M. H. (2017). Kjære jordmor, kan du se meg? *Jordmora : et tidsskrift for Jordmorforbundet NSF*(01/2017).
- Montgomery, E. (2013). Feeling Safe: A Metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood. *Birth*, 40(2), 88-95.
doi:10.1111/birt.12043
- Montgomery, E., Pope, C., & Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15.
- Nerum, H., Halvorsen, L., Straume, B., Sørli, T., & Øian, P. (2013). Different labour outcomes in primiparous women that have been subjected to childhood sexual abuse or rape in adulthood: a case–control study in a clinical cohort. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 120(4), 487-495. doi:10.1111/1471-0528.12053
- Nerum, H., Halvorsen, L., Øian, P., Sørli, T., Straume, B., & Blix, E. (2010). Birth outcomes in primiparous women who were raped as adults: a matched controlled study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 117(3), 288-294.
doi:10.1111/j.1471-0528.2009.02454.x
- Parker, C. (2015). An Innovative Nursing Approach to Caring for an Obstetric Patient With Rape Trauma Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 44(3), 397-404. doi:10.1111/1552-6909.12577
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2012). *Nursing research : generating and assessing evidence for nursing practice* (9th ed. ed.). Philadelphia, Pa: Wolters Kluwer Health.
- Rhodes, N., & Hutchinson, S. (1994). Labor Experiences of Childhood Sexual Abuse Survivors. *Birth*, 21(4), 213-220. doi:10.1111/j.1523-536X.1994.tb00532.x
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2007). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ruyter, K. W., Førde, R., & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg. ed.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Schachter, C., Stalker, C., & Teram, E. (1999). Toward sensitive practice: Issues for physical therapists working with survivors of childhood sexual abuse. *Physical Therapy*, 79(3), 248-261; discussion 262-249.

- Sinclair, M., & Bryar, R. M. (2011). *Theory for midwifery practice* (2nd ed. ed.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Straffeloven. (2005). *Seksuallovbrudd § 291-320*. Justis- og beredskapsdepartementet
Retrieved from https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28/KAPITTEL_2-11#KAPITTEL_2-11.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis : innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Wendt, E. K., Marklund, B. R. G., Lidell, E. A. S., Hildingh, C. I., & Westerståhl, A. K. E. (2011). Possibilities for dialogue on sexuality and sexual abuse—midwives’ and clinicians’ experiences. *Midwifery*, 27(4), 539-546. doi:10.1016/j.midw.2010.05.001
- World Health Organization. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violenc*. Switzerland: Geneva.
- World Health Organization, Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., World Health, O., & Krug, E. G. (2002). *World report on violence and health*
- World Helth Organization. (2016). *Violence against women*.

Vedlegg 1



Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Vi ønsker å invitere personalet i din organisasjon til å delta i forskningsprosjektet. Vi vil invitere personale som er jordmødre fødeklinikk.

Vi er to studenter som studerer jordmorfag på Høgskolen i Oslo og Akershus. Vi arbeider for tiden med vår avsluttende Masteroppgave som skal være ferdig oktober 2017.

Tema vi har valgt å se nærmere på er jordmors møte med kvinner som har vært utsatt for seksuelt overgrep.

For å undersøke dette ønsker vi å utføre gruppeintervju med jordmødre (3-8 deltagere) på sykehus. Vi beregner at intervjuene vil vare i cirka 60-90 min. Tid og sted avtales nærmere med dere. Intervjuene vil bli tatt opp på båndopptager.

Alt materiell fra båndopptaker vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun veileder og masterstudenter som har tilgang til det innsamlede materialet. Alle innsamlede data vil bli anonymisert, og vil aldri bli offentliggjort eller videreformidlet.

Ingen deltagere vil kunne bli gjenkjent i publikasjonen.

Alle innsamlede data vil bli makulert etter at masteroppgaven er innlevert.

Det er frivillig å delta i denne studien, og alle deltagere kan trekke samtykket når som helst i intervjuet. Studien er meldt til Norsk Senter for Forskningsdata AS, og vi venter på tillatelse for å gjennomføre studien.

Ved spørsmål om studien ta kontakt med SENSUR og SENSUR. Vår veileder SENSUR.

Vedlegg 2

INTERVJUGUIDE

- 1) Kan dere beskrive et inntrykksfullt møte med en kvinne i fødsel som har vært utsatt for seksuelt overgrep?

- 2) Har dere opplevd å ta imot en kvinne som har vært utsatt for seksuelt overgrep på sykehus og følt at dere ikke får tilstrekkelig med informasjon fra helsestasjon/ lege om denne kvinnen? Vil dere fortelle om det?

- 3) Har dere opplevd tegn til at kvinner er blitt seksuelt misbrukt uten at de har fortalt det selv? I såfall kan du beskrive hvilke eksakte tegn som ble observert? Hvordan vet du at din tolkning er rett? Kan du beskrive hva du gjør når du oppdager dette?

- 4) Kan dere beskrive hvordan dere planlegger omsorg for disse kvinnene? Hva er det som er viktig å tenke på? Kan dere gi noen eksempler?

- 6) Kan dere beskrive hvordan dere videreformidler informasjon/ funn om overgrep til andre instanser (Eks. barsel) som kommer til å ta hånd som din fødekvinne videre?

- 7) Opplever dere at tilnærmingen, og omsorgen som blir gitt er tilstrekkelig for hver enkelt kvinne?
Hvis nei: Kan dere beskrive hva som er optimal tilnærming for disse kvinnene?

- 8) Er det noe som dere vil fortelle som vi ikke har spurt om?

Vedlegg 3



Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Vi er to studenter som studerer jordmorfag på Høgskolen i Oslo og Akershus. Vi arbeider for tiden med vår avsluttende Masteroppgave som skal være ferdig oktober 2017.

Tema vi har valgt å se nærmere på er jordmors møte med kvinner som har vært utsatt for seksuelt overgrep.

For å undersøke dette ønsker vi å utføre gruppeintervju med jordmødre (3-8 deltagere) på sykehus. Vi beregner at intervjuene vil vare i cirka 60-90 min. Tid og sted avtales nærmere med dere.

Intervjuene vil bli tatt opp på båndopptaker.

Alt materiell fra båndopptaker vil bli behandlet konfidensielt, og det er kun veileder og masterstudenter som har tilgang til det innsamlede materialet. Alle innsamlede data vil bli anonymisert, og vil aldri bli offentliggjort eller videreformidlet. Ingen deltagere vil kunne bli gjenkjent i publikasjonen. Alle innsamlede data vil bli makulert etter at masteroppgaven er innlevert. Det er frivillig å delta i denne studien, og alle deltagere kan trekke samtykket når som helst i intervjuet. Studien er meldt til Norsk Senter for Forskningsdata AS og vi har fått tillatelse for å gjennomføre studien.

Ved spørsmål om studien ta kontakt med SENSUR og SENSUR. Vår handleder SENSUR.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta i gruppeintervju i studien.
Jordmors beskrivelse fra fødeavdelingen, om kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep.

(Signatur og dato)

Vedlegg 4



[Redacted]

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 06.06.2017

Vår ref: [Redacted]

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.05.2017. Meldingen gjelder prosjektet:

[Redacted]	<i>Jordmors rolle i svangerskap og fødsel med kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep</i>
Behandlingsansvarlig	Høgskolen i Oslo og Akershus, ved Institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	[Redacted]
Student	[Redacted]

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.ulb.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 26.10.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

[Redacted]

[Redacted]

Kontaktperson: [Redacted]

Dokumenter er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.



INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget (jordmødre) informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men vi minner om at informasjonsskrivet må være rettet til de som skal delta på intervju, som er jordmødrene. Videre ber vi om at siste del av følgende setning fjernes: "(...) og vi har fått tillatelse for å gjennomføre studien". Fordi personvernombudet gir ikke tillatelse, men kommer med tilbakemelding på at prosjektet følger personopplysningsloven.

TAUSHETSPLIKT

Jordmødre har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke fremkommer opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, tid, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig med å bruke eksempler under intervjuene. Vi viser her til epost sendt fra personvernombudet til studenten, datert 08.06.2017, hvor dette understrekes.

Personvernombudet legger med dette til grunn at dere ikke innhenter personopplysninger om pasienter, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling av opplysninger som finner sted. Student og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om studenten avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLOTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 26.10.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette digitale lydopptak

Vedlegg 5



Registreringsskjema for masterprosjekter i [redacted]

Prosjekt nr: [redacted]

1. Prosjektittel <i>eflindan beskriver jordens del på tykhetstidspunktet til kvinner i faldet, som har vært utsatt for seksuelle overgrep</i>				
2a Prosjektperiode (fra rekruttering til og med tidspunkt for sletting av data som kan spores tilbake til deltageren)		Fra dato: 18.04.2017 Til dato: 31.12.2017		
2b Hvem er forskningsdeltagerne/ informantene i prosjektet? (sett kryss)	Pasienter:	Pårørende:	Ansatte: X	
3. Mastergradskandidat				
Navn: [redacted]		Fødselsdato: [redacted]		
Stilling/tittel: Student		Ansettelsessted: [redacted]		
Telefon: [redacted]		E-post: [redacted]		
Utdanningsinstitusjon: Høgskolen i Oslo og Akershus		Navn på studium: Master i jordmorfag		
4. Prosjektleder/veileder (Prosjektleder skal fortrinnsvis være samme person som veileder)				
Navn: [redacted]		Ansettelsessted: [redacted]		
Stilling og akademisk grad: [redacted]		E-post: [redacted]		
Telefon: [redacted]		E-post: [redacted]		
5a. Hvilken institusjon skal være forskningsansvarlig og databehandleransvarlig for prosjektet? Dersom studenten er ansatt i [redacted] bør det være [redacted] (sett kryss)		Utdanningsinstitusjon: X		
5b. Dersom [redacted] skal være forskningsansvarlig institusjon forutsettes det at student og prosjektleder/veileder har gjort seg kjent med [redacted] "Prosedyre for utøvelse, behandling, bruk og lagring av pasientdata til bruk i forskningsprosjekter/kvalitetsstudier"		Har gjort seg kjent		
6. Hva er avtalt vedr. bruk av data, og evt. publisering, dersom masterstudenten vil slutte før prosjektperiodens slutt?		Hvis begge studentene ønsker å avslutte studiet for prosjektet, vil innsamlet datamateriale og personopplysninger umiddelbart makuleres. Hvis kun én av studentene ønsker avslutte studiet, vil prosjektet fortsette som planlagt av gjenværende student.		
7. Hva er avtalt oppbevaringsstid av prosjektdataene?		Alle personopplysninger samt innsamlet datamateriale vil bli slettet etter prosjektet, senest 31. desember 2016.		
8. Hva er avtalt vedr. medforfatterskap på eventuell artikkel som kommer ut av studien? (Dersom det skal publiseres i referansebetont tidsskrift skal Vancouver-reglene om medforfatterskap følges)		Studien skal ikke publiseres som artikkel i tidsskrift, men presenteres som en masterskrammeoppgave i form av en litteraturnotat.		

Følgende vedlegg skal følge registreringsskjema

- Prosjektbeskrivelse
- Søknad til avdelingsjef om gjennomføring av prosjektet
- Bekreftelse fra avdelingsjef på at det er gitt tillatelse til å gjennomføre prosjektet
- Søknadskjema til Regional etisk komité (REK), og eventuelt svar fra REK og/ eller
- Søknadskjema til Personvernombudet (PVO), og eventuelt svar fra PVO

9a. Hvor skal prosjektet gjennomføres? (Klinikk og avdeling i [redacted] der det person-/journalopplysninger skal hentes ut i fra)	Avdeling, Klinikk: [redacted]	
9b. Er det utarbeidet og vedlagt søknad om tillatelse til å gjennomføre prosjektet, med kort beskrivelse av hva deltagelse vil innebære av arbeidsinnsats for avdelingen:	Ja X	Nei
10a. Krever prosjektet godkjenning av REK? (dvs. at det er karakterisert som et forskningsprosjekt - til forskjell fra et Kvalitetsstyringsprosjekt), og omfatter prosjektet bruk av identifiserbare eller aidentifiserte personopplysninger? (Ved tvil; bruk skjema for fremleggesvurdering / kontakt REK; http://helsetilsynet.ertidtom.no)	Ja Svar på 10b	Nei X Svar på 11a
10b. Hvis ja, oppgi REK-nr når dette foreligger	REK-nr:	
11a. Faller prosjektet utenfor REKs mandat (dvs. at det er karakterisert som en kvalitetsstudie), men omfatter allikevel bruk av identifiserbare eller aidentifiserte personopplysninger?	Ja X	Nei
11b. Dersom utdanningsinstitusjonen skal være forskningsansvarlig og databehandlingsansvarlig institusjon skal studien meldes til [redacted] personvernombud for utlevering av data. Bruk meldeskjema som ligger på: http://www.oslo-universitetssykehus.no/omoss/personvern/Sider/vevstrevilken.aspx	PVC-nr: Henviser til vedlagt NSD-godkjenning. Prosjektnummer: [redacted]	
11c. Alle data som er personidentifiserbare eller aidentifiserte må lagres etter kravene fra gjeldende personvernombud. Dersom [redacted] skal være forskningsansvarlig og databehandlingsansvarlig institusjon skal prosjektdata lagres på [redacted] forskningsserver. Er PVC i [redacted] [redacted] kontaktet for opprettelse av mappe (via ?)	Ja	Nei X
12. Skal prosjektet registreres i ClinicalTrials? (Krev om registrering omfatter nå alle studier som prospektivt inkluderer forsøkspersoner til én behandlingsgruppe eller til sammenliknende grupper for å undersøke effektet av behandlertare endepunktet. Da bør prosjektet registreres i www.ClinicalTrials.gov . Dersom det er planer om publisering av resultater.)	Ja	Nei X
13a. Har studenten et behandleransvar for pasientene som skal inngå i studien, slik at du har full tilgang til pasientens journal i pasientjournalssystemer; (DIPS/PACS)?	Ja	Nei X
13b. Hvis nei, har du behov for en spesiell avtale om tilgang til pasientjournalssystemer (DIPS/PACS)?	Ja	Nei: X
13c. Hvis ja, spesifiser hvilke tilganger som er nødvendige.		
Forskingsansvarlig i klinikken søker om opprettelse av tilganger til DIPS/PACS ansvarlig		

14 a. Navn på prosjektets mappe på [redacted] forskningsserver:				
14 b. Personer som skal ha tilgang på mappen:				
Navn:	b-bekennr:	Avdeling:	Lesetilgang:	Les- og skrive tilgang:

15a. Prosjektleder og Masterstudent (Undertegnede innstår for at alle meldinger/søknader er/vil bli sendt, at alle samarbeidende institusjoner og avdelinger er informert, og at selve prosjektet ikke støtter for alle formalia foredigger.)	
Dato: 12.juni	Sign (Pr.J): [redacted]
Dato: 12.juni	Sign (M.st): [redacted]

15b. Avdelingsjef: Undertegnede er informert om prosjektet, og gir godkjenning til at den gjennomføres i avdelingen.	
Dato: 12.juni	Sign:
Dato: 12.juni	Sign:

15c. Forskningsansvarlig i klinikken (Undertegnede har gjennomlest skjemaet og gir endelig godkjenning for prosjektet

[redacted]	
Dato:	Sign:

Vedlegg 6



Forenklet meldeskjema for student/mastergradsprosjekter og andre studier som medfører behandling av personopplysninger som er melde- eller konsesjonspliktige i henhold til personopplysningsloven med forskrifter


For at forenklet melding skal kunne benyttes må man kunne krysse av på samtlige punkter nedenfor. Dersom ett av utsagnene ikke stemmer overens med prosjektets formål og gjennomføring, må fullstendig melding sendes til personvernombudet.

Utfylt skjema sendes til personvern@ sammen med informasjonsskriv og prosjektbeskrivelse.

Det er ikke nødvendig å avvente personvernombudets tilbakemelding, forutsatt at alle utsagnene i punkt 3 er bekreftet korrekte.

1. Informasjon om ansvarlig for prosjektet	
1.1 Prosjektleder og student <i>(Prosjektleder skal fortrinnsvis være samme person som veileder)</i>	
Navn (Veileder) [Redacted]	Telefon [Redacted]
Stilling [Redacted]	E-post [Redacted]
Navn (student) [Redacted]	Telefon [Redacted]
Stilling/tittel [Redacted]	E-post [Redacted]
1.2 Klinikk/avdeling hvor prosjektet gjennomføres	
[Redacted]	
[Redacted]	
[Redacted]	
[Redacted]	
[Redacted]	

1.3 Ansvarlig virksomhet
Navn på høyskolen/universitetet som er ansvarlig for prosjektet Høgskolen i Oslo og Akershus
2. Prosjektets navn/tittel (maks 100 tegn)
«Hvordan beskriver jordmødre på sykehus tilnærmingen til kvinner i fødsel, som har vært utsatt for seksuelle overgrep»
3. Erklæring om prosjektet
Avsender erklærer at følgende utsagn er korrekte (sett kryss)
<input checked="" type="checkbox"/> En høyskole/universitet i Norge er databehandlingsansvarlig for prosjektet <input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet er ikke søknadspliktig til REK. Veileder har vurdert spørsmålet <input checked="" type="checkbox"/> Prosjektet vurdert/tilrådt av NSD <input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne samtykker skriftlig <input checked="" type="checkbox"/> Samtykket vil utformes i tråd med vilkårene i NSDs tilrådning <input checked="" type="checkbox"/> Deltagerne er kun ansatte ved sykehuset <input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om deltageres helse <input checked="" type="checkbox"/> Det registreres ingen informasjon om andre personers helse <input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingssjefs godkjenning av deltagelsen i prosjektet <input checked="" type="checkbox"/> Det søkes om avdelingssjefs godkjenning til bruk av deltageres arbeidstid (hvis aktuelt) <input checked="" type="checkbox"/> Klinikkenes forskningsansvarlig godkjenner prosjektet (student/mastergradsprosjekt og andre studier)
4. Lagring av data
Skal elektroniske data som samles inn lagres ved sykehuset? <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei

Hvis ja, hvordan skal dette lagres?	
5. Dato for utfylling	
Dato: 14.06.2017	Utfylt av: 

Vedlegg 7



Personvern <personvern@██████████.no>

til meg ▾

26. jun.



Hei ██████████.

Personvernombudet i ██████████ har ingen innvendinger til studiens gjennomføring, forutsatt også avdelingssjefens godkjenning. Ønsker dere lykke til med studien.

Med vennlig hilsen

Personvernombud / Informasjonssikkerhetsansvarlig | Teknologi og eHelse

██████████ www.██████████.no