

# **MASTEROPPGAVE I JORDMORFAG**

**MAJO5900**

**OKTOBER 2019**

**NASJONAL FAGLIG RETNINGSLINJE OM VOLD I NÆRE RELASJONER-  
KARTLEGGING AV KJENNSKAP OG ETTERLEVELSE AV ANBEFALINGENE I RETNINGSLINJEN  
BLANT JORDMØDRE OG FASTLEGER I OSLO OG AKERSHUS**

**KANDIDATNUMMER: 909 & 913**

**ANTALL ORD: 13540**

**Fakultet for helsefag**

**Institutt for helsefremmende arbeid**

**OsloMet-storbyuniversitet**

**OSLOMET**

## **Sammendrag**

**Tittel:** Nasjonal faglig retningslinje om vold i nære relasjoner- kartlegging av kjennskap og etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen blant jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus.

**Hensikt:** Å kartlegge jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus sin kjennskap til nasjonal faglig retningslinje som omhandler vold i nære relasjoner, og kartlegge i hvilken grad anbefalingene i retningslinjen etterleves.

**Problemstilling:** Hvilken kjennskap har jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus til nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som omhandler vold i nære relasjoner, og i hvilken grad etterleves den i praksis?

**Metode:** Deskriptiv tverrsnittstudie med elektronisk spørreskjema til jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus. Spørreskjema ble sendt til 133 jordmødre og 200 fastleger.

**Resultat:** Et stort flertall av jordmødrene oppgir å ha god kjennskap til retningslinjen. Få fastleger oppgir å ha god kjennskap. Det var varierende grad av etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen. Over halvparten av jordmødrene spør alle gravide om vold i nære relasjoner. Nesten ingen fastleger spør alle gravide.

**Konklusjon:** Kartleggingen viser ulik kjennskap og grad av etterlevelse av anbefalingene i nasjonal faglig retningslinje blant jordmødre og fastleger. Antall respondenter er lav blant fastlegene, det er derfor begrenset hva denne studien kan si om denne gruppen.

**Nøkkelord:** Nasjonal faglig retningslinje, etterlevelse, svangerskapsomsorgen, vold i nære relasjoner tverrsnittstudie, jordmor, fastlege.

## **Abstract**

**Title:** National guideline regarding intimate partner violence - a survey of awareness and adherence to the recommendations in the guidelines by midwives and general practitioners in Oslo and Akershus.

**Purpose:** To map out the knowledge midwives and general practitioners in Oslo and Akershus have about the national guideline for antenatal care regarding intimate partner violence, and to what degree they adhere to the recommendations in the guideline.

**Research question/Thesis question:** What are midwives and general practitioners in Oslo and Akershus` knowledge of the national guideline for antenatal care regarding intimate partner violence, and to what degree do they adhere to the guideline in their daily practice?

**Method:** Descriptive cross-sectional study with an electronic survey questionnaire to midwives and general practitioners in Oslo and Akershus. The questionnaire was e-mailed to 133 midwives and 200 general practitioners.

**Results:** The majority of the midwives reported good knowledge of the national guideline. Few general practitioners reported that they have good knowledge of the guideline. More than half of the midwives ask all of the pregnant women in antenatal care about intimate partner violence. Almost none of the general practitioners ask all pregnant women.

**Conclusion:** The survey shows different knowledge of, and degree of adherence to the recommendations in the national guideline among midwives and general practitioners. The number of respondents amongst the general practitioner is low, it is therefore limited what this study can tell us about this group.

**Key words:** National guideline, adherence, antenatal care, intimate partner violence, cross-sectional study, midwives, general practitioner.

# INNHold

<b>1.0</b>	<b>INNLEDNING</b> .....	<b>1</b>
1.1	Oppbygging av oppgaven .....	1
1.2	Bakgrunn .....	1
1.3	Hensikt og problemstilling .....	2
1.4	Begrepsavklaring .....	3
1.4.1	Retningslinjer .....	3
1.4.2	Vold i nære relasjoner .....	3
1.4.3	Screening .....	4
1.4.4	Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress .....	4
<b>2.0</b>	<b>TEORETISK RAMMEVERK</b> .....	<b>5</b>
2.1	Vold .....	5
2.1.1	Vold i nære relasjoner .....	6
2.1.2	Prevalens .....	7
2.1.3	Konsekvenser av vold i svangerskapet .....	7
2.2	Svangerskapet som et «window of opportunity» .....	8
2.3	Svangerskapsomsorgen .....	9
2.4	Retningslinjer for vold i nære relasjoner .....	10
2.5	Screening .....	11
2.5.1	Barrierer mot screening .....	12
<b>3.0</b>	<b>METODE OG MATERIALE</b> .....	<b>13</b>
3.1	Design .....	13
3.2	Utvalg .....	13
3.3	Datainnsamling .....	14
3.4	Spørreskjema .....	15
3.4.1	Innhold .....	16
3.5	Etiske overveielser .....	16
3.6	Analyse .....	17

<b>4.0</b>	<b>RESULTAT</b> .....	<b>19</b>
4.1	Beskrivelse av respondentene.....	19
4.1.1	Opplæring .....	19
4.2	Kjennskap til retningslinjen.....	19
4.3	Retningslinjens påvirkning på praksis .....	21
4.4	Etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen .....	21
4.4.1	Andel gravide spurt om vold i nære relasjoner .....	22
4.5	Typer vold.....	22
4.6	Grunner til ikke å spørre om vold.....	23
4.7	Avdekket vold.....	24
4.8	Holdning til screening .....	24
<b>5.0</b>	<b>DISKUSJON</b> .....	<b>25</b>
5.1	Resultatdiskusjon.....	25
5.1.1	Kjennskap til retningslinjen .....	25
5.1.2	Tidlig tematisering av vold .....	27
5.1.3	Andel gravide spurt om vold.....	27
5.1.4	Kjennskap til hjelpetilbud .....	30
5.1.5	Konsultasjon med kvinnen alene.....	31
5.1.6	Pågående og tidligere vold .....	32
5.1.7	Barrierer .....	33
5.2	Diskusjon metode .....	35
5.2.1	Design og utvalg.....	35
5.2.2	Spørreskjema.....	36
5.2.3	Analyse av data .....	37
5.3	Implikasjoner for praksis .....	37
<b>6.0</b>	<b>KONKLUSJON</b> .....	<b>38</b>
<b>7.0</b>	<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>39</b>
<b>VEDLEGG</b> .....	<b>I</b>	
Vedlegg 1: Informasjonsskriv .....	i	
Vedlegg 2: Spørreskjema.....	ii	
Vedlegg 3: Tilbakemelding NSD .....	v	
Vedlegg 4: Tilbakemelding REK .....	vi	

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Oppbygging av oppgaven**

Masteroppgaven skrives som en monografi og er inndelt i seks kapitler. I kapittel en presenteres studiens bakgrunn, hensikt, problemstilling og begrepsavklaring. I kapittel to presenteres det teoretiske rammeverket. I kapittel tre beskrives studiens metode og design, utvalg, spørreskjema, etiske overveielser, samt analyseprosessen. Fjerde kapittel inneholder en presentasjon av resultater fra spørreundersøkelsen. Under kapittel fem diskuteres resultatene, metode med fokus på styrker og svakheter ved studien og implikasjoner for praksis. Avslutningsvis presenteres studiens konklusjon i kapittel seks.

### **1.2 Bakgrunn**

I 2014 innførte Helsedirektoratet en ny retningslinje i svangerskapsomsorgen kalt «Vold i nære relasjoner og kjønnslemlestelse av gravide», heretter kalt retningslinjen. Retningslinjen inneholder en sterk anbefaling til helsepersonell om å spørre alle gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer. Målgruppen for retningslinjen er helsepersonell som tilbyr tjenester til gravide og deres familie både i den offentlige svangerskapsomsorgen og i privat virksomhet (Helsedirektoratet, [2019]). Bakgrunnen for retningslinjen var regjeringens handlingsplan «Vold i nære relasjoner» (2004-2007). I denne handlingsplanen fikk NKVTS i oppdrag å iverksette et prøveprosjekt i svangerskapsomsorgen der jordmødre ble opplært til å stille spørsmål om vold i konsultasjoner med gravide. Formålet med prosjektet var å utvikle metoder for å avdekke vold. Prosjektet ble gjennomført i fire Telemarkskommuner i perioden fra 2007 og ut 2008. NKVTS sin rapport var ferdigstilt i 2009 og konklusjonen var at det er svært gode grunner for å iverksette en rutine med å stille spørsmål om vold i svangerskapsomsorgen (Hjemdal & Engnes, 2009).

Vold mot gravide er svært alvorlig og kan få store konsekvenser for mor og barn, ikke bare i svangerskapet, men også i årene som følger (Cao-Lei et al., 2017; Dahlen, Munoz, Schmied & Thornton, 2018; Garcia-Moreno, 2009; L. J. McFarlane et al., 2014; Sarkar, 2008). Det opereres med ulike tall på forekomsten av vold mot gravide i nære relasjoner i litteraturen. Årsaken til dette kan være bruk av ulike definisjoner/forståelser av vold i nære relasjoner, anvendelse av ulike forskningsmetoder og målingsinstrumenter og ulike studiepopulasjoner (James, Brody & Hamilton, 2013; Shah & Shah, 2010; Sørbø, Grimstad, Bjørngaard, Schei &

Lukasse, 2013). Norske prevalensstudier anslår at en til fem prosent av de gravide utsettes for vold i svangerskapet (Haaland, Clausen & Schei, 2005; Mirjam Lukasse, Henriksen, Vangen & Schei, 2012). Tall fra Folkehelseinstituttet viser at vold i svangerskapet potensielt kan være en større fare for gravidens helse enn svangerskapsforgiftning (Folkehelseinstituttet, 2017). I løpet av livet er det i svangerskapet kvinner flest har hyppigst kontakt med helsepersonell, og i enkelte land med lite ressurser vil det også være den eneste kontakten de har med helsepersonell. Svangerskapsomsorgen er derfor en viktig arena for avdekking av vold (Devries et al., 2010).

Forskning tyder på at rutinemessige spørsmål om vold i nære relasjoner øker identifiseringen av kvinner som har opplevd vold sammenlignet med kontrollgrupper der man ikke spør om vold (O'Doherty et al., 2015). Forskning viser også at kvinner ikke har noe imot å bli spurt om vold av helsepersonell (Baird, Salmon, White & North Bristol NHS Trust, 2011; Creedy, Baird & Gillespie, 2019; Hjemdal & Engnes, 2009).

I 2016 ble det i regi av Norske kvinners sanitetsforening (NKS) og forsker ved Oslo Metropolitan College (OsloMet), Lena Henriksen, gjennomført en spørreundersøkelse blant norske jordmødre i svangerskapsomsorgen for å kartlegge om de spør gravide om vold slik den nye retningslinjen sterkt anbefaler. Spørreundersøkelsen inneholdt spørsmål om kjennskap til og bruk av retningslinjen. Resultatene fra 2016 viste at 52% av jordmødrene kjente godt til retningslinjen og 10% sa de kjente lite til dem. Videre viste resultatet at 41% spør alle gravide om voldsutsatthet og 11% sier de ikke spør noen. Undersøkelsen konkluderte med at den sterke anbefalingen i retningslinjen ikke ble rutinemessig fulgt av alle jordmødre (L Henriksen, 2017).

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Det er fem år siden retningslinjen ble implementert som en del av svangerskapsomsorgen i Norge, og det er tre år siden NKS og Lena Henriksen sin studie ble utført. Det er ikke gjort en lignende kartlegging i Norge etter dette. Vi ønsker derfor i denne studien å kartlegge hvordan kjennskap til, og etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen som omhandler vold i nære relasjoner, er i svangerskapsomsorgen i dag. Da retningslinjene gjelder for alt helsepersonell i svangerskapsomsorgen som tilbyr tjenester til gravide, ønsker vi også å innlemme fastleger i spørreundersøkelsen.

Undersøkelsen fra 2016 inkluderte jordmødre fra hele landet og sa ikke noe om fylkesvise eller kommunale forskjeller. På grunn av begrenset omfang av denne studien har vi valgt Oslo og Akershus for å få et mindre geografisk område.

Oppgavens problemstilling er som følger:

*Hvilken kjennskap har jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus til nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen som omhandler vold i nære relasjoner, og i hvilken grad etterleves den i praksis?*

## **1.4 Begrepsavklaring**

### *1.4.1 Retningslinjer*

I Norge er det Helsedirektoratet som har ansvaret for å utarbeide retningslinjer ved hjelp av utnevnte arbeidsgrupper. Anbefalingene skal bygge på kunnskapsbasert praksis som innebærer erfaringsbasert kunnskap, pasienter og brukeres ønsker, samt forskningsbasert kunnskap. Gode retningslinjer skal informere om kvaliteten på den dokumentasjonen som er brukt og styrken på anbefalingen (Helsedirektoratet, 2012). Nasjonale faglige retningslinjer blir utgitt på områder med behov for nasjonal normering (Helsedirektoratet, [2019]). Retningslinjer skal være en faglig støtte for helsepersonell, ledelse, den som mottar tjenesten og pårørende. (Helsedirektoratet, 2012).

### *1.4.2 Vold i nære relasjoner*

Straffeloven § 282 definerer nære relasjoner som nåværende eller tidligere ektefelle eller samboer, nåværende eller tidligere ektefelle eller samboers slektning i rett nedstigende linje, slektning i rett oppstigende linje, noen i sin husstand eller noen i sin omsorg (Straffeloven, 2005). Det brukes ulike begreper på vold i nære relasjoner i litteraturen. Intimate partner violence (IPV), på norsk intim partner vold, er det begrepet som brukes hyppigst i de studiene som er brukt i denne masteroppgaven. Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer intim partner vold som atferd fra en intim partner som forårsaker fysisk, seksuell eller psykologisk skade og inkluderer handlinger av fysisk aggressiv karakter, seksuell tvang, psykologisk mishandling og kontrollerende atferd. Definisjonen dekker vold fra både nåværende og tidligere ektefelle, samboer eller partner (World Health Organization (WHO), 2011).



### *1.4.3 Screening*

Å rutinemessig spørre alle gravide om de utsettes for vold i nære relasjoner som del av svangerskapsomsorgens program er beskrevet som en screening for vold (Hjemdal & Engnes, 2009). Begrepet screening blir brukt om det å finne personer med ikke-erkjent sykdom ved bruk av enkle undersøkelser, med det formål å sortere tilsynelatende friske personer i to grupper: De sannsynlig syke og de sannsynlig friske (Magnus & Bakketeig, 2013, s. 184). Per i dag er ordlyden i den norske retningslinjen «spørre alle» og ikke screene (Helsedirektoratet, [2019]). Derimot brukes begrepet screening gjennomgående i internasjonale studier som omhandler det å systematisk spørre alle gravide om vold og vi vil derfor bruke begrepet screening i denne oppgaven.

### *1.4.4 Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) er et forsknings- og kompetansesenter som utvikler og gir kunnskap og veiledning til fagpersoner om vold og traumatisk stress på et internasjonalt akademisk nivå. Formålet er å bidra til å forebygge og redusere de helsemessige og sosiale konsekvensene vold og traumatisk stress kan medføre (NKVTS, [2019]-a). NKVTS er finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet. NKVTS har kommet ut med en stor rapport om det å spørre om vold ved svangerskapskontrollene i 2009 (Hjemdal & Engnes, 2009). Denne rapporten henvises det hyppig til i oppgaven.

## **2.0 TEORETISK RAMMEVERK**

I dette kapittelet presenteres det teoretiske rammeverket. Det vil bli redegjort for vold, vold i nære relasjoner, svangerskap og svangerskapsomsorgen, nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, screening og barrierer mot screening. I denne oppgaven er det valgt teori som representasjon.

### **2.1 Vold**

Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker personen, får den til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den selv vil (Isdal, 2018, s. 39). WHO definerer vold som bruk av fysisk makt, truende eller reell mot en selv, andre personer, grupper eller samfunn som enten resulterer i eller har stor sannsynlighet for å resultere i skade, død og psykologisk skade (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002). Ifølge WHO inngår alle typer fysiske, seksuelle og psykologiske former for mishandling, fravær av handling i form av fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt samt selvmord og andre selvskadende handlinger i voldsbegrepet (Krug et al., 2002). Hvordan man definerer og forstår volden, får konsekvenser, for valg av metoder og data i studier av vold, og for valg av tiltak mot vold (Skjørten, Bakketeig, Bjørnholt & Mossige, 2019). En av grunnene til at vold har blitt ignorert som et offentlig helseproblem i mange land er mangel på en klar definisjon av problemet. Å definere vold er ikke en eksakt vitenskap men et tolkningsspørsmål. Hva som er akseptert atferd og hva som forstås som skade er kulturelt betinget og er under konstant forandring ettersom sosiale normer og verdier er i konstant utvikling (Krug et al., 2002). For å unngå at vold blir bagatellisert gjennom det språket vi bruker er det fordelaktig med en vid definisjon av vold som favner et stort spekter av maktbruk. Den vil da kunne bidra til å problematisere viktige sider ved menneskelig samkvem og maktbruk (Isdal, 2018).

I retningslinjen står det at helsepersonell bør få kjennskap til hvilken type vold den gravide utsettes for og omfanget av volden. Det henvises til veileder for helse og omsorgstjenesten fra 2018 der de ulike typene vold er presentert. Disse er ifølge veilederen fysisk vold, psykisk vold, seksuelle overgrep, latent vold, omsorgssvikt, økonomisk overgrep, materielle overgrep, nettovergrep/digital vold, negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse (NKVTS, [2019]-b).

Fysisk vold er bruk av enhver form for fysisk makt som gjennom å skade, skremme og krenke, påvirker et annet menneske til å slutte å gjøre noe den vil eller gjøre noe mot sin vilje. Det kan være alt fra å holde, dytte, klype, slå til drap (Isdal, 2018, s. 45). Psykisk vold er ikke direkte fysiske i sin natur, men skader, smerter, skremmer og krenker den andre ved hjelp av en bakenforliggende makt eller trussel eller måter å styre eller dominere den andre på. Psykisk vold kan videre deles inn i syv undergrupper: direkte trussel, indirekte trussel, degraderende og ydmykende atferd, kontroll, utagerende sjalusi, isolering og emosjonell vold (Isdal, 2018, s. 51). Seksuelle overgrep er et overordnet begrep som dekker alle former for seksuelle krenkelser (Hjemdal & Engnes, 2009, s. 32). Seksuelle overgrep kan være av både fysisk og psykisk karakter og innebærer blant annet uønsket beføling, seksuell sjikane og forsøk på å gjennomføre samleie uten samtykke (Lillevik, Salamonsen & Nordhaug, 2019, s. 19). Latent vold virker bare i kraft av sin mulighet. I nære relasjoner der det har forekommet vold, vil den latente volden lett kunne utvikle seg til å bli den dominerende voldsformen sett fra den utsattes side. Risikoen for ny vold vil kunne styre alt den utsatte gjør og foretar seg, alt blir strategisk atferd for å unngå ny vold (Isdal, 2018, s. 68). Økonomisk vold handler om å ta makt og kontroll over andres økonomi (Lillevik et al., 2019).

### *2.1.1 Vold i nære relasjoner*

Vold i nære relasjoner omfatter ulike former for vold og overgrep mellom nåværende og tidligere familiemedlemmer, og den omfatter også barn som er vitne til volden. Negativ sosial kontroll, tvangsekteskap og kjønnslemlestelse faller også inn under begrepet (NKVTS, [2019]-b). Tidligere var det vanlig å snakke om familievold (Lillevik et al., 2019) eller kvinnemishandling (Skjørten et al., 2019). Det var helt frem til for noen tiår siden ansett for å være et privat anliggende og ikke et offentlig ansvar. Mye av arbeidet med å synliggjøre relasjonsvolden ble gjort gjennom etableringen av krisesenterbevegelsen som vokste frem på 1970 tallet i Europa. I Norge ble det første krisesenteret etablert i 1978 og på kort tid spredte krisesenterbevegelsen seg til hele landet (Skjørten et al., 2019). I 1999 kom handlingsplanen Vold mot Kvinner. Etter dette er det utarbeidet flere handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, siste i 2014-2017 (Lillevik et al., 2019).

Forholdet mellom utsatt og gjerningsperson er av stor betydning for hvordan volden oppleves. Smerten over å bli utsatt for et overgrep fra en nærstående person kommer i tillegg til selve volden (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014-2018). En av de største utfordringene med relasjonsvold er at volden er tabu- og skambelagt. Det viktigste første skritt når det gjelder

denne typen vold blir derfor synliggjøring (Isdal, 2018, s. 192). Studier viser at en del kvinner skjuler volden for helsepersonell både av frykt for konsekvenser hvis volden avdekkes og skam over at de ikke klarer å bryte ut av det voldelige forholdet (Edin, Dahlgren, Lalos & Högberg, 2010).

### *2.1.2 Prevalens*

En multinasjonal studie gjort av WHO, der de så på like studier fant at prevalensen av fysisk partnervold mot gravide varierte fra 1% i Japanske storbyer til 28% i distriktene i Peru. Hovedvekten av funnen lå fra 2% i Australia, Danmark, Kambodsja og Filippinene til 13,5% i Uganda. Majoriteten av landene i studiene lå mellom 4%-9% (WHO, 2011). Den første store norske studien på voldsutsatthet fra 2005 viste at 4% av de kvinnelige deltagerne rapporterte at de hadde vært utsatt for vold under svangerskapet (Haaland et al., 2005). Tall fra Sverige viser en prevalens av vold i nære relasjoner i svangerskapet på 2% (Finnbogadottir, Dykes & Wann-Hansson, 2016). I rapporten NKVTS publiserte etter et prøveprosjekt i Telemark kom det frem at over 15% av de gravide kvinnene som ble spurt hadde opplevd emosjonelle overgrep eller kontroll av partner eller tidligere partner. Antallet som oppga å ha vært utsatt for vold siste året var 2,5% av kvinnene, hvorav 1,8% under nåværende svangerskap (Hjemdal & Engnes, 2009, s. 41).

Vold i nære relasjoner har et betydelig omfang og er et alvorlig samfunns- og helseproblem (WHO, 2013). I tillegg til de store konsekvensene for den enkelte, har vold i nære relasjoner også store samfunnsøkonomiske kostnader. En samfunnsøkonomisk analyse fra desember 2012 anslår at vold i nære relasjoner koster det norske samfunnet mellom 4,5 og 6 milliarder kroner årlig (Rasmussen, Strøm, Sverdrup & Vennemo, 2012).

### *2.1.3 Konsekvenser av vold i svangerskapet*

Det er vist sammenheng mellom partnervold og økt risiko for lav fødselsvekt, preterm fødsel og økt neonatal dødelighet {Sarkar, 2008 #121; Shah, 2010 #114}. Det er også vist sammenheng mellom partnervold og økt risiko for postpartum depresjon hos mor og problemer med amming {Kendall-Tackett, 2007 #103}. En økning av risikoatferd hos gravide som er utsatt for vold, med økt bruk av skadelige stoffer som tobakk, alkohol og rus, er også beskrevet (Shah & Shah, 2010). Kvinner som blir utsatt for vold har også en økt tendens til å utsette sine barn for omsorgssvikt (Casanueva & Martin, 2007) og barn som er født av mødre som har vært utsatt for vold har selv en risiko for å bli involvert i risikoatferd senere i livet (Shah & Shah, 2010).

Voldsutsatte gravide kommer ofte senere inn i svangerskapsomsorgen noe som kan innebære risiko i seg selv (Hjemdal & Engnes, 2009; J. McFarlane, Parker, Soeken & Bullock, 1993; WHO, 2011).

En konsekvens av vold i svangerskapet er at den gravide må bruke mye av sin energi på mestringsstrategier i sin hverdag i stedet for å forberede seg mentalt og praktisk på barnet som skal komme. Svangerskapet er allerede en stressende tid for mange kvinner og det økte stresset som kommer med å være voldsutsatt kan øke alvorlighetsgraden av allerede eksisterende fysiske og psykiske symptomer (Stenson, 2004). I senere tid har det gjennom epigenetisk forskning kommet ny kunnskap om den skadelige effekten psykisk stress og traumatiske opplevelser i svangerskapet kan ha på barnet i magen gjennom økt utskillelse av stresshormoner hos mor. Økt maternell stress påvirker fosteret og dette kan gi langsiktig konsekvenser for barnets fysiske og mentale helse i oppveksten (Cao-Lei et al., 2017).

Tidligere voldserfaringer er også vist å ha en uheldig effekt i svangerskapet (Hillis et al., 2004; Mirjam Lukasse et al., 2012; M. Lukasse, Schei, Vangen & Oian, 2009; Mezey, Bacchus, Bewley & White, 2005). Effekten av vold kan påvirke kvinnene lenge etter at den har opphørt. Jo mer alvorlig volden er jo større påvirkning har den på kvinnens fysiske og psykiske helse, og effekten av gjentatte voldsepisoder har vist seg å ha en kumulativ effekt (Eberhard-Gran, Schei & Eskild, 2007; WHO, 2013). Kvinner som har vært utsatt for vold og overgrep i barndommen rapporterer også om flere plager i svangerskapet enn kvinner som ikke har vært utsatt (Mirjam Lukasse et al., 2012). Overgangen til det å bli mor og en dårligere opplevelse av morsrollen blir også sett i sammenheng med det det å ha blitt utsatt for vold i nære relasjoner (Hooker, 2016).

## **2.2 Svangerskapet som et «window of opportunity»**

Svangerskapet er en tid hvor det skjer både ytre og indre forandringer som påvirker den gravide, hennes partner og familie (Ulvund, 2017). Det er også en tid hvor vold kan begynne, eskalere eller stoppe (Håland, 2014). Å gi omsorg til foreldre under et svangerskap innebærer oppmerksomhet mot de fysiologiske forandringene hos kvinnen i tillegg til å støtte foreldrene og familien i de psykiske, sosiale og sosioøkonomiske endringene som følger.

Modningsprosessen foreldrene går gjennom beskrives som en stor overgangsfase i livet, på lik linje med puberteten og overgangsalder (Brodèn, 2015; Ulvund, 2017). Gamle traumer og

negative relasjonsmønstre kan bli aktivert og komme i veien for foreldreskapet, og få innflytelse på relasjonen til barnet, på barnets psyke og utvikling (Brodèn, 2015). En terapeutisk innsats i denne perioden kan derfor ha en raskere og mer dyptgående innvirkning enn på andre tidspunkter i livet. Ved å tilby hjelp under svangerskapet er det mulig å fjerne hindringene så kontakten med barnet kan komme i gang og svangerskapet kan bli en periode med muligheter for utvikling (Brodèn, 2015). Kvinner og menn ser på graviditeten som en tid for forandring og både kvinner og menn uttrykker at de ønsker endring i sin livssituasjon med tanke på volden i deres relasjon. Det kommende barnet og ønsket om å bli gode foreldre er en viktig motiverende faktor for endring (Håland, 2014). Studier viser at oppfølging i svangerskapet, potensielt kan hjelpe kvinner til å redusere risikoen for vold og dens konsekvenser. Svangerskapsomsorgen fremheves som en ideell arena for å avdekke vold da gravide kvinner er i hyppig kontakt med helsepersonell (Devries et al., 2010; Moraes, Amorim & Reichenheim, 2006).

### **2.3 Svangerskapsomsorgen**

Svangerskapsomsorgen i Norge har en lang og sterk tradisjon og har bidratt til en lavere mødre- og barnedødelighet i landet. Svangerskapsomsorgen utføres i både helse- og omsorgstjenesten i kommunene og i spesialhelsetjenesten, og er underlagt nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. (Aune & Kolset, 2017, s. 272). Formålet med konsultasjonene i svangerskapsomsorgen er å gi forebyggende og helse- fremmende råd og veiledning til den gravide og hennes partner. (Aune & Kolset, 2017). Svangerskapskontrollene i Norge er gratis og kvinnen velger selv om hun vil gå til sin fastlege og/eller til jordmor (Helsedirektoratet, [2019]). Målet er å få et sammenhengende og godt forløp av konsultasjonene i basisprogrammet (Helsedirektoratet, [2019]). For å vurdere om kvinnen har behov for ekstra konsultasjoner eller henvisning til annen kompetanse har jordmor og/eller fastlege ansvaret for å kartlegge gravide som kan få, eller har, komplikasjoner, psykiske helseproblemer og/eller rusmisbruk (Helsedirektoratet, [2019]). Oppfølging av de gravide som har spesiell risiko gjøres i samarbeid med kvinneklinikkene. Ved å gjøre det på denne måten får friske og risikogravide den hjelpen de trenger ut ifra sine behov (Helsedirektoratet, 2010). Jordmødre jobber både i kommune-helsetjenesten og i spesialhelsetjenesten. De har gjennom sin utdanning spesialkompetanse innenfor svangerskaps- fødsel- og barselomsorg, (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Jordmor yrket er i stadig utvikling og defineres ut fra nasjonale og internasjonale retningslinjer (forskningsdepartementet, 2005). Jordmor har sammen med fastlege det primære ansvaret for tjenesten i svangerskapsomsorgen og er på lik linje

underlagt de nasjonale faglige retningslinjene for svangerskapsomsorgen. Fastlegene har et særskilt ansvarsområde når det kommer til gravide med tilleggssisiko. En brukerundersøkelse utført for helsedirektoratet i 2003 viser at 85% av de gravide oppga å ha en eller flere kontroller hos sin fastlege, mens 70% oppga at de hadde vært til kontroll på helsestasjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Innholdet i de åtte svangerskapskonsultasjonene i Norge er definert av Helsedirektoratet gjennom nasjonal faglig retningslinje, og innebærer alt fra de fysiske undersøkelsene som blodtrykk, vekt, urinprøve, til å kartlegge den gravides levevaner som røyking/snusing, alkoholinntak, legemidler etc. Konsultasjonene skal på lik linje med de fysiske undersøkelsene, inkludere samtale om psykisk helse, vold og overgrep, arbeid og miljø, tilknytning til barnet og andre psykisk og sosiale sider ved svangerskapet (Helsedirektoratet, [2019]). Gravide kvinner med et normalt svangerskap få tilbud om åtte svangerskaps- konsultasjoner inkludert ultralydundersøkelse i Norge (Helsedirektoratet, [2019]). Dette er i tråd med WHO sine anbefalinger for svangerskapsomsorgen som anbefaler likt antall for å redusere perinatal dødelighet og forbedre kvinners erfaringer med omsorgen (WHO, 2016). Til sammenligning anbefaler helsemyndighetene i Storbritannia, National Institute for Health and Care Excellence (NICE) ti kontroller for en førstegangsfødende med ukomplisert svangerskap, og syv kontroller for en flergangsfødende med ukomplisert svangerskap (NICE, 2008).

## **2.4 Retningslinjer for vold i nære relasjoner**

NKVTS sitt prøveprosjekt var forløpet til retningslinjen som kom i 2014. Først i regjeringens handlingsplan «mot vold i nære relasjoner» (2014-2017) ble det utarbeidet en konkret tiltakspakke for forebygging av vold i nære relasjoner med tiltak på flere områder. Handlingsplanen 2014-2017 var en oppfølging av Stortingsmelding 15 hvor NKVTS bidro med innspill for å beskrive utvikling og status i arbeidet med vold i nære relasjoner. De fikk også i oppdrag å komme med forslag til hva det er behov for av forskning. I denne første meldingen til Stortinget om vold i nære relasjoner ble det sagt at en handlingsplan ville fremmes i etterkant av Stortingets behandling av meldingen (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). I handlingsplanen (2014-2017) ble meldingen til Stortinget fulgt opp med flere tiltak. Et av tiltakene var «rutinemessige spørsmål for å avdekke vold mot gravide. Gjennomføringen av tiltaket skulle skje mellom 2014 og 2017. (Justis- og beredskapsdepartementet, 2014-2018).

Anbefalingen i den norske retningslinjen er en sterk anbefaling og sterke anbefalinger bør som hovedregel følges (Helsedirektoratet, [2019]). WHO identifiserer svangerskapsomsorgen som

en setting hvor rutinemessige spørsmål om vold kan bli implementert hvis den som stiller spørsmålet er kompetent til å stille spørsmål om vold, det er trygt for kvinnen å bli spurt, og rette tiltak iverksettes når vold avdekkes (WHO, 2016). WHO presiserer at det er sterkt anbefalt å stille spørsmål om vold under graviditeten når symptomer eller forhold som kan være forårsaket av intim partnervold oppdages (WHO, 2016). I NICE beskriver i sine anbefalinger for svangerskapsomsorgen at helsepersonell må være oppmerksom på symptomer eller tegn på vold i hjemmet, og kvinnen bør gis anledning til å fortelle om vold i hjemmet i et miljø der de føler seg trygge i (NICE, 2008).

## **2.5 Screening**

I svangerskaps- og fødselsomsorgen utføres en rekke rutinemessige undersøkelser som kan defineres som screeningprogrammer. Kjente eksempler er urinprøver for å fange opp infeksjoner eller preeklampsi, symfyse-fundusmål for å finne vekstavvik hos fostre og rutineultralyd rundt svangerskapsuke 18 for terminbestemmelse for å nevne noen (Blix, 2017). Screening for vold i nære relasjoner kan være problematisk når man tar utgangspunkt i tradisjonelle kriterier for screening, da det er et komplekst sosialt fenomen heller enn en sykdom. Med internasjonal forskning som grunnlag anbefaler WHO ikke universal screening av kvinner for vold i nære relasjoner. De anbefaler først screening når kvinner har/er i en tilstand som kan føre til intim partnervold eller kompliseres eller forverres av intim partnervold. Graviditet er en av disse tilstandene da mor og barn er i en sårbar posisjon (WHO, 2013).

Innenfor det internasjonale forskningsmiljøet har det vært uenighet om nytten av screeningprogrammer (Chisholm, Bullock & Ferguson, 2017). Nyere studier viser at screening er bedre enn standard oppfølging når det gjelder avdekking av vold, både hos gravide og ikke gravide kvinner. Studier viser også at det ikke er noen farer forbundet med screening for vold i nære relasjoner og at screening i seg selv kan ha en positiv styrkende (empowering) effekt på kvinner og styrker deres forhold til helsepersonell (Chisholm et al., 2017; Engnes, Liden & Lundgren, 2013).

NKVTS konkluderte i sin rapport at en enkel screeningprosedyre vil være tilstrekkelig til at jordmødre og fastleger som jobber i svangerskapsomsorgen får informasjon om vold, overgrep og andre belastninger av stor betydning for både kvinnens og det ufødte barnets helse og velferd. De mente screeningen lett skulle kunne la seg gjennomføre uten store omlegginger av rutiner og opplegg for omsorgen (Hjemdal & Engnes, 2009). Ved innføring av screeningsprogram er det avgjørende at det finnes gode muligheter for videre diagnostiske og



terapeutiske prosedyrer for de som fanges opp (Magnus & Bakketeig, 2013). Retningslinjer fra WHO presiserer at for at det skal ha noen hensikt at helsepersonell screener for vold må de ha riktig opplæring i å spørre om og avdekke vold, de må kunne møte kvinnenes behov, ha gode rutiner for dokumentasjon og vite hvor og hvordan de henviser videre (WHO, 2013). Den norske retningslinjen nevner barnevern, politi, psykolog og DPS som en del av kommunens tiltakskjede for oppfølging (Helsedirektoratet, [2019]).

### *2.5.1 Barrierer mot screening*

Barrierer mot screening for vold i nære relasjoner blant helsepersonell er godt beskrevet i studier. Gjennomgående er mangel på opplæring, lite ressurser, utfordring med at den gravide kvinnen ikke kommer alene til konsultasjon og tidsnød de årsakene som hyppigst rapporteres som barrierer (L Henriksen, 2017; Sprague et al., 2012; Waalen, Goodwin, Spitz, Petersen & Saltzman, 2000; Wright & Geraghty, 2017). I rapporten til NKVTS nevnes språkproblemer, lite tilfredsstillende tolkemuligheter, at kvinnene først kom til kontroll sent i svangerskapet, tidspress, ferieavvikling, sykdom, eller at glemsomhet og stress medførte at jordmødrene unnlot å screene (Hjemdal & Engnes, 2009). Blant årsaker til at de gravide ikke ønsker å bli spurt om vold i nære relasjoner ved svangerskapskontroll er det som oppgis frykt for konsekvensene hvis vold oppdages, ønske om at situasjonen skal endre seg, ambivalente følelser og skam over situasjonen (Baird et al., 2011; Edin et al., 2010).

## **3.0 METODE OG MATERIALE**

I dette kapittelet presenteres studiens design og metode. Det gjøres rede for valg som er gjort for å kunne besvare studiens problemstilling på best mulig måte. Studiens utvalg og datamateriale, utformingen av spørreskjema og informasjonsbrev, etiske overveielser og analyseprosess vil bli beskrevet.

### **3.1 Design**

Hvilken type design som benyttes i en studie blir bestemt på bakgrunn av forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2017). Ut ifra problemstillingen så vi det hensiktsmessig å benytte en kvantitativ tilnærming i form av en deskriptiv tverrsnittstudie med bruk av elektronisk spørreskjema for å samle inn data. En deskriptiv tverrsnittstudie er en metode som gir en beskrivende statistikk og en prevalens av det fenomenet en er interessert i å undersøke på et gitt tidspunkt (Johannessen, Christoffersen & Tufte, 2016; Polit & Beck, 2017). I denne studien er det fenomenet kjennskap til og etterlevelse av retningslinjen blant jordmødre og fastleger, vi ønsker å kartlegge. I tillegg til at designet skal sikre innhenting av nødvendig informasjon, må praktiske og økonomiske hensyn tas når man velger design (Polit & Beck, 2017). Tverrsnittstudier gjøres på et bestemt tidspunkt, en dag eller over noen uker, de er kostnadseffektive, tidsbesparende og data blir tilgjengelig fortløpende (Johannessen et al., 2016; Polit & Beck, 2017). Tverrsnittsundersøkelser kan gi informasjon om hvordan fenomener varierer på et gitt tidspunkt, men de kan ikke si noe om endringer over tid eller årsakssammenhenger (Johannessen et al., 2016).

### **3.2 Utvalg**

I kvantitativ forskning er målet å samle et utvalg som er mest mulig representativt for den populasjonen man ønsker å undersøke. (Polit & Beck, 2017). I denne studien er det jordmødre og fastleger som jobber i svangerskapsomsorgen I Oslo og Akershus vi ønsker å undersøke. Utvalget av jordmødre begrenset seg til jordmødre i svangerskapsomsorgen lokalisert ved de 17 helsestasjonene i Oslo og 28 helsestasjonene i Akershus som har jordmortjenester. Kontaktinformasjon til helsestasjonene ble funnet på nettet og ved hjelp av lister med kontaktinformasjon gitt av studieveileder ved jordmorutdanningen OsloMet. Utvalget av fastleger ble gjort tilfeldig gjennom å trekke ut hvert 3. fastlegekontor på listen over fastleger i

Oslo og Akershus tilgjengelig på fastleger.no. Da forfatterne kontaktet de ulike fastlegekontorene gjennom legesekretær og resepsjon ble det registrert antall fastleger ved hvert kontor som ville motta spørreskjemaet og dette antallet ble registrert i en Excel fil. Det er 173 fastlegekontor registrert i Oslo og 155 i Akershus. I utgangspunktet var det planlagt å sende ut spørreskjema til likt antall jordmødre og fastleger. Da det var nærliggende å anta at det ville være betydelig lavere svarprosent blant fastlegene på grunn av tidspress og at dette var en masteroppgave i jordmorfag, ble det bestemt å sende ut spørreskjemaet til et 50 % større utvalg fastleger enn jordmødre. Det ble tilsammen sendt ut 133 spørreskjema til jordmødre i Oslo og Akershus og 200 spørreskjema til fastleger i Oslo og Akershus.

### **3.3 Datainnsamling**

I tverrsnittstudier utføres datainnsamling via selvutfyllingsskjema, telefonintervju eller besøksintervju (Ringdal, 2018). I denne studien ble det sendt ut et elektronisk spørreskjema utviklet gjennom Nettskjema til Universitetet i Oslo (Universitetet i Oslo, 2019a). Nettskjema er en tjeneste for å gjøre datainnsamling på internett (Polit & Beck, 2017). Skjemaet er anonymt og hvem som har svart eller tidspunkt for levering/ending blir ikke lagret. E-postadressene til inviterte respondenter lagres hvis de har svart men uten at det finnes kobling til levert svar (Universitetet i Oslo, 2019b).

Ledere ved alle helsestasjonene og legesekretærer ved fastlegekontorene ble kontaktet via telefon i uke 23 med en presentasjon av studien, og en forespørsel om de ville la sine kolleger delta. Det ble avtalt å sende en epost som inneholdt spørreskjemaet slik at lederne og legesekretærene igjen kunne distribuere spørreskjemaet til sine jordmødre og fastleger. Det ble gjort slik for å unngå å sitte på direkte kontaktinformasjon til deltagerne i studien. For å sikre at spørreskjemaene ble distribuert videre ble lederne og legesekretærene spurt om å videresende eposten med spørreskjema til de aktuelle respondentene mens de fortsatt var på telefonen. Eposten inneholdt en elektronisk link til spørreskjemaet og et medfølgende informasjonsskriv (Vedlegg 1). Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om undersøkelsen, utdrag fra nasjonale retningslinjer for svangerskapsomsorgen samt en oppfordring til å delta. Det var viktig at målsettingen med undersøkelsen ble godt presentert i informasjonsskrivet for å motivere til deltagelse (Johannessen et al., 2016; Ringdal, 2018). En sterk oppfordring til å delta ble også ansett som viktig å ha med da begge respondentgruppene har stor arbeidsbelastning. Datainnsamlingen foregikk i perioden 4. juni til 7. august 2019.

I uke 25 og 27 ble det sendt ut mail til alle lederne av helsestasjonene og legesekretærer ved fastlegekontorene med en oppfordring om å minne sine jordmødre og fastleger om spørreundersøkelsen. Da det ikke gikk an å skille mellom de som allerede hadde svart og de som ikke hadde svart, inneholdt mailen en påminnelse og en stor takk til de som hadde svart og en oppfordring til de som ikke hadde svart. Påminnelsen inneholdt også den elektroniske linken til spørreskjemaet samt informasjonsskrivet.

### **3.4 Spørreskjema**

En spørreundersøkelse er en systematisk metode for å samle inn data fra et utvalg personer for å gi en statistisk beskrivelse av den populasjonen utvalget er trukket fra med den hensikt å beskrive forhold i nåtid (Ringdal, 2018, s. 191). Validiteten i spørreundersøkelser handler om at spørsmålene faktisk måler det de er ment å måle (Johannessen et al., 2016; Ringdal, 2018, s. 218). I arbeidet med å utvikle et spørreskjema er det viktig at formuleringen av spørsmålene sikrer adekvate svar på problemstillingen (Johannessen et al., 2016). Dette ble gjort ved blant annet å analysere teksten i retningslinjen nøye, for at spørsmålene på best mulig måte skulle fange opp hvor godt respondentene kjenner til anbefalingene i retningslinjen og videre om de etterleves.

Å utvikle et nytt forskningsinstrument som et spørreskjema, fra start er ifølge Polit og Beck ikke ønskelig for uerfarne forskere da det er utfordrende å utvikle presise og valide målingsinstrumenter (2017). For å sikre god kvalitet på spørreskjemaet og for å kunne gjøre noen form for sammenligning av tidligere funn i lignende studier ble det derfor hentet spørsmål fra spørreundersøkelsen til Lena Henriksen og noen spørsmål fra en større studie gjort i Bristol (Baird et al., 2011). Spørsmålene ble revidert ved hjelp av veileder.

Det ble gjort en pilot blant jordmødrene for å få tilbakemeldinger på form og innhold, og sikre face validity. Uttrykket face validity refererer til at instrumentet, i dette tilfelle spørreskjema, måler det det er ment å måle (Polit & Beck, 2017, s. 336). Åtte jordmødre i klinisk praksis, derav to i svangerskapsomsorgen utenfor Oslo og Akershus, ble tilsendt spørreskjema. De ble bedt om å komme med tilbakemeldinger knyttet til form, struktur og innhold. De ble også bedt om å registrere tiden de brukte på å besvare spørreskjemaet. Tilbakemeldingene ble vurdert fortløpende og endringer ble gjort på bakgrunn av denne piloten.

### 3.4.1 Innhold

Spørreskjemaet består av 23 spørsmål, hvor 21 er knyttet til vold i nære relasjoner. Spørsmålene har hovedsakelig faste svaralternativer som gir en standardisering og mulighet for å se på likheter og variasjon i måten respondentene svarer (Johannessen et al., 2016, s. 261). Åtte spørsmål er ja nei spørsmål, åtte spørsmål har flere svaralternativer, ett spørsmål er åpent der respondentene bes svare med fritekst og tre spørsmål er holdningsspørsmål med svaralternativer svært enig, enig, nøytral, uenig og svært uenig.

Spørsmål 1 og 2 er avkryssningsspørsmål for bakgrunnsvariablene yrkestittel og ansiennitet. Det var først ønskelig å ha med flere bakgrunnsvariabler ettersom dette kunne gi interessant informasjon til studien. Studien tar for seg et mindre geografisk område. Da dette kunne gi utfordringer med tanke på anonymiteten, ble det besluttet å kun ha med to bakgrunnsvariabler. Spørsmål 3 og 4 er konkret viet den nasjonale retningslinjen der spørsmål 3 ber respondentene krysse av på en skala fra en til ti hvor godt de kjenner til retningslinjen. Spørsmål 6 og 7 tar for seg om deltagerne har mottatt noen veiledning eller opplæring i å snakke med gravide om vold i nære relasjoner hvorav spørsmål 7 er et fritekstspørsmål der respondentene ble bedt om å beskrive hva slags veiledning eller opplæring de har fått. Selv om det er vanskeligere å analysere og generalisere åpne spørsmål vil det kunne gi utfyllende informasjon som forfatterne anså som nyttig. Da resultatene i denne studien heller ikke skal generaliseres ble det derfor ansett å være hensiktsmessig å ha med et fritekstspørsmål (Johannessen et al., 2016). Spørsmål ni til 15 er utviklet spesielt med tanke på å fange opp om respondentene følger retningslinjen da hvert av disse spørsmålene tar for seg spesifikke anbefalinger som gis i retningslinjen. Spørsmål 16 til 18 kartlegger om respondentene har avdekket vold. Spørsmål 19 tar for seg hvorfor de ikke spør om vold. Spørsmål 20 kartlegger hvor god kunnskap respondentene mener de har om vold i nære relasjoner. Spørsmål 21, 22 er holdningsspørsmål. De er inkludert for å kunne kartlegge respondentenes holdninger til, meninger om og vurderinger av fenomenet screening for vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen. Dette vurderes hensiktsmessig å ha med i spørreundersøkelsen da det er forventet at respondentene har kunnskaper om det aktuelle temaet (Johannessen et al., 2016, s. 272). Til slutt kartlegger spørsmål 23 respondentenes opplevelse av støtte blant kollegaer.

### 3.5 Etiske overveielser

Medisinsk og helsefaglig forskning er underlagt helseforskningsloven, formålet med loven er å fremme god og etisk forsvarlig medisinsk og helsefaglig forskning (Helseforskningsloven,

2009). Etter samtale med konsulent fra Regional komiteer for medisinske og helsefaglig forskningsetikk (REK) hvor prosjektet ble beskrevet, ble det anbefalt å sende inn en fremleggingsvurdering for å sjekke om prosjektet er søknadspliktig. Skjemaet fremleggingsvurdering brukes når man er i tvil om et prosjekt må godkjennes av REK (Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, 2012). Vi fikk tilbakemelding fra REK om at det ikke kreves godkjenning for å gjennomføre prosjektet (Vedlegg 4).

Meldeskjema med prosjektbeskrivelse, spørreskjema og informasjonsskriv ble sendt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for vurdering (Norsk senter for forskningsdata, 2018). Vi fikk svar fra NSD om at prosjektet ikke trengte en vurdering, da prosjektet ikke skulle behandle direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger (Vedlegg 3). Datamaterialet kunne heller ikke spores tilbake da dataene ble hentet inn ved hjelp av spørreskjema i nettskjema ved UIO (Universitetet i Oslo, 2019b). Etter uthenting av data fra nettskjema ble datamaterialet oppbevart på en passord-beskyttet pc.

Samtykke skal være hovedregelen for inklusjon i medisinsk og helsefaglig forskning, det skal være informert, frivillig, uttrykkelig og dokumenterbart (Ruyter, Førde & Solbakk, 2014) I denne spørreundersøkelsen fikk alle respondentene spørreskjema sendt på nett sammen med et informasjonsskriv som inneholdt informasjon om frivillig deltagelse og informasjon om studien. Når respondentene i undersøkelsen sendte inn nettskjemaet ble dette regnet som uttrykkelig samtykke til deltagelse i studien (Ruyter et al., 2014). For bruk av spørsmål fra tidligere anvendte spørreskjema ble det innhentet samtykke fra forfatterne av Bristol studien og Lena Henriksen.

### **3.6 Analyse**

Data fra spørreundersøkelsen ble analysert ved hjelp av statistikkprogrammet Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versjon 24 (Pallant, 2016). Som kvalitetssikring før analyseprosessen ble alle data registrert og kontrollert i SPSS av begge forfatterne to ganger. Dataene ble screenet for feil ved å se etter usannsynlige maksimums- og minimumsverdier og missing data (Pallant, 2016, s. 47). For å kunne analysere data med et statistisk verktøy, må spørsmålene i spørreundersøkelsen gjøres om til variabler og svaralternativene kodes om til tall (Polit & Beck, 2017). Dette ble gjort ved hjelp av en kodebok som ble opprettet i Microsoft Excel. Eksempelvis ble spørsmålet om yrkestittel kodet om til "tittel» og verdiene på svaralternativene ble 1= jordmor og 2= fastlege.

Koding av de ordinale variablene ble valgt ut ifra svaralternativenes verdiretning. Variabler med verdier på ordinalt nivå kjennetegnes av at de kan rangeres i en logisk rekkefølge (Ringdal, 2018). Eksempler er svaralternativene ingen, en fjerdedel, halvparten, over halvparten kodet i stigende rekkefølge 1, 2, 3 og 4. For fritekstspørsmålene ble svartekstene gjennomgått og analysert av forfatterne før de så ble kategorisert i grupper.

Det er gjort deskriptive analyser som gir en beskrivende statistikk av data fra spørreundersøkelsen. Ved hjelp av univariat analyse ble det sett på hvordan utvalget fordeler seg på enkeltvariabler (Johannessen et al., 2016). For å undersøke hvordan jordmødre og fastleger svarte på de ulike spørsmålene ble det gjort bivariate analyser. Bivariate analyser gir muligheten til å se sammenhengen mellom to variabler (Johannessen et al., 2016). Resultatene presenteres i frekvens- og krysstabeller. Ved hjelp av statistiske mål og diagrammer kan data beskrives på en oversiktlig måte som er enkel for leseren å forstå (Ringdal, 2018).

Hvilke statistiske analyser som kan gjennomføres, og hvordan dataene presenteres, er avhengig av variabelens målenivå. For best å kunne belyse denne oppgavens problemstilling med relevant analyse ble noen av variablene kodet om til nye variabler med andre målenivåer. Eksempelvis ble variabelen andel gravide spurt om vold, der det opprinnelig var fem svaralternativer fra ingen til alle, kodet om til ja eller nei. Dette for å kunne få oversikt over hvor mange som spør alle til bruk i tabellen over faktisk etterlevelse av retningslinjen der resten av variablene hadde svarverdiene ja nei. Kjennskap til retningslinjen, der det opprinnelig var en gradering fra 1-10, ble også kodet om til en ny variabel der verdiene 1-3 ble lite kjennskap, 4-7 ble noe kjennskap og 8-10 ble god kjennskap. Dette for å få muligheten til å gjøre noen form for sammenligning med studien til Lena Henriksen.

For å se om det er en statistisk signifikant forskjell mellom gruppene jordmødre og fastleger på variabelen kjennskap til retningslinjen ble det gjort en t-test. En t-test er en statistisk metode som brukes for å teste om det er signifikant forskjell mellom gjennomsnittet av to datasett (Polit & Beck, 2017). Datagrunnlaget består av 77 jordmødre og 24 fastleger. T-testen som er brukt ble derfor en Welch's t-test som er godt egnet for grupper hvor  $N > 20$  med avvikende varians og utvalgsstrørrelse (Field, 2018, s. 535). I studien ble det valgt et signifikansnivå på 5% ( $p\text{-verdi} \leq 0,05$ ). I samfunnsforskning er det vanlig å velge et signifikansnivå på 5 %, hvilket betyr at man aksepterer at det er 5% sannsynlighet for at man forkaster nullhypotesen når den er korrekt (Johannessen et al., 2016, s. 377; Ringdal, 2018, s. 286).

## 4.0 RESULTAT

Dette kapittelet inneholder en beskrivelse av respondentene og hovedfunn fra spørreundersøkelsen presentert i tekst og tabeller. Totalt 333 jordmødre og fastleger mottok det elektroniske spørreskjemaet. Av disse var det 103 som responderte, hvilket gir en total svarprosent på 31%. Av 133 jordmødre som mottok spørreskjema svarte 78 jordmødre, resulterende i en svarprosent på 59%. Av 200 fastleger var det 24 som svarte, resulterende i en svarprosent på 12%. En av respondentene oppga ikke tittel og er derfor trukket ut av hele studien. Studien er derfor basert på totalt 102 (N) respondenter fordelt på to ulike grupper, 78 jordmødre (N<sub>j</sub>) og 24 fastleger (N<sub>f</sub>). I tabellene under vil N variere da flere av respondentene ikke har svart på alle spørsmålene.

### 4.1 Beskrivelse av respondentene

Tabell 1 viser respondentenes ansiennitet. Siden to respondenter valgte å ikke svare på dette spørsmålet er N = 100 i denne tabellen. Blant jordmødrene oppga 70% (54/77) og 78% av fastlegene (18/23) at de har over ti års arbeidserfaring.

Tabell 1. Ansiennitet

Ansiennitet	Tittel				Total %
	Jordmor	%	Fastlege	%	
0 - 5 år	11	(14 %)	4	(17 %)	(15 %)
6 - 10 år	12	(16 %)	1	(4 %)	(13 %)
11 - 20 år	26	(34 %)	9	(39 %)	(35 %)
> 20 år	28	(36 %)	9	(39 %)	(37 %)
<b>Totalt</b>	<b>77</b>	<b>(100 %)</b>	<b>23</b>	<b>(100 %)</b>	<b>(100 %)</b>

#### 4.1.1 Opplæring

Av jordmødrene svarte 62% (48/77) at de hadde fått opplæring i å snakke med gravide om vold i nære relasjoner. Blant fastlegene oppga 13% (3/24) at de hadde fått opplæring.

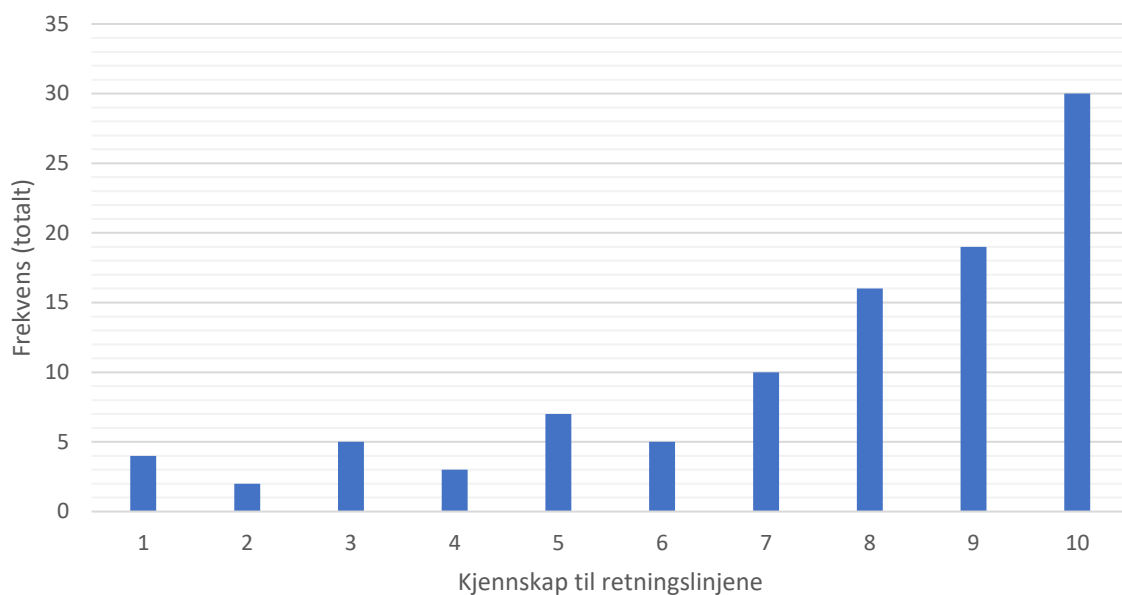
### 4.2 Kjennskap til retningslinjen

Figur 1 viser en oversikt over kjennskap til retningslinjen i det totale utvalget av fastleger og jordmødre (N = 102). Resultatet viser at 64% (65/102) har god kjennskap til retningslinjene. God kjennskap til retningslinjen er i denne studien definert som verdier mellom åtte og ti.



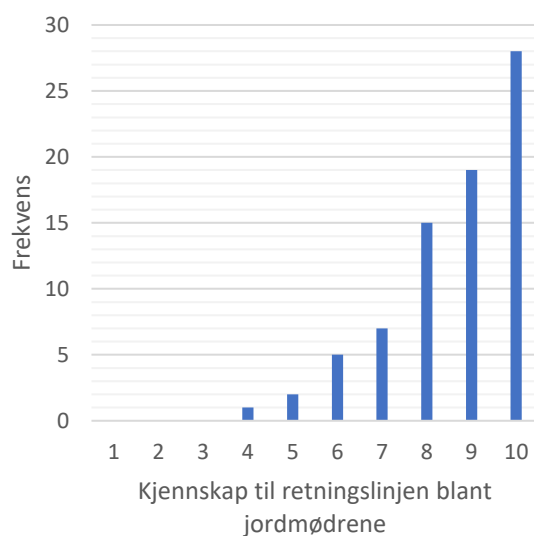
Likeledes er lav kunnskap definert som verdier lavere enn fire. Figur 1 viser at 11% (11/102) har lav kjennskap til retningslinjen.

Figur 1. Kjennskap til retningslinjen blant jordmødre og fastleger i Akershus samlet

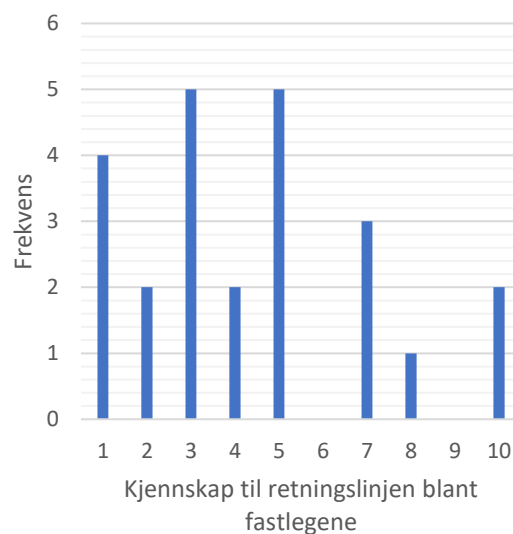


Gjennomsnitt (total) = 7,63  
 Standardavvik (total) = 2,56  
 N (total) = 102

Figur 2 og Figur 3. Kjennskap til retningslinjen blant jordmødre (venstre) og fastleger (høyre)



Gjennomsnitt (jordmor) = 8,62  
 Standardavvik (jordmor) = 1,46  
 N (jordmor) = 77



Gjennomsnitt (fastlege) = 4,36  
 Standardavvik (fastlege) = 2,68  
 N (fastlege) = 24

Figur 2 (venstre) viser kjennskap til retningslinjen blant jordmødrene, og Figur 3 (høyre) viser kjennskap blant fastlegene. Blant jordmødrene er det 81% (62/77) som har god kjennskap til retningslinjen. Ingen av jordmødrene oppgir lav kjennskap. Av fastlegene oppgir 13% (3/24) å ha god kjennskap til retningslinjen, mens hele 46% (11/24) av fastlegene har lite kjennskap til retningslinjen.

Resultatet viser at det er relativt store forskjeller i kjennskapen til retningslinjen mellom de to gruppene. For å undersøke om denne forskjellen er tilfeldig, ble det utført en Welch t-test. Det ble kalkulert en P-verdi lavere enn 0,001. Kalkulasjonen viser med andre ord at det lite sannsynlig at forskjellen mellom gruppene er tilfeldig. Resultatene viser at jordmødre har bedre kjennskap til retningslinjene og forskjellen er statistisk signifikant.

### 4.3 Retningslinjens påvirkning på praksis

På spørsmål om retningslinjen har påvirket praksis ved arbeidsplassen, svarer 87% (67/77) av jordmødrene og 9% (2/22) av fastlegene «ja». Videre oppgir 65% (50/77) av jordmødrene og 8% (2/24) av fastlegene at de har utarbeidet prosedyrer som omhandler tiltak om en gravid sier hun er utsatt for vold i nære relasjoner.

### 4.4 Etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen

For å kartlegge om respondentene følger de spesifikke anbefalingene i retningslinjen ble det utviklet ett spørsmål for hver anbefaling. Resultatene er presentert i påfølgende tabeller og tekst. I Tabell 2 er det forsøkt å gi en samlet oversikt over generell etterlevelse basert på seks spørsmål i spørreundersøkelsen. Tabellen presenterer kun de som har svart «ja».

Tabell 2. Etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen i praksis

	N <sub>j</sub>	Jordmor	%	N <sub>f</sub>	Fastlege	%	Total (%)
Har du kjennskap til kommunens hjelpetilbud	78	62	(79 %)	24	7	(29 %)	(68 %)
Har du konsultasjon med den gravide alene*	75	62	(83 %)	20	15	(75 %)	(81 %)
Spør du alle gravide om vold i nære relasjoner	78	44	(56 %)	24	1	(4 %)	(44 %)
Tar du opp tema vold tidlig i svangerskapet**	76	58	(76 %)	8	7	(88 %)	(77 %)
Spør du om pågående vold i nære relasjoner	71	66	(93 %)	12	9	(75 %)	(90 %)
Spør du om tidligere vold i nære relasjoner	77	72	(94 %)	12	3	(25 %)	(84 %)

\* Ja = en eller flere konsultasjoner alene

\*\* Tidlig i svangerskapet er i denne studien definert som 1. trimester

Retningslinjen etterleves i lavest grad blant begge respondentgruppene, på spørsmålet om de spør alle gravide om vold i nære relasjoner. Respondentene som svarte «ingen» på spørsmål om hvor stor andel av de gravide de spør om vold ble bedt om å hoppe over de fire påfølgende spørsmålene i spørreskjemaet. Da få fastleger svarer at de spør gravide om vold, blir antallet (N) mindre nedover i tabellen da disse spørsmålene ikke ble besvart.

#### 4.4.1 Andel gravide spurt om vold i nære relasjoner

I retningslinjen anbefales det at man spør alle gravide om de er utsatt for vold. I hvor stor grad denne anbefalingen etterleves er presentert i Tabell 3. Over halvparten (56%, 44/78) av jordmødrene svarte at de spør alle gravide om vold i nære relasjoner. Tilsvarende spurt kun 1 av 24 (4%) fastleger at de spør alle. Ingen av jordmødrene svarte at de ikke spør noen og 67 % (16/24) av fastlegene svarte at de ikke spør noen

Tabell 3. Hvor mange gravide spør du om vold i nære relasjoner

Andel spurt	Jordmor		Fastlege		Total %
	Jordmor	%	Fastlege	%	
Ingen	-	(0 %)	16	(67 %)	(16 %)
En fjerdedel (1/4)	4	(5 %)	5	(21 %)	(9 %)
Halvparten (1/2)	3	(4 %)	-	(0 %)	(3 %)
Over halvparten (3/4)	27	(35 %)	2	(8 %)	(28 %)
Alle	44	(56 %)	1	(4 %)	(44 %)
<b>Totalt</b>	<b>78</b>	<b>(100 %)</b>	<b>24</b>	<b>(100 %)</b>	<b>(100 %)</b>

Blant jordmødrene som har hatt opplæring svarer 69% (33/48) at de spør alle gravide om vold. Hos fastlegene svarer 13 % (3/24) at de har hatt opplæring, av disse svarer ingen at de spør alle. Blant respondentene som ikke har mottatt opplæring svarte kun 34% (10/29) av jordmødrene og 5% (1/21) av fastlegene at de spør alle gravide om vold.

## 4.5 Typer vold

I spørreundersøkelsen er det seks spørsmål som tar for seg anbefalingene i retningslinjen. Fem av svarene vises i Tabell 4. Et av spørsmålene er ikke del av tabellen da spørsmålet hadde seks svaralternativer. Resultatet viser at jordmødre og fastleger spør i størst grad om fysisk og psykisk/emosjonell vold.

Tabell 4. Typer vold

	Fysisk vold	Psykisk/ emosjonell vold	Seksuell vold	Økonomisk vold	Andre typer vold
Jordmor (n <sub>j</sub> = 78)	74 (95%)	70 (90%)	65 (83%)	28 (36%)	11 (14%)
Fastlege (n <sub>f</sub> = 24)	6 (25%)	6 (25%)	3 (13%)	1 (4%)	3 (13%)
<b>Totalt</b>	<b>80 (79%)</b>	<b>76 (75%)</b>	<b>68 (67%)</b>	<b>29 (28%)</b>	<b>14 (14%)</b>

#### 4.6 Grunner til ikke å spørre om vold

Kvinnen kommer ikke alene til svangerskapskonsultasjon, oppgis blant 65% (33/51) av jordmødrene som grunn til å ikke spørre om vold. Blant fastlegene svarte 50% (7/14), at de ikke har noen rutine for oppfølging når det avdekkes vold. Nesten ingen jordmødre oppgir ingen rutine for oppfølging som barriere til ikke å spørre om vold.

Tabell 5. Grunner til at du ikke spør om vold

	Jordmor		Fastlege		Total %
	Jordmor	%	Fastlege	%	
Kvinnen kommer ikke alene	33	(65 %)	-	(0 %)	(51 %)
Mangler opplæring	-	(0 %)	3	(21 %)	(5 %)
Lite ressurser	2	(4 %)	1	(7 %)	(5 %)
Ingen rutiner for oppfølging	1	(2 %)	7	(50 %)	(12 %)
Kvinnen kommer få ganger til kontroll	7	(14 %)	3	(21 %)	(15 %)
Språkproblemer	8	(16 %)	-	(0 %)	(12 %)
<b>Totalt</b>	<b>51</b>	<b>(100 %)</b>	<b>14</b>	<b>(100 %)</b>	<b>(100 %)</b>

Siden flere av respondentene spør alle om vold, er det kun 65 respondenter i Tabell 5. Spørsmål om grunner til at du ikke spør har et siste svaralternativ i spørreskjemaet som er «annet beskriv». Her svarte flere av respondentene at det er vanskelig å finne rett anledning og nok tid til å ta opp voldstemaet under svangerskapskonsultasjonene. Noen av respondentene svarte at de ikke spør fordi de føler de kjenner kvinnen godt eller at de spør når det er opplagt at kvinnen ikke har det bra. Øvrige fritekstsvar på dette spørsmålet falt inn under de kategoriene som er listet opp i Tabell 5 og ble plottet inn i SPSS under rett kategori.

#### **4.7 Avdekket vold**

Resultatet viser at 70% (52/74) av jordmødrene og 13% (3/24) av fastlegene har avdekket vold. Av jordmødrene oppgir 47% (35/74) at de har avdekket tidligere voldserfaringer og 10% (7/74) av jordmødrene oppgir at de har avdekket pågående vold og 26% (19/74) oppgir at de har avdekket begge deler. Blant jordmødre som sier de spør alle gravide om vold i nære relasjoner svarer 81 % (34/42) at de har avdekket vold. Den ene fastlegen som oppgir å spørre alle gravide om vold, har ikke avdekket vold.

#### **4.8 Holdning til screening**

For å kartlegge respondentenes holdninger til screening for vold i nære relasjoner i svangerskapet ble det tatt med et holdningsspørsmål mot slutten av spørreskjemaet. På spørsmål om screening for vold i svangerskapet er viktig svarte 76 % (59/78) av jordmødrene at de var svært enig. Sytten % (13/78) jordmødre svarte at de var enig. Blant fastlegene svarte 21 % (5/24) at de var svært enig og 50 % (12/24) at de var enig. En % (1/78) av jordmødrene og 4 % (1/24) av fastlegene sa han eller hun var uenig.

## 5.0 DISKUSJON

Resultatene i det foregående kapittelet viser ulik kjennskap til retningslinjen mellom jordmødre og fastleger, og varierende grad av etterlevelse av anbefalingene i retningslinjen. Studiens resultater diskuteres opp mot problemstillingen, den nasjonale faglige retningslinjen for svangerskapsomsorgen, internasjonale retningslinjer og forskning på emnet. Videre diskuteres studiens styrker og svakheter og implikasjoner for praksis.

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.1.1 *Kjennskap til retningslinjen*

WHO anbefaler å screene for vold i nære relasjoner i en antenatal setting. Forutsetningen er at helsepersonell har kunnskaper og verktøy for å tematisere, avdekke og følge opp vold (WHO, 2013). Retningslinjer er et verdifullt verktøy der det finnes flere behandlinger å velge mellom, og det er usikkerhet med hensyn til behandlingsalternativ. De kan bidra til å redusere gapet mellom forskning og gjeldene praksis (Gundersen, 2000). Ved implementering av en retningslinje er det beskrevet at hvilken kjennskap man har til en retningslinje, og hvordan man etterlever denne, blir sett i sammenheng med hverandre (Fischer, Lange, Klose, Greiner & Kraemer, 2016). Nasjonal faglig retningslinje i svangerskapsomsorgen, kapittel 7 var resultat av en mangeårig prosess med et stort forskningsprosjekt i svangerskapsomsorgen utført av NKVTS. I forkant av lanseringen var retningslinjen ute til høring hos både jordmor- og legeforeningen før den ble endelig (Den norske jordmorforeningen, 2014; Den norske legeforening, 2014). Med bakgrunn i at retningslinjen ble implementert i svangerskapsomsorgen for fem år siden, syntes vi det var rimelig å anta at det er god kjennskap til retningslinjen blant jordmødre og fastleger i dag.

I vår spørreundersøkelse kom det frem at 81% av jordmødrene har god kjennskap til retningslinjen. Ingen svarer at de kjenner lite til den. I Lena Henriksen sin studie fra 2016 svarte 52% at de kjente retningslinjen godt, og 10% sa de kjente lite til den (L. Henriksen, 2017). Resultatene våre fra Oslo og Akershus kan ikke direkte sammenlignes med tallene til Lena Henriksen da denne undersøkelsen ikke hadde informasjon om fylkesvise forskjeller. Jordmødrene i Oslo og Akershus kan allerede i 2016 hatt bedre kjennskap til retningslinjen enn resten av landet. Det er allikevel positivt å registrere at så mange jordmødre i Oslo og

Akershus oppgir å ha god kjennskap til retningslinjen da denne er ment å være til støtte i arbeidet med å gi best mulig omsorg og hjelp til gravide utsatt for vold. I tråd med WHO sine anbefalinger inneholder den norske retningslinjen konkrete anbefalinger og råd om symptomer man skal se etter og forslag til spørsmål jordmor kan stille for å avdekke vold (WHO, 2016). Retningslinjen inneholder også en elektronisk link til NKVTS voldsveileder, referanser til oppdatert forskning på emnet og beskrivelse av kommunens tiltakskjede (Helsedirektoratet, [2019]).

Blant fastlegene angir 13% å ha god kjennskap til retningslinjen og 46% har lite kjennskap. Som nevnt innledningsvis, har kun en lav andel av fastlegene besvart spørreundersøkelsen. T-testen viser imidlertid at det er en statistisk signifikant forskjell i kjennskapen til retningslinjen mellom jordmødre og fastleger. Fastleger har gravide som en liten andel av sin pasientgruppe, mens jordmor i svangerskapsomsorgen jobber kun med gravide. Til tross for dette skal fastleger på lik linje med jordmødre kjenne til og etterleve retningslinjene for svangerskapsomsorgen i oppfølgingen av den gravide. Det er imidlertid kjent at fastleger har svært mange retningslinjer å forholde seg til i sin praksis og studier viser at det er en utfordring å følge alle (Hetlevik, Getz & Kirkengen, 2008). Vi har i prosessen med denne oppgaven vært i kontakt med leder for Norsk Allmennlegeforeningen. Hun presiserte at de fleste fastleger oppsøker informasjon om retningslinjene direkte på Helsedirektoratets hjemmeside eller gjennom NEL (Norsk Elektronisk Legehåndbok). Jordmødrene har til sammenligning langt færre retningslinjer de følger i sin praksis i svangerskapsomsorgen.

I høringsuttalelsen fra Den Norske Jordmorforeningen, som kom i forbindelse med revisjonen av retningslinjen i 2014, ble det presisert at et overveldende flertall av jordmødrene var positive til å spørre alle gravide om vold (Den norske jordmorforeningen, 2014). I en nyere kvalitativ norsk studie kom det imidlertid frem at flere av jordmødrene følte seg provosert av de nye retningslinjene da de mener de blir tvunget til å gjøre en oppgave de ikke har god nok trening i å gjøre. De var kun motivert til å gjøre det ut av en følelse av moralsk plikt, ikke fordi de var enig med retningslinjen krav til å spørre alle gravide (L. Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen & Lukasse, 2017). Den Norske Legeforeningen uttrykte på sin side skepsis til å spørre alle om vold under høringsrunden og begrunnet dette med at området ikke var tilstrekkelig beskrevet og utredet. De påpekte at et konkret spørsmål om vold kun bør stilles der helsepersonell har grunn til å tro at vold forekommer (Den norske legeforening, 2014). Flere studier har sett på helsepersonells holdninger til screening for vold og i noen av disse studiene kommer det frem at en del ikke ser på dette som sin rolle (Sprague et al., 2012;

Temmerman, Van Egmond, Verstraelen & Roelens, 2006). Etter et prosjekt med opplæring i screening og håndtering av vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen rapporterte alle jordmødrene i en studie om positive holdninger til å spørre de gravide om vold. De mente dette var en fundamental del av deres rolle som jordmødre og de uttrykte at de var stolte av å kunne støtte de gravide kvinnene og gi de muligheten til å gjøre noe med sin vanskelige livssituasjon (Baird et al., 2011). I våre resultater kommer det frem at 89% av jordmødrene og 71% av fastlegene i Oslo og Akershus mener screening for vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen er viktig. Da det er fastleger og jordmødre som har ansvaret for svangerskapsomsorgen i Norge, kan dette tyde på at våre respondenter har en positiv holdning til at det er deres rolle å avdekke vold.

### *5.1.2 Tidlig tematisering av vold*

I den norske retningslinjen er det presisert at vold bør tematiseres så tidlig i svangerskapet som mulig. Til sammenligning har WHO og NICE ingen slik anbefalinger i retningslinjene sine (NICE, 2008; WHO, 2016). Resultatene våre viser at majoriteten av jordmødrene og fastlegene tematiserer vold tidlig i svangerskapet og dermed etterlever retningslinjen i tråd med helsedirektoratets anbefalinger. I NKVTS sin rapport bestemte jordmødrene selv når de skulle screene kvinnene for vold, men de ble anbefalt å screenes så tidlig som mulig i svangerskapet. Begrunnelsen var at dersom kvinnen var utsatt for vedvarende vold under svangerskapet ville skadepotensialet, både for kvinnen og det ufødte barnet, øke jo lenger volden varte (Hjemdal & Engnes, 2009, s. 35).

Selv om man har en god screeningstest, er det flere som ikke lar seg teste. Man bør derfor vurdere fremmøte grundig og spesielt legge vekt på ting som kan påvirke fremmøte i både positiv og negativ retning (Magnus & Bakketeig, 2013, s. 186). Gravide som er utsatt for vold kommer ofte senere inn i svangerskapsomsorgen enn de som ikke er utsatt og har ifølge McFarlane dobbelt så høy sannsynlighet for å komme til sin første svangerskapskonsultasjon så sent som i 3. trimester (1993). Det kan dermed være en utfordring å tematisere vold da det vil innebære at jordmor eller fastlege har et langt større tidspress.

### *5.1.3 Andel gravide spurt om vold*

Funnene i vår kartlegging viser at 56% av alle jordmødre i Oslo og Akershus spør alle gravide om vold og ingen jordmødre spør ingen. I undersøkelsen til Lena Henriksen og Norske Kvinners sanitetsforening i 2016 svarte 42% av jordmødrene at de spurte alle gravide om vold



og 11 % spurte ingen (L Henriksen, 2017). Til sammenligning ble halvparten av de gravide spurt om vold i NKVTS sitt prosjekt (Hjemdal & Engnes, 2009, s. 37). Resultatet viser en positiv tendens, men da vi ikke har hatt tilgang til underliggende datamateriell i de tidligere studiene, kan vi på ingen måte konkludere at den positive utviklingen er statistisk signifikant.

Resultatene viser at det er få respondenter blant fastlegene som spør gravide om vold i svangerskapsomsorgen. I en spørreundersøkelse gjennomført blant gynekologer i Belgia viste funn at kun 8 % stilte rutinemessige spørsmål til de gravide. Studien hadde som bakgrunn at det nylig var anbefalt at alle gravide kvinner burde bli screenet for partnervold.

Undersøkelsen konkluderte med at gynekologene ønsket å screene gravide i forhold til partnervold, men gjennomføringen var utfordrende. Studien konkluderte videre med at screening, screeningverktøy, informasjon om partnervold og retningslinjer for oppfølging av de gravide som var utsatt for vold kunne være viktige tiltak. På daværende tidspunkt var det ikke innført en retningslinje for gynekologene i Belgia (Temmerman et al., 2006). Våre funn tyder imidlertid på at selv om retningslinjen innføres, følges den i liten grad av fastleger i Oslo og Akershus. Dette kan være fordi det per i dag ikke er enighet om validert screeningverktøy slik de også etterlyser i den belgiske studien fra 2008. I høringssvaret fra den norske legeforening var manglende konsensus om validerte screeningverktøy en av innvendingene de hadde mot screening for vold i svangerskapet (Den norske legeforening, 2014).

Resultatene i denne kartleggingen viser at de jordmødrene som sier de spør alle gravide om vold i nære relasjoner avdekker mer vold enn de som ikke spør alle. Nasjonale prevalenstill viser at det til enhver tid er gravide som er utsettes for vold i nære relasjoner (Haaland et al., 2005; Mirjam Lukasse et al., 2012; Sørbø et al., 2013). Med bakgrunn i prevalenstillene og det faktum at det i begge yrkesgruppene er oppgitt lang arbeidserfaring, er det nærliggende å tro at flere skulle ha avdekket vold. Enten pågående eller tidligere voldserfaringer. Vår studie viser at ingen av fastlegene spør alle gravide om vold, et fåtall spør noen, og de avdekker ifølge våre resultater mindre vold enn jordmødrene. Konsekvensene av vold i svangerskapet er store for både mor og barn (Grimstad, 2000; Kendall-Tackett, 2007; Sarkar, 2008; Shah & Shah, 2010). Det er dermed problematisk at ikke alle blir spurt når det er vist at ved å spørre alle systematisk, avdekkes vold i større grad (O'Doherty et al., 2015).

Fastleger har et særskilt ansvarsområde når det kommer til gravide med tilleggsrisiko, og et ekstra ansvar i forhold til oppfølging av denne målgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet,

2009). Vi har stilt oss spørsmål underveis om det kan være en forklaring på hvorfor fastlegene ikke spør like mange gravide om voldutsatthet som jordmødrene. Den første landsdekkende norske undersøkelsen om vold i parforhold viste at av kvinner som har tatt kontakt med hjelpeapparatet etter trusler og vold fra partner, oppgir politiet, tett etterfulgt av fastlege som den hjelpeinstansen de oppsøker. Den høyeste andelen respondenter i den landsdekkende undersøkelsen som var fornøyd med hjelpen de mottok, oppga at de hadde vært hos fastlege (Haaland et al., 2005). Undersøkelsen viser at fastleger er viktige i avdekkingen av vold og viser videre at fastleger avdekker vold i stor grad på andre tidspunkt enn i svangerskapsomsorgen. Dette kan være en av flere mulige forklaringsfaktorer hvorfor færre fastleger unngår å spørre spesifikt under svangerskapet. I høringssvaret fra legeforeningen, ble det påpekt at de anså det viktig å sikre kontinuitet i behandlingstilbudet for personer som er utsatt for vold ettersom de mente volden også foregår utenfor svangerskapsperioden (Den norske legeforening, 2014).

Anbefalingen om å spørre alle gravide om de er utsatt for vold er en sterk anbefaling. (Helsedirektoratet, 2018). Til sammenligning er anbefalingen om blodtrykksmåling og proteinanalyse i urin av den gravide for å identifisere preeklampsi, også sterke anbefalinger (Helsedirektoratet, [2019]). Globalt antyder en studie at vold under graviditeten er mer vanlig enn flere kjente helsetilstander hos mor som det screenes for i fødselsomsorgen, blant annet preeklampsi (Devries et al., 2010). Tall fra medisinsk fødselsregister viser at 2,5-3% av gravide ble rammet av preeklampsi i årene 2015-2017 (Folkehelseinstituttet, 2017) og prevalenstall på voldutsatthet i Norge anslår at 1-5 % av de gravide utsette for vold (Haaland et al., 2005; Mirjam Lukasse et al., 2012; Sørbo et al., 2013). Det er lite tenkelig at en jordmor eller fastlege unngår å utføre undersøkelser for å avdekke preeklampsi. Komplikasjonene og konsekvensene av begge utfallene kan potensielt være svært alvorlige (Harmon et al., 2015). Vår studie viser at helsepersonell ikke følger anbefalinger om å spørre alle om vold. Dette samsvarer med tidligere Norske funn (Henriksen, 2016; Hjemdal 2007). Vold i nære relasjoner kan imidlertid være et vanskelig og sensitivt tema for mange spørre om, og det er i internasjonale studier identifisert flere pasientrelaterte barrierer for å spørre om vold (L. Henriksen et al., 2017; McCall-Hosenfeld, Weisman, Perry, Hillemeier & Chuang, 2014; Waalen et al., 2000; Wright & Geraghty, 2017). I en kvalitativ studie beskrev jordmødrene at vold er utfordrende å spørre om, uansett erfaring, motivasjon eller trening de hadde mottatt (L. Henriksen et al., 2017). På den andre siden setter mange kvinner setter pris på muligheten til å bli spurt om potensiell eller faktisk vold, selv om vold ikke avdekkes (Creedy et al.,

2019; Hjemdal & Engnes, 2009). I en britisk studie kom det frem at 94% av de som ble spurt mente at de var komfortable med at jordmor spør om vold i nære relasjoner. Videre mente 96% av kvinnene i denne studien at det var riktig at jordmor skulle spørre om vold og 95% oppga at de forsto hvorfor jordmor må spørre (Baird et al., 2011). På den andre siden kommer det i andre studier frem at kvinner ikke utelukkende syntes det er positivt å bli spurt og mange opplever det som truende og skamfullt (Edin et al., 2010).

#### *5.1.4 Kjennskap til hjelpetilbud*

I en kvalitativ norsk studie kom det frem at de gravide kvinnene som opplevde vold i svangerskapet manglet oversikt over det formelle hjelpeapparatet og brukte mye tid, penger og ressurser på å finne hjelp. De savnet en person som kunne gi de oversikten og koordinere hjelpetilbudene (Engnes et al., 2013). Ved spørsmål om vold, understreker WHO i sine anbefalinger for svangerskapsomsorgen nødvendigheten av tilstrekkelig kapasitet til å formidle en støttende respons. En av minimumsstandardene er at helsepersonellet må ha et system for hvor den gravide skal henvises videre i tilfeller der vold avdekkes (WHO, 2016). NKVTS konkluderer også i sin rapport med at en av betingelsene for at screening skal innføres som et allment tiltak i svangerskapsomsorgen, er at de voldsutsatte kvinnene sikres oppfølging (Hjemdal & Engnes, 2009). I spørreundersøkelsen vår ble deltagerne stilt spørsmål om de kjenner til kommunen/bydelens tilbud til den gravide som utsettes for vold. Resultatene viser at 79% av jordmødrene og 29% av fastlegene kjenner til kommunens eller bydelens tilbud til gravide som utsettes for vold. Det kommer tydelig frem i helsedirektoratets retningslinjer at helsepersonell bør henvisne og/eller sørge for riktig hjelp til gravide som er utsatt for vold (Helsedirektoratet, 2018). NKVTS belyste imidlertid i sin rapport at jordmor ikke har henvisningsrett. Dette mente de kunne bli en utfordring med tanke på gravide som trenger henvisning til andre hjelpeinstanser som DPS og psykolog (Hjemdal & Engnes, 2009).

Blant jordmødrene oppgir 65% at de har utarbeidet prosedyrer som omhandler tiltak om en gravid sier hun er utsatt for vold i nære relasjoner ved deres helsestasjon. Blant fastlegene oppgir 8% at de har utviklet prosedyrer som omhandler tiltak om en gravid sier hun er utsatt for vold ved sitt fastlegekontor. I Lena Henriksen sin studie svarer under halvparten at de jobbet på helsestasjoner hvor det var utarbeidet retningslinjer rundt problemstillingen (L Henriksen, 2017). Selv om tallene for jordmødre tenderer i positiv retning, er det fremdeles et stykke igjen for gruppen som helhet. Det kunne ha vært oppklarende å ha et eget spørreskjema til ledelsen på helsestasjonene med spørsmål om hvordan retningslinjen er

implementert og organisering av tjenesten. Dette for å få et bilde av om jordmødrene spør gravide om vold i nære relasjoner ut ifra egne vurderinger eller sentrale føringer. I NKVTS sin rapport kom det frem at jordmødrene syntes det var godt å ha et konkret opplegg å forholde seg til når de skulle spørre om vold. Jordmødrene oppga etter dette prosjektet at ansvaret på sett og vis ble løftet fra deres skuldre (Hjemdal & Engnes, 2009).

#### *5.1.5 Konsultasjon med kvinnen alene*

Det blir i retningslinjen gitt anbefalinger om å sette av en eller flere konsultasjoner alene uten partner tilstede (Helsedirektoratet, [2019]). Dette samsvarer med internasjonale retningslinjer og anbefalinger hvor det vektlegges at screening av gravide bør gjennomføres når kvinnen føler seg trygg; med andre ord, en voldelig partner bør ikke være tilstede (NICE, 2008; WHO, 2016). I NKVTS sitt prosjekt ble det satt som forutsetning at jordmor skulle være alene med kvinnen når hun spurte om voldsutsatthet. Tanken var at hvis en voldelig partner får kjennskap til at den gravide blir spurt om voldsutsatthet kan dette i verste fall utløse ytterligere voldsbruk, enten som hevn for å ha fortalt om volden, eller for å forhindre at hun forteller (Hjemdal & Engnes, 2009). En rutine som tilbyr hver kvinne en privat konsultasjon vil kunne lette det å spørre om vold (Stenson, 2004).

I undersøkelsen vår, svarte majoriteten av både jordmødre og fastleger at de setter av en eller flere konsultasjoner med den gravide alene; jordmødrene i noe høyere grad enn fastlegene. Dette er i tråd med retningslinjens anbefaling. Et av mange symptomer på at en kvinne kan være utsatt for vold, er partners påtrengende tilstedeværelse under konsultasjonene. Det bør derfor tilstrebes at en konsultasjon settes av alene for absolutt alle kvinner (WHO, 2016). Dette er selvfølgelig under forutsetning at den voldelige partneren ikke får kjennskap til at kvinnen spørres om vold. Helsedirektoratet har ikke påpekt at spørsmålet bør unngås dersom kvinnen er i en utrygg setting og partneren er tilstede (Helsedirektoratet, [2019]). I en kvalitativ studie om vold mot kvinner i svangerskapet fortalte noen av mennene som ble intervjuet at de hadde sett positivt på å bli spurt om vold av jordmor (Håland, 2014). Disse mennene var under behandling hos ATV (Alternativ til vold) og kan ikke sies å være representativ for alle menn som utfører vold mot partner. Det ble imidlertid belyst at det kan ses på som uheldig at det er kvinnen som får ansvaret for å informere partneren om konsekvensene volden har for det ufødte barnet når mannen kunne fått denne verdifulle informasjonen fra jordmor i en svangerskapskonsultasjon med både kvinnen og partneren tilstede (Håland, 2014).

### 5.1.6 Pågående og tidligere vold

Vold i nære relasjoner kan ha mange former (Krug et al., 2002). Retningslinjen presiserer at helsepersonell bør få kjennskap til hvilken type vold og omfanget av volden som kvinnen blir eller har blitt utsatt for. Dette er avgjørende for hvilke hjelpetiltak og oppfølging som blir aktuelt (Helsedirektoratet, [2019]). En metaanalyse av 92 studier fra 23 land fant at av volden kvinnene var utsatt for i nære relasjoner var 28% psykisk vold, 14% fysisk vold og 8% seksuell vold (James et al., 2013). Resultatene i vår studie viser at flest respondenter spør om fysisk og psykisk/emosjonell vold når de tematiserer vold i nære relasjoner. Et noe mindre antall spør om seksuell vold. Dermed spør våre respondenter om de to voldsformene som forekommer oftest ifølge norske og internasjonale prevalensstudier (James et al., 2013; Sørbo et al., 2013).

Viktigheten av å avdekke pågående vold i nære relasjoner i svangerskapet vektlegges av WHO når de til tross for at de ikke anbefaler en generell screening av vold i nære relasjoner mot kvinner, presiseres at helsepersonell bør screene i en antenatal setting (WHO, 2013). Av jordmødrene i vår studie oppgir 93% at de spør om pågående vold i sine svangerskapskonsultasjoner. Dette viser at de i stor grad etterlever anbefalingen i den norske retningslinjen som presiserer at det skal om pågående vold når temaet tas opp (Helsedirektoratet, [2019]). Blant fastlegene oppgir 75% at de spør om pågående vold. Forskning viser at pågående vold under svangerskapet er forbudt med alvorlig risiko for både mor og barn (Dahlen et al., 2018; L. J. McFarlane et al., 2014; Moraes et al., 2006; Sarkar, 2008). Når forskning også viser en økning av risikoatferd hos gravide utsatt for vold, som gir ytterligere risiko for mor og barn, (Dahlen et al., 2018; Grimstad, 2000; Jahanfar, Janssen & Howard, 2011; Shah & Shah, 2010) er det for voldsutsatte gravide og deres barn avgjørende at pågående vold avdekkes (Krug et al., 2002).

Tidligere voldserfaring er også vist å ha store konsekvenser for helse og velvære senere i livet. En norsk studie fra 2007 fant høy korrelasjon mellom nivå av fysisk og seksuell vold og antall somatiske symptomer og sykdom hos en populasjon kvinner i reproduktiv alder. De fant at dette var konsistent gjeldende på tvers av ulike symptomer og at det var et dose-respons forhold mellom vold og symptomer (Eberhard-Gran et al., 2007). Flere studier viser at tidligere erfaringer med vold og overgrep kan prege svangerskap, fødsel og barseltid betydelig (Hillis et al., 2004; Kendall-Tackett, 2007; Mirjam Lukasse et al., 2012; M. Lukasse et al.; Mezey et al., 2005). Retningslinjen presiserer at den gravide også skal spørres om tidligere voldserfaringer (Helsedirektoratet, [2019]). Blant våre respondenter svarer 94% av jordmødrene at de spør om

tidligere vold. Blant fastlegene svarer 25% at de spør om tidligere vold. Kvinner som har vært utsatt for vold og overgrep i barndommen rapporterer om signifikant flere svangerskapsplager enn kvinner som ikke har vært utsatt. På bakgrunn av dette bør jordmor eller fastlege vurdere om kvinnen kan ha vært utsatt for vold eller overgrep hvis hun oppgir å ha flere svangerskapsplager enn det som er ansett som normalt (M. Lukasse et al., 2009).

#### *5.1.7 Barrierer*

Barrierer mot screening for vold i nære relasjoner er godt beskrevet i studier (Barnett, 2005; Colarossi, Breitbart & Betancourt, 2010; Sprague et al., 2012; Wright & Geraghty, 2017). Grunner som oppgis er: tidspress, mangel på opplæring, partners tilstedeværelse, språkproblemer og liten tro på at screening har noe hensikt (Baird et al., 2011; L Henriksen, 2017; Hjemdal & Engnes, 2009; Sprague et al., 2012; Wright & Geraghty, 2017). Studier viser også at det ikke er noen farer forbundet med screening for vold i nære relasjoner og at screening i seg selv kan ha en positiv styrkende (empowering) effekt på kvinner og styrker deres forhold til helsepersonell (Chisholm et al., 2017). Det er derfor viktig at barrierer for screening identifiseres og adresseres slik at terskelen for å spørre om vold blir lavere.

Jordmødrene i vår kartlegging oppgir «kvinnen kommer ikke alene» som hovedårsak til at de ikke spør om vold. Dette stemmer med funn fra andre studier der den mest rapporterte barrieren for screening er partners tilstedeværelse (Baird et al., 2011; L Henriksen, 2017; Hjemdal & Engnes, 2009). Alternative løsninger på partners konstante tilstedeværelse er beskrevet i en studie der jordmødrene blant annet plasserte vekten i et annet rom slik at de kunne ta med seg kvinnen ut av konsultasjonsrommet under påskudd at de skulle ta vekt til svangerskapsjournalen. På denne måten fikk de litt tid med kvinnen alene og kunne spørre henne under fire øyne om hun trengte å snakke med jordmor om situasjonen i hjemmet. En annen løsning som ble beskrevet var å be kvinnene sette et lite merke på uringlasset de hadde med seg for å signalisere til jordmor at de ønsket å gjøre en avtale om å komme alene uten partner (Baird et al., 2011). Selv om løsningene er noe uortodokse, er dette praktiske eksempler på hvordan en jordmor eller fastlege kan avdekke vold der partners tilstedeværelse er en hindring.

Blant de få fastlegene som svarte, oppgis ingen rutine for oppfølging av vold som hovedårsak. Manglende rutine for oppfølging er den årsaken som nevnes minst blant jordmødrene. Resultatene viser også at flertallet av jordmødrene har utarbeidet prosedyrer ved avdekking av vold på arbeidsplassen. Svært få fastleger oppgir det samme. WHO presiserer at det må

foreligge gode rutiner ved avdekking av vold i nære relasjoner som en av kravene til å screene (WHO, 2013). Studier gjort på barrierer mot screening har imidlertid vist at slike rutiner ofte mangler eller ikke er gode nok (Colarossi et al., 2010; Hjemdal & Engnes, 2009). I prøveprosjektet til NKVTS fra 2009, oppga flere av jordmødrene at de syntes det var godt å begrunne spørsmålet og vold med, «dette er et prøveprosjekt» (Hjemdal & Engnes, 2009). Det er nærliggende å tro at det å begrunne spørsmålet som del av et organisert prøveprosjekt vil kunne gjøre det lettere å komme inn på temaet.

Etterutdanning og aktiv læring fra eksperter nevnes som viktige faktorer for en vellykket implementering av retningslinjer (Fischer et al., 2016) og det konkluderes i flere internasjonale studier at opplæring av helsepersonell er et viktig tiltak (Hegarty et al., 2013; Sprague et al., 2012). Resultatene våre viser at færre fastleger har hatt opplæring enn jordmødrene. En av barrierene mot screening som oftest rapporteres i studier, er mangel på kunnskap og opplæring blant helsepersonell (Waaen, 2000, O'Doherty, 2015, Henriksen, 2017, Colarossi, 2010, Calderón, 2008). WHO setter opplæring i å snakke om vold som betingelse for å screene for vold i nære relasjoner. WHO påpeker videre at opplæring i å screene alene ikke er nok. Helsepersonell må også vite hvordan de skal behandle den voldsutsatte og vite hvor og hvordan de henviser videre til relevante hjelpetilbud (WHO, 2013). I tilfellene der helsepersonell sier de har kliniske ferdigheter på å identifisere, behandle, dokumentere og henviser kvinnen, viser studier at identifiseringsraten av vold i nære relasjoner øker og holdningene til screening blir mer positiv (Baird et al., 2011; Calderón, Gilbert, Jackson, Kohn & Gerbert, 2008; Colarossi et al., 2010; Hegarty et al., 2013).

Resultatene viser at ingen jordmødre oppgir mangel på opplæring som grunn til ikke å spørre, og kun tre fastleger oppgir dette som årsak. Vi ble i prosessen med denne studien gjort oppmerksom på at det har pågått et opplæringsprosjekt i regi av forskere ved OsloMet i regionen undersøkelsen har funnet sted. Dette kan være en årsak til at mangel på opplæring ikke oppgis som barriere av jordmødre av jordmødre i Oslo og Akershus. Etter et stort prosjekt for jordmødre i Bristol, med opplæring i screening og håndtering av vold i nære relasjoner blant gravide, rapporterte alle jordmødrene som hadde deltatt i prosjektet positive holdninger til å spørre de gravide om vold (Baird et al., 2011). De mente dette var en fundamental del av deres rolle som jordmødre og de uttrykte at de var stolte av å kunne støtte de gravide kvinnene og gi de muligheten til å gjøre noe med sin vanskelige livssituasjon (Baird et al., 2011).

## 5.2 Diskusjon metode

I dette kapittelet diskuteres oppgavens styrker og svakheter i forhold til design, spørreskjema, utvalg og datainnsamling.

### 5.2.1 Design og utvalg

Det ble i denne studien benyttet kvantitativ metode i form av en deskriptiv tverrsnittstudie med bruk av spørreskjema. Valg av design har vært hensiktsmessig for å besvare studiens problemstilling. En fordel med en spørreundersøkelse er at den samler mye informasjon på en kostnadseffektiv måte over kort tid, en ulempe er at den er lite effektiv for å få tak i endringer som skjer over tid (Thrane, 2018, s. 146). Vi kan ikke i denne undersøkelsen si sikkerhet si noe om årsakssammenhengen mellom opplæring og andel gravide spurt om vold. Studien har derfor lav intern validitet da vi ikke med høy grad av sikkerhet kan trekke en kausal slutning på bakgrunn av studiens design (Ringdal, 2018, s. 136). Selv om en tverrsnittstudie ikke kan si noe om årsakssammenheng, kan en enkel deskriptiv analyse i seg selv ha stor verdi da den kan kaste lys over viktige samfunnsfenomen (Thrane, 2018, s. 171).

Prevalensstudier er følsomme for seleksjonsfeil (Magnus & Bakketeig, 2013). Den største utfordringen ved bruk av spørreundersøkelser er ofte frafallet noe vi ser tydelig i vår studie (Johannessen et al., 2016, s. 248). Det var forventet en lavere svarprosent blant fastlegene, imidlertid ikke så lavt som det faktisk ble. Fastleger og jordmødre mottar mange spørreundersøkelser. Vi ble i forkant av studien gjort oppmerksom av erfarne forskere ved OsloMet, at Oslo-området mottar spesielt mange spørreundersøkelser. Svarprosenten i spørreundersøkelser har gått ned de siste årene på grunn av det som kalles «Overload» (Johannessen et al., 2016, s. 248). Dette kan mulig være en av flere forklaringer på den lave svarprosenten hos fastlegene.

Funnene våre kan si noe om tendensene i Oslo og Akershus blant jordmødrene, da svarprosenten her var relativt høy, og alle jordmødrene i Oslo og Akershus ble inkludert i studien. Da kun et lite utvalg av fastleger i Oslo og Akershus ble inkludert, og svarprosenten er svært lav, vil resultatene derfor ikke kunne si noe om tendensen generelt hos fastlegene. Den eksterne validiteten i studien er derfor begrenset da resultatene ikke kan generaliseres til andre fylker (Ringdal, 2018, s. 136). Innledningsvis ble det vurdert å gjøre en landsdekkende kartlegging lik Lena Henriksen og Norske Kvinner Sanitetsforening sin studie. Dette ville kunne gi høyere validitet og mulighet for å generalisere resultatene (Polit & Beck, 2017). Da dette ble ansett for å være en for omfattende prosess, og tid er et begrensende aspekt, ble det



derfor besluttet å gjennomføre denne undersøkelsen i Oslo og Akershus. Vi valgte å inkludere fylkene Oslo og Akershus da de har en stor andel av landets befolkning og dermed en stor andel jordmødre og fastleger som jobber i svangerskapsomsorgen.

### 5.2.2 Spørreskjema

Spørreskjemaet som er brukt i studien er utviklet med bakgrunn i to tidligere spørreskjemaer som er utviklet av erfarne forskere i Norge og England. Ifølge Johannesen er det en fordel at spørsmålene tidligere har vært testet og at data kan sammenlignes (Johannessen et al., 2016). Før spørreunderskjema ble ferdigstilt ble det gjennomført en pilotundersøkelse blant jordmødrene. Da svarprosenten hos fastlegene ble lav ser vi i ettertid at vi med fordel kunne sendt ut en pilotundersøkelse til fastleger.

Selv om det ble brukt nøye utvalgte spørsmål fra tidligere studier på emnet og foretatt justeringer av spørreskjema etter pilotundersøkelsen, kom det frem begrensninger og mangler ved spørreskjema når data skulle analyseres. Vi ser i etterkant av studien at flere svaralternativer under spørsmålet om grunner til ikke å spørre om vold burde blitt inkludert. Vi har heller ikke definert begrepet vold i nære relasjoner i spørreundersøkelsen, eller gitt instruksjoner til hvor respondentene kan finne definisjonen. I spørreundersøkelsen og oppgaven er det derfor lagt til grunn den forståelsen jordmødrene og fastlegene har av begrepet «vold i nære relasjoner». Dette kan sies å være en svakhet da noen av respondentene kan ha svart på undersøkelsen med en annen forståelse av begrepet.

Spørsmål om helsepersonells praksis med å følge nasjonal faglig retningslinje kan anses å være et sensitivt spørsmål. Det er derfor viktig at spørsmålene utformes slik at respondentene føler mindre behov for å svare i sosialt ønskelig retning (Johannessen et al., 2016). Med bakgrunn i dette ble en anonym elektronisk spørreundersøkelse ansett å være en velegnet metode. Her er forskerne ikke i kontakt med deltagerne på noen som helst måte, respondentene kan svare på spørreskjema når de er helt alene og svarene som gis kan ikke spores tilbake til respondenten. Anonyme spørreskjema som kan fylles ut alene på kontoret gir en beskyttet svarsituasjon som er ønskelig når man skal svare på spørsmål som kan være truende for oppfattelsen av egen praksis. Dette skaper imidlertid et tilleggsproblem når det blir nødvendig å purre på deltagerne som ikke har svart.

Det var ønskelig å ha med holdningsspørsmål for å kartlegge respondentenes meninger om og vurdering av fenomenet screening for vold i nære relasjoner. Det anbefales at man har en

index med mange spørsmål for å kunne fange opp kompleksiteten i holdninger og styrke begrepsvaliditeten (Johannessen et al., 2016, s. 272). Vi har kun to holdningsspørsmål i vår undersøkelse og kan derfor i begrenset grad si noe om holdningene til respondentene.

### 5.2.3 *Analyse av data*

Feil ved manuell innlegging av data kan forekomme (Polit & Beck, 2017). Data ble derfor lagt inn manuelt og kontrollert av begge forfatterne og det ble gjennomført flere stikkprøver av alle skjemaene.

Prosentandel er en standardisering som gjør det lettere leseren å tolke resultatene (Johannessen et al., 2016). På grunn av lite antall respondenter blant fastlegene kan det være problematisk å prosentueres resultatene i vår studie. Der det er få respondenter i en fordeling vil hver respondent utgjøre en større prosentandel og dette vil få konsekvenser for svarfordelingen (Johannessen et al., 2016, s. 282). Dette har vi allikevel valgt å gjøre for å kunne presentere resultatene fra jordmødrene med deskriptiv statistikk og ha muligheten for noen form for sammenligning. Det fremgår i Johannesen at det lar seg gjennomføre å prosentueres med antall respondenter over 20 (2016).

## **5.3 Implikasjoner for praksis**

Denne studien gir et bilde av hvilke kjennskap jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus har til nasjonal faglig retningslinje i svangerskapsomsorgen, vold i nære relasjoner, og i hvilken grad de etterlever anbefalingene i retningslinjen i dag. Studien kan bidra til å belyse et viktig tema, og gir et innblikk i hvordan vold i nære relasjoner imøtekommes i svangerskapsomsorgen. Overfor ledere i kommunehelsetjenesten og for Helsedirektoratet som utarbeider retningslinjer kan funnene i studien være nyttig i videre planlegging av tiltak og ressursfordeling. Økt innsikt i hvordan vold avdekkes og følges opp vil kunne bidra til at flere gravide som lever med vold fanges opp av hjelpeapparatet og får et bedre behandlingstilbud. Kunnskaper om hvilke barrierer som finnes der ute for å spørre alle gravide om de er utsatt for vold vil kunne bidra til økt fokus på tiltak som opplæring og veiledning.

Til videre forskning på emnet kunne det være interessant å kartlegge hvordan jordmødre og fastleger forholder seg til en sterk anbefaling i en retningslinje, og hva som gjør at de følger anbefalingen eller ikke. Det kunne også vært interessant med en fremtidig studie med flere og mer utdypende spørsmål rundt årsaker til hvorfor det ikke spørres om vold.

## 6.0 KONKLUSJON

Denne studien har kartlagt kjennskap og etterlevelse av nasjonal faglig retningslinje i svangerskapsomsorgen som omhandler vold i nære relasjoner blant jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus. Kartleggingen viser at det er ulik kjennskap og etterlevelse av retningslinjen blant jordmødre og fastleger. Jordmødrene oppgir å ha god kjennskap til retningslinjen og over halvparten sier de spør alle de gravide om de er utsatt for vold i nære relasjoner. Ingen av jordmødrene svarte at de ikke spør noen. Antall respondenter er lav blant fastlegene i denne studien og det er derfor begrenset hva vi kan si om denne gruppen ut fra våre funn. De fastlegene som svarte på undersøkelsen rapporterte lav kjennskap til retningslinjen og majoriteten av fastlegene oppgir å ikke spørre noen gravide om vold. Jordmødrene har rapportert at de følger anbefalingene fra helsedirektoratet i stor grad på flere områder, og på de fleste områder i større grad enn fastlegene. En mulig forklaring på dette kan være at fastleger avdekker vold på andre tidspunkt enn i svangerskapsomsorgen.

Det er viktig å identifisere og adressere barrierer blant jordmødre og fastleger slik at terskelen for å spørre om vold blir lavere. Mer forskning på emnet og en ny landsdekkende studie, som inkluderer både jordmødre og fastleger, kunne vært nyttig.

## 7.0 REFERANSELISTE

- Aune, I. & Kolset, I. (2017). Svangerskapsomsorgen. . I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka; Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 272-285). Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Baird, K., Salmon, D., White, P. & North Bristol NHS Trust. (2011). A five year follow up study of the Bristol Pregnancy and Domestic Violence Programme (BPDVP) to promote routine antenatal enquiry for domestic violence at North Bristol Trust. Project Report. Hentet 23.05.2019 fra <http://eprints.uwe.ac.uk/15424>
- Barnett, C. (2005). Exploring midwives' attitudes to domestic violence screening. *British Journal of Midwifery*, 13(11), 702-705.  
<https://doi.org/10.12968/bjom.2005.13.11.19994>
- Blix, E. (2017). Perinatal epidemiologi. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka* (2. utg., s. 83-89). Oslo: Cappelen Damm.
- Brodèn, M. (2015). *Graviditetens muligheter: En tid hvor relationer skabes og udvikles* (2. utg.). København: Akademisk forlag.
- Brown, S. J., McDonald, E. A. & Krastev, A. H. (2008). Fear of an intimate partner and women's health in early pregnancy: findings from the Maternal Health Study. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 35(4), 293. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00256.x>
- Calderón, S. H., Gilbert, P., Jackson, R., Kohn, M. A. & Gerbert, B. (2008). Cueing Prenatal Providers: Effects on Discussions of Intimate Partner Violence. *American Journal of Preventive Medicine*, 34(2), 134-137. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2007.09.029>
- Cao-Lei, L., de Rooij, S. R., King, S., Matthews, S. G., Metz, G. A. S., Roseboom, T. J. & Szyf, M. (2017). Prenatal stress and epigenetics. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.05.016>
- Casanueva, C. E. & Martin, S. L. (2007). Intimate Partner Violence During Pregnancy and Mothers' Child Abuse Potential. *Journal of Interpersonal Violence*, 22(5), 603-622.  
<https://doi.org/10.1177/0886260506298836>
- Chisholm, C. A., Bullock, L. & Ferguson, J. E. (2017, no). Intimate partner violence and pregnancy: epidemiology and impact. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217, 141-144. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.05.042>

- Colarossi, L., Breitbart, V. & Betancourt, G. (2010). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence: A Mixed-Methods Study of Providers In Family Planning Clinics. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 42(4), 236-243.  
<https://doi.org/10.1363/4223610>
- Creedy, D. K., Baird, K. & Gillespie, K. (2019). A cross-sectional survey of pregnant women's perceptions of routine domestic and family violence screening and responses by midwives: Testing of three new tools. *Women and Birth*.  
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.06.018>
- Dahlen, H., Munoz, A., Schmied, V. & Thornton, C. (2018). The relationship between intimate partner violence reported at the first antenatal booking visit and obstetric and perinatal outcomes in an ethnically diverse group of Australian pregnant women: a population-based study over 10 years. *BMJ Open*, 8(4).  
<https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-019566>
- Den norske jordmorforeningen. (2014). *Ekstern høring-revisjon av gjeldene nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen på temaet-vold og seksuelle overgrep mot gravide*. Hentet fra  
<https://www.jordmorforeningen.no/politikk/hoeringssvar/hoeringssvar-2014>
- Den norske legeforening. (2014). *Høring-forslag til revisjon av gjeldene nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen på tema- vold og seksuelle overgrep mot gravide*. Hentet fra  
<https://beta.legeforeningen.no/hoeringer/interne/2014/7504/hoeringssvar/>
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C. & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive Health Matters*, 18(36), 158-170.  
[https://doi.org/10.1016/S0968-8080\(10\)36533-5](https://doi.org/10.1016/S0968-8080(10)36533-5)
- Eberhard-Gran, M., Schei, B. & Eskild, A. (2007). Somatic Symptoms and Diseases are more Common in Women Exposed to Violence. *Journal of General Internal Medicine*, 22(12), 1668-1673. <https://doi.org/10.1007/s11606-007-0389-8>
- Edin, K. E., Dahlgren, L., Lalos, A. & Högberg, U. (2010). "Keeping Up a Front": Narratives About Intimate Partner Violence, Pregnancy, and Antenatal Care. *Violence Against Women*, 16(2), 189-206. <https://doi.org/10.1177/1077801209355703>
- Engnes, K., Liden, E. & Lundgren, I. (2013). Women's experiences of important others in a pregnancy dominated by intimate partner violence.(Report). *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 643.

- Field, A. (2018). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (5. utg.). Los Angeles: SAGE.
- Finnbogadottir, H., Dykes, A.-K. & Wann-Hansson, C. (2016). Prevalence and incidence of domestic violence during pregnancy and associated risk factors: a longitudinal cohort study in the south of Sweden.(Report). *BMC Pregnancy and Childbirth*, 16(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12884-016-1017-6>
- Fischer, F., Lange, K., Klose, K., Greiner, W. & Kraemer, A. (2016). Barriers and Strategies in Guideline Implementation—A Scoping Review. *Healthcare*, 4(3), 36.  
<https://doi.org/10.3390/healthcare4030036>
- Folkehelseinstituttet. (2017). Medisinsk Fødselsregister-Statistikbank. I. Hentet fra <http://statistikbank.fhi.no/mfr/>
- forskningsdepartementet, U.-o. (2005). *Rammeplan med forskrift for jordmorutdanningen*. Hentet fra [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan\\_for\\_jordmorutdanning\\_05.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/kd/pla/2006/0002/ddd/pdfv/269373-rammeplan_for_jordmorutdanning_05.pdf)
- Garcia-Moreno, C. (2009). Intimate-partner violence and fetal loss. *The Lancet*, 373(9660), 278-279. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60079-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60079-9)
- Grimstad, H. (2000). *Violence against woman and pregnancy outcome* Bjærum, Trondheim.
- Gundersen, L. (2000). The effect of clinical practice guidelines on variations in care.(Current Clinical Issues). *Annals of Internal Medicine*, 133(4), 317.  
<https://doi.org/10.7326/0003-4819-133-4-200008150-00102>
- Haaland, T., Clausen, S.-E. & Schei, B. (2005). *Vold i praeforhold-ulike perspektiver: Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge* (NIBR-rapport 2005:3). Hentet fra <http://www.hioa.no/content/download/130727/3566384/file/2005-3.pdf>
- Harmon, Q. E., Huang, L., Umbach, D. M., Klungsoyr, K., Engel, S. M., Magnus, P., ... Wilcox, A. J. (2015). Risk of fetal death with preeclampsia. *Obstetrics and gynecology*, 125(3), 628. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000696>
- Hegarty, K., Amp, Apos, Doherty, L., Taft, A., Chondros, P., ... Gunn, J. (2013). Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. *The Lancet*, 382(9888), 249-258. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60052-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60052-5)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *En gledelig begivenhet. Om en sammenhengende svangerskaps-,fødsel-, og barselomsorg*. (St.meld. nr 12 (2008-2009)). Oslo: Helse-

- og omsorgsdepartementet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/25a45886201046488d9c53abc0c8ad3a/no/pdfs/stm200820090012000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2010). Et trygt fødetilbud. Kvalitetskrav til fødselsomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/et-trygt-fodetilbud-kvalitetskrav-til-fodselsomsorgen>
- Helsedirektoratet. (2012). *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer*. Hentet fra [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veileder%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf)
- Helsedirektoratet. ([2019]). Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>
- Helseforskningsloven. (2009). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (helseforskningsloven). Hentet 29.04.19 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-20-44>
- Henriksen, L. (2017). Spør norske jordmødre alle gravide om vold? *Tidsskrift for jordmødre*, 123(1), 24-26.
- Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K. & Lukasse, M. (2017). 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>
- Hetlevik, I., Getz, L. & Kirkengen, A. L. (2008). General practitioners who do not follow practice guidelines - may they have reasons not to? *Allmennleger som ikke følger retningslinjer - kan de ha sine grunner?*, 128(19).
- Hillis, S. D., Anda, R. F., Dube, S. R., Felitti, V. J., Marchbanks, P. A. & Marks, J. S. (2004). The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics*, 113(2), 320. <https://doi.org/10.1542/peds.113.2.320>
- Hjemdal, O. K. & Engnes, K. (2009). *Å spørre om vold ved svangerskapskontroll* (Rapport nr. 1/2009). Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra <https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/asporreomvoldvedsvangerskapskontroll.pdf>
- Håland, K. (2014). *Violence against women in the childbearing period: Women`s and men`s experiences* (Doktoravhandling, Sahlgrenska Akademi ved Univeritetet i Gøteborg,

- Gøteborg, Sverige). Hentet fra  
[https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34849/7/gupea\\_2077\\_34849\\_7.pdf](https://gupea.ub.gu.se/bitstream/2077/34849/7/gupea_2077_34849_7.pdf)
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Oslo: Kommuneforl.
- Jahanfar, S., Janssen, P. & Howard, L. (2011). Title: Interventions for Preventing or Reducing Domestic Violence against Pregnant Women, a Cochrane Systematic Review. *American Journal of Epidemiology*, 173(11), 1354-1354.
- James, L., Brody, D. & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims*, 28(3), 359.  
<https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-12-00034>
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Oslo: Abstrakt.
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner* (St. meld. nr 15 (2012-2013)). Hentet fra  
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-15-20122013/id716442/>
- Justis- og beredskapsdepartementet. (2014-2018). *Et liv uten vold. Handlingsplan mot vold i nære relasjoner*. Hentet fra  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017\\_et-liv-uten-vold.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf)
- Kendall-Tackett, K. A. (2007). Violence Against Women and the Perinatal Period: The Impact of Lifetime Violence and Abuse on Pregnancy, Postpartum, and Breastfeeding. *Trauma, Violence, & Abuse*, 8(3), 344-353.  
<https://doi.org/10.1177/1524838007304406>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (2002). World report on violence an health. Hentet fra  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615\\_eng.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR2O846Tq4JWNq-yg8N3t8B09tCy8\\_GqoubeKEHbRDNscFoCqXEHq7FZ\\_ko](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42495/9241545615_eng.pdf?sequence=1&fbclid=IwAR2O846Tq4JWNq-yg8N3t8B09tCy8_GqoubeKEHbRDNscFoCqXEHq7FZ_ko)
- Lillevik, O. G., Salamonsen, J. S. & Nordhaug, I. (2019). *Vold i nære relasjoner : diskurser og fenomenforståelse*. Oslo: Gyldendal.
- Lukasse, M., Henriksen, L., Vangen, S. & Schei, B. (2012). Sexual violence and pregnancy-related physical symptoms. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 12, 83.  
<https://doi.org/10.1186/1471-2393-12-83>



- Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S. & Oian, P. (2009). Childhood abuse and common complaints in pregnancy. *Birth*, 36(3), 190-199. <https://doi.org/10.1111/j.1523-536X.2009.00323.x>
- Magnus, P. & Bakketeig, L. S. (2013). *Epidemiologi* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- McCall-Hosenfeld, J. S., Weisman, C. S., Perry, A. N., Hillemeier, M. M. & Chuang, C. H. (2014). "I Just Keep My Antennae Out": How Rural Primary Care Physicians Respond to Intimate Partner Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(14), 2670-2694. <https://doi.org/10.1177/0886260513517299>
- McFarlane, J., Parker, B. & Soeken, K. (1996). Abuse During Pregnancy: Associations with Maternal Health And Infant Birth Weight. *Nursing Research*, 45(1), 37-42. <https://doi.org/10.1097/00006199-199601000-00007>
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K. & Bullock, L. (1993). Assessing for abuse during pregnancy: Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 40(1), 93-93. [https://doi.org/10.1016/0020-7292\(93\)90813-C](https://doi.org/10.1016/0020-7292(93)90813-C)
- McFarlane, L. J., Maddoux, L. J., Cesario, L. S., Koci, L. A., Liu, L. F., Gilroy, L. H. & Bianchi, L. A. (2014). Effect of Abuse During Pregnancy on Maternal and Child Safety and Functioning for 24 Months After Delivery. *Obstetrics & Gynecology*, 123(4), 839-847. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000183>
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S. & White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(2), 197-204. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2004.00307.x>
- Moraes, C. L., Amorim, A. R. & Reichenheim, M. E. (2006). Gestational weight gain differentials in the presence of intimate partner violence. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 95(3), 254-260. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2006.08.015>
- NICE. (2008, Februar 2019). Antenatal care for uncomplicated pregnancies; Clinical guideline [CG62]. Hentet 18.06.2019 fra <https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/1-Guidance#clinical-examination-of-pregnant-women>
- NKVTS. ([2019]-a). Om oss. Hentet 16.10.2019 fra <https://www.nkvts.no/om-oss/>
- NKVTS. ([2019]-b). Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. Hentet fra <https://voldsveileder.nkvts.no/>

- Norsk senter for forskningsdata. (2018). Meldeskjema for behandling av personopplysninger. Hentet 23.10.2019 fra [https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/index.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/index.html)
- O'Doherty, L., Hegarty, K., Ramsay, J., Davidson, L. L., Feder, G. & Taft, A. (2015). Screening women for intimate partner violence in healthcare settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (7). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007007.pub3>
- Pallant, J. (2016). *SPSS survival manual : a step by step guide to data analysis using IBM SPSS* (6. utg.). Maidenhead: McGraw Hill.
- Polit, D. F. & Beck, C. T. (2017). *Nursing Research : generating and assessing evidence for nursing practice* (10. utg.). Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Rasmussen, I., Strøm, S., Sverdrup, S. & Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske kostnader av vold i nære relasjoner*. Hentet fra [https://dyhyjqmcimsyl.cloudfront.net/assets/files/5823/va-rapport\\_2012-41\\_samfunnsøkonomiske\\_konsekvenser\\_av\\_vold\\_i\\_naere\\_relasjoner.pdf](https://dyhyjqmcimsyl.cloudfront.net/assets/files/5823/va-rapport_2012-41_samfunnsøkonomiske_konsekvenser_av_vold_i_naere_relasjoner.pdf)
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk. (2012). Fremleggsvurdering. Hentet 09.05 fra [https://helseforskning.etikkom.no/frister/forskningsprosjekt/framleggsvurdering?pdim=34769&\\_ikbLanguageCode=n](https://helseforskning.etikkom.no/frister/forskningsprosjekt/framleggsvurdering?pdim=34769&_ikbLanguageCode=n)
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold : samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforl.
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2014). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sarkar, N. N. (2008). The impact of intimate partner violence on women's reproductive health and pregnancy outcome. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 28(3), 266-271. <https://doi.org/10.1080/01443610802042415>
- Shah, P. S. & Shah, J. (2010). Maternal Exposure to Domestic Violence and Pregnancy and Birth Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analyses. *Journal of Women's Health*, 19(11), 2017-2031. <https://doi.org/10.1089/jwh.2010.2051>
- Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M. & Mossige, S. (2019). *Vold i nære relasjoner*. Scandinavian University Press (Universitetsforlaget).
- Sprague, S., Madden, K., Simunovic, N., Godin, K., Pham, N. K., Bhandari, M. & Goslings, J. C. (2012). Barriers to Screening for Intimate Partner Violence. *Women & Health*, 52(6), 587-605. <https://doi.org/10.1080/03630242.2012.690840>
- Stenson, K. (2004). Men's Violence against Women – a Challenge in Antenatal Care. I.

- Straffeloven. (2005). Lov om straff (LOV-2005-05-20-28) Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Sørbo, M. F., Grimstad, H., Bjørngaard, J. H., Schei, B. & Lukasse, M. (2013). Prevalence of sexual, physical and emotional abuse in the Norwegian mother and child cohort study. *BMC Public Health*, 13(1), 186. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-186>
- Temmerman, M., Van Egmond, K., Verstraelen, H. & Roelens, K. (2006). A knowledge, attitudes, and practice survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*, 6(1), 238. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-6-238>
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode : en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Ulvund, I. (2017). Psykisk, sosiale og sosioøkonomiske endringer i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka: Ansvar, funksjon og arbeidsområdet* (2. utg., s. 297-306). Oslo: Cappelen Damm akademiske.
- Universitetet i Oslo. (2019a). Nettskjema. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/>
- Universitetet i Oslo. (2019b). Skjema som ikke lagrer personopplysninger. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/applikasjoner/nettskjema/hjelp/svaring/ikke-lagre-personinfo.html>
- Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R. & Saltzman, L. E. (2000). Screening for intimate partner violence by health care providers: Barriers and interventions. *American Journal of Preventive Medicine*, 19(4), 230-237. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(00\)00229-4](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(00)00229-4)
- WHO. (2011). Intimate partner violence during pregnancy. Hentet fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO\\_RHR\\_11.35\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70764/WHO_RHR_11.35_eng.pdf?sequence=1)
- WHO. (2013). *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women*. Hentet fra [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1)
- WHO. (2016). *WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience*. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=E2F766170F9594B793B186242380CBD8?sequence=1>

Wright, C. & Geraghty, S. (2017). Barriers to implementing diagnostic domestic violence screening. *The practising midwife*, 20(5), 8, 10.

«

# VEDLEGG

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv



### Informasjonsskriv

#### Kartlegging av nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen, kapittel 7, for jordmødre og fastleger i Oslo og Akershus

I 2014 kom det ny nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. I retningslinjens kapittel 7, som omhandler vold i nære relasjoner, anbefaler helsepersonell å spørre alle gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer.

I forbindelse med vår masteroppgave i jordmorfag ved Oslo Metropolitan University (OsloMet) ønsker vi å kartlegge hvordan denne retningslinjen følges av jordmødre og fastleger. For å få svar på dette sender vi ut et spørreskjema til alle jordmødre ved helsestasjoner i Oslo og Akershus, samt et like stort utvalg fastleger i de samme fylkene. Kartleggingen er i samarbeid med veileder fra OsloMet, førsteamanuensis XXXX.

Spørreskjemaet er inspirert av en lignende studie gjort i regi av Norske Kvinners Sanitetsforening i 2016 og fra en studie gjort i Bristol i 2011. Resultatet fra Norske Kvinners Sanitetsforening sin studie viste at 41 % av jordmødrene spør om vold og ca 11 % sier de ikke spør.

Spørreskjemaet består av 23 spørsmål og vil ta ca 5-8 minutter å besvare. Dersom du har spørsmål til studien kan du kontakte oss på telefon eller epost. Det er frivillig å delta i prosjektet. Ved å besvare spørreskjemaet samtykker du til å være med i studien. Spørreundersøkelsen er helt anonym og din besvarelse vil ikke være mulig å spore tilbake til deg. All data vil bli slettet ved prosjektslutt 24.04.20. Hvis du ønsker å få oppgaven tilsendt kan du ta kontakt med en av de ansvarlige for studien.

Vi setter veldig stor pris på om du tar deg tid til å besvare denne undersøkelsen innen 18.juni. Vi håper alle respondentene svarer slik at vi får en god oversikt over den nåværende oppfølgingen av den nasjonal faglig retningslinje, kapittel 7, «vold i nære relasjoner».

Mvh

XXXX  
[xxx@oslomet.no](mailto:xxx@oslomet.no)  
Tlf: mobilnr.

XXXX  
[xxx@oslomet.no](mailto:xxx@oslomet.no)  
Tlf: mobilnr.

XXXX  
[xxx@oslomet.no](mailto:xxx@oslomet.no)

## Vedlegg 2: Spørreskjema

### Spørreskjema

---

1. Hva er din yrkestittel?

- Jordmor
- Fødslege

2. Hvor mange år har du arbeidet som jordmor/fødslege?

- 0-5 år
- 6-10 år
- 11-20 år
- 20 - mer

3. På en skala fra 1-10, hvor 1 er kjenner ikke og 10 er kjenner svært godt, hvor godt kjent er du med retningslinjen vedrørende vold som kom i 2014?

- 1 Kjenner ikke
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10 Kjenner svært godt.

4. Har innføring av retningslinjen påvirket din praksis?

- Ja
- Nei

5. Har dere utarbeidet retningslinjer/prosedyrer ved fastlegekontoret/helsesstasjonen som omhandler tiltak om en gravid sier hun er utsatt for vold i nære relasjoner?

- Ja
- Nei

6. Har du fått veiledning eller annen opplæring som har gitt deg kunnskaper om hvordan snakke med gravide om vold i nære relasjoner?

- Ja
- Nei

7. Hvis du svarte ja på spørsmål 6 kan du beskrive hva slags type opplæring du har hatt?

8. Vold oppleves for mange helsepersonell som et vanskelig tema å snakke om. Føler du deg komfortabel med å kommunisere med den gravide om vold i nære relasjoner?

- Ja
- Nei

9. Kjenner du til kommunen/bydelens tilbud til gravide som er utsatt for vold i nære relasjoner?

- Ja
- Nei

**10. Hvor stor andel av de gravide spør du om vold i nære relasjoner?**

- Ingen
- Omtrent en fjerdel
- Om lag halvparten
- Over halvparten
- Alle

**Dersom du svarte ingen på spørsmål 10, se bort fra spørsmål 11 - 14.**

**11. Hvilken type vold i nære relasjoner spør du kvinnen om?**

- Fysisk
- Psykisk/emosjonell
- Seksuelle overgrep
- Økonomiske overgrep
- Latent vold
- Andre

**12. Når i svangerskapsforløpet spør du kvinnen om vold i nære relasjoner?**

- 1. Trimester
- 2. Trimester
- 3. Trimester

**13. Spør du om pågående vold i nære relasjoner?**

- Ja
- Nei

**14. Spør du om tidligere voldserfaringer i nære relasjoner?**

- Ja
- Nei

**15. Setter du av én eller flere konsultasjoner med kvinnen alene uten partner?**

- En
- Flere
- Ingen

**16. Har du avdekket vold i nære relasjoner?**

- Ja
- Nei

**17. Hos hvor mange gravide har du avdekket vold de siste 12 månedene?**

- Ingen
- 1-10
- Usikker
- Mer enn 10
- Mer enn 20
- Ikke aktuelt

18. Dersom du har avdekket vold i nære relasjoner, er det pågående og/eller tidligere voldserfaringer?

- Følgende
- Tidligere
- Begge deler
- Her ikke avdekket vold

19. Hvis du ikke spør om vold, hva er grunnen til at du ikke spør?

- Kvinnen kommer ikke alene
- Mangler oppløring
- Lite ressurser til å følge opp
- Ingen rutiner for oppfølging
- Kvinnen kommer få ganger til kontroll
- Spørkeproblemer

Annet, beskriv

20. Hvilket av utsagnene under passer best for deg?

- Jeg har mye kunnskap om vold i nære relasjoner
- Jeg har noe kunnskap om vold i nære relasjoner
- Jeg har lite eller ingen kunnskap om vold i nære relasjoner

21. Screening for vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen er viktig.

- Sterkt enig
- Enig
- Nøytral
- Uenig
- Sterkt uenig

22. Det gjøres nok i svangerskapsomsorgen for å avdekke vold.

- Sterkt enig
- Enig
- Nøytral
- Uenig
- Sterkt uenig

23. Jeg føler jeg har støtte blandt kollegaer for å bruke tid til å avdekke vold.

- Sterkt enig
- Enig
- Nøytral
- Uenig
- Sterkt uenig



## Vedlegg 3: Tilbakemelding NSD

### NSD Personvern

16.05.2019 13:23

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 923300 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

Det er vår vurdering at det ikke skal behandles direkte eller indirekte opplysninger som kan identifisere enkeltpersoner i dette prosjektet, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 16.05.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Prosjektet trenger derfor ikke en vurdering fra NSD.

### HVA MÅ DU GJØRE DERSOM DU LIKEVEL SKAL BEHANDLE PERSONOPPLYSNINGER?

Dersom prosjektopplegget endres og det likevel blir aktuelt å behandle personopplysninger må du melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Vent på svar før du setter i gang med behandlingen av personopplysninger.

### VI AVSLUTTER OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Siden prosjektet ikke behandler personopplysninger avslutter vi all videre oppfølging.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Karin Lillevold  
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

## Vedlegg 4: Tilbakemelding REK

Vår [ref.nr.](#): 2019/945 B

Hei.

Vi viser til skjema for fremleggingsvurdering for prosjekt "Kartlegging av nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen kapittel 7 "vold i nære relasjoner" for jordmødre og fastleger" mottatt 15.05.2019.

Formålet med prosjektet er å kartlegge hvordan nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen kapittel 7 følges av jordmødre og fastleger i svangerskapsomsorgen.

Prosjektets formål er ikke å gi ny kunnskap om helse og sykdom som sådan. Det faller dermed ikke inn under helseforskningsloven, som forutsetter at formålet med prosjektet er å skaffe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. §§ 2 og 4 bokstav a.

Det kreves ikke godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet. Prosjektet kommer inn under de interne regler som gjelder ved forskningsansvarlig virksomhet.

Vi gjør oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende, jf. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Ingrid Dønåsen

Rådgiver

[post@helseforskning.etikkom.no](mailto:post@helseforskning.etikkom.no)

T: 22845523

**Regional komité for medisinsk og helsefaglig  
forskningsetikk REK sør-øst-Norge (REK sør-øst)**  
<http://helseforskning.etikkom.no>

