MASTEROPPGAVE
Master i jordmorfag
Oktober 2019

Jordmødres erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i studien «Trygt Svangerskap»

- En kvalitativ delstudie -

Monografi

Kandidatnummer: 930

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for helsevitenskap

Institutt for sykepleie og helsefremmende arbeid

Antall ord: 16252

Sammendrag

Bakgrunn: Vold mot kvinner i graviditeten er anerkjent som et globalt folkehelseproblem. Vi vet imidlertid lite om effekten av voldsutredning og intervensjon under graviditet og især overfor ikke-etnisk norske. Hensikten med denne masteroppgaven er å undersøke jordmødres erfaringer med deltagelse i en studie som bruker et kultursensitiv mHelse -verktøy i kartlegging og forebygging av vold i svangerskapet og overfor ikke-etnisk gravide. Målet er å undersøke jordmødres erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i studien «Trygt Svangerskap».

Metode: Studien er kvalitativ design med semi-strukturerte individuelle intervjuer med sju informanter, og hvor tematisk analyse er benyttet som analysemetode.

Resultater: Studien viste at jordmødrene lister flere motiverende faktorer for å delta og der især behov for mer kunnskap om vold, bidra til å hjelpe kvinner og anbefalinger fra Nasjonale retningslinjer er framtredende. Jordmødrene opplevde rekruttering til studien som greit, men understreker tilstrekkelig med tid som viktig, og at skrive- og lese ferdigheter og ulik kulturbakgrunn kan være barrierer for deltagelse hos ikke- etnisk norske gravide. Jordmødrene er positive til bruk av mHelse-verktøy, samtidig som de belyser alternative tiltak som personlige konsultasjon og samtaler. Jordmødrene viser til behov for tverrfaglig støtte ved avdekking av vold i svangerskapsomsorgen.

Konklusjon: Denne studien kan belyse hvordan sju strategisk utvalgte jordmødre beskriver erfaringer knyttet til å samtale om vold og deres deltagelse i «Trygt Svangerskap». Jordmødrenes viser et tydelig engasjement for å hjelpe kvinner og har flere motiverende faktorer for å bidra med forskning innenfor temaet vold i svangerskapsomsorgen, dersom forholde legges til rette for det.

Nøkkelord: *Vold i nære relasjoner, jordmødre, screening i svangerskapsomsorgen, evaluering av mHelse og kultursensitivitet.*

Summary

Background: Intimate partner violence (IPV) during pregnancy is recognized as a global health problem. However, little is known about the effects of interventions during pregnancy. The aim of this study is to investigate midwives working in prenatal care experiences when

participating in a study which uses a cultural sensitive mHealth-intervention for screening and prevention of violence during pregnancy (named “Safe Pregnancy”).

Methods: The study is used a quality design with semi-structured individual interviews with seven participants and thematic analyses were used when analysing the data.

Results: This study showed that midwives in prenatal care have multiple motivational factors to participate in research such as; *need for more knowledge about IPV, contribute to help women,* and *recommendations from National guidelines*. Midwives view recruitment tasks as unproblematic but underlines how *time is a challenging factor for recruitment,* and that writing- and reading skills and cultural differences may make a barrier for participation of non- ethnic Norwegians pregnant women. Their view on mHealth tools are positive, however they do point to other alternatives such as individual dialogues and exchanges. The midwives in this study underscore the need for interdisciplinary support when uncovering IPV.

Conclusion: This study shed light on how seven a strategic sampled midwives describe their previous experiences in addressing violence and their participation in “Safe Pregnancy”. The midwives show a clear engagement for helping women and they have multiple motivational factors for contributing to research that involves IPV during pregnancy, if certain conditions are adopted.

Keywords: *IPV, Midwives, Screening tools in prenatal care, mHealth and cultural sensitivity*.

INNHOLDSFORTEGNELSE

1.0 INNLEDNING 7
1.1 Bakgrunn 7
Vold mot kvinner i nære relasjoner og vold i svangerskapet 7
Om Trygt Svangerskap studien 7
1.2 Problemstilling 8
1.3 Begrunnelse og avgrensning 9
Sentrale begreper 9
2.0 TEORETISK PERSPEKTIVER 10
2. 1 Menneskerettighetene, Internasjonale og nasjonale forpliktelser 10
Lovverk vedrørende vold og helsepersonell 10
Opplysningsplikten og taushetsplikten 10
2.1.1 Handlingsplaner og Yrkesetiske retningslinjer 11
Kunnskap om handlingsplaners bruk og nytte 12
Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre og Nasjonale retningslinjer i svangerskapsomsorgen 12
2.2 Relevant forskning vedrørende vold i svangerskapsomsorgen 13
Kunnskap om vold med særlig fokus på jordmors rolle 13
Implementering og evaluering av tiltak og mHelse tiltak som adresserer vold i nære' ... 15
relasjoner under graviditeten 15
mHelse og vold i nære relasjoner 16
3.0 METODE 19
3.1 Kvalitativt design 19
3.1.1 Utvalg og rekruttering av informanter 19
3.1.2 Presentasjon av informantene 20
3.1.3 Materiale 21
3.1.4 Intervjuene 21
3.1.5 Transkribering 22
3.2 Forforståelse 22
3.3 Analysemetode 23
3.4 Etiske overveielser 24
3.5 Relevans, pålitelighet og validitet 25
4.1 Motivasjon for å være med i studiet 26

Behov for mer kunnskap om vold 26
Bidra til å hjelpe kvinner 26
Anbefalinger fra Nasjonale retningslinjer og plikt til å holde seg fagligoppdatert 27
Andre faktorer 27
4.2 Tidligere erfaringer med å samtale om vold i svangerskapet 27
Det er utfordrende å samtale om vold 28
Skape tillit og bli kjent med kvinnen 28
Implementering av Nasjonale Retningslinjer om vold i svangerskapsomsorgen varierer 29
4.3 Erfaringer med rekruttering til studien 29
Greit å rekruttere 30
Tid en utfordrende faktor for rekruttering 30
Praktiske gjennomføringen av rekrutteringen 30
Refleksjon rundt manglende deltagelse 31
Utfordringer knyttet til rekruttering av ikke- etnisk norske 32
Jordmødrenes forslag til å økt deltagelse 33
4.4 Erfaringer med å delta i studien 33
Fordeler for jordmor ved å delta 33
Mulige ringvirkninger for de gravide 34
Samlingene oppleves som nyttige 34
Utfordringer knyttet til deltagelse 35
4. 5 Tanker om filmen 36
Jordmors synspunkter om en trygghetsfremmende film 36
Alternative tiltak 37
4.6 Vanskelig å avdekke nåværende vold - behov for tverrfaglig samarbeid 37
Jordmor kan så et frø 37
5.0 DISKUSJON 39
5.1 Behov for kunnskap 39
Utfordrende og litt skummelt å snakke om vold 40
Kunnskap om Nasjonale retningslinjer – bidra til forskning 41
5.2 Erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i studien 42
Rekruttering av ikke- etnisk norske 45
5.3 Hjelpe kvinner 45
5.4 Mellom Nasjonale anbefalinger og behov for faglig oppdatering og nettverksbygging 47
5.5 Styrker og svakheter 48

6.0 KONKLUSJON 50
LITTERATURLISTE 52
APPENDIX 56

1.0 INNLEDNING

Målet for denne oppgaven å få mer kunnskap om jordmødres erfaringer med å delta i «Trygt Svangerskap» – et forskningsprosjekt som undersøker forekomsten av vold blant gravide og tester en trygghetsfremmende film i svangerskapsomsorgen.

1.1 Bakgrunn

Vold i nære relasjoner er et samfunnsproblem med betydelige konsekvenser for kvinners fysiske, seksuelle, reproduktive og mentale helse (Watts & Zimmerman, 2002).

Omfattende forskning viser at vold mot kvinner forekommer i alle sosiale lag og er et globalt folkehelseproblem (García-Moreno et al., 2013). Vold mot kvinner i nære relasjoner omfatter flere typer vold som blant annet; æresdrap, kjønnslemlestelse, fysisk, psykisk og seksuell vold (Watts & Zimmerman, 2002).

Vold mot kvinner i nære relasjoner og vold i svangerskapet

WHO estimerte at 30% av kvinner i verden har opplevd fysisk og/ eller seksuell vold i løpet av livet fra ekspartner eller partner (García-Moreno et al., 2013). Nasjonalt kompetansesenter for vold og traumatisk stress (NKVTS) peker på at kvinner er betydelig mer utsatt for seksuelle overgrep, og de har også en større totalbelastning av vold og overgrep (Thoresen & Hjemdal, 2014). En metaanalyse vedrørende vold i svangerskapet fra 2013, inkluderte 92 studier fra 23 land. James et al. (2013) viste at 28,4% hadde opplevd psykisk vold, 13,8% hadde opplevd fysisk vold og 8% hadde opplevd seksuell vold (James, Brody & Hamilton, 2013).

Vold mot kvinner i svangerskapet blant ikke- etnisk norske kvinner (utgjør totalt 23% av fødslene i Norge (Tønnessen, 2014)) vet vi imidlertid relativt lite om. Innvandrere er en heterogen gruppe, samtidig vil deres omstendigheter kunne være preget av språkbarrierer, økonomisk usikkerhet, sosial isolasjon og diskriminering. Dette kan gjøre dem særlig sårbare for vold i nære relasjoner (Du Mont & Forte, 2012). En rapport fra WHO (2013) konkluderer med et behov for å oppskalere innsatsen på flere plan for å både forebygge og tilby nødvendig tjenester for kvinner som opplever vold i nære relasjoner (García-Moreno et al., 2013).

Om Trygt Svangerskap studien

Studien *«Trygt Svangerskap»,* (heretter Trygt Svangerskap) er en stor randomisert kontrollert studie (RCT) som innehar flere delstudier (Henriksen et al., 2019). Henriksen et al. sin hypotese er at regelmessig screening for vold i nære relasjoner i svangerskapet - i

kombinasjon med informasjon om temaet - inkludert trygghetsfremmende tiltak - kan ha potensiale til å øke bruken av disse tiltakene og forebygge og redusere forekomsten av vold i nære relasjoner (Henriksen et al., 2019). Studien tester effekten av et mHelse verktøy organisert som en nettbrett-basert intervensjon. Intervensjonene inkluderer en screeningspørreundersøkelse for vold og informasjon om vold via en kort trygghetsfremmende video på det digitale verktøyet. Dette materialet er basert på forskning om screeningsverktøy for vold i nære relasjoner (Henriksen et al., 2019), og er tilgjengelig på flere språk; engelsk, norsk, urdu og somali. Kvinner som blir screenet positivt (har vært eller er utsatt for vold) ble randomisert til å enten se materialet som inneholder informasjon om vold og er en trygghetsfremmende video eller en generell film om sunt og trygt svangerskap. Deretter vil kvinnene igjen gjennomføre spørreundersøkelsen 3 måneder post partum hos helsesykepleier (Henriksen et al., 2019) se også Safe Pregnancy Protocol vedlegg 7.

Denne masteroppgaven er en av delstudiene innenfor dette prosjektet (Work Package 3a), med fokus på jordmødres erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i den delen av studien som tester ut jordmødrenes erfaring med mHelse verktøy i forskning om vold i svangerskapet. Å rekruttere innebar for jordmødrene i studien Trygt Svangerskap å: (a) informere om studien, (b) samle inn samtykkeskjema fra de som ville delta og (c) å organisere arbeidet både ved intervensjon Q1 (i svangerskapsomsorgen) og Q2 (spørreskjema 3 måneder post partum), samt å (d) tilrettelegge for at kvinnen hadde mulighet til å samtale med jordmor etter å ha fullført Q1. Deltagelse i studien innebefattet videre at jordmødrene deltok på ulike fagsamlinger. Disse samlingene skulle bidra til erfaringsutveksling mellom prosjektledelse og jordmødrene samt å få kunnskap fra krisesentre, brukererfaring (kvinner utsatt for vold sine møter med svangerskapsomsorgen), familievernkontor og Alternativ til vold. Svangerskapsomsorgen er anerkjent som et motivasjonsvindu, og kan sees på som «mulighetens vindu» (Henriksen et al., 2019) for å adressere vold i nære relasjoner grunnet at kvinnen har hyppige kontakt med helsepersonell.

1.2 Problemstilling

Problemstilling for denne oppgaven er dermed:

«Hva er jordmødrenes erfaringer med å delta og rekruttere til studien «Trygt Svangerskap»?»

1.3 Begrunnelse og avgrensning

Valget av temaet vold i svangerskapsomsorgen med fokus på intervensjoner, er grunnet i forekomsten av vold, og dets konsekvenser for de gravide. Jordmødre i svangerskapsomsorgen har en gylden mulighet til å bidra i dette arbeidet grunnet hyppig kontakt med de gravide samtidig som Helsedirektoratet aktivt anbefaler å spørre om vold (Helsedirektoratet, 2018). Å bli pålagt en slik anbefaling kombinert med temaets sensitive og komplekse natur gjør dette til en utfordrende oppgave som jeg gjerne ville fordype meg i. Å ta del i et forhåndsdefinert prosjekt vil sette noen begrensninger samtidig som det er, samtidig som det ga en unik mulighet til å ta del i et større forskningsprosjekt. Dette også en gylden mulighet til å lære mer om kvalitativ forskning og kunnskapsutvikling blant jordmødre inkludert implementering av forskingsprosjekter innenfor den daglige svangerskapsomsorgen. Både menn og kvinner kan bli utsatt for vold, samtidig viser forskning at kvinner har fem ganger økt sannsynlighet for å bli utsatt for vold (Espinosa & Osborne, 2002). Selv om min masteroppgave omhandler kvinner som er utsatt for vold, er det ikke min intensjon og minimere alvoret ved vold insinuert av kvinner eller vold som skjer i likekjønnede forhold.

Sentrale begreper

Ifølge Verdens Helseorganisasjon (WHO) er vold et vidt begrep og må forståes som all forsettlig bruk av makt, tvang eller trusler mot en annen person som resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i død, eller fysiske og psykiske skader. WHO påpeker også at vold kan være fravær av handling i form av fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u. å.).

Vold i nære relasjoner er definert i Straffeloven § 282 og omfatter nåværende eller tidligere ektefelle eller deres slektninger i nedstigende linje, egne slektninger i rett oppstigende linje, noen i sin husstanden eller i sin omsorg (Straffeloven, 2005). Vold i nære relasjoner som ikke faller innenfor § 282 vil uansett være straffbart og kan være skjerpende for straffeutmålingen § 77(Straffeloven, 2005).

Det finnes ikke noen etablerte standardiserte definisjon av mHelse og i denne oppgaven har jeg brukt WHO (2011) sin definisjon om mHelse som innebærer medisinsk- og folkehelsepraksisstøttede mobile enheter som mobil og andre trådløse enheter (World Health Organization, 2011).

2.0 TEORETISK PERSPEKTIVER

I teoretisk rammeverk/perspektiver for denne oppgaven vil jeg kombinere nasjonale og internasjonale lovverk og retningslinjer som menneskerettigheter, handlingsplaner, yrkesetiske retningslinjer for jordmødre og retningslinjer i svangerskapsomsorgen med relevant forskning knyttet til hvordan kartlegge og forebygge vold i svangerskapet.

2. 1 Menneskerettighetene, Internasjonale og nasjonale forpliktelser

Norge har sluttet seg til flere internasjonale avtaler som forplikter den norske stat til å beskytte mot vold, overgrep og annen inhuman behandling. Gjennom menneskerettighetsloven er alle disse inkorporerte i norsk lov, og ved motstridig går menneskerettighetslovgivningen foran andre bestemmelser (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). I 2011 ble konvensjonen om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner vedtatt av Europarådet, kjent under navnet Istanbul konvensjonen. Istanbul Konvensjonen er avgjørende for utviklingen i å bekjempe kjønnsbasert vold, særlig ettersom den setter en ny juridisk bindende standard på dette området (McQuigg, 2017).

Lovverk vedrørende vold og helsepersonell

Straffeloven kapittel 25 regulerer voldslovbrudd. «Vanlig vold» reguleres av paragrafene §§ 271-274. Særlig §§ 282 og 283 regulerer mishandling i nære relasjoner, som er mest relevant for denne oppgaven. Ofte gis det strengere straff for mishandling i nære relasjoner enn for annen type vold. Paragraf § 287 regulerer forsømmelse av hjelpeplikt – Den innebærer at en som unnlater å hjelpe en person som står i fare for å miste livet eller bli påført betydelig skade, kan straffes. Unntak er hvis man står i fare for å utsette seg selv for fare (Straffeloven, 2005). I lyset av denne bestemmelsen (§ 287) kan en også bli straffet i ettertid for å benekte/skjule vold inkludert omsorgssvikt (Straffeloven, 2005)

Opplysningsplikten og taushetsplikten

Taushetsplikten kan brytes dersom tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessige å gi opplysninger videre. Opplysningsretten vil i utgangspunktet gjelde der det er fare for menneskeliv og/eller helse. Den som gir helsehjelp skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernet, og taushetsplikten skal ikke hindre opplysninger til barnevernet når det er grunn til å tro at barn er utsatt for vold eller andre former for alvorlig omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2018). Plikten til å avverge

straffbare forhold følger av straffeloven § 196. Den som *«unnlater gjennom anmeldelse eller på annen måte søke avverge en straffbar handling eller følgende av den, på et tidspunkt da dette fortsatt var mulig og det fremstår som sikkert eler mest sannsynlig at handlinger er eller vil bli begått» (Straffeloven, 2005)* . Dette gjelder uavhengig av taushetsplikten. Her finnes det også unntak dersom en selv kan bli utsatt for fare.

2.1.1 Handlingsplaner og Yrkesetiske retningslinjer

Vold mot kvinner har vært på Norges agenda i mange år, nedfelt i ulike (kommunale og nasjonale) handlingsplaners ambisjoner og mål. Hensikten med kommunale handlingsplaner er å sikre at hjelpetilbudet innenfor området vold og overgrep er kunnskapsbasert, samordnet og sikre at kommunen oppfyller krav om forebygging og å avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep. Samtidig skal de bidra til å styrke kunnskap og handlingsgrunnlaget ved at det etableres et forpliktende samarbeid mellom faggrupper, sektorer og forvaltningsnivå. Slik sett er kommunale handlingsplaner et redskap for å sikre at kommunene utvikler et tilrettelagt og helhetlig tilbud. En handlingsplan skal også være konkret, og den skal synliggjøre tiltak, konkretisere forpliktelser og spesifisere ansvar. Den skal også inneholde informasjon om hvordan kommunen skal gå frem for å evaluere måloppnåelse (Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2019).

I 1999 la regjeringen frem en handlingsplan, *Vold mot kvinner,* videre utviklet regjeringen handlingsplanen *Vold i nære relasjoner* i 2004. I denne siste handlingsplanen vektlegges blant annet at samarbeidskompetansen og kunnskapen i hjelpeapparatet skal styrkes. Dette på bakgrunn av at mange voldsutsatte opplever å bli en kasteball mellom ulike hjelpere og tjenester (Justis- og politidepartementet, 2004). Et av tiltakene i handlingsplanen fra 2004 er et prøveprosjekt i forbindelse med svangerskapskontroll, der det skal stilles rutinemessige spørsmål om vold. I handlingsplanen *Vendepunkte*t- Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2008-2011) presiseres det sju ytterligere målsetninger som blant annet innebærer at ofrene skal sikres nødvendig hjelp og beskyttelse, voldsspiralen skal brytes ved å styrke behandlingstilbudet til voldsutøver, kunnskap og samarbeid i hjelpeapparatet skal styrkes, forskning og utviklingsarbeid skal iverksettes og at vold i nære relasjoner skal synliggjøres (Justis- og politidepartementet, 2007). I handlingsplanen *Et liv uten vold* fra 2014-2017 understrekes det at vold i nære relasjoner er alvorlig kriminalitet, et angrep på grunnleggende menneskerettigheter og at vold i nære relasjoner er et folkehelseproblem (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). Videre formidler denne at vold kan komme i mange uttrykk

som fysiske, psykiske, seksuelle og materielle overgrep og at i sin ytterste konsekvens kan ta liv (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013). I tråd med retningslinjer i svangerskapsomsorgen fra 2005, understreker denne handlingsplanen at lege og jordmor skal være oppmerksomme på symptomer og tegn, og i 2014 revideres retningslinjene til at helsepersonell (ansvarlig for svangerskapsomsorgen) skal inkludere rutinemessige spørsmål om vold. Kommunene har per nå imidlertid ingen lov-forankrende, statelige pålegg om å etablere handlingsplaner vedrørende vold i nære relasjoner. Samtidig understrekes det i *Veileder for* kommunale handlingsplaner at det foreligger gode grunner til å utarbeide en slik plan og det skal utarbeides en ytterligere handlingsplan i 2019.

Kunnskap om handlingsplaners bruk og nytte

NKVTS utga nylig en rapport vedrørende Kommunale Handlingsplaners bruk og nytte med undertittelen «*Hvordan brukes de og til hvilken nytte?*» (Sandmoe & Nymoen, 2019). Denne rapporten understreker også vold i nære relasjoner som et folkehelseproblem. Selv om det ikke finnes noen statlige krav om spesifikke temaplaner (herunder handlingsplan som vold i nære relasjoner), er det et statlig plankrav at kommunene skal utrede folkehelsetilstanden i befolkningen (Sandmoe & Nymoen, 2019). Dette er hjemlet i lov om folkehelsearbeidet (Folkehelseloven, 2009) som igjen er samordnet med plan og bygningsloven (Plan- og bygningsloven, 2008). NKVTS mål var (a) kartlegging av kommuner med og uten handlingsplan, (b) få kunnskap om de kommunale handlingsplanene (prosessene, implementering og begrunnelse) og (c) informasjon om bruk av den nasjonale veilederen. Rapporten viser at av 24 kommuner hadde 14 handlingsplaner, 6 kommuner har tidligere hatt handlingsplaner og 4 kommuner har aldri hatt egen handlingsplan om vold i nære relasjoner (Sandmoe & Nymoen, 2019). De understreker videre at voldsutsattes behov for likeverdig og helthetlige tjenestetilbud ikke er en sterk nok drivkraft i kommunes voldsarbeid fordi volden ofte holdes skjult av den utsatte og de setter spørsmål om staten bør supplere de pedagogiske virkemidlene med sterkere virkemidler, både juridiske og økonomiske, for å styrke arbeidet i kommunen (Sandmoe & Nymoen, 2019). Denne rapporten viser også at ingen av kommunen hadde evaluert effekt av tiltakene i handlingsplanen (Sandmoe & Nymoen, 2019).

Yrkesetiske retningslinjer for jordmødre og Nasjonale retningslinjer i svangerskapsomsorgen

Den norske jordmorforeningen har oversatt de Internasjonale retningslinjene for jordmødre (ICM) der de belyser at kvinner er personer med menneskerettigheter og at retningslinjene skal fremme helse og velvære til kvinner og nyfødte i familiene og i samfunnet (2016). Disse

Yrkesetiske retningslinjene innebærer blant annet «Jordmødre støtter kvinners og familiens rett til å delta aktivt i beslutninger, og jordmødre samarbeider med annet helsepersonell og konsulterer og henviser om nødvendig når kvinnens omsorgsbehov overstiger jordmødrenes kompetanse» (s.2). Videre viser de til at jordmødre skal yte omsorg for alle kvinner og familier som venter eller har fått barn, og at denne omsorgen skal ytes med respekt for kulturelt mangfold, inkludert motvirke «skadelige skikker innenfor kulturer» (s.3). De nevner også at jordmødre skal ivareta de psykologiske, fysiske, emosjonelle og åndelige behovene til kvinnene når de søker helsehjelp, uavhengig av deres livssituasjon. Sluttelig nevner de også at jordmødre skal bidra til kunnskapsutvikling i jordmorfaget som er basert på aktiviteter som beskytter kvinners rettigheter som mennesker (Den Norske Jordmorforeningen, 2016). I de Nasjonale Retningslinjene for Svangerskapsomsorg kapitel 7 viser Helsedirektoratet til en *sterk anbefaling* om at helsepersonell skal spørre alle gravide om vold, både tidligere og nåværende erfaringer (Helsedirektoratet, 2018). Videre viser de til at en eller flere konsultasjoner bør skje alene med kvinnen, og at helsepersonell bør henvise og/ eller sørge for riktig hjelp til gravide dersom de er utsatt for vold. I henvisningsarbeidet bør kvinners erfaringer ligge til grunn for vurderingen, og at i det videre sikkerhetsarbeid bør helsepersonell samarbeide med fagpersoner med særskilt kompetanse om vold (Helsedirektoratet, 2018).

2.2 Relevant forskning vedrørende vold i svangerskapsomsorgen

Dette avsnittet viser til utvalgte artikler vedrørende temaene vold i svangerskapet, digitale løsninger, og kultur og vold. Alle artiklene er fagfellevurdert og hentet fra Medline database og er slik sett av god kvalitet. Søket er basert på stikkord som «vold i svangerskapet», «Intervensjoner for voldsutsatte», «Gravide kvinner», «Digitale løsninger» og «Kultur og vold». Artiklene blir oppsummert med hovedfokus på sentrale funn og metode der det er relevant.

Kunnskap om vold med særlig fokus på jordmors rolle

I en italiensk kvalitativ intervjustudie (n= 15) ,med fokus på vold i nære relasjoner og jordmødrenes forståelse av deres profesjonelle rolle, her framhever Mauri, Nespoli, Persico og Zobbi (2015) at det var vanskelig for jordmødrene å gjenkjenne vold i nære relasjoner. Dette forklarer de med: (i) lite kunnskap om vanlige tegn og symptomer, (ii) manglende opplæring om temaet, (iii) kulturelle tabuer og (iv) kvinnenes uvillighet til å avdekke vold. Videre sammenfatter de jordmødrenes brukte virkemidler for å identifisere vold som;

relasjonen til kvinnene, screeningverktøy, spesifikk profesjonell trening samt understreker behovet for tverrfaglige tilnærminger.

En australsk studie som hadde som mål å øke jordmorstudenters selvtillit vedrørende screening, respondering og avdekking ved vold i nære relasjoner. Smith, Wright & Homer (2018) viser at en workshop med video og kunnskap om vold bidro til å øke studentenes selvtillit (etter erfaringer med det interaktive kurset). Videoen var bygget på spørreskjema om studentenes kunnskap til vold i nære relasjoner, og lagde en interaktiv workshop basert på det samme spørreskjemaet. Studien understeker også at det å ha tid til å øve, å være et støttende miljø som sentralt og viser til at helsepersonell kan dra nytte av visuell demonstrasjon og autentisk praksis for å øke deres selvtillit i arbeidet med kvinner som er utsatt vold i nære relasjoner (Smith, Wight & Homer, 2018).

I en norsk kvalitativ intervjustudie (n =8) med fokus på jordmødres erfaringer med rutinemessig screening av vold i svangerskapsomsorgen konkluderer Henriksen, Garnweidner- Holme, Thorsteinsen & Lukasse (2017) med at jordmødre spør om vold, men ikke rutinemessig og at jordmødres personlige interesse for temaet var en viktig faktor for om de spurte om vold. Manglende tid, frykt for å ikke vite hva en skal gjøre ved positivt svar og mangel på organisatorisk støtte oppleves som barrierer for å spørre om vold i nære relasjoner (Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen & Lukasse, 2017).

Erfaringer med screeningsverktøy

Halpern-Meekin, Costanzo, Ehrenthal & Rhoades (2019) sin oversiktsstudie fra USA, hadde til hensikt å måle andelen av kvinner som ble screenet for vold i nære relasjoner i svangerskapskonsultasjonene(Halpern-Meekin et al., 2019). De inkluderte 28 581 respondenter fra 24 stater og New York. Deres funn viser at 49,2% av kvinnene hadde blitt screenet under svangerskapet. Videre viser deres studie at helsepersonell screenet flere ikke-etniske (ikke-kaukasiske) kvinner, kvinner med lav utdannelse, ugifte kvinner, kvinner som påstartet svangerskapskonsultasjonene i første trimester, og kvinner med offentlig forsikring (Halpern-Meekin et al., 2019). Studien estimerer at en nasjonalt «mister» screening for vold i omlag 142 306 tilfeller årlig i USA. Som Mauri et al (2015) og Henriksen et al. (2017) drøfter studien hvordan en kan bruke screening mer systematisk og viser til behov for trening, implementering av ulike verktøy, elektroniske journaler og system- nivå ressurser i svangerskapsomsorgen så helsepersonell kan støtte kvinner i avdekking av vold. Studien

konkluderer med at en må få en bedre forståelse på hvorfor og når helsepersonell ikke screener gravide for vold (Halpern-Meekin et al., 2019). Andre undersøkelser har bekreftet funnene til Henriksen et al. (2017) og Halpern-Meekin et al. (2019) om at det er inkonsistent praksis vedrørende screening for vold og særlig når det gjelder de gravides kulturelle bakgrunn (Hindin, 2006; Creedy, Baird og Gillespie, 2019). (Espinosa & Osborne, 2002). Forfatterne argumenterer for universell screening for vold i nære relasjoner noe som vil gjøre helsepersonellets mer nøytrale ved adressering av vold, samtidig som det vil eliminere helsepersonells «kulturelle bias». Creedy et al. (2019) understreker i tillegg at jordmødres empatiske kommunikasjonsferdigheter trengs å forbedres.

Implementering og evaluering av tiltak og mHelse tiltak som adresserer vold i nære relasjoner under graviditeten

Karmer og Rice sin studie fra USA hadde som mål å evaluere intervensjonsfokusert kunnskap i lys av design, implementering, og evaluering av sykepleieledet tverrfaglig program som er iverksatt for å adressere vold i nære relasjoner under graviditet (Kramer & Rice, 2012). Programintervensjonen fokuserte på hvordan hjelpe klienter til å navigere i svangerskapsomsorgen og med kompleksiteten i jus og sosiale stønader. Særlig fokuserer denne studien på utfordringer knyttet til å adressere klientspesifikke og mangefasetterte problemer hos sårbare kvinner. Deres funn viser at *Safe Mom, Safe Baby – programmet* kan gi gevinst i det komplekse problemet ved vold i nære relasjoner, med særlig innvirkning på samarbeid og promotering av tverrfaglig samarbeid og ressurser (Kramer & Rice, 2012).

I en artikkel fra Norge undersøker Garnweidner-Holme, Lukasse, Solheim & Henriksen hvordan kvinner (n=8) med ulik etnisk bakgrunn (både norske og ikke- etnisk norske) opplevede og anbefalte hvordan jordmødre bør kommunisere om vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen (Garnweidner-Holme, Lukasse, Solheim & Henriksen, 2017). Studien viser at kvinnene ikke ble systematisk spurt om vold i nære relasjoner, men de ønsket å snakke om deres erfaringer. Faktorer som tilrettela for at kvinnene kunne snakke om vold i nære relasjoner var (som understreket av Creedy et al. 2019) en god relasjon med jordmoren, jordmors troverdighet og pålitelighet og informasjon om mulige negative helseutfall for barnet (Garnweidner-Holme et al., 2017). Barrieren var at kvinnene ofte hadde følge av partner, frykt for at barnevernet skulle ta fra dem barnet etter avdekking av vold og aksept for vold i egen kultur. Studien bekrefter studiene i forrige avsnitt som påpeker behovet for en

dyktiggjøring i kultursensitiv kommunikasjon og mer generelt et bedre vokabular for å snakke om teamet vold.

En studie fra USA av Bullock, Bloom, Davis, Kilburn og Curry (RCT, n= 1000) analyserte likheter og forskjeller mellom kvinner som avdekket misbruk og ikke avdekket misbruk. Studien peker på, som flere andre, at en barriere for å rapportere misbruk ligger i at kvinner er redd for å bli rapportert videre til barnevernet (Social Service), noe som bidrar til den lave andelen av avdekket misbruk (Bullock, Bloom, Davis, Kilburn & Curry, 2006). Studien oppsummerer behovet for å re-eksaminere de eksisterende screeningprotokollene dersom en ønsket forandre velferdspolitikken. Det er behov for at screeningverktøy som vil øke kvinners villighet til å avdekke så de kan få videre oppfølgning og støtte (Bullock et al., 2006). Denne studien belyser helsepersonells dilemma ved forpliktelse til å rapportere om vold. De anbefaler å finne alternative løsninger som, for eksempel, 'computer-assisted' intervjuer som kan inkludere tilstrekkelig informasjon slik at kvinnen som er utsatt for vold kan bevare deres offentlige image som «normal og ikke-misbrukte kvinner» (Bullock et al., 2006).

En svensk studie av Byrskog, Essén, Olsson & Klingberg-Allvin, undersøkte hvordan Somalisk-fødte kvinner (n=17) forsto og relaterte vold og helse til velvære under migrasjonsovergangen samt deres syn på å bli kontaktet med spørsmål om vold i den svenske svangerskapsomsorgen (Byrskog, Essén, Olsson & Klingberg-Allvin, 2016). Deres studie viste at dersom konfidensialitet koblet til vold og helse er forklart og avklart i omsorgsmøte, kan dette ha en positiv effekt for somalisk- fødte kvinner.

mHelse og vold i nære relasjoner

Rapporten utgitt av Verdens Helse Organisasjon (WHO) i 2011 hadde som mål å gjøre beslutningstakere oppmerksomme på «mHelse-landskapet» og belyse de viktigste barrierene for implementering. Rapporten understrekte behov for mer kunnskap som for eksempel tilgjengelige og effektive og kostnadseffektive mHelse verktøy, og belyste barrierer om motstridende helsesystemprioriteringer, mangel på støttepolicyer og juridiske utfordringer (World Health Organization, 2011).

Som vist over viste Smith, Wight & Homer (2018) til hvordan jordmødre og jordmorstudenter opplevde interaktive workshops med digitale verktøy som viktig for selvtillit og repertoarbygging i svangerskapsomsorgen. Roddy og kolleger fra USA undersøkte 2797 informanter som søkte online hjelp og korrelerte dette med klinisk signifikant vold i nære

relasjoner (Roddy, Georgia & Doss, 2018). Web-basert intervensjoner kan være effektiv intervensjoner hevder de, og studien viste at par som opplever lavt nivå av vold kan ha nytte av et økende antall av web-baserte selvhjelpsprogrammer (Roddy et al., 2018).

En norsk studie av Garnweidner-Holme, Hoel Andersen, Sando, Noll, & Lukasse undersøkte hvordan helsepersonell syn/oppfattelse på omsorgstilbudet til gravide kvinner som brukte et kultursensitiv app « Gravid+» for å håndtere svangerskapsdiabetes (Garnweidner-Holme, Hoel Andersen, Sando, Noll & Lukasse, 2018). Studien var en del av et større RCT og denne delen av studien var basert på kvalitative intervjuer med 9 helsepersonell som deltok i RCT studien «Gravid +». Studien viser at noen hadde utfordringer knyttet til tekniske problemer, men også flere fordeler som for eksempel at verktøyet kan bidra til at informasjon og var lett tilgjengelig, noe som kvinnene kunne dra nytte av i hjemmesituasjonen. Deres studie viste at mHelse kan være et nyttig supplement til å forbedre helsetilbudet til kvinner med svangerskapsdiabetes. Deres funn viser også at det bør gjøres mer forskning som inkluderer immigranter som ikke snakker det lokale språket for undersøkte effekten av kultursensitivitet i samsvar med mHelse (Garnweidner-Holme et al., 2018).

Sammenfatning

Sammenfattende kan vi hevde at mange, de fleste, av studiene diskuterer hvordan screening kan være et viktig verktøy for å avdekke vold i svangerskapsomsorgen. Funnene her er noe delte vedrørende implementering av screening, da noen finner høy forekomst av screening (Creedy, Baird & Gillespie, 2019), mens Henriksen et al. (2017) og Halpren-Meekin et al. (2019) finner at jordmødre ikke screener rutinemessig. Flere av screeningundersøkelsene er imidlertid fra USA og er bare i noen grad relevante for norske forhold. Henriksen et al. (2017), Mauri, Nespoli, Persico & Zobbi (2015) og Smith, Wight & Homer (2018) viser hvordan det kan være vanskelig å avdekke vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen, noe som stiller store krav til jordmødrenes empatiske kompetanse. Garnweidner-Holme et al. (2018) og Smith et al. (2017) påpeker at digitale eller web-baserte intervensjoner og løsninger kan være gode verktøy og mindre invaderende. Alle – og især Smith, Wight & Homer (2018) understreker behovet for å gi jordmor/ jordmorstudentene opplæring og selvtillit i hvordan avdekke vold. Henriksen et al. (2017) fremhever, å i tillegg, behovet for læring og organisatoriske strukturer- og støttesystemer på arbeidsplassen (Halpern-Meekin et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015). Sist, men ikke minst så understreker alle hvordan vold er et vanskelig tema.

Som vist innledningsvis, via Lovverk og andre rammer som handlingsplaner og etiske retningslinjer, har kommunalt nivå et stort ansvar for å ivare menneskerettighetene når det gjelder å kartlegge vold i svangerskapsomsorgen og med særlig vekt på gravide og barns rettigheter.

3.0 METODE

Dette kapittelet presenterer studiens design, valg av metode og datainnhentingsstrategier. Deretter følger den praktiske gjennomføringen av studien med rekruttering av informanter, gjennomføring av intervjuene, forforståelse, fortolkning av datamaterialet og beskrivelse av analyseprosessen. Kapitlet avsluttes med etiske overveielser og studiens relevans, pålitelighet og validitet.

Forskning er en systematisk og refleksiv prosess der kunnskapsutviklingen kan etterprøves og deles, og der funnene skal gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn der prosjektet ble utført (Malterud, 2017). Det er imidlertid hvordan kunnskapen innhentes, håndteres og bearbeides som avgjør om den holder vitenskapelig mål. Grunnbetingelser for vitenskapelig kunnskap er dermed refleksivitet knyttet til relevans, gyldighet og pålitelighet gjennom hele forskningsprosessen (datainnhenting- og bearbeiding, analyser og diskusjon) og diskuteres især i hele dette kapitelet.

3.1 Kvalitativt design

Kvalitative studiedesign brukes til å innhente kunnskap om menneskelige erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2017). Målet er å søke forståelse av deres erfaring. Kvalitativ metode brukes ofte i sammenhenger der kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt og det er behov for ytterligere kunnskap dvs. har en eksplorerende målsetting (Malterud, 2017). Kvalitative metoder representerer en felles strategi for utvikling av kunnskap og er ofte forankret i det fortolkende paradigme. Dette paradigme har sine røtter i hermeneutisk-, og fenomenologisk- filosofi og sosialkonstruksjonisme (Malterud, 2017).

Min oppgave bruker intervjuer for å undersøke jordmødres erfaring med deltagelse i en studie som bruker digitale verktøy (heretter kalt mHelse) i kartleggingen av vold i svangerskapsomsorgen og forebygging av vold gjennom en trygghetsfremmende film. Mitt fokus på jordmødrenes erfaringer med forebygging av vold i svangerskapsomsorgen vil derfor falle innenfor et kvalitativt forskningsdesign (Helsebiblioteket, 2016). Gitt at dette er et relativt nytt kunnskapsfelt vil kvalitative metoder være særlig velegnet her.

3.1.1 Utvalg og rekruttering av informanter

Temaet krevde at rekruttering av informanter blant jordmødre som hadde deltatt i studien Trygt Svangerskap på Østlandet, var tilgjengelige, og villige til å delta. I tillegg ønsket jeg

noen ytterligere strategiske kriterier for å sikre en viss variasjon både når det gjaldt helsestasjoner og jordmødre. Utvalgskriterier for helsestasjoner var antall deltagere i Trygt Svangerskap på Østlandet der både helsestasjoner med få og mange brukere skulle inkluderes, en viss bredde i urbane og ikke-urbane områder, og, ikke minst, helsestasjoner med forekomst av etnisk norske gravide og ikke- etniske norske gravide. For utvalg av jordmødrene innebar strategiske kriterier en viss variasjon mellom lite og mye erfaring fra svangerskapsomsorgen. Ved å bruke strategisk utvelgelse vil datamaterialet kunne gi en større bredde i erfaringer og dermed et mer robust og heterogent utvalg. Tabell 1 under vises oversikt over antall informanter knyttet til disse strategiske kriteriene.

Prosjektgruppen bistod i rekrutteringen av jordmødrene og sendte mail til deltagerne i Trygt Svangerskaps-studien samt informerte om masteroppgaven min på fagmøter. Avtale om tid og sted for intervjuer ble foretatt av prosjektgruppen. Jordmødrene fikk tilsendt informasjons- og samtykkeskriv på mail et par dager før intervjuet (se vedlegg 2).

3.1.2 Presentasjon av informantene

Utvalget endte med sju informanter fra ulike områder på Østlandet. Jeg har valgt å bruke fiktive navn for å ivareta deres konfidensialitet og samtidig gi leseren innsyn i bredden av sitater og hvem som sier hva. Jordmødrene var i aldergruppen 41 til 56 år og deres yrkeserfaring som jordmor varierte fra 7 til 28 år. Deres erfaring fra svangerskapsomsorgen varierte mellom 5 til 18 år (se Tabell 1 under)

VEDLEGG 1

FIKTIVE NAVN	TREKK VED HELSESTASJON	ÅR I SVANGERSKAP-SOMSORGEN	ÅR SOM FERDIGUTDANNET JORDMOR
Wenche	Rekruttert få	4 år	23 år
Bente	Rekruttert mange	18 år	22 år
Sigrid	Ikke-urban og liten helse-stasjon	5 år	16 år
Nora	Urban og stor helsestasjon	16 år	28 år
Erika	Stor helsestasjon og mange ikke-etnisk norske	12 år	15 år
Fredrikke	Liten helsestasjon	15 år	25 år
Ingvild	Få ikke-etnisk norske	5 år	7 år

Tabell 1: Oversikt over informanter med bakgrunnsopplysninger

3.1.3 Materiale

Antallet intervjuede jordmødre avhenger av at informasjonen som framkommer i intervjuene sikrer at vi får et tilstrekkelig rikt og variert materiale og samtidig får belyst de viktigste faktorene relevant for problemstillingen, samt er praktisk mulig å gjennomføre (Kvale & Brinkmann, 2017). Gitt studiens eksplorerende karakter og praktiske rammer, så vi et utvalg på 6-8 informanter som tilstrekkelig for denne studiens fokus og hensikt.

Intervjuene fant sted på tilhørende helsestasjonen med unntak av to intervjuer som foregikk på et kontor ved Oslo Met.

3.1.4 Intervjuene

Semi-strukturerte intervju er en velegnet metode når man ønsker å undersøke individers erfaringer med et fenomen på en systematisk måte og som samtidig gir mulighet til å forfølge temaer som oppstår i intervjusituasjonen (Kvale & Brinkmann, 2017). Basis for intervjuene var en allerede godkjent intervjuguide (vedlegg 3A) som ble revidert i samarbeid med veileder i hovedprosjektet og med fokus på MA-oppgavens sentrale temaer (for endelig intervjuguide, se vedlegg 3B). Intervjuguiden inneholdt konkrete oppfølgingsspørsmål til hvert tema/ hovedspørsmål, og samtalen var styrt av informantenes respons og mine oppfølgingsspørsmål.

Intervjuguiden ble pilotert med veileder tilstede som observatør og endringer som ble gjort var, for eksempel, å gi innledende informasjon til hvert hovedtema (se vedlegg 3B).

Intervjusituasjonen var en-til-en (informant og intervjuer), med unntak i pilotintervjuet, og ble tatt opp med båndopptaker. Intervjuene startet med en uformell samtale hvor jeg presenterte meg og snakket litt generelt om hverdagslige ting for på den måten å etterstrebe en mer avslappet intervjusituasjon. Videre la jeg vekt på å kle meg nøytralt og lite iøyenfallende (svart bukse, hvit t-skjorte, minimalt med sminke). Deretter ble den muntlige presentasjonen med eventuelle spørsmål besvart og samtykke underskrevet. I intervjusituasjonen var jeg særlig fokusert på å vise oppmerksomhet, respekt og interesse samtidig som jeg var godt forberedt til intervjuene ved å være opplest på intervjuguiden og ved å være fortrolig med opptaksutstyret slik at jeg kunne rette oppmerksomheten mot informanten. På den måten forebygget jeg unødig stress, og tilrettela for at informantens erfaringer kunne stå i fokus (Kvale & Brinkmann, 2017). På slutten av intervjuet ble alle jordmødrene spurt om det var noe de ytterligere ønsker at jeg skulle ha spurt om. Alle besvarte dette spørsmålet med nei.

Således kan det se ut til at intervjuguiden har klart å samle de mest sentrale temaene i henhold til problemstillingen.

3.1.5 Transkribering

Etter hvert intervju skrev jeg et kort oppsummerende refleksjonsnotat (se eksempel vedlegg 5) for å samle tankene umiddelbart etter intervjuet, med fokus på observasjoner og evt. hendelser fra intervjuet som gjorde inntrykk. Alle intervjuer ble transkribert umiddelbart etter intervjusituasjonen og før neste intervju. Da første transkribering var ferdig, hørte jeg igjennom lydfilen på nytt og sjekket for skrivefeil og manglende utsagn. Jeg har selv utført alle intervjuene og transkribert lydfilene til skriftlig materiale. På den måten ble jeg godt kjent med datamaterialet og fikk en første forståelse for sentrale temaer som informantene belyste (Malterud, 2017). Jeg valgte å transkribere mest mulig likt det 'talte språket' for å få tak i meningsinnholdet i det som ble sagt av informantene.

3.2 Forforståelse

Kvale og Brinkmann (2017) argumenterer for personlige ferdigheter og respekt som er nødvendig for å praktisere det kvalitative forskningsintervjuet på en kompetent måte, noe som ikke kan reduseres til metodologiske regler (Kvale & Brinkmann, 2017). Forforståelse kan både gi styrke og næring til prosjektet samtidig som det kan gi en begrenset horisont og sette skylapper på prosjektet (Malterud, 2017). Under synliggjør jeg kort egen forforståelse for denne oppgaven.

Gjennom min yrkeserfaring som sykepleier har jeg vært med på å ivareta mennesker som blant annet har vært utsatt for seksuelle overgrep og voldstraumer. Disse erfaringene har bidratt til min interesse for kvinnehelse, og vold i nære relasjoner, og gitt meg en dypere forståelse for hvilke konsekvenser slike opplevelser kan ha for individer, relasjoner og samfunnet. Jeg har også arbeidet med papirløse, og sett hvilken bagasje de kan inneha. Jeg har også noe erfaring som forskningsassistent kombinert med å være sykepleier og har slik fått innsikt i mulige utfordringer som kan oppstå ved å innlemme forskning i arbeidshverdagen til helsepersonell. Jeg har også møtt flere mennesker i privat sammenheng som har vært utsatt for vold. På den måten har jeg både sett hvordan individet kan påvirkes i privatlivet og fra et helseinstitusjonsperspektiv. Mine holdninger og aktive engasjement for viktigheten av temaet vold kan imidlertid også gjøre meg mindre mottakelig for alternative synspunkter. Det er

denne forforståelsen som har vekket min interesse for å fordype meg i teamet om vold i svangerskapsomsorgen og med en unik mulighet til å bidra innen et større forskningsprosjekt.

3.3 Analysemetode

På bakgrunn av forskningsspørsmålet er tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006) valgt, en analyse metode som bidrar å løfte fram temaene som framkommer i samtalen og samtidig gir rom for jordmødrenes egne fortellinger. Tematisk analyse gir fleksibilitet og er et nyttig redskap i kvalitativ forskning og kan gi et rikt og detaljert bilde av et problemområde vi vet lite om. Analysen undersøker mønstre i dataene som gir mening i henhold til problemstillingen. Metoden legger også vekt på å klargjøre forskernes egne antagelser om «virkeligheten» og at disse skal gjøres transparente i metoden (Braun & Clarke, 2006)

Tematisk analyse består av flere faser og kan inndeles i flere trinn, samtidig er det en prosess der forskeren kontinuerlig beveger seg frem og tilbake i datamateriale (Braun & Clarke, 2006). I første trinn gjorde jeg meg kjent med datamateriale, lette aktivt etter mening og mønstre i materiale med støtte i dataprogrammet HyperResearcht, og skrev et første notat med forslag til eventuell tolkning og mulige kategorier. Her trakk jeg også på erfaring fra selve intervjusituasjonen, transkripsjonsprosessen og refleksjonsnotatene. I trinn to begynte jeg å utvikle en liste over interessante segmenter/kategorier i henhold til informantenes utsagn. Deretter begynte en mer systematisk prosess ved bruk av fargekoding for å organisere dataene i meningsfulle temaer og subtemaer. Også her fikk jeg nytte av HyperResearch til å knytte kodene i hver gruppe til deres subtema. I fase 4 rettet jeg oppmerksomheten mot hvert hovedspørsmål for å identifisere hovedtema og subtema på tvers av intervjuene (se Tabell 2). I dette arbeidet brukte jeg HyperResearch «Report Builder» til å se hvilke utsagn og hvilke koder som hørte til hver informant og satte dette inn i utsangstabell til hvert subtema, samtidig som dette indikerte forslag til resultater i hvert subtema. Dette arbeidet forløp parallelt slik jeg fikk fremstilt likhetstrekk og variasjon i dataene, og samtidig fikk en resultattabell som viste hvem som sa hva. Etter flere tilbakemeldinger fikk jeg kondensert dataene i henhold til problemstilling og utviklet en tabell (se vedlegg 4) som ble brukt som rettesnor i fremstillingen i resultatkapittelet. Fasene med å få oversikt over mulige tema/subtema og den endelige definering og navngiving av disse forløp som iterative prosesser (Kvale og Brinkmann, 2017) der jeg gikk fram og tilbake i materialet og sjekket og kryss-sjekket. Denne analysemetoden kan beskrives som en induktiv tilnærming (Braun & Clarke, 2006) der

fokus har vært rettet mot hvordan fenomenene beskrives i dataene snarere enn å teste ut hypoteser eller ferdige teorier. I analysen bestrebet jeg meg på å være systematisk (jf. fasene beskrevet over) samtidig som jeg var lydhør til hva informantene utsagn.

Videre vil analysen være hva man i forskningslitteraturen beskriver som *semantisk* (snarere enn latent) (Braun & Clarke, 2006) og der informantenes utsagn og ytringer om deres erfaringer og motivasjon for å delta i prosjektet Trygt Svangerskap vil være enheten for analyse. Gitt min intervjuguide og analytiske interesser – egner mine data seg best for semantiske analyser da jeg ikke har tilgang til bakenforliggende data eller tilgang til informantenes livsverden.

3.4 Etiske overveielser

Forskning på helsepersonell er ikke omtalt i Helsinkideklarasjonen og en må derfor bruke skjønn til å utøve forsvarlig forskningsetikk da informanten gir betydelig tillit ved åpne opp om sin praksishverdag og gir innsyn for andre i denne (Malterud, 2017). Overordnede forskningsprinsipper som respekt, rettferdighet, integritet og gode konsekvenser (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016)stod derfor sentralt i hele forskningsprosessen. Dette gjelder både analyse og framstilling av data. Prosjektet er godkjent av REK 2017/358 og NSD 56723. Det ble utarbeidet et informasjons- og samtykkeskjema til informantene som følger NSDs mal (se vedlegg 2). og skriftlig samtykke ble innhentet samt at det ble gitt muntlig informasjon til alle i forkant av intervjuet.

For å beskytte deltagere og forebygge at datamateriale kom på avveie ble en rekke forhåndskriterier og praktiske løsninger iverksatt. Dataene ble innhentet ved bruk av godkjent lydopptaker og umiddelbart overført til kryptert minnebrikke utlånt fra UiO. Intervjuene ble transkribert fortløpende av intervjuer på godkjent kryptert PC. Denne PC ´n er programmert fra IT- Avdelingen ved OsloMet, og OsloMet sin risikovurdering (ROS-skjema) ble foretatt (se vedlegg 8). Transkripsjoner av intervjuene vil være avidentifiserte og anonymiserte, derfor ble koblingsnøkkel opprettet. Koblingsnøkkel med informasjon som alder, utdanning og erfaring (se også vedlegg 1 om strategisk utvalg) ble lagret på kryptert minnebrikke og oppbevares på et sikkert sted. De transkriberte intervjuene ble lagret på PC fra OsloMet. Lydfilene vil bli slettet ved masteroppgavens ferdigstilling.

Alle informantene fikk, som nevnt skriftlig informasjon om studien og muntlig informasjon før intervjusituasjonen samt informasjon om hvor de skulle henvende seg om de ville trekke seg fra studien.

3.5 Relevans, pålitelighet og validitet

Studiens pålitelighet viser til transparens og systematikk i hele forskningsprosessen.

Som vist foran etterprøvde jeg å være så systematisk som mulig i intervjusituasjonen, inkludert pilotering av intervjuguide og å følge sammen mal for alle sju intervjuer. Pålitelighet i analyser vises ved: (a) systematikken i refleksjonsnotatene, (b) klare prosedyrer for hvordan jeg etablerte koder / kodingsskjema og (c) koblet dette med informantenes utsagn, (d) hvordan verktøyet HyperResearch verktøyet og fargekoding bidro til ytterligere systematikk. Alle disse prosessene ble (e) framstilt grafisk i tabeller oversiktlig for veiledere og andre. Sist, men ikke minst, ble data og mulige mønstre tolket i dialog med veileder for å sikre systematikk og hindre 'personlig bias'.

Studiens gyldighet – validitet – er synliggjort gjennom: (a) studiens relevans for forskningsfeltet (Hvordan forebygge vold i svangerskapsomsorgen), (b) anknytning til relevant forskning, (c) klargjøring av intervjuguide og begrepsbruk og (d) og hvordan resultater og slutninger er grunnet i dataene – inkludert alternative fortolkninger.

4.0 RESULTATER

I dette kapittelet fremstilles resultatene fra analysen. De er organisert under følgende hovedtemaer: *Motivasjon for å være med i studiet, Tidligere erfaringer med å samtale om vold i svangerskapet, Erfaringer med rekruttering til studien, Erfaringer med å delta i studien, Tanker om filmen, og Vanskelig å avdekke nåværende vold - behov for tverrfaglig samarbeid*. (Se også Vedlegg 4: Tema og subtema). I teksten er temaene delt inn i subtemaer med underoverskrifter som skal bidra til å strukturere teksten bedre. I fremstillingen har jeg prøvd å få frem bredden i sitatene ved å hente sitater fra samtlige informanter, selv om noen utmerket seg med et særlig rikt og beskrivende vokabular når de besvarte spørsmålene. Jeg har, som nevnt foran, valgt å gi jordmødrene navn for å gi leseren innsyn i variasjonen mellom dem, samt presisert mellom en, noen, flere og alle for å vise hyppighet i utsagn og svarkategorier.

4.1 Motivasjon for å være med i studiet

I dette avsnittet framstiller jeg jordmødrenes motivasjon for å delta i studien. Temaet motivasjon dekker her subtemaene: Behov for mer kunnskap om vold, Bidra til å hjelpe kvinner, (krav)Anbefalinger knyttet til nasjonale retningslinjer, og Andre faktorer.

Behov for mer kunnskap om vold

Flere peker direkte på ønske om å få mer kunnskap om vold da temaet kjennes både vanskelig og nytt i svangerskapsomsorgen. De beskriver temaet vold som utfordrende og uttrykker behov for kunnskap om hvordan jordmor skal spørre om vold som motivasjon til å delta. Flere framhever også hvordan kunnskap kan bidra til å gjøre dem tryggere i å samtale om vold slik Fredrikke under:

> *... Det er jo å få mer kunnskap da, og blitt tryggere på det å spørre og viste hva det er som er. Ja, få mer kunnskap rett og slett, det syntes jeg har vært kjempefint egentlig ... (Fredrikke)*

En informant presiserer det som utfordrende, og særlig utfordrende da en nå skal spørre alle gravide om vold som en del av hennes motivasjon.

Bidra til å hjelpe kvinner

Jordmødrene fremhever videre et ønske om å bidra til å hjelpe gravide kvinner som viktig for deres motivasjon. Her fremhever de at de ønsker å hjelpe kvinner fordi de vet at vold har

betydning og er «kjempeviktig for de gravide» samt at deres erfaring som jordmor tilsier at alle gravide ikke har det like bra og de ønsker å bidra med mer kunnskap slik som Nora under:

> *... Motivasjon til å bli på studien, det tenker jeg at ... I løpet av men tid som jordmor så vet jeg jo at ikke alle kvinner og gravide har det like bra ... Så da tenkte jeg at det er jo noe jeg godt kunne tenke meg å bidra med og få mer kunnskap og erfaringer om ... (Nora)*

Anbefalinger fra Nasjonale retningslinjer og plikt til å holde seg fagligoppdatert

En annen faktor som et par av jordmødrene trekker fram er anbefalingene som er gitt ved de Nasjonale retningslinjene som illustrert her:

> *... Det kom jo alle disse retningslinjene om at vi skulle spørre alle om vold ... Også følte jeg vel litt at «hvordan gjør man det?» ... Så derfor egentlig så, bestemte vi oss for å «jo, vi blir med på dette for da må vi snakke om det og da lærer vi også ... (Erika)*

Innenfor dette med Nasjonale Retningslinjer nevnes også plikten til å holde seg faglig oppdatert, krav fra kommunale handlingsplaner og et ønske fra kommunen om at jordmødre har fokus på Nasjonale Retningslinjer i svangerskapsomsorgen.

Andre faktorer

Andre faktorer som har vært viktige for jordmødrenes motivasjon til å delta i studien har vært; å bidra til forskning som kan komme flere til gode, bidra til nettverksbygging jordmødrene imellom, og videreutvikling av jordmorfaget. En fremhever også hvordan målbar kunnskap på området «vold i nære relasjoner» kan bidra til politisk fokus på teamet mens en annen peker på at det var lett å si ja til prosjektet da det var en kjent person som spurte om deltagelse til studiet.

4.2 Tidligere erfaringer med å samtale om vold i svangerskapet

Dette avsnittet dekker følgende subtemaer: *Det er utfordrende å snakke om vold, Skape tillit og bli kjent med kvinnen* og *Implementering av Nasjonale Retningslinjer*.

Det er utfordrende å samtale om vold

Jordmødrene forteller at de opplever det som utfordrende å samtale om vold og belyser flere aspekter ved dette. Det mest fremtredenen er at de syntes vold er et vanskelig tema å snakke om, slik som sitatet illustrer:

> *... Selv om jeg fremdeles selvsagt syntes det er vanskelig. Og noen ganger syntes jeg nærmer meg temaet så klønete at jeg bare har lyst på et svært hull i jorda liksom. Tenker at, «ja det, var ikke heldig, eller det var plumt og dumt eller» … Jeg syntes fremdeles det er vanskelig ... (Bente)*

Flere viser også til at de opplevde det som vanskeligere å spørre om vold før, de opplevede det som skremmende, ble redde dersom vold ble avdekket, og var usikre på hvordan de skulle følge dette opp. Flere av jordmødrene understreker at de særlig syntes det var vanskelig å spørre om vold tidligere:

> *... Det var mye vanskeligere å spørre om, om det før. Fordi atte det var litt sånn skremmende for meg å. Litt i forhold til att man nok var redd for at hvis det kom et ja da. Så var det å vanskelig for meg og kunne tenkte ut «hva skal jeg gjøre nå?» ... (Sigrid)*

Flere jordmødre beskriver også det å spørre om vold som noe de følte at de «stupte uti» og spurte om litt for direkte:

> *... Jeg har nok kanskje vært litt «obs» direkte på liksom, så det. Kanskje lettere å si «nei» sånn som jeg spurte før. Føler jeg ... (Ingvild)*

Jordmødrene forteller om flere innfallsvinkler og spørsmålsformuleringer som (de nå bruker) for å samtale om vold i svangerskapet. Fra generelt om kvinnenes livssituasjon til konkrete forventninger knyttet til fødsel. Et par brukte brosjyrer som innledning til temaet vold, andre pleide å informere om det konkrete tilbudet ved helsestasjonen. Et par jordmødre peker på at de pleide å spørre kvinnene «om noen har gjort noe mot dem som de ikke ønsket», en annen spurte om vold med bakgrunn i fødsel. En forteller at hun pleide å informere kvinnene om at hun spør alle om vold for å normalisere at en spør.

Skape tillit og bli kjent med kvinnen

Flere jordmødre beskriver behovet for å skape tillit og bli kjent med kvinnen for å kunne spørre og snakke om vold. Noen jordmødre peker på at det tar tid for kvinnene å åpne seg, og dette blir særlige utfordrende dersom kvinnene bytter mellom jordmor og fastlege i svangerskapskonsultasjonene. De nevner også utfordringer knyttet til å snakke om dette dersom kvinnene har med seg noen (partner, barn) i konsultasjonen. Noen jordmødre

understreker at en må finne 'sin måte' å spørre på for at det skal bli naturlig og at de det ikke finnes noen fasit på hvordan en spør om vold:

> *... Det er jo ikke noen fasit på hvordan man skal spørre, men det å få i gang en god samtale rundt det og informere om hva vold er ... (Wenche)*

Samtidig peker noen av jordmødrene på at tilbakemeldingene fra kvinnene er at det er helt greit å bli spurt om vold. En av jordmødrene understreker at det er viktig at jordmor spør om vold og ikke bare blir noe en krysser av for å ha spurt slik som Noras utsagn:

> *... At det ikke blir noe som du kanskje bare, krysser av for å ha spurt, spurt om vold, også ja eller nei. Også, for jeg tror at dette temaet som man må snakke, ikke alle kanskje bruker vold ... (Nora)*

Noen av jordmødrene reflekterer over at det å spørre om vold kan kanskje føles som et overtramp eller ubehagelige. Jordmødrene peker videre på at det er utfordrende å vite hva en skal gjøre dersom vold avdekkes slik som dette sitatet:

> *... Ellers er det så vanskelig å, det er nok det jeg føler vi fikk litt retningslinjene og jobbet med det her. Så er det ikke så lett «Er du utsatt for vold?» «Nei» «Nei, det er bra». For da vet jeg ikke hva jeg skal gjøre med det, hvis du svarer ja nå, Ikke sant? ... (Ingvild)*

Implementering av Nasjonale Retningslinjer om vold i svangerskapsomsorgen varierer

Jordmødrene ble spurt om deres kjennskap til Nasjonale retningslinjer under intervjuet. Her varierte svarene. Noen av jordmødrene forteller at de hadde arbeidet med retningslinjene om vold på en fagdag. Andre peker på at de diskuterte retningslinjene på arbeidsplassen i regi av helsestasjonen. En presiserer at de på hennes helsestasjon opplevede retningslinjene for generelle og har utarbeidet egne selv i kommunen etter å ha deltatt i studien Trygt Svangerskap. En jordmor forteller at de deltok på en fagdag der det var et fremlegg om retningslinjene, men at hun opplevede det som noe hun selv måtte ta tak i slik som sitatet illustrerer:

> *... At det var noe sånt, så jeg føler egentlig ikke atte vi fikk så veldig god, informasjon fra helsestasjonen sin side da. Det blir måten mer hva man, at man måtte på en måte ta tak i det selv da ... (Erika)*

4.3 Erfaringer med rekruttering til studien

Jordmødrene hadde flere erfaringer knyttet til rekruttering til studien. Disse er tematisert som: *Greit å rekruttere, Tid en begrensende faktor*. Videre dekker dette avsnittet; *Praktiske*

gjennomføring for deltagelse, Refleksjon rundt manglende deltagelse, Utfordringer knyttet til å rekrutter ikke- etnisk norske og Jordmødrenes forslag til økt deltagelse.

Greit å rekruttere

Mange av jordmødrene opplevede det som greit å rekruttere og noen bruker uttrykk som «gøy», «enkelt» og «lett» og jordmødrene opplevde at de fleste kvinnene ønsket å delta. Noen av jordmødrene peker på at de tror at kvinnene også gjerne vil bidra til forskning, og særlig om temaet «vold i nære relasjoner», og at den positive responsen fra gravide gjør at det føles tryggere å rekruttere.

En jordmor opplevede rekruttering til studiet som en åpning slik at kvinnen ved neste konsultasjon åpnet seg om tidligere erfaringer. Samme jordmor beskriver at kvinnene ikke tenkte at deres tidligere erfaringer med vold hadde noen betydning. En av jordmødrene påpeker at det var viktige for de gravide å vite at studiet skal inkludere hele spekteret av informanter. En annen jordmor opplevede det som vanskelig å skulle spørre om hvorfor kvinnene ikke ønsket å delta i studiet slik som Nora her:

> *... Men jeg må si at det noe som har sagt nei, og må si at jeg noen ganger syntes det har vært vanskelig å spørre om «Hvorfor du ikke vil delta?» ... (Nora)*

En jordmor påpeker at det ofte er de gravide som vet hva forskning er, som ønsket å delta. Flere av jordmødrene peker på at de opplever at kvinnene syntes det er fint tematikken løftes.

Tid en utfordrende faktor for rekruttering

Noen av jordmødrene forteller at ikke alltid tiden strekker til for å rekruttere, men ved å sette av ekstra tid ved neste konsultasjon er det lettere å gjennomføre deltagelse for kvinnene. En jordmor peker også på at det ikke tar så lang tid å spørre om deltagelse når en først er inne på temaet, slik som illustrert ved dette utsagnet:

> *…Men vi skal igjennom mye, så men samtidig så syntes jeg atte det tar ikke så veldig lang tid heller å informere om det når vi først er innom det temaet.. For vi snakker med alle om det, så da er det liksom bare en liten fortsettelse av det vi snakker om ... (Nora)*

Samtidig er det noen av jordmødrene som peker på at det har vært tidkrevende og at det er greit at studiet er ferdig da rekrutteringen benevnes som en «overskudd-greie».

Praktiske gjennomføringen av rekrutteringen

Dette subtemaet viser til den praktiske gjennomføringen - når og hvordan jordmødrene har rekruttert og tilrettela for studien. Flere av jordmødrene pleide å rekruttere ved første

konsultasjon. Noen av jordmødrene pleide å rekruttere ved å informere generelt om studiens hensikt, viktigheten av temaet og at vold er noe som rammer mange. Et par av jordmødrene peker på at de har informert kvinnene om de praktiske forventingene til deltagelse. Noen av jordmødrene forteller at de har spurt alle de kan spørre, mens en jordmor mener at hun har glemt å spørre noen, og en annen viser til at hun har spurt nesten alle - utenom når det har vært veldig travelt. En peker også på at er viktige for kvinnene å delta tidlig i svangerskapet for at det skal oppleves som nyttig. Et par av jordmødrene viser til at de har informert og understreket at å delta i studiet er anonymt. En jordmor peker også på at kvinnene ikke har tid slik som i dette sitatet:

> *... Og litt sånn «har ikke tid å. Og parkometer går ut å sånn». Men da pleier jeg å si «er det greit jeg spør deg igjen, en annen gang? Nå vet du liksom at isåfall vil ta 20 minutter og» og noen har svart etter at de har gått ut i permisjon fordi de aldri har hatt tid, og er litt sånn «busy damer».. (Bente)*

I intervjuguiden spurte vi også om *hvordan* jordmødrene praktisk tilrettela for at gravide skulle kunne delta i studien (se trygghetsfremmende film og elektronisk spørreskjema). Noen av jordmødrene hadde et ledig kontor som kvinnene fikk bruke. Andre brukte en korridor der det var begrenset med støy. En beskriver å bruke en pausekrok og en av jordmødrene lånte bort sitt kontor for å tilrettelegge for deltagelse. Alle jordmødrene opplevde at dette fungerte greit. Alle jordmødrene tilbød kvinnene å snakke med jordmor etter deltagelse, men det var kun en av jordmødrene som opplevede at kvinnene benyttet seg av dette tilbudet.

Refleksjon rundt manglende deltagelse

Jordmødrene beskriver flere faktorer som grunner til manglende deltagelse. Den mest fremtredende av disse er at flere av jordmødrene peker på at noen av de gravide kvinnene ikke orker noe ekstra. En jordmor reflekterer også over at manglende deltagelse kan komme av at studien handler om noe som kan være vanskelig

> *... Men, men det er jo i mitt hode så tenker jeg at det kan handle om, NOE, som man har inni seg som man syntes er vanskelig da. …(Nora)*

Andre faktorer som trekkes frem rundt manglede deltagelse er sykehusinnleggelser, at kvinnene sjeldent kommer alene, kvinnene ikke har tid eller ikke er interesserte og at jordmor har glemt å rekruttere til studiet.

I intervjuguiden spurte vi også om jordmor hadde gjort seg opp noen tanker om det var noen hun trodde hadde viktige erfaringer som ikke ønsket å delta. Flere av jordmødrene forteller at de tror at viktige erfaringer kan mangle i studiet, slik som Erika under:

... Ja, noen, noen er litt sånn. Du kommer liksom ikke helt inn til de på en måte, ja. Vet ikke hva jeg skal si, jeg. Men det, og det er noen av de som man tenker at man kanskje burde, ville hatt med da. Ikke det at det nødvendigvis hadde vært noe vold, det vet man, det vet jeg jo ikke ...(Erika)

Mens et par andre forteller at de tror at de med viktige erfaringer faktisk har deltatt.

Utfordringer knyttet til rekruttering av ikke- etnisk norske

Ettersom studiet er utviklet for å inkludere også ikke- etniske norske gravide ble dette tematisert i intervjusituasjonen. Jordmødrene trekker frem flere faktorer knyttet til dette temaet, samtidig som de påpeker at dette ikke nødvendigvis går på etnisk bakgrunn men snarere skrive- og lese ferdigheter og kulturell bakgrunn:

... Så, for noen kan jo, altså, selv om de kan snakke Urdu for eksempel, men de kan ikke lese Urdu… (Erika)

Mange av jordmødrene peker på at de opplevde at det var flere ikke- etnisk norske som ikke ønsket å delta. Samtidig er det en som forteller at det har gått helt fint å rekruttere de som er ikke- etniske norske, men det skal også presiseres at denne jordmoren påpeker at det er en skjev fordeling ettersom hun har få ikke- etniske norske ved egen helsestasjon. En jordmor peker på utfordringer knyttet til kulturelle barrierer rundt det å tematisere vold:

... I forhold til prøve ut spørreskjema, og at kvinner hadde kommentert på det. At det «er ikke sånn vi snakker om disse temaene i vår kultur» ... (Bente)

Samme jordmor peker på at hun har opplevd flere kommentarer til spørreskjemaet og at kvinnene trenger hjelp til å forstå spørsmålene, og påpeker at kultursensitiviteten i skjemaet ikke har vært optimal.

Flere av jordmødrene peker på at det er de godt integrerte ikke- etniske norske som ønsker å delta, slik som sitatet under:

... Jeg vil si vi har mest ikke- etnisk norske egentlig, og kan de norsk og er integrerte og sånn så er de, så er ikke det noe vanskelig. Jeg syntes de var, de fleste svarer at de svarer ... (Erika)

Noen av jordmødrene bemerker også at kanskje de ikke – etniske norske har lite kjennskap til forskning som illustreres her:

... Det er verre med de som jeg sa som på en måte ikke helt skjønner forskning, og er skeptiske til, autoriteter eller sånn da. De skjønner ikke helt poenget og en sa til meg liksom «Men jeg har det bra, jeg har det bra, NN» ... (Erika)

Det skal også nevnes at jordmødrene opplevede at det var flere ikke- etniske norske som ønsket å delta, men grunnet manglede versjoner av filmen på deres språk eller manglende leseferdigheter, ikke var mulige å inkludere i studien. Noen av jordmødrene påpeker også at det er utfordrende å inkludere ikke- etnisk norske grunnet at det er ekstra tidkrevende ettersom de benytter tolk i konsultasjonene.

Jordmødrenes forslag til å økt deltagelse

Jordmødrene trekker frem flere forslag til økt deltagelse, deriblant understreke prinsippet om frivillighet, at anonymitet ivaretas, samt hensikt og bakgrunn for studien. En jordmor understreker også at det er viktig å presisere at kvinnene får samme oppfølging uavhengig om de deltar i studien eller ikke. En jordmor peker på det å ha bedre tid kan bidra til økt deltagelse. Andre forslag til økt deltagelse var å skape nysgjerrighet for studien hos kvinnen, og at kvinnen etablerer tillit til jordmoren.

4.4 Erfaringer med å delta i studien

Jordmødrene her viser til både utfordringer og fordeler med deltagelse i studien. Under er dette organisert under følgende overskrifter: *Fordeler for jordmor ved å delta, Mulige ringvirkninger for de gravide, Samlingene oppleves som nyttige og Utfordringer knyttet til deltagelse*.

Fordeler for jordmor ved å delta

Jordmødrene beskriver flere faktorer som har vært nyttige med deltagelse i studiet. Mange av jordmødrene opplever at de har fått en økt bevissthet vedrørende temaet vold «mer våken for temaet vold», «mer input i den verdenen» eller «økt fokus på trygt svangerskapet gjør at en tenker mer på temaet. Mange forteller at de har fått flere ideer til hvordan en skal spørre om vold og at dette har ført til at det blir naturlig som illustrert her:

> *.. Jeg føler det er mer naturlig å spørre om det. Akkurat som jeg sa i sted det er som å spørre om levesett og altså … (Erika)*

Alle jordmødrene peker på at fordelene med deltagelse i studiet er økt kunnskap og som har hjulpet dem i arbeidet med denne tematikken. De beskriver at de har blitt tryggere, at det føles greit å ta opp med alle gravide, og at temaet vold ikke i trenger å bli pakket inn. De har fått en bredere definisjon på hva begrepet vold innebærer og erfaringsdeling har ført til mange diskusjoner og bedre tverrfaglig samarbeid. Flere av jordmødrene beskriver hvordan

samlingene har gitt nettverk, og understreker at dette er viktig for dem særlig når de jobber så selvstendig og alene til daglig. Noen av jordmødrene nevner at de nå tilnærmer seg temaet vold mer generelt i samtale med kvinnene.

Noen nevner at deltagelse har bidratt til at de har flere verktøy når de skal spørre om vold og at det dermed er lettere for dem å nærme seg temaet. Andre fordeler som understrekes av jordmødrene er økonomiske incentiver til jordmortjenesten.

Mulige ringvirkninger for de gravide

Under intervjuet kom det også frem tilbakemeldinger fra jordmor om at visittkort til studiet Trygt Svangerskap med linker til nettsteder opplevdes som nyttige av de gravide. En jordmor viser til at de gravide selv er glad for at informasjon om dette settes i et system:

> *... «For at mulighet finnes, eller for at denne informasjonen gis og at det settes i system. Og tenk om det hadde vært sånn for min mor da hun var gravid med meg?» ... (Bente)*

Samlingene oppleves som nyttige

Mange av jordmødrene understreker samlingen som viktige. Flere peker på at samlingene har vært en fordel grunnet at de har fått økt kunnskap med fremlegg knyttet til temaet vold slik Erika illustrerer:

> *... For jeg syntes jeg det har vært veldig fint med de samlingene vi har hatt her. Eh, da har vi hatt fra krisesentret, og vi har hatt hun damen med vold, og vi hadde en helsesøster helt i starten, så jeg syntes vi har lært masse om det, ja om temaet ... (Erika)*

Andre peker på fordeler ved samlingene der de kan komme med innspill om temaet vold samt dele erfaringer. Alle understreker at foredraget med kvinnen som selv hadde vært utsatt for vold som særlig nyttig, både fordi det ga innsikt, men også økt refleksjon rundt egen praksis. Her nevner jordmødrene at fremlegget bidro refleksjon vedrørende at de gravide kunne være redde for å bli avslørt og at vold kunne være lett å overse eller mistolke. Sitatet med Fredrikke kan illustrere refleksjonen vedrørende mistolkning:

> *... Nei det var å få direkte fra, fra ho som hadde opplevd det, det var veldig bra da. Jeg syntes det var, veldig sånn beskrivende og sånn som hun fortalte det at det å. At det var veldig lett å overse på en måte, ting som du kan tolke som på en annen måte men du får en litt sånn «aha-opplevelse» at det kanskje, ikke alltid er sånn som du ser da, kanskje.. Som bare bekrefter at det er viktig å spørre alle ... (Fredrikke)*

En annen jordmor understreker hvordan foredraget til kvinnen som var utsatt for vold bidro til å endre egen praksis slik som dette utsagnet:

> *... Det var vel, var det forrige gang? Det var ihvertfall en av de gangen vi var på disse samlingene her så hadde om en om en som hadde blitt utsatt for vold. Eh, og hun fortalte det at, at hun følte, hun var redd for å bli avsløret hvis på en måte, hvis hun på en måte at, at jordmor skulle avsløre henne at henne var utsatt for vold. Og den vrien hadde jeg ikke tenkt på før …*
>
> Og forsetter:
> *... Så derfor nå, også så er jeg veldig sånn nøye på. For de hun sa det var at hun gjerne ville vite hvor hun skulle ta kontakt uten å på en måte selv føle at hun ble avsløret, av jordmor.. Så prøver jeg liksom å si at «her har du, et nettsted hvor det står mer hvor man kan ta kontakt (henviser til dinutvei.no) ... (Erika)*

Utfordringer knyttet til deltagelse

Jordmødrene nevner flere aspekter som utfordrende deriblant tid, og datatekniske problemer og Q2- skjema (Work Package #3). Mange av jordmødrene beskriver at tid er en utfordring og beskriver dette med at det er mye å gå igjennom ved første konsultasjon, manglende tid til å tilrettelegge, finne ledig plass etc. Andre faktorer knyttet til tid er at jordmødrene må sette av tid til å gi informasjon om studiens hensikt, forventninger og tid til å eventuelt snakke med dem etter deltagelse. Under illustrerer Ingvild hvordan tidsaspektet er en utfordring:

> *... Jeg må jo forklare hva det er, også må jeg jo si at forsikre meg om at de kommer alene, og, vi avtaler å sette av bedre tid neste gang. Sånn at på, på min timebok må jeg holde av ekstra tid til damene … (Ingvild)*

Samtidig bemerker jordmødrene at tidsaspektet også kan være en utfordring for de gravide da de må sette av ekstra tid og har andre avtaler eller lignende som kan bli en utfordring for deltagelse.

Flere peker også på at det har vært datatekniske problemer som for eksempel innloggingsproblemer, manglende internett, og at filmen har «hengt seg opp». Noen fremhever at Q2- skjema har vært mer krevende og en peker på at dette kunne vært løst dersom helsesykepleierne også hadde vært mer involverte i studien. Samtidig forteller en av jordmødrene at hun ikke syntes det har vært noen utfordringer med studiet slik som Sigrid illustrerer her:

> *... Nei. Det vil jeg ikke si. Jeg syntes det bare har vært bare positivt ...(Sigrid)*

4. 5 Tanker om filmen

Under dette avsnittet beskrives resultatene vedrørende holdninger til en trygghetsfremmende film og tanker vedrørende jordmors opplevelse om det er behov for en slik trygghetsfremmende film. Avsnittet omfatter også jordmødrenes forslag til andre tiltak som kan være bedre egnet enn film.

Det skal bemerkes at jordmødrene ikke har sett filmen som det refereres til, og at flere opplever det derfor som vanskelig å skulle si noe om filmen. Årsaken til at de ikke har sett filmen er for å sikre «blinding» samtidig som min hensikt med studiet var blant annet å finne holdningene til jordmor vedrørende en trygghetsfremmende film. I analysen ble det derfor diskutert med prosjektgruppen om begrepet «holdninger» kan brukes ettersom mine data ikke har gir mulighet til å finne jordmødrenes holdninger. Derfor har jeg valgt å justere begrepet til «synspunkter» som henviser til tanker rundt en trygghetsfremmende film snarere enn holdninger.

Jordmors synspunkter om en trygghetsfremmende film

Mange av jordmødrene tenker at filmen kan bidra til å vise kvinner hva vold er og hvilke muligheter de har til å få hjelp. Noen av jordmødrene trekker frem at filmen kan bevisstgjøre kvinnene og øke deres refleksjon vedrørende temaet vold slik som dette sitatet illustrerer:

> *... Nå har de jo sett to forskjellige filmer, så jeg vet jo ikke hvem, hva de får se ... Men det med bevisstgjøring får brukerne også da... (Erika)*

Et par av jordmødrene understreker at det ikke finnes noen enkel løsning og at filmen trenger oppfølging. Noen av jordmødrene peker på at filmen kanskje kan fungere som en åpner for temaet vold. En av jordmødrene peker på at en slik film kan bidra til å sikre at kvinnene får lik informasjon. En annen jordmor trekker frem at det kjennes ubehagelig å skulle anbefale en film til kvinnene som hun selv ikke har sett slik som dette:

> *... Så jeg var jo en av de som spurte også inni der om vi kunne få, for å sitte her å anbefale folk å gå se en film som jeg ikke viste hva gikk ut på. Det kunne føles litt ubehagelig med en gang, for jeg tenkte atte «hva, hva venter de nå?» … (Nora)*

Noen av jordmødrene trekker også frem at filmen muligens kan oppleves som skummel.

slik som illustrert her:

> *... Eller redd for hva det skal være ... Og det er noen som spurt om hva den filmen, om den er liksom skummel å se på ... (Erika)*

En jordmor peker på at filmen kan være nyttig for noen, men ikke alle. En jordmor påpeker at det kanskje blir for mange filmer å vise svangerskapsomsorgen, mens en annen peker på et ønske om en mer helhetlig film som inkluderer flere temaer som aktivitet, kosthold i tillegg til vold. Et par jordmødre trekker frem at de ikke har fått noen negative tilbakemeldinger på filmen. En jordmor peker på at det ikke skader å vise en film og en vet jo aldri hvem som er utsatt for vold.

Alternative tiltak

Flere av jordmødrene som ble intervjuet peker på flere tiltak som kunne vært bedre egnet enn film, mens andre besvarer spørsmålet med «vet ikke». Noen av jordmødrene understrekker at andre tiltak kan være den individuelle samtalen med en trygg person slik som dette sitatet illustrerer:

> *... Jeg vil vel komme litt tilbake til den her, kanskje den en-til-en praten, med, med en trygg person i jordmor-stolen som kan, snakke individuelt. Jeg har jo veldig tro på det. Fordi dette her er ting som kanskje, men man kan helt sikkert gjøre folk oppmerksomme på en del ting, i en sånn informasjonsfilm, men også, det krever også oppfølgning.. (Nora)*

En jordmor peker på det å tilby kvinnene konsultasjoner etter hva de trenger. En annen jordmor nevner det å holde fagpersonene oppdatert og mengdetrening som igjen kan bidra til at en blir tryggere i rollen som jordmor.

4.6 Vanskelig å avdekke nåværende vold - behov for tverrfaglig samarbeid

I noen av intervjuene kom det frem at jordmor syntes det var vanskelig å avdekke nåværende vold, og flere av jordmødrene opplevde at kvinnene snakker om fortiden sin men ikke om nåtiden slik som sitatet til Bente kan illustrere:

> *... Ja, folk snakker om fortiden sin, men uendelig lite om vold i nære relasjoner idag ... (Bente)*

En jordmor understreker at en kan aldri være sikker på at de forteller at de lever i voldelig forhold.

Jordmor kan så et frø

Mange av jordmødrene beskriver det å avdekke vold som en prosess, der de kan bidra til å «så et frø» og temaet vold er et slags fellesansvar for kommunehelsetjenesten. En av jordmødrene

viser også til at det å ta opp temaet tilrettelegger for at kvinnen kan snakke om vold med henne. Slik som dette sitatet illustrer:

> *... Også, tenker jeg atte da har vi på en måte snakket om det, atte det er greit å snakke om det. Det er ikke sikkert at de vil forteller meg om det første gangen liksom ... Men at da kan de, vet atte da kan de faktisk snakke om det seinere ... Og det kan godt være at jeg tar det opp seinere også, hvis jeg føler at ja, at det er nødvendig da... Men jeg tenker også det at man sår et frø da.… (Erika)*

Jordmødrene understreker at temaet vold tematiseres også hos helsesykepleier, og det er i denne prosessen de kan bidra med å «så et frø» hos kvinnen. En jordmor påpeker at kommunehelsetjenesten må ha en felles forståelse for arbeidet med vold, og en påpeker at de «psykososiale utfordringene ikke minker i tiden vi lever i». Et par av jordmødrene forteller at de ber om tverrfaglig støtte dersom vold avdekkes og som kan inkludere flere instanser som; familievernkontoret, kommunepsykologer, politi, barnevern, krisesentre, ressurs team og kommunelegen. Det kom også frem i noen av intervjuene at noen helsestasjoner hadde en kommunalveileder som et støtte tiltak, mens andre helsestasjoner ikke hadde kommunalveileder som hjelpemiddel dersom vold avdekkes.

5.0 DISKUSJON

Resultatkapitlet viste at jordmødrene lister flere motiverende faktorer for å delta og der især behov for mer kunnskap om vold, bidra til å hjelpe kvinner og anbefalinger fra Nasjonale retningslinjer er framtredende. Jordmødrene opplevde rekruttering til studien som uproblematisk, men understreker tilstrekkelig med tid som viktig, og at skrive- og lese ferdigheter og ulik kulturbakgrunn kan være barrierer for deltagelse hos ikke- etnisk norske gravide. Jordmødrene er positive til bruk av mHelse-verktøy, samtidig som de belyser alternative tiltak som personlige konsultasjon og samtaler. Jordmødrene viser videre til behov for tverrfaglig støtte ved avdekking av vold i.

Hensikten med denne masteroppgaven var å undersøke jordmødres erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i studiet «Trygt Svangerskap».

I kapitelet som nå følger diskuterer jeg hovedfunnene fra resultatkapitelet og knytter disse opp mot problemstillingen. Diskusjonen sammenfattes under følgende hovedoverskrifter; *Behov for kunnskap, Erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse, Ønske om å hjelpe kvinner* og *Mellom Nasjonale anbefalinger og behov for faglig oppdatering og nettverksbygging*. Diskusjonskapitlet avsluttes med metoderefleksjoner.

5.1 Behov for kunnskap

Et fellestrekk på tvers av alle intervjuene er at jordmødrene ønsket å delta i Trygt Svangerskap, da de ønsket mer kunnskap om vold. En kan tolke dette funnet som et uttrykk for mangel på kunnskap om vold. En kan også tenke at temaet «vold» oppleves vanskelig og utfordrende å snakke om. Annen forskning vedrørende vold i arbeidet med gravide underbygger nettopp dette at jordmødre har behov for kunnskap (Byrskog et al., 2016; Creedy et al., 2019; Espinosa & Osborne, 2002; Garnweidner-Holme et al., 2017; Henriksen et al., 2017; Hindin, 2006; Kramer & Rice, 2012; Mauri et al., 2015; Smith et al., 2018). Mauri et al (2015) understreker, for eksempel særlig kunnskap om symptomer og tegn, behovet for spesifikk profesjonell trening og kunnskap om lokale prosedyrer/veiledere (Mauri et al., 2015). Halpern-Meekin et al (2019) understreker behovet for kunnskap både på et klinisk nivå og et system nivå og understreker behovet for forbedret klinisk jordmorpraksis og viktigheten av å implementere en veileder/protokoll (Halpern-Meekin et al., 2019).

Utfordrende og litt skummelt å snakke om vold

Flere av jordmødrene beskrev, som vist, hvordan de syntes vold er et utfordrende og vanskelig tema å snakke om. De tok for seg flere utfordringer ved å snakke om vold; (a) at det var en ny ansvarsoppgave, (b) dette med å spørre alle, c) å vite hvordan en skal spørre, og d) hvordan følge opp om vold avdekkes.

Når en pålegges en ny arbeidsoppgave vil dette naturligvis kunne oppleves som utfordrende og skummelt, da det er nytt. En løsning på noe som kjennes nytt er ofte å få veiledning og kunnskap, som kan bidra til at det kjennes mindre skummelt og kanskje også tryggere. Smith et al. (2017) viste at jordmorstudenter fikk økt selvtillit til å arbeide med vold i nære relasjoner ved å delta i en interaktiv workshop og understrekte hvordan bruk av forskjellige pedagogiske verktøy kan fremme kunnskap og selvtillit hos jordmorstudenter. Dette er i tråd med resultatene fra den foreliggende studien der jordmødrene opplevede økt trygghet gjennom å delta i studien og prøve ut studiens ulike verktøy. Slik sett kan kurs, interaktive trening, informasjon og undervisning å være nyttige verktøy til å øke kunnskap om vold og gjøre jordmødre mer forberedt i møte med voldsutsatte kvinner. Alle jordmødrene i denne studien framhevde hvordan kunnskap og bevisstgjøring rundt tematikken har gitt dem større trygghet i å nærme seg temaet. Jordmødrene trakk særlig frem fordelene vedrørende «hvordan de spør» og at de ikke lenger trenger å «pakke inn» temaet vold. De trakk frem hvordan fagsamlingene særlig har bidratt positivt her (se mer om dette under punkt under).

Samtidig kan en ikke utelukke at jordmødrene har fått kunnskap fra andre kurs og/eller egen yrkeserfaring som også har gitt dem trygghet i arbeidet.

Jordmors ansvar ved å spørre alle gravide om vold kan også føles særlig utfordrende og skummelt dersom en avdekker vold og flere av jordmødrene uttrykk eksplisitt at det var «litt skremmende», noe som også understøttes i annen forskning (Smith et al., 2018) (Henriksen et al., 2017) (Halpern-Meekin et al., 2019). Smith et al. (2018) trekker frem hvordan jordmorfag er anerkjent som et emosjonelt arbeid og at det vanskelig å forberede studenter og jordmødre på å reagere effektiv/adekvat/godt på svært emosjonelt og uforutsigbar avdekking som vold i nære relasjoner og andre former for overgrep (Smith et al., 2018). Også Creedy et al. (2019) og Henriksen et al. 2017) understreker jordmødrenes empatiske kommunikasjon som særlige viktig for avdekking av vold. Samtidig viser jordmødrene i denne studien at erfaring og opplæring i tematikken vold kan bidra til å gjøre dem mer forberedt og, sammen med

nettverksbygging og erfaringsdeling, gi større trygghet i hvordan arbeide med vold i svangerskapsomsorgen.

Ansvaret med å spørre alle kan videre oppleves som spesielt utfordrende og vanskelig, som illustrert av jordmødrene i denne studien, dersom en ikke har noen klare retningslinjer på hva en skal gjøre dersom vold avdekkes, som også understreket av (Espinosa & Osborne, 2002).

Alle jordmødrene fortalte at de opplevede fagdagene, og særlig fremlegget til kvinnen som hadde vært utsatt for vold som svært nyttig. De framhevet hvordan dette ga økt forståelse og gjorde dem mer sensitive overfor temaet og ga dem nye måter å nærme seg temaet på, samt hvordan informasjon om hvordan å gi kvinnene anonyme verktøy (som film, brosjyrer, visittkort) til å finne informasjon om vold og eventuelle hjelpeinstanser. Det at kvinner som er utsatt for vold kan ha behov for å ikke bli «avslørt» av jordmor er også i tråd med artikkelen til Bullock et al, som reflekterer over at kanskje en computer- assistert screening og henvising vil kunne bidra til at flere kvinner forteller om vold. (Bullock et al., 2006).

Kunnskap om Nasjonale retningslinjer – bidra til forskning

Funn fra denne studien viser at kunnskap om, og implementeringen av Nasjonale Retningslinjer varierte. Slik sett kan det se ut som at studien Trygt Svangerskap har bidratt til å synliggjøre et kunnskapsbehov som oppstod ved iverksettelsen av Nasjonale Retningslinjer. Disse retningslinjen viser til en «sterk anbefaling» om at helsepersonell skal spørre alle gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer, henvise til riktig hjelp dersom kvinnen er utsatt for vold og det fremheves at tverrfaglig samarbeid med særskilt kompetanse på vold (Helsedirektoratet, 2018).Resultatene belyste, for eksempel, dette med «riktig henvisning/ hvordan henvise videre». Her kommer det fram at jordmødre har flere instanser og støtte seg til, samtidig viser resultatene at ikke alle hadde kommunal veileder eller kommunal handling plan tilgjengelig lokalt, slik også rapporten til NKVTS belyser (Sandmoe & Nymoen, 2019). Rapporten fra NKVTS visye også til at det var vanskelig å finne frem til de eksiterende kommunale handlingsplanene og etterspør sterkere styring fra statlig side, inkludert faglige og økonomiske ressurser (Sandmoe & Nymoen, 2019). Det er vanskelig å «henvise riktig» dersom det ikke eksisterer handlingsplaner på helsestasjonen noe som igjen kan bidra til at arbeidet oppleves som særlig utfordrende.

Jordmødrene framhevde også dette med å bidra til forskning som en viktig side ved ønske om økt kunnskap – inkludert mulighet til faglig oppdatering i tråd med de Yrkesetiske

retningslinjene for jordmødre. Her står det blant annet: «*Jordmødre skal bidra til å sikre kunnskapsutvikling i jordmorfaget som er basert på aktiviteter som beskytter kvinners rettigheter som mennesker*» (Den Norske Jordmorforeningen, 2016). Resultatene viser at både jordmødrene og kommunene *ønsket* at jordmødrene skulle delta i Trygt Svangerskap, noe som kan indikere at kommuneledelsen ser «behovet for kunnskap» og dermed også benyttet seg av denne muligheten til å få mer kunnskap via deltagelse i studien. Flere av jordmødrene framhevet dette med å bidra til forskning, og med et særlig fokus på målbar kunnskap som igjen kan bidra til politisk fokus for denne viktige problematikken ifølge jordmødrene.

5.2 Erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i studien

Mange av jordmødrene opplevede som greit å rekruttere, og noen beskrev det også som «gøy» og «enkelt». Jordmødrene forteller også at de gravides tilbakemelding er at det er fint at tematikken vold i nære relasjoner løftes opp og at gravide gjerne vil bidra til forskning. Dette med rekruttering og hvordan gravide kan bidra til forskning om vold er i liten grad eksplisitt belyst i tidligere forskning, men det er rimelig å anta at annen forskning om screening og samtaler om vold i svangerskapsomsorgen kan belyse noen sider ved det å bidra til forskning. Garnweidner-Holme et al. (2017) viser, for eksempel, i sin studie om vold i nære relasjoner, at kvinnene gjenre vil snakke om sine erfaringer og Creedy et al. (2019) sine funn viste at de fleste kvinner er positive til å bli screenet for vold i svangerskapet da dette kan bidra til økt kunnskap om temaet. Samtidig belyste de at selv om kvinnene er positive til screening, er det fremdeles få som forteller om nåværende vold (Creedy et al., 2019; Garnweidner-Holme et al., 2017). Noe som også belyses i min studie og der jordmødrene undrer seg over om noen kvinner som ikke ønsker å delta i Trygt Svangerskap prosjektet nettopp er grunnet at de kan ha opplevd noe som er vanskelig. I tilknytning til dette reflekterer også jordmødrene over om «hun tror» at det var noen med viktige erfaringer som ikke ønsket å delta. Kanskje kan det tenkes at de som ikke ønsket å delta hadde vanskelig erfaringer og at de hadde opplevd å ha negative erfaringer med helsevesenet, eller at de var bekymret for konfidensialitet eller at de var redd for å bli stigmatisert. Andre studier beskriver barrierer til at kvinner ikke avdekker vold, blant annet, er frykt for egen sikkerhet, barnevernet, frykt for partner og for at barnet skulle bli tatt fra dem (Creedy et al., 2019; Henriksen et al., 2017) og Mauri et al (2015) viser at kulturelle tabuer, forhåndsdømming, frykt og skam bidrar til å vanskeliggjøre det å avdekke vold (Mauri et al., 2015).

Flere av jordmødrene opplevde at tid var en utfordring for rekruttering og deltagelse i studien, og at å delta i studiet er en «overskuddsgreie». Samtidig pekte de også på at det ikke nødvendigvis tar så mye lenger tid, når en først er inne på temaet vold og flere løfter fram at de løser dette ved å ta opp temaet allerede ved først konsultasjon eller sette av bedre tid ved neste konsultasjon. Tidsfaktoren er også belyst av andre, se for eksempel Henriksen et al (2017) og Mauri (2014), hvor begge studier løfter fram tid som en barriere for jordmødrene i deres arbeid med vold i nære relasjoner, og især dersom vold avdekkes. For jordmødrene vil dette kunne ligge som et underliggende tema i rekrutteringsprosessen, og der de må være bevisste på å inneha tilstrekkelig med tid til de gravide dersom vold, eller tidligere erfaringer med vold, avdekkes. Samtidig trakk jordmødrene i studien som foreligger her også fram viktige praktiske forutsetninger for rekruttering og som inkluderer tid som; informere om studiens hensikt og bakgrunn, tilstrekkelig informasjon om hvordan de er sikret anonymitet og konfidensialitet, finne egnet plass/ rom til å delta i studien i uforstyrrede omgivelser samt å tilrettelegge for at kvinnen kan snakke med jordmor etter deltagelse. Dette krever både tid og fleksibilitet samt praktisk tilrettelegging som tilgang til egnede rom etc.

Noen av jordmødrene fortalte at de pleide å spørre alle de kunne, men at noen ganger ble det glemt av jordmødrene og andre ganger var det for travelt til å starte å rekruttere. Det skal også fremheves jordmødrene fikk tilbakemelding fra de gravide at for at studiet skal oppleves som nyttig for de gravide er det viktig å delta *tidlig* i svangerskapet noe som gjør det ekstra utfordrende da første konsultasjon innehar mange viktige temaer, og at det er et opphold på ca. seks uker mellom første og andre konsultasjon. Slik sett kan det kanskje være ekstra vanskelig å balansere tid *og* at det skal oppleves som nyttig for de gravide. Jordmødrene har sine utfordringer knyttet til tid, men de gravide har det også travelt sa jordmødrene, og de har ikke nødvendigvis 20 minutter ekstra til å delta, pluss tid til å få informasjon og eventuelt snakke med jordmor etter deltagelse. Alle jordmødrene tilbød å snakke med kvinnen etter deltagelse, enten ved at de ventet eller banket på jordmorskontor etterpå. Blant jordmødrene i denne oppgaven rapporterte kun en av jordmødrene at kvinnene hadde behov for dette. Dette kan være et tilfeldig funn, eller så kan det være at denne jordmoren var ekstra nøye med å vise at hun hadde tid til å snakke med dem noe som gjorde det lettere for kvinnene og ta imot tilbudet.

Jordmødrenes refleksjon rundt manglende deltagelse understreker viktigheten av tidsaspektet, både ved at jordmødrene måtte prioritere andre oppgaver, og at kvinnene ikke hadde tid.

Andre faktorer er at flere av jordmødrene opplevede at de gravide ikke «orket noe ekstra», og at kvinnene sjeldent kom alene, noe som også er belyst av blant annet Henriksen et al. (Henriksen et al., 2017). Dette med at partner er med på konsultasjonen belyser også et mulig dilemma i svangerskapsomsorgen. Nemlig det at partnere blir oppmuntret til å engasjere seg i graviditet og fødsel (Hjemdal & Engnes, 2009) samtidig som de ikke skal være tilstede når jordmor adresserer vold (Hjemdal & Engnes, 2009). Selv om det å rekruttere til forskning om vold ikke nødvendigvis forhindres ved at partner er med, er dette et tema jordmødrene var opptatt av, for eksempel i frykt for at vold avdekkes, kan partner hindre kvinnen i å få oppfølgning under graviditeten. Garnweidner- Holme et al. (2017) sin studie av kvinner med forskjellige etnisk bakgrunn viste at de gravide fryktet at de ikke ville få lov til å få oppfølgning dersom partner visste at spørsmål om vold forekom. Studien deres viser også at kvinnene beskriver at vold faktisk kan være akseptert i deres kultur (Garnweidner-Holme et al., 2017). Kanskje det kulturelle aspekt overkjører de negative konsekvensene vold kan ha for disse kvinnene, og kanskje det er et stort kunnskapsbehov for menn vedrørende mulige konsekvenser av vold også?

Denne oppgaven hadde som hensikt å belyse jordmødrenes erfaringer med å delta og rekruttere til studien Trygt Svangerskap som innebærer et elektronisk spørreskjema og bruk av informasjonsfilm som trygghetsfremmende tiltak. På spørsmålet om «Tanker om filmen» kom det frem at mange av jordmødrene syntes at filmen kan bidra til å gi kvinner kunnskap om hva vold er og hvilke muligheter de har til få hjelp, noe som igjen kan bidra til å bevisstgjøre kvinnene. Samtidig trakk jordmødrene fram at filmen muligens kan oppleves som skummel. Flere av dem påpekte at vold i nære relasjoner er et vanskelig tema og som det ikke finnes noen enkel løsning på, og framhever mHelse løsninger som en av flere virkemidler. De fremhevde også at filmen trenger oppfølgning og flere av jordmødrene etterspør individuelle samtaler og konsultasjoner som alternative eller supplerende tilnærminger. Kan dette også illustrere en underliggende bekymring for at teknologi skal ta over rollen deres, og at personlig konsultasjoner blir undervurdert? I studien til Bullock understreker de et behov for å finne løsninger som øker villighet hos voldsutsatte kvinner til å avdekke sine historie, slik at nødvendig hjelp kan gis (Bullock et al., 2006) og her kan anonymiserte løsninger som informasjons-videoer og filmer i kombinasjon med elektroniske spørreskjema spille en viktig rolle. Garnweidner- Holme et al. (2018) viser, for eksempel, at helsepersonell som brukte mHelse verktøy vedrørende svangerskapsdiabetes var positive til

bruken av digitale verktøy, særlig fordi de mente at bruken av disse verktøyene vil øke (Garnweidner-Holme et al., 2018). Samtidig er det en vesentlig forskjell mellom temaene svangerskapsdiabetes og vold i nære relasjoner. Men som også artikkelen til WHO (2011) belyser kan mHelse være et tilgjengelig og effektivt tiltak knyttet til å nå grupper man tradisjonelt ikke får i tale via de vanlige helsekommunikasjonskanalene. En av jordmødrene trakk også frem hvordan en film kan bidra til å sikre at alle kvinner for lik informasjon, noe som kan bidra at kvinnene kan delta i å ta aktive beslutninger gitt tilstrekkelig informasjon, noe som uttrykkes i de Yrkesetiske retningslinjene for jordmødre (Den Norske Jordmorforeningen, 2016). Slik kan en film kan bidra til å gi lik informasjon til alle kvinner, noe som en jordmor påpeker ved å vise til at en aldri vet hvem som er utsatt for vold.

Rekruttering av ikke- etnisk norske

Ettersom studien Trygt Svangerskap hadde et særlig fokus på ikke- etnisk norske gravide blir dette også tematisert i den foreliggende masteroppgave. Jordmødrene tegner et komplekst bilde av rekruttering av ikke- etnisk norske, og der særlig manglende lese- og skriveferdigheter, manglende språkversjoner på deres språk og svak kultursensitivitet i spørreskjema og spørsmålsformuleringer står sentralt. Som understreket av Garnweidner-Holme et at. (2017) er det et behov for mer forskning når det gjelder å kunnskap om etnisitet og kulturell bakgrunn for å sikre individuell tilpasset kommunikasjon i møte med vold i nære relasjoner med kvinner (Garnweidner-Holme et al., 2017), noe som også understrekes av jordmødrene i denne masteroppgaven. Jordmødrene diskuterte, for eksempel, den måten vold kommuniseres om i studien, knyttet til bruk av de digitale verktøyene og understreker at disse kunne vært ytterligere kultursensitivt tilpasset kvinnenes bakgrunn for på den måten klare å fange opp mer valide svar og gi bedre informasjon om kunnskap om vold, inkludert trygghetsfremmendetiltak, og dermed være et mer effektivt verktøy for kvinnene. Som nevnt over kan andre land/ kulturer ha et annet syn på vold mot kvinner både innen kulturen men også juridisk, noe som igjen kan sette en barriere for kvinnens forståelse av vold og dets betydning, effekt og mulige konsekvenser.

5.3 Hjelpe kvinner

Flere av jordmødrene beskrev et ønske om å hjelpe kvinnene som motivasjon og viktig for å delta i studien. Intervjuene er imidlertid noe mangelfulle når det gjelder utfyllende informasjon om hva de ønsker å hjelpe kvinnene med, noe som kan illustreres med at man

som masterstudent er ny i dette med intervjuteknikk og ikke er sensitiv nok til å følge opp spørsmål som krevde ytterligere oppfølgingsspørsmål, se også metode diskusjon punkt 5.5 for ytterligere diskusjon her. Å hjelpe kvinner er ikke ny informasjon for helsepersonell, da en ofte går inn i helseyrker nettopp med motivasjon om å hjelpe andre. Særlig er dette tydelig når en står ovenfor en relasjon til en bruker/pasient som har opplevd noe utfordrende, og behovet for hjelp synes prekært. Som en av jordmødrene beskrev er det hennes erfaring at ikke alle kvinner har det like bra, og at hun gjerne vil bidra her. Jordmors rolle er en veiledende rolle der de skal støtte kvinner og familier rett til å delta aktivt i beslutninger vedrørende egen omsorg (Den Norske Jordmorforeningen, 2016). I de Nasjonale Faglige Retningslinjene for Svangerskapsomsorgen: Hvordan avdekke vold er det en sterk anbefaling at kvinnen skal få individuell oppfølgning og få muligheten til å være med å bestemme tiltak og hjelp (Helsedirektoratet, 2014). Det mest hensiktsmessige er å finne veien til løsninger sammen med kvinnen dersom hun er utsatt for vold, men det er ikke nødvendigvis en enkel oppgave for jordmødrene. Vold ofte opptrer i ulike former der kontrollerende adferd kan hindre kvinnen i å søke hjelp, og kvinner som er utsatt for vold kan oppleve en slags dobbelthet ved å både være glad i partner samtidig som partner utøver vold, noe som gjør det å forlate et voldelig forhold komplisert (Hjemdal & Engnes, 2009).

Derfor er dette med å hjelpe kvinnen svært sammensatt, og et komplisert arbeid. Samtidig som jordmors rolle er å skulle ivareta kvinnen og det ufødte barnet etter beste evne, må også kvinnen ta ansvar for å si ifra dersom hun avdekker vold, og med eventuelle omkostninger det medfører. Selv om en ikke skal basere avgjørelser på frykt for represalier, er det viktig med informasjon om at dersom kvinnen (og mannen selvsagt) med hensikt skjuler vold, kan hun også i norsk lov dømmes på grunnlag av passiv omsorgssvikt {Straffeloven, 2005 #339}. Vi vet at bagasjen en har med seg fra tidligere i livet, kan komme nært på en i svangerskapet. De Nasjonale Faglig Retningslinjene (2014) viser til at både nåværende og tidligere erfaringer med vold kan påvirke deres opplevelse av svangerskapet, fødsel og barseltiden, og erfaringer fra seksuelle overgrep i barndommen kan føre til retraumatisering, dissosiasjon i fødsel (Helsedirektoratet, 2014). Voldserfaringer kan også føre til engstelse og depresjon som kan føre til misbruk av medikamenter og alkohol, samtidig som voldserfaringer ofte kan opptre med depressive symptomer og påvirke kvinners omsorgsevne og tilknytning til barnet (Helsedirektoratet, 2014). Som vist i teorigjennomgangen, har screening i svangerskapet bidratt til å avdekke vold/ nåværende vold samt bidra til å forebygge noen av de nevnte

mulige effekten voldserfaring kan ha. Samtidig viser også mine resultater, og likhet med andre (Bullock et al., 2006; Creedy et al., 2019; Garnweidner-Holme et al., 2017; Hindin, 2006; Mauri et al., 2015) at vold er vanskelig å avdekke. Både Bulluck et al. (2006) og Garnweidner-Holme et al. (2017) viser barriere for avdekking kan komme av frykt for rapportering og at barnevernet skulle ta fra dem barnet. Disse reguleringene skal bidra til å beskytte voldsutsatte, men kanskje ytterpunktene mellom å ikke avdekke og frykten for at barnet deres skal bli tatt fra dem hindrer dem i å fortelle. Således kan det kanskje tenkes at mer nyanserte tiltak der det er mulig, kan bidra til å hjelpe kvinner å fortelle om vold uten at de nødvendigvis risikerer at barnet blir fratatt dem.

Resultatene i denne masteroppgaven viser også til at mange av jordmødrene beskev avdekking av vold som en prosess og at de kan bidra til å så et frø i denne prosessen. Dette er også et tema som dukker opp i studien til Hindin (2006) som viser til at det en form for metafor/symbolikk som eksisterer blant helsepersonell som arbeider med vold i nære relasjoner (Hindin, 2006). Denne prosessen gjelder både avdekking i henhold til kvinnens egen prosessen i å bryte stillheten om vold, men også helsepersonell. Mange av jordmødrene i min masteroppgave understreker at helsesykepleiere også tematiserer vold og slik sett bidrar jordmødrene med å så et frø også innad i kommunehelsetjenesten. Samtidig reflekterer de over at det å så et frø kan også vise kvinnene at temaet vold er noe en kan snakke med jordmor om.

5.4 Mellom Nasjonale anbefalinger og behov for faglig oppdatering og nettverksbygging

Mine resultater viser også at jordmødrene ønsker en felles forståelse for arbeidet med vold i kommunehelsetjenesten og peker til samarbeide med andre faginstanser som svært vesentlig. Dette kan indikere at det muligens ikke er en fellesforståelse for temaet eller at det er behov for et særskilt fokus på tverrfaglig samarbeid. Med Handlingsplaner om vold (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013; Justis- og politidepartementet, 2004) er vold satt på agendaen politisk sett. Her understrekes også at handlingsplanen skal bidra til å synliggjøre konkrete tiltak, konkretisere forpliktelser og spesifisere ansvar (Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, 2019).. Rapporten fra NKVTS belyser at kun 40% av kommune i deres undersøkelse hadde kommunal handlingsplan om vold i nære relasjoner (Sandmoe & Nymoen, 2019). I likhet med NKVTS sin rapport (2019) om handlingsplaner viser også mine funn at ikke alle helsestasjonene hadde kommunal handlingsplan. Manglende kommunale handlingsplaner kan bidra til å gjøre arbeidet med vold ytterligere mer komplekst og

utfordrende. Dette illustreres av jordmødrene som også viste også hvordan de brukte deltagelse i prosjektet Trygt Svangerskap til å initiere kommunale/ lokale planer og verktøy. Betydning av gjennomarbeidede og godt implementerte protokoller og tiltak på lokalt nivå understrekes i forskningslitteraturen (Bullock et al., 2006; Creedy et al., 2019; Henriksen et al., 2017; Mauri et al., 2015; Smith et al., 2018) hvor de understreker hvordan protokoller og handlingsplan kan være viktige ressurser i arbeidet med vold. Uansett vil hver case være unik, og det er kanskje ikke alltid så lett å vite hvor og når en skal kontakte barnevernet, politi eller fastlege. De juridiske rammene som berører både taushetsplikt og opplysningsplikt kan, som nevnt foran, også bidra til å vanskeliggjøre arbeidet.

Jordmødrene pekte også på dette med behov for faglig oppdatering og forteller om deres plikt til å følge med på faglige kurs og studier som bidrag til at de holder seg oppdatert. En av jordmødrene beskrev faglig nettverksbygging som en sentral faktor for å delta studien. Studier som Trygt Svangerskap kan dermed bidra til faglig oppdatering, fornying og nettverksbygging. Jordmoryrket er et selvstendig yrke der faglig vurderinger tas fortløpende og ofte av jordmor alene og hvor behov for kollegial og tverrfaglighet støtte er fremtredende. En annen jordmor pekte på hvordan det er lett å bidra i prosjektet når det er en kjent person som spurte om deltagelse.. Nettverksbygging, kollegaveiledning og forskningsprosjekter kan her kan sammen bistå kunnskapsutvikling og faglig utvikling innen svangerskapsomsorgen.

5.5 Styrker og svakheter

Denne studien kan ikke generaliseres grunnet få antall deltagere men belyser hvordan sju strategisk utvalgte jordmødre opplever utfordringer knyttet til å samtale om vold i svangerskapsomsorgen og delta i studien Trygt Svangerskap. Utvalgets sammensetning og tilhørende helsestasjoner kan imidlertid gi oss et godt innsyn og robust materiale for hvordan forstå jordmødrenes dilemma vis a vis denne problematikken.

En svakhet kan være manglende oppfølging av tema som kom opp i intervjusituasjonen. På tross av at intervjuguiden ble pilotert ser jeg at jeg kunne vært bedre til å forfølge temaer som oppsto i samtalen der og da. Slik sett skulle jeg gjerne spurt mer systematisk om «hva slags kunnskap jordmødrene ønsket seg». Allikevel vurderer jeg intervjuene som både informative og rike.

Jeg har videre ingen grunn til å tro at jordmødrene holdt tilbake informasjon eller idealiserte situasjonen. Faktisk nevnte flere av dem at «de glemte å rekruttere» og tematiserte på en troverdig måte hvor utfordrende de syntes det var å samtale om vold i nære relasjoner.

Allikevel er det mulig at jordmødrene som ønsket å delta i min studie bærer preg av et ekstra engasjement for studien Trygt Svangerskap, og at de som kjenner godt til prosjektledelsen kan utgjøre et mulig bias i henhold til rekrutteringen.

6.0 KONKLUSJON

Denne masteroppgaven hadde som mål å undersøke jordmødrenes erfaringer knyttet til rekruttering og deltagelse i studien «Trygt Svangerskap».

Jordmødrene i min masteroppgave opplever at det å rekruttere og delta i forskning er «greit» og kan også oppleves som gøy dersom forholdene tilrettelegges. Tilrettelegging innebærer her at de får mulighet til å delta aktivt ved å dele erfaring, få mer kunnskap som f. eks fremlegg om vold fra relevante instanser og personer, noe som har skjedd via samlingene i regi av prosjektledelsen i Trygt Svangerskap. Andre forhold som kan bidra for å gjøre forskning til en fordel snarere enn en «overskuddsgreie» er avsatt tid til forskning i arbeidshverdagen og praktiske løsninger som tilgjengelige kontor for gjennomføring samt at økonomiske incentiver kan øke motivasjonen for rekruttering hos jordmødre. Jordmødre i min studie belyser et kunnskapshull i svangerskapsomsorgen vedrørende vold i nære relasjoner. Disse hullene gjelder flere aspekter som: «Hvordan spørre om vold?», «Hva skal jeg gjøre dersom det kommer et ja?» noe som også belyses i relevant forskning. Samtidig beskriver jordmødrene hvordan kunnskap gir økt trygghet - noe som også understrekes i flere artikler. Slik sett kan studien Trygt Svangerskap ha bidratt til å gi jordmødrene økt kunnskap og bevissthet om vold i svangerskapsomsorgen, noe som har gitt ringvirkninger for de gravide men også bidratt til økt samarbeid og tverrfaglig diskusjoner på arbeidsplass. Jordmødrenes synspunkter med mHelse intervensjonen var variert, men de fleste var positive til denne type verktøy og trakk frem fordeler som sikre lik informasjon til alle og mulighet for hjelp. Samtidig belyser de at for kvinnene kan visuelle virkemidler (som film) oppleves som skummelt, og flere understreker en-til-en samtale med en trygg jordmor som alternative tiltak i arbeidet med vold i nære relasjoner i svangerskapsomsorgen.

Sammenfattende kan, som nevnt, denne masteroppgaven ikke generaliseres, men den kan vise et variert utvalg av jordmødrenes erfaringer med rekruttering og deltagelse i studien Trygt Svangerskap. Disse jordmødrene beskriver et tydelig engasjement for å hjelpe kvinner som en av flere motiverende faktorer for å bidra med forskning innenfor temaet vold i svangerskapsomsorgen.

I lyset av lovverk, handlingsplaner og etiske retningslinjer kan en hevde at det er på kommunalt nivå at menneskerettighetene ivaretas. I forlengelsen her innebærer dette at

jordmødre har en særskilt rolle og ansvar for menneskerettighetene med særlig mår det gjelder kvinner og familie, men også på samfunnsnivå.

Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne studien har flere implikasjoner for praksis: betydningen av å normalisere vold som en del av svangerskapsomsorgen, betydningen av tid og tillit som helt sentralt for dette arbeidet, og at velutprøvde mHelse-verktøy kan være et nyttig redskap her. Sist, men ikke minst, fremhever min studie behov for å forbedre jordmødres beredskap i møte med vold, samt behov for tverrfaglig samarbeid og kunnskapsdeling av på tvers av alle involverte.

For videre forskning er jordmødrenes behov for ytterligere kunnskap, og særlig *hva* slags kunnskap, et sentralt tema for videre forskning. Også vurdering av ulike opplæringstiltak og verktøy (som rollespill, mHelse, rutiner for oppfølging) peker seg ut som et område for videre forskning.

LITTERATURLISTE

Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

Bullock, L., Bloom, T., Davis, J., Kilburn, E. & Curry, M. A. (2006). Abuse Disclosure in Privately and Medicaid?Funded Pregnant Women. *Journal of Midwifery & Women's Health, 51*(5), 361-369. doi: 10.1016/j.jmwh.2006.02.012

Byrskog, U., Essén, B., Olsson, P. & Klingberg-Allvin, M. (2016). ´Moving on´ Violence, wellbeing and questions about violence in antenatal care encounters. A qualitative study with Somali-born refugees in Sweden. *Midwifery, 40*(C), 10-17. doi: 10.1016/j.midw.2016.05.009

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*. doi: 10.1016/j.wombi.2019.06.018

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 10.05 2019 fra https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/

Den Norske Jordmorforeningen. (2016). Yrkesetiske Retningslinjer for Jordmødre. Hentet 01.10.2019 2019 fra https://www.jordmorforeningen.no/content/download/2138/19417/file/Yrkesetisker%20retningslinjer%20for%20jordmødre%202016.pdf

Du Mont, J. & Forte, T. (2012). An exploratory study on the consequences and contextual factors of intimate partner violence among immigrant and Canadian-born women. *BMJ open, 2*(6), e001728.

Espinosa, L. & Osborne, K. (2002). Domestic Violence During Pregnancy: Implications for Practice. *Journal of Midwifery & Women's Health, 47*(5), 305-317. doi: 10.1016/S1526-9523(02)00287-8

Folkehelseloven. (2009). *Lov om folkehelsearbeid. LOV-2011-06-24-29*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C. & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*: World Health Organization.

Garnweidner-Holme, L., Hoel Andersen, T., Sando, M. W., Noll, J. & Lukasse, M. (2018). Health Care Professionals´Attitudes Toward, and Experiences of Using, a Culture-Sensitive Smartphone App for Women with Gestational Diabetes Mellitus: Qualitative Study. *JMIR mHealth and uHealth, 6*(5). doi: 10.2196/mhealth.9686

Garnweidner-Holme, L., Lukasse, M., Solheim, M. & Henriksen, L. (2017). Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. *Bmc Pregnancy and Childbirth, 17*(1). doi: 10.1186/s12884-017-1308-6

Halpern-Meekin, S., Costanzo, M., Ehrenthal, D. & Rhoades, G. (2019). Intimate Partner Violence Screening in the Prenatal Period: Variation by State, Insurance, and Patient Characteristics. *Maternal and Child Health Journal, 23*(6), 756-767. doi: 10.1007/s10995-018-2692-x

Helsebiblioteket. (2016). Kjernespørsmål. Hentet 10.05.2019 2019 fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporsmal

Helsedirektoratet. (2014). *Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen: Hvordan avdekke vold* (Nasjonale faglige retningslinjer / Helsedirektoratet). (Ikke tilgjengelig på internett lengre, PDF skaffet direkte fra Helsedirektoratet).

Helsedirektoratet. (2018, 07.05.2018). Svangerskapsomsorgen : Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet 10.05 2019 fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide

Henriksen, L., Flaathen, E. M., Angelshaug, J., Lisa, G.-H., Lisa, Småstuen, M. C., Josef, N., . . . Lukasse, M. (2019). The Safe Pregnancy study - promoting safety behaviours in antenatal care among Norwegian, Pakistani and Somali pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial. *BMC public health, 19*(1), 1-9. doi: 10.1186/s12889-019-6922-y

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).

Hindin, P. K. (2006). Intimate Partner Violence Screening Practices of Certified Nurse?Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health, 51*(3), 216-221. doi: 10.1016/j.jmwh.2005.10.001

Hjemdal, O. K. & Engnes, K. (2009). Å spørre om vold ved svangerskapskontroll. *Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner. Rapport, 1.*

James, L., Brody, D. & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims, 28*(3), 359-380.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2013). *Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014-2017*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/contentassets/97cdeb59ffd44a9f820d5992d0fab9d5/hplan-2014-2017_et-liv-uten-vold.pdf

Justis- og politidepartementet. (2004). *Vold i nære relasjoner*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/jd/pla/2004/0004/ddd/pdfv/283165-vold_i_nare_relasjoner.pdf

Justis- og politidepartementet. (2007). *Vendepunkt: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2008-2011*. Oslo: Justis- og politidepartementet. Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/vendepunkt---handlingsplan-mot-vold-i-na/id500470/

Kramer, A. & Rice, J. (2012). Safe Mom, Safe Baby: A Collaborative Model of Care for Pregnant Women Experiencing Intimate Partner Violence. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing, 26*(4), 317-318. doi: 10.1097/JPN.0b013e31824356dd

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Mauri, E. M., Nespoli, A., Persico, G. & Zobbi, V. F. (2015). Domestic violence during pregnancy: Midwives? experiences. *Midwifery, 31*(5), 498-504. doi: 10.1016/j.midw.2015.02.002

McQuigg, R. (2017). *The Istanbul Convention, Domestic Violence and Human Rights*: Routledge.

Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (2019). Hva er en handlingsplan? Hentet 25.09.2019 2019 fra https://www.nkvts.no/sites/komplan/hva-er-handlingsplan/Sider/Hensikt.aspx

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u. å.). Hva er vold og overgrep mot voksne og eldre? Hentet 10.05.2019 2019 fra

https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-naere-relasjoner/ulike-former-vold-og-overgrep/

Plan- og bygningsloven. (2008). *Lov om planlegging og byggesaksbehandling. LOV-2008-06-27-71*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2008-06-27-71/KAPITTEL_2-4#KAPITTEL_2-4

Roddy, M. K., Georgia, E. J. & Doss, B. D. (2018). Couples with Intimate Partner Violence Seeking Relationship Help: Associations and Implications for Self?Help and Online Interventions. *Family Process, 57*(2), 293-307. doi: 10.1111/famp.12291

Sandmoe, A. & Nymoen, R. C. (2019). *Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner* (Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner). Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/09/NKVTS_Rapport_3_19_kommunale_handlingsplaner_web.pdf

Smith, R., Wight, R. & Homer, C. S. E. (2018). «Asking the hard questions»: Improving midwifery students? confidence with domestic violence screening in pregnancy. *Nurse education in practice, 28*, 27-33. doi: 10.1016/j.nepr.2017.05.006

Straffeloven. (2005). *Lov om straff (2005). LOV-2005-05-20-28*. Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28

Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. *Norway, NKVTS: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.

Tønnessen, M. (2014). *Fruktbarhet og annen demografi hos innvandrere og deres barn født i Norge* (2014/4). Hentet fra https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/_attachment/159524?_ts=143d903c2f8

Watts, C. & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet, 359*(9313), 1232-1237.

World Health Organization. (2011). mHealth: New Horizons for Health through Mobile Technologies. Hentet 02.10.2019 2019 fra http://www.who.int/goe/publications/goe_mhealth_web.pdf

APPENDIX

Vedlegg 1 (Bakgrunnsopplysninger tabell)

Vedlegg 2 (Samtykke og infoskriv)

Vedlegg 3 (3A Utkast til intervjuguide og 3B Revidert intervjuguide)

Vedlegg 4 (Tema og subtema tabell)

Vedlegg 5 (Eksempel på refleksjonsnotat)

Vedlegg 6 (Prosjektplan)

Vedlegg 7 (Safe Pregnancy Study protocol)

Vedlegg 8 (ROS- analyse)

VEDLEGG 1

FIKTIVE NAVN	TREKK VED HELSESTASJON	ÅR I SVANGERSKAP-SOMSORGEN	ÅR SOM FERDIGUTDANNET JORDMOR
Wenche	Rekruttert få	4 år	23 år
Bente	Rekruttert mange	18 år	22 år
Sigrid	Ikke-urban og liten helse-stasjon	5 år	16 år
Nora	Urban og stor helsestasjon	16 år	28 år
Erika	Stor helsestasjon og mange ikke-etnisk norske	12 år	15 år
Fredrikke	Liten helsestasjon	15 år	25 år
Ingvild	Få ikke-etnisk norske	5 år	7 år

VEDLEGG 2

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

Trygt Svangerskap

TRYGT SVANGERSKAP-ERFARING MED BRUK AV DIGITALE HJELPEMIDLER I SVANGERSKAPSOMSORGEN

Takk for at du deltar i Trygt svangerskap. For å få mer kunnskap om hvordan du som helsepersonell opplever deltagelse i prosjektet ønsker vi å gjennomføre individuelle intervjuer om dine erfaringer. I dette skrivet får du mer informasjon om målene for denne studien og hva deltagelse vil innebære for deg. Studien inngår som et delstudiet i Trygt Svangerskap som ledes av Professor Mirjam Lukasse ved OsloMet.

HVA INNEBÆRER STUDIEN?

Hensikten med studien er å få en dypere innsikt i dine erfaringer med et kultursensitivt og digitalt hjelpemiddel som omhandler vold svangerskapsomsorgen. Dine erfaringer bidrar til å tilpasse verktøyet og muliggjør bedre implementering slik at verktøyet kan brukes som et supplement i svangerskapsomsorgen.

Intervjuet vil blant annet handle om:
Motivasjon til å delta i studien
Tidligere erfaringer i å samtale om vold
Fordeler/Ulemper knyttet til rekruttering

Til sammen vil dette ta ca. 30 minutter.

Hvis det er i orden for deg så kommer jeg til å registrere noen bakgrunnsopplysninger om deg. Disse opplysningene innebærer; arbeidssted, antall års erfaring i svangerskapsomsorgen, utdanningsnivå, antall års erfaring som ferdigutdannet jordmor og din alder. Disse opplysningene vil være viktig bakgrunnsinformasjon. Opplysningene behandles konfidensielt og vil ikke være gjenkjennbare.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Bruk av kultursensitive - digitale hjelpemidler kan ha stor nytte svangerskapsomsorgen, og det kan være et enkelt hjelpemiddel for å spre informasjon. Din erfaring med bruken av dette hjelpemidlet er et vesentlig bidrag i evalueringen og gir mulighet for å videreutvikle hjelpemidlet. Brukermedvirkning vil bidra til å tilpasse hjelpemidlet slik at det blir bedre

tilpasset deres erfaringer i svangerskapsomsorgen. Dersom intervjuet oppleves som ubehagelig eller belastende kan du be om pause eller avbryte intervjuet når som helst.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE SITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i studiet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på bakerste side. Du kan trekke samtykke, uten å oppgi noen grunn til dette. Dersom du ønsker å trekke deg fra dette prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede data, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner. Dersom du vil å trekke deg må dette skje innen 1. august 2019.

Dersom du ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studiet, kan du kontakte XX.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

Opplysningene som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg, og rett til å få korrigert eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Jeg ønsker å ta opp samtalen på lydbånd og du kan lytte gjennom intervjuet i etterkant om det er ønskelig.
Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Opplysningene vil bli koblet til dato og nr. for intervjuet heretter kalt koblingsnøkkel. Koblingsnøkkelen vil bli lagret på en egen kryptert minnepenn på et sikkert lagringssted. Koblingsnøkkel som knytter deg til dine personidentifiserbare opplysninger vil ikke bli utlevert. Intervjuet vil bli transkribert fortløpende, og transkribert versjon av intervjuene blir avidentifisert og anonyme. Lydfilene vil bli lagret på egen kryptert minnepenn, og slettet når analysen er avsluttet (august 2019). Prosjektleder vil sikre at dine opplysninger blir ivaretatt på en trygg måte og følger retningslinjene til OsloMet.

Prosjektleder har ansvar for den daglige driften av forskningsprosjektet og at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Datamateriale (transkripsjonen) om deg slettet senest fem år etter prosjektslutt.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK 2017/358. Etter ny personopplysningslov har behandlingsansvarlig OsloMet og prosjektleder Xx et selvstendig ansvar for å sikre at behandlingen av dine opplysninger har et lovlig grunnlag. Dette prosjektet har rettslig grunnlag i EUs personvernforordning artikkel 6 nr. 1a og artikkel 9 nr.2a og ditt samtykke.
Du har rett til å klage på behandlingen av dine opplysninger til Datatilsynet.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du har spørsmål til prosjektet kan du ta kontakt med XX, XX eller XX

Samtykke til deltakelse i PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om prosjektet

Sted og dato

Signatur

Rolle i prosjektet

VEDLEGG 3 A

Intervjuguide 3: Helsepersonell involvert i Trygt Svangerskap

Semi-strukturert intervjuguide for fokusgrupper blant helsepersonell som rekrutterte på helsestasjoner

1) Bakgrunn for å være med i denne studien?

    - Hva var din/deres motivasjon til å være med i denne studien?
    - Hvordan jobbet dere med temaet vold før studien?

2) Holdninger til bruk av en trygghetsfremmende film

    - Hadde du/dere noen strategier/hjelpemidler for å snakke om vold før denne studien?
    - Føler du/dere at det er behov for en trygghetsfremmende film?

3) Erfaringer med å rekruttere for Trygt svangerskap

    - Kan du/dere fortelle om dine/deres erfaringer med å rekruttere til studien?
    - Var det noen utfordringer?
    - Hvordan var det å spørre kvinnene om å være med?

VEDLEGG 3 B

Intervjuguide Helsepersonell

Fet skrift innebærer nødvendige spørsmål, og vanlig skrift er forslag til oppfølgningspørsmål.

Innledningsspørsmål

«Hvor lenge har du jobbet her i svangerskapsomsorgen?»

Generelle oppfølgingsspørsmål: Kan du fortelle mer om? Kan du utdype? Hva mener du når du sier? På hvilken måte? Hva legger du i det? Kan du gi et eksempel?

1) Bakgrunn for å være med i denne studien?

- **Hva var din/deres motivasjon til å være med i studien Trygt Svangerskap?**
- **Hvordan jobbet dere med temaet vold før studien?**
- Kan du gi noen eksempler på hvordan du gjorde det før?
    - Hvor kjent er du med retningslinjene om vold i svangerskapsomsorgen?

2) Holdninger til bruk av en trygghetsfremmende film

- **Hadde du noen strategier/hjelpemidler for å snakke om vold før denne studien?**
- Kan du gi et eksempel?
- Hva tenker du om filmen?
- **Føler du at det er behov for en trygghetsfremmende film?**
- **Evt. Hvorfor/ hvorfor ikke? Er det noen andre hjelpemidler/tiltak som du tenker er bedre egnet?**

3) Erfaringer med å rekruttere for Trygt svangerskap

- **Kan du beskrive hvordan du rekruttere til studien?**
- **Hvordan var det å spørre kvinnene om å delta?**
- **Hvordan tilrettela du for at kvinnen kunne se filmen?**
- Opplevede du at noen kvinner som kanskje hadde viktige erfaringer IKKE ønsket å delta?
- Hvordan opplevede du rekruttere ikke- etnisk norske?
- Hvordan opplevede du å rekruttere etniske norske?
- Hva mener du skal til for å delta?
- **Var det noen utfordringer?**
- **Var det noen fordeler?**
- Hva har væt det viktigste med å delta for deg?
- **Er det noe du ønsker at jeg skulle ha spurt om?**

VEDLEGG 4

TEMA	SUBTEMA
Motivasjon for å være med i studiet	**Behov for mer kunnskap om vold** • Økt kunnskap om hvordan spørre om vold/ nærme seg temaet vold • Gjøre det tryggere å samtale om vold • Temaet vold er utfordrende og litt skummelt **Bidra til å hjelpe kvinner** • Fordi vold har betydning **Anbefalinger fra Nasjonale retningslinjer** • Kommunal handlingsplan • Plikten til å holde seg faglig oppdatert **Andre faktorer** • Nettverksbygging • Videreutvikling av jordmorfag • Bidra til målbar kunnskap
Tidligere erfaringer med å samtale om vold i svangerskapet	**Det er utfordrende å samtale om vold** • Spørsmål om vold kan være ubehagelig å snakke om • Det er utfordrende når de bytter mellom jordmor og fastlege • Jordmor syntes det er utfordrende når kvinnen har med seg noen i konsultasjonen **Skape tillit og bli kjent med kvinnen** • Det er utfordrende å vite hva hun skal gjøre dersom vold avdekkes • En kan aldri være sikker på om kvinnene forteller at de lever i vold **Implementering av Nasjonale Retningslinjer om vold i svangerskapsomsorgen varierer** • Hadde en halv fagdag om nasjonale retningslinjer med temaet vold i nære relasjoner • Mangler kommunal veileder • Opplevede å ikke få så god informasjon og måtte selv ta tak i det • Utarbeidet egne retningslinjer om vold etter deltagelse

TEMA	SUBTEMA
Erfaringer med rekruttering til studien **(Fortsetter på neste side)**	**Greit å rekruttere** • Opplever at de fleste kvinnene ønsker å delta • Opplevede studiet som en åpning for å snakke om vold ved neste konsultasjon **Tid en utfordrende faktor for rekruttering** • Opplevde at det var lettere å gjennomføre dersom de satte av ekstra tid ved neste konsultasjon • Ikke tidkrevende å rekruttere når en først er inne på temaet vold • Samtidig greit at studiet er ferdig • Andre faktorer (Inkludere hele spekteret av informanter og Vanskelig å spørre om begrunnelse for manglende deltagelse) **Praktisk gjennomføring av rekrutteringen** • Pleide å rekruttere ved 1. konsultasjon • Pleide å rekruttere ved å informere om studiets hensikt og viktigheten av temaet • Påpeker at de informerte om de praktiske forventningene • Pleide å spørre nesten alle, utenom når det var travelt • En må rekruttere tidlig for at det oppleves som nyttig for kvinnene • Det på informeres om anonymitet • Kvinnene har ikke tid til å gjennomføre studiet • Lånte ledig kontor • Gang med lite støy • Pausekrok • Lånte jordmors kontor • Jordmødrene tilbød seg å snakke med kvinne-ne etter deltagelse, det var kun en jordmor som opplevede at kvinnene benyttet seg av dette **Refleksjon rundt manglende deltagelse** • Noen kvinner ikke orker noe ekstra • Noen ganger må andre ting prioriteres • En reflekterer over at studiet handler om noe som kan oppleves som vanskelig • Annet er sykehusinnleggelser, kvinnene sjeldent kommer alene og at jordmor kan glemme å rekruttere • Tror at viktige erfaringer kan mangle • Tror at de med viktige erfaringer har deltatt

TEMA	SUBTEMA
Erfaringer med rekruttering til studien (Fortsettelse)	**Utfordringer knyttet til rekruttering av ikke etnisk- norske** • Manglende lese- og skriveferdigheter som barriere • Kulturelle barrierer og kultursensitivitet (i spørreskjema, film?) • Dersom de ikke- etnisk norske er godt integrerte ønsker de å delta • Manglende kjennskap til forskning • Det er utfordrende når en må bruke ekstra tid når en bruker tolk **Jordmødrenes forslag til økt deltagelse** • Jordmødrene trekker frem informasjon om anonymitet, frivillighet, hensikt og bakgrunn for studiet (og nysgjerrighet) • Bedre tid • Om kvinnene har tillit til jordmoren • Understreke at alle får samme oppfølging uavhengig av deltagelse
Erfaringer med å delta i studien	**Fordeler for jordmor ved å delta** • Opplever at de har fått økt bevissthet vedrørende temaet vold • Fått flere ideer til hvordan en skal spørre om vold, som har bidratt til at det føles tryggere å spørre • Økt kunnskap om vold som fordel ved deltagelse • Økonomisk bonus som motiverende faktor **Mulige ringvirkninger for de gravide** • Visittkortene fra studiet er noe alle burde få • Gravide glad for at informasjon om vold gis og settes i system **Samlingene oppleves som nyttige** • Bidratt til økt kunnskap om vold • Fordeler med samlingene der en kan komme med innspill • Fremlegget til kvinnen som var voldsutsatt var bevisstgjørende • Endret praksis etter deltagelse på samlingene **Utfordringer knyttet til deltagelse** • Opplever tid som en utfordring • Datatekniske problemer • Q2 er mer krevende

TEMA	SUBTEMA
Tanker om filmen (informasjon og trygghetsfremmende film)	**Jordmors synspunkter om en trygghetsfremmende film** • En trygghetsfremmende film kan vise kvinner hva vold er og hvilke muligheter de har til å få hjelp • Filmen kan bevisstgjøre kvinnene om egen situasjon • Filmen kan fungere som en åpner for å snakke om vold • Filmen kan bidra til å sikre lik informasjon til kvinnene • Filmen kan muligens kan oppleves som skummel • Føles ubehagelig å anbefale en film hun selv ikke har sett • Understreker at det ikke finnes noen enkle løsninger (om temaet vold) **Alternative tiltak** • Understreker den individuelle samtalen med en trygg person som alternativt tiltak • Tilby konsultasjoner etter hva kvinnen trenger • Å holde fagpersonen oppdatert og mengdetrening som tiltak
Vanskelig å avdekke nåværende vold	**Behov for tverrfaglig samarbeid** • Kvinnene snakker om fortiden men ikke om nåtiden **Jordmødrene kan «så et frø»**

VEDLEGG 5

Refleksjonsnotat XX.XX.XXX kl. XX.XX

Starter med å avtale omtrentlig tid, hun hadde satt av en time. Innledningsspørsmålet blir besvart nokså kort. Hopper rett til temaet, bruker overgangene nokså greit. Prøver å unngå å si for ofte «mhm» etc. Og gi lengere pauser. Dette fungerte nokså bra. Jeg sitter igjen med et inntrykk av at denne jordmoren tok et stort ansvar vedrørende avdekking av vold, og engasjerte seg i forskningsarbeidet. Hun viste til noe mangelfull rekruttering for helsesykepleierne, og tok dermed ansvar for dette også når hun følte det var behov. Hun var også tårevåt i øyene når hun fortalte om enkelte historier, og sa flere ganger at hun IKKE klarte å avdekke vold. I sammenligning til prevalens og andre jordmødre. Hun opplever fortsatt at det er vanskelig å spørre om vold, men han flere metoder for å nærme seg temaet. I tillegg til forskjellig relevant videreutdanninger. Intervjuet varte i mer enn en time, og hun besvarte flere spørsmål, uten at jeg hadde spurt direkte om dette. Hun nevnte også at intervjuet fikk henne til å reflektere mer og at hun har avdekket vold før studien.

Jeg syntes det ble utfordrende da hun ble tårevåt, og vise medfølelse samtidig som jeg måtte videre i intervjuet. Spørsmålet vedrørende retningslinjene, endte opp som en følelse av kunnskap som hun «burde» besitte, og at hun ønsket at hun hadde lest seg opp om dette. Noe som ikke var helt gusting, og særlig kanskje ikke i starten av intervjuet?

XX.XX.XXXX kl.XX.XX

Transkriber fullstendig, får ikke tid til å lese igjennom for korrektur med lydfil. Men var svært lite å korrigere ved pilotintervjuet. Og etter strukturert system med ca. 5 sek. Avspilling og tilbake for gjennomlesning og ytterligere 5 sekunder, er det lite som forsvinner.

Jordmoren oppleves som veldig fornøyd med prosjektet, men at det noen tekniske og kultursensitiviteten som ikke er optimalt. I intervjuet blir det også litt skjevt, da jordmoren begynner å stille meg flere spørsmål og bruker mange navn inkludert sitt eget. Det kommer også frem flere historier som jeg må være ekstra var på i prosessen. Faller også ut ifra de konkrete spørsmålene, men samtidig viser hennes bakgrunn at hun har et godt grunnlag for å snakke om vanskelige temaer, men at det fortsatt er en utfordring. Hun presiserer flere ganger at hun IKKE avdekker vold, noe jeg opplever som litt synd. Da dette temaet er svært komplekst, og det at hun kanskje har sådd et frø er vel så viktige som å klare å avdekke vold. Hun har også visst stor motivasjon til å rekruttere og reflekterer underveis i samtalen at hun har nok avdekket mer, men svarer i slutten av intervjuet igjen at hun IKKE avdekker vold.

Tok et par minutter etter samtalen og snakket om temaet, noe som ble veldig fint.

VEDLEGG 6

Prosjektplan for mastergradsoppgave i jordmorfag

MAJO 5900

16.05.19

Student: XX

Veileder: XX

Antall ord: 2240

INNHOLDSFORTEGNELSE

Tittel ***3***

Bakgrunn ***3***

Formål og problemstilling ***5***

Teoretisk rammeverk ***5***

Design ***6***

Materiale ***7***

Etiske overveielser ***9***

Hva kan denne oppgaven tilføre ***9***

Referanser ***10***

Tittel

Jordmødrenes erfaring med deltagelse i Trygt Svangerskap - et forskningsprosjekt som undersøker forekomsten av vold blant gravide og tester en trygghetsfremmende film.

Bakgrunn

Forskning viser at vold i nære relasjoner er utbredt og har betydelige konsekvenser for kvinners fysisk, seksuelle, reproduktive og mentale helse (Watts & Zimmerman, 2002; Krug et al. 2002). Omfattende forskning viser at vold mot kvinner forekommer i alle sosiale lag, og er et globalt folkehelseproblem (García-Moreno et al., 2013). Vold mot kvinner i nære relasjoner omfatter flere typer vold som blant annet kjønnslemlestelse, æresdrap, fysisk vold, psykologisk vold og seksuell vold (Watts & Zimmerman, 2002).

> Ifølge Verdens helseorganisasjon (WHO 2002) er vold et vidt begrep og må forstås som all forsettlig bruk av makt, tvang eller trusler mot en annen person som resulterer i eller har høy sannsynlighet for å resultere i død, fysiske og psykiske skader. WHO påpeker at vold også kan være fravær av handlinger i form av fysisk og emosjonell neglisjering og omsorgssvikt. (Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, u. å.).

Forekomst av vold mot kvinner i svangerskap og nære relasjoner

Verdens Helse Organisasjon (WHO) estimerte at 30% av kvinner verden over har opplevd fysiske og/eller seksuell vold i løpet av livet fra partner/ekspartner (García-Moreno et al., 2013). En internasjonal metaanalyse angående vold i svangerskapet fra 2013, og som inkluderte 92 studier fra 23 forskjellige land, viste at 28,4% hadde opplevd psykisk vold, 13,8% hadde opplevd fysisk vold og 8% hadde opplevd seksuell vold (James, Brody & Hamilton, 2013). En tverrsnittsundersøkelse om vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner i Norge fra 2014 viste at 14,4% av deltagerne hadde erfart «mindre alvorlig fysisk vold» (kløpet, lugget, dyttet voldsomt, slått med flat hånd) og 8,2% hadde opplevd «alvorlig fysisk vold» (slått med knyttneve, sparket, banket opp, angrepet fysisk på annen måte(Thoresen & Hjemdal, 2014). En tidligere norsk pilotstudie viste imidlertid lavere forekomst av vold i svangerskapet. Studien, som inkluderte 451 kvinner brukte både kvantitativ og kvalitative data, viste at 1,8% var eksponert for vold i nåværende svangerskap og 5% oppga å være bekymret for barnets sikkerhet (Hjemdal & Engnes, 2009). Noe av forskjellene i prevalens i

norsk og internasjonal forskning skyldes at det brukes ulike definisjoner og ulike metoder for å kartlegge omfanget (Sørbø, Grimstad, Bjørngaard, Schei & Lukasse, 2013).

Vold mot kvinner i svangerskapet blant ikke etnisk norske kvinner (23% av fødslene i Norge, Tønnessen, 2014) vet vi, relativt lite om. Innvandrere er en heterogen gruppe samtidig vil deres omstendigheter kunne være preget av økonomisk usikkerhet, språkbarrier, sosial isolasjon og diskriminering som kan gjøre dem sårbare for vold i nære relasjoner (Du Mont & Forte, 2012). Det er anerkjent at det finnes et kunnskapshull vedørende innvandrere og vold i nære relasjoner (Hjemdal & Engnes, 2009; Thoresen & Hjemdal, 2014)

Risiko og konsekvenser av vold i svangerskapet

Risikofaktorer for vold mot kvinner er især knyttet til ung alder, enslig, narkotika- og alkoholmisbruk, lav sosioøkonomisk status og tidligere opplevd vold (James et al., 2013) (Krug, Mercy, Dahlberg & Zwi, 2002). Vold i svangerskapet er assosiert med reproduktiv tvang, uønskede og hyppige graviditeter, lav maternell vektoppgang, hyperemesis, sykehusinnleggelse under graviditeten, aborter, blødning, forløsningsmetode, prematur fødsel og maternelle mentale helseproblemer(Shah & Shah, 2010). Vold i nære relasjoner har også signifikant påvirkning på kvinnens foreldreevne (Hegarty, Taft & Feder, 2008).

Å samtale om vold i svangerskapet

I de nasjonale faglige retningslinjene i svangerskapsomsorgen er det en sterk anbefaling at helsepersonell spør gravide om vold, både nåværende og tidligere erfaringer (Helsedirektoratet, 2018). Gravide er i regelmessig kontakt med helsepersonell og ofte motivert for endring som er til barnets beste (Devries et al., 2010; Vatnar & Bjørkly, 2010). I dag eksiterer det imidlertid ingen standardverktøy for screening av vold i svangerskapet, men man foreslår konkrete spørsmål som kan avdekke vold, og forslag til videre henvisning og sikkerhetsarbeid (Helsedirektoratet, 2018). I møte med å avdekke vold er det avdekket flere barrierer som inkluderer mangelfull trening og opplæring, sensitive/tabubelagte spørsmål og usikkerhet vedrørende videre håndtering dersom vold blir avdekket (Feder et al., 2011). Det er derfor behov for et verktøy som kan bidra til å avdekke vold og gi et trygt alternativ til de som opplever å være utsatt for vold. Et slikt verktøy må imidlertid kunne brukes overfor norske gravide kvinner og kvinner med annen kulturell bakgrunn. Å lage et slik kultursensitivt verktøy er utfordrende.

Trygt Svangerskap studien

Hensikten med studien «Trygt Svangerskap» er å forebygge at gravide utsettes for belastende hendelser i svangerskapet. Studien er designet som en randomisert kontrollert studie (RCT) og der intervensjonen er en informasjonsfilm som informerer gravide om hva vold er og hvilke trygghetsfremmende tiltak kvinnen kan benytte seg av i en voldelig situasjon.

Studien innebærer fire arbeidspakker; utvikle et screeningsverktøy og trygghetsfremmende film med fokus på kultursensitivitet, øke kunnskapen til jordmødre angående vold i nære relasjoner ved hjelp av kurs og hyppige møter med jordmødrene som er involvert. Utføre både spørreundersøkelse på nettbrett og informasjonsmateriale for kvinner som ikke opplever seg trygge. Siste arbeidspakke skal evaluere kvinners erfaring og jordmødrenes erfaring med studien. Min del av studien fokuserer på jordmødrenes erfaringer med bruk av tryggehetsfremmende film (Arbeidspakke 4). Studien foregår ved 19 helsestasjoner i Oslo og omegn. Studien startet vinteren 2018, se studieprotokoll for mer informasjon (Clinicaltrials.gov, 2018).

Hvorfor denne studien?

Målet med denne masteroppgaven er å få mer kunnskap om jordmødrers erfaring med å delta i Trygt Svangerskap - et forskningsprosjekt som undersøker forekomsten av vold blant gravide og tester en trygghetfremmende film. Studiens mål er å få mer kunnskap om utviklingen av kultursensitive digitale hjelpemidler om vold i svangerskapsomsorgen.

Formål og problemstilling

Målet med denne masteroppgaven er å få mer kunnskap om jordmødres erfaringer med å delta i en studie som undersøker forekomsten av vold blant gravide og tester en trygghetsfremmende film.

Problemstilling er: *Hvilke erfaringer har jordmødre med deltagelse i en studie som undersøker forekomsten av vold blant gravide og tester en trygghetsfremmende film i svangerskapsomsorgen?*

Teoretisk rammeverk

Denne oppgaven skrives innenfor et fortolkende teoretisk paradigme der forsker er et sentralt redskap for å fortolke informantenes erfaring (Malterud, 2017). Studien bygger på teori og

forskning fra tre ulike tematiske områder: vold i svangerskapet, digitale verktøy og vold, og kultursensitivitet og vold. I tillegg vil lovverk, rammer for jordmorvirksomheten og retningslinjer være en del av rammeverket.

Dette er en eksplorerende studie der det er lite fastlagt teori og etablerte begrepsrammer. Jeg vil vise til relevant forskning ved bruk av strukturerte søk i relevante databaser der søkeordene vil bygge på 'vold i svangerskapet', 'intervensjoner for utsatte gravide kvinner', 'digitale løsninger' og 'kultur og vold'. Litteraturgjennomgangen her vil danne grunnlaget for mitt endelig teoretisk rammeverk og som igjen vil reflekteres i intervjuguide (se under) og de tematiske analysene.

Design

Denne studien ligger innenfor et kvalitativt forskningsdesign. Kvalitative studiedesign brukes til å innhente kunnskap om menneskelige egenskaper som opplevelser, erfaringer, tanker og forventninger (Malterud, 2017). Målet er å søke forståelse av deres erfaring. Kvalitativ metode brukes videre ofte i sammenhenger der kunnskapsgrunnlaget er mangelfullt og det er behov for ytterligere kunnskap dvs. har en eksplorerende målsetting (Malterud, 2017). Kvalitative metoder er forankret i det fortolkende paradigme.

Min oppgave ønsker å undersøke jordmødres erfaring med deltagelse i en studie som bruker digitale verktøy i kartleggingen av vold i svangerskapsomsorgen og forebygging av vold gjennom en trygghetsfremmende film. Fokus på erfaring og opplevelser vil derfor falle innenfor et kvalitativt forskningsdesign (Helsebiblioteket, 2016). Gitt at dette er et relativt nytt kunnskapsfelt vil kvalitative metoder være særlig velegnet her. Konkret vil jeg gjennomføre semi-strukturerte intervjuer med et strategisk utvalg av jordmødre. Inklusjonskriterier for strategisk utvelgelse for helsestasjonene er; Antall deltagere i «Trygt Svangerskap» der både de med få og mange informanter skal inkluderes. De urbane og ikke-urbane områdene på Østlandet, og de helsestasjonene med høy frekvens av etnisk norske og de med høy frekvens av ikke- etniske norske skal inkluderes. For jordmødrene vil strategisk utvalg innebære en viss variasjon mellom lite og mye erfaring fra svangerskapsomsorgen.

Semi-strukturerte intervju er en velegnet metode når man ønsker å undersøke individers erfaringer med et fenomen på en systematisk måte og som samtidig gir mulighet til å forfølge temaer som oppstår i intervjusituasjonen. Kvale og Brinkmann (Kvale & Brinkmann, 2017)

beskriver, for eksempel, semi-strukturerte livsverdensintervju som «en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelse av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkningen av meningen med de fenomener som blir beskrevet» (Kvale & Brinkmann, 2017). Basis for intervjuene vil være en intervjuguide med fokus på oppgavens sentrale tema som i mitt tilfelle vil være jordmødrenes motivasjon for å delta, tidligere erfaringer med slike samtaler, utfordringer med rekrutteringer mm.)

Materiale

Datamateriale skal samles ved individuelle personlige intervjuer med jordmødre i svangerskapsomsorgen som har deltatt i «Trygt Svangerskap» på Østlandet. Jordmødrene vil bli valgt ut etter forhåndsbestemte kriterier slik at man sikrer en viss variasjon, jf. inkluderings/ ekskluderingskrav. Antallet jordmødre som skal intervjues avhenger av informasjonen som framkommer i intervjuene slik at vi sikrer at vi får et tilstrekkelig rikt og variert materiale samtidig som det er praktisk mulig å gjennomføre (Kvale & Brinkmann, 2017). Informantene vil bli valgt ut fra helsestasjoner som deltar i prosjektet «Trygt Svangerskap». Eksklusjonskriterier for deltagelse vil være ingen deltagelse i implementeringen av forskningsprosjektet.

Metode

Som vist over vil strukturen i intervjuene vil være semi-strukturerte og følge intervjuguide 3 i hovedprosjektet «Trygt Svangerskap» som har fokus på jordmødrenes tidligere erfaringer /strategier med samtale om vold i svangerskapet, motivasjon for å delta i studien og rekruttering. Endelig intervjuguide skal utarbeides i samarbeid med prosjektgruppen i tråd med hovedintervjuguiden (intervjuguide 3) som allerede er godkjent av NSD. Intervjuguiden vil også bli pilotert.

Alle informantene vil få informasjonsskriv om studien og muntlig informasjon før intervjusituasjonen. Skriftlig samtykke vil bli innhentet. Intervjuene vil foregå på et kontor på tilhørende helsestasjon og med minimal risiko for forstyrrelser. Intervjusituasjonen vil være en-til-en (informant og intervjuer) men biveileder blir med i pilotintervjuet.

Intervjuene vil bli innhentet ved bruk lydopptaker og umiddelbart overført til kryptert minnebrikke lånt fra TeachingLearning Video Lab, UiO. Lydopptakeren er godkjent etter

gjeldene retningslinjer fra GDPR–jf. krav til sikker lagring av data. Intervjuene vil bli transkribert forløpende på godkjent PC. Denne PCen er programmert fra IT - avdelingen ved OsloMet. Lydfilene vil blir lagret på kryptert minnebrikke og oppbevart på sikkert lagringsområde i tråd med hovedprosjektets retningslinjer. Transkripsjoner av intervjuene vil være avidentifiserte og anonymiserte, se også diskusjon om koblingsnøkkel under. Koblingsnøkkel vil bli opprettet med nødvending informasjon om informantene; arbeidssted, antall år erfaring med svangerskapsomsorg, utdanningsnivå, antall år erfaring som jordmor og alder. Koblingsnøkkel vil bli lagret på et sikkert sted (jf hovedprosjektet) der kun de som arbeider med prosjektet har tilgang. Lydfilene vil bli slettet ved masteroppgavens ferdigstilling. Transkriberte intervju vil bli lagret på sikker PC.

På bakgrunn av forskningsspørsmålet er tematisk analyse valgt noe som bidrar å løfte fram temaene som framkommer i samtalen og samtidig gir rom for jordmødrenes egne fortellinger. Relevant forskning på temaet vil videre danne utgangspunktet for den tematiske analysen. Tematisk analyse gir fleksibilitet og er et nyttig redskap i kvalitativ forskning som potensielt kan gi et rikt og detaljert bilde av et problemområde vi vet lite om. Analysen vil undersøke mønstre i dataene som gir mening i henhold til problemstillingen. Metoden legger også vekt på å klargjøre forskernes egne antagelser om «virkeligheten» og at dette skal gjøres transparent i metoden (Braun & Clarke, 2014) jf. utarbeiderefleksjonsnotat(er) underveis i intervjusituasjonen som også innbefatter tanker om min forforståelse. Metoden er anerkjent innen kvalitativ forskning særlig brukt innen helsearbeid og studentoppgaver/ småskalastudier (Braun & Clarke, 2014). En styrke er også at bi-veileder er godt kjent med analysemetoden noe som kan bidra til grundige og fokuserte diskusjoner og analyser. Dataene vil bli analysert i tett samarbeid med bi-veileder for å oppnå stor grad av transparens og gyldighet i analysene.

Tematisk analyse består av flere faser og kan inndeles i flere trinn. Samtidig er det en prosess der forskeren kontinuerlig beveger seg frem og tilbake i datamateriale. Første trinn er at forskeren gjør seg kjent med datamateriale, og aktivt leter etter mening og mønstre i materialet, og skriver notater til forslag på eventuelle koder etter første helhetlig lesning. Dette vil også skje litt underveis da jeg skal holde intervjuene og transkribere teksten. Trinn to begynner når forskeren har gjort seg kjent med datamateriale og har begynte å foreslå en liste over interessante segmenter i henhold til fenomenet. Deretter begynner koding med å organisere dataene i meningsfulle grupper. En skal jobbe systematisk med datamaterialet og gi lik oppmerksomhet til hvert spørsmål. Men så blir analysen mer spisset mot noen

hovedtemaer som identifiserer fellesmønstre på tvers av intervjuene noe som vil danne temastruktur og kontekst.

Etiske overveielser

Forskning på helsepersonell er ikke omtalt i Helsinkideklarasjonen og en må derfor bruke skjønn til å utøve forsvarlig forskningsetikk da informanten gir betydelig tillit ved åpne opp om sin praksishverdag og gi innsyn for andre i denne (Malterud, 2017). Overordnede forskningsprinsipper som respekt, rettferdighet, integritet og gode konsekvenser vil derfor stå sentralt gjennom hele forskningsprosessen (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2016). Prosjektet er godkjent av REK 2017/358 og NSD 56723. Det vil innhentes skriftlig samtykke for hver informant og muntlig informasjon i forkant av intervjuet. Det vil bli utarbeidet et informasjonsskriv til intervjuobjektene som følger NSD mal.

Det vil også utarbeides en ROS- analyse etter OsloMet retningslinjer.

Hva kan denne oppgaven tilføre

Studien har potensiale til å vise barriere og fordeler av jordmødrenes møte med forskningsprosjekt om å forebygge og redusere vold blant gravide kvinner. Erfaring fra implementering, til deres opplevelse av kvinnens villighet til å delta og hvordan forskning kan bidra eller hindre avdekking om vold i svangerskapet ved bruk av opplæring i kultursensitivitet og mer trygghet i arbeidet med vold i form av kunnskap om informasjon om konkret veiledning dersom vold blir avdekket.

Referanser

Litteraturen bygger på studiets litteraturliste med utvalg av relevant litteratur brukt til å utarbeide prosjektskisse.

Braun, V. & Clarke, V. (2014). What can "thematic analysis" offer health and wellbeing researchers? *International journal of qualitative studies on health and well-being, 9*.

Clinicaltrials.gov. (2018, 05.04.2019). Promoting Safety Behaviours in Antenatal Care Using a Video. Hentet 11.05 2019 fra https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03397277?cond=IPV&cntry=NO&rank=2

De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2016). Generelle forskningsetiske retningslinjer. Hentet 10.05 2019 fra https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/generelle-forskningsetiske-retningslinjer/

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.

Du Mont, J. & Forte, T. (2012). An exploratory study on the consequences and contextual factors of intimate partner violence among immigrant and Canadian-born women. *BMJ open, 2*(6), e001728.

Feder, G., Davies, R. A., Baird, K., Dunne, D., Eldridge, S., Griffiths, C., . . . Ramsay, J. (2011). Identification and Referral to Improve Safety (IRIS) of women experiencing domestic violence with a primary care training and support programme: a cluster randomised controlled trial. *The Lancet, 378*(9805), 1788-1795.

García-Moreno, C., Pallitto, C., Devries, K., Stöckl, H., Watts, C. & Abrahams, N. (2013). *Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence*: World Health Organization.

Hegarty, K., Taft, A. & Feder, G. (2008). Violence between intimate partners: working with the whole family. *Bmj, 337*, a839. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.a839

Helsebiblioteket. (2016). Kjernespørsmål. Hentet 10.05.2019 2019 fra https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporsmal

Helsedirektoratet. (2018, 07.05.2018). Svangerskapsomsorgen : Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. Hentet 10.05 2019 fra https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen/vold-i-naere-relasjoner-og-kjonnslemlestelse-hos-gravide

Hjemdal, O. K. & Engnes, K. (2009). Å spørre om vold ved svangerskapskontroll. *Rapport fra et forsøksprosjekt i fire kommuner. Rapport, 1*.

James, L., Brody, D. & Hamilton, Z. (2013). Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. *Violence and victims, 28*(3), 359-380.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L. & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The Lancet, 360*(9339), 1083-1088.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2017). *Det kvalitative forskningsintervju* (Interview[s] learning the craft of qualitative research interviewing, 3. utg., 3. oppl. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

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

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (u. å.). Hva er vold og overgrep mot voksne og eldre? Hentet 10.05.2019 2019 fra https://voldsveileder.nkvts.no/blog/innhold/hva-er-vold-naere-relasjoner/ulike-former-vold-og-overgrep/

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.

Sørbø, 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.

Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2014). Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. *Norway, NKVTS: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress*.

Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2010). Does it make any difference if she is a mother? An interactional perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence, 25*(1), 94-110.

Watts, C. & Zimmerman, C. (2002). Violence against women: global scope and magnitude. *The Lancet, 359*(9313), 1232-1237.

VEDLEGG 7

Henriksen *et al. BMC Public Health* (2019) 19:724
https://doi.org/10.1186/s12889-019-6922-y

BMC Public Health

STUDY PROTOCOL Open Access

The Safe Pregnancy study - promoting safety behaviours in antenatal care among Norwegian, Pakistani and Somali pregnant women: a study protocol for a randomized controlled trial

Lena Henriksen[1*], Eva Marie Flaathen[1], Jeanette Angelshaug[1], Lisa Garnweidner-Holme[1], Milada Cvancarova Småstuen[1], Josef Noll[2], Angela Taft[3], Berit Schei[4,5] and Mirjam Lukasse[1]

Abstract

Background: Intimate partner violence (IPV) around the time of pregnancy is a recognized global health problem with damaging consequences. However, little is known about the effect of violence assessment and intervention during pregnancy. We hypothesise that routine enquiry about IPV during pregnancy, in combination with information about IPV and safety behaviours, has the potential to increase the use of these behaviours and prevent and reduce IPV.

Methods: The Safe Pregnancy study is a randomised controlled trial (RCT) to test the effectiveness of a tablet-based intervention to promote safety behaviours among pregnant women. Midwives include women who attend routine antenatal care. The intervention consists of a screening questionnaire for violence and information about violence and safety behaviours through a short video shown on a tablet. The materials are available in different languages to ensure participation of Norwegian, Urdu, Somali and English-speaking women. Eligible women answer baseline questions on the tablet including the Abuse Assessment Scale (AAS). Women who screen positive on the AAS will be randomized to an intervention video that contains information about violence and safety behaviours and women in the control group to a video with general information about a healthy and a safe pregnancy. All women receive information about referral resources. Follow up will be at three months post-partum, when the woman attends the maternal and child health centre (MCHC) for the baby's check-up. Outcome measures are: Use of safety behaviours and quality of life (primary outcomes), prevalence of violence, mental health measures and birth outcomes (secondary outcomes). Intention to treat analysis will be performed.

Discussion: The project will provide evidence on whether enquiry about violence and a short video intervention on a tablet is effective and feasible to prevent or reduce harm from IPV among women who attend antenatal care.

Trial registration: This study is registered in ClinicalTrials.gov. Identifier: NCT03397277 (Registered 11th January 2018).

Keywords: Intimate partner violence, Antenatal care, Tablet technology, Video intervention; culture sensitivity

* Correspondence: lena.henriksen@olsomet.no
[1]Department of Nursing and Health Promotion, Oslo Metropolitan University, St. Olavs plass, P.O. Box 4, 0130 Oslo, Norway
Full list of author information is available at the end of the article

© The Author(s). 2019 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

The World Health Organization (WHO) states that 30% of women worldwide have been exposed to physical and/ or sexual violence by intimate partner sometimes during life [1]. Pregnancy does not protect women from violence and the prevalence indicates that health professionals will meet women that are or have been exposed to intimate partner violence (IPV) when caring for pregnant women. A meta-analysis of IPV during pregnancy consisting of 92 studies from 23 countries, reported an average prevalence of emotional abuse of 28.4%. The prevalence of physical abuse and sexual abuse was 13.8 and 8.0% respectively [2]. In Norway, the prevalence varies from one to 5 % in different studies [3–5]. These numbers are comparable with a longitudinal cohort study from Sweden [6]. Among 1573 women in this study, 2.5% reported violence during pregnancy [6]. The prevalence increased in the early postnatal period to 3.3% [6]. The Norwegian studies were not conducted among minority populations and a knowledge gap exists regarding IPV in different immigrant groups. Although IPV occurs in all social strata, women with low education and women with limited economic resources are at higher risk [7]. Immigrant women are likely to be overrepresented in these groups; hence they are more prone to be exposed to IPV [7]. In Norwegian crisis shelters, immigrant women are overrepresented [8]. Therefore, an increase in our awareness of cultural sensitivity, also when delivering health care services and developing interventions, is required [9].

IPV prior to pregnancy, during pregnancy or in the new-born period is associated with adverse health outcomes like depression, miscarriage, stillbirth, preterm birth and low birth weight [1, 3, 4, 10–15]. It may also affect motherhood and the way women interact and connect with their babies [16]. In Norway, more women die at the hand of their partner/former partner, than from pregnancy and birth related complications [17, 18].

Antenatal care is recognised as an ideal 'window of opportunity' to address IPV because this is a time when women are in regular contact with heath care providers [19]. Pregnancy is an important context for safety planning as child well-being and safety is a priority for many abused women [20]. Almost all pregnant women in Norway attend antenatal care that is free of cost [21]. Women can choose to go to a midwife or a family doctor or alternate between both for antenatal check-ups, thus midwives have a central role in antenatal care [21] and an opportunity to identify women at risk and provide them with the help they need. Studies suggest that screening for IPV in antenatal care is likely to increase identification of violence [22]. Guidelines in Norway instruct health professionals to routinely ask all pregnant women about their experience of violence [23]. Recommended interventions for IPV in primary care settings involve questions about violence, information of safety-promoting behaviours, and referral to community resources [24, 25]. However, the evidence regarding how to assess and intervene against violence during pregnancy and the new-born period is inconclusive [10, 26–28] and there is a lack of evidence of effective interventions [29].

The aim of the Safe Pregnancy study is assisting midwives in antenatal care to enquire about violence by providing them with additional education. In addition, we will develop a culturally sensitive intervention [9] in collaboration with women who have been pregnant and have suffered violence, as well as consulting health care professionals. The tablet-based intervention will include a screening tool for violence and a video that promotes culturally adapted safety behaviours for women who read and speak Norwegian, English, Urdu or Somali. Our intervention of staff training, a screening tool, and a safety-promoting video aims to reduce harm from violence.

Methods

Study design

The Safe Pregnancy study is a randomized controlled trial (RCT) to test the effectiveness of a tablet-based intervention that promotes safety behaviours. It includes four stages (described in more detail below): 1) Development of the questionnaire including a screening tool for violence and safety-promoting video (intervention) 2) Professional development for midwives regarding IPV 3) Conduct of the RCT within antenatal care 4) Process evaluation.

Objectives

The objectives of this study are to:

1. Select a screening tool for violence and develop an intervention to increase safety behaviours, culturally and linguistically adapted to Norwegian, Somali and Pakistani women.
2. Increase the knowledge among midwives regarding IPV and their skills in enquiring and caring for women who are exposed to violence.
3. Assess the level of IPV during pregnancy before and after the intervention among Norwegian, Pakistani and Somali women.
4. Assess the effect of the intervention through a RCT.
5. Explore pregnant women's experience of the intervention.
6. Evaluate midwives experience of the study with the tablet technology.

The Safe Pregnancy RCT will be carried out in a routine antenatal care setting at 19 maternal and child health centres (MCHC) in South-Eastern Norway. The study will be introduced as one that examines different aspects of having a safe pregnancy, including stress, quality of life, and IPV. This is to emphasise the focus on staying healthy and safe during the pregnancy and be able to mask the intervention to the women. Following informed consent, individual women will be randomized to the intervention or control group. The women in the intervention group will see a seven-minute video containing information about violence and safety behaviours, women in the control group will see a seven-minute video with information about a healthy and safe pregnancy in general (e.g food, smoking, alcohol, physical and mental health), including information about referrals for violence. All participating women will get an appointment card with a list of phone numbers and websites to governmental and local resources that promote a safe pregnancy as well as the number for police and ambulance services at the back. Follow up will be at 3 months post-partum, when the woman attends the maternal and child health centre (MCHC) for the baby's check-up. The data collection will be in compliance with Consolidated Standards of Reporting Trials (CONSORT) guidelines [30]. Figure 1 shows the study flow chart.

Participant inclusion criteria

Pregnant women ≥18 year, at any gestational age who understand Norwegian, Urdu, Somali or English at the participating MCHC, will be screened for eligibility. Women who cannot be screened without their partners or other family members and women who do not have the mental or physical capacity to answer the questions will be excluded. The rationale for choosing the specific immigrant groups is that Pakistani and Somali communities are among the largest immigrant groups in Norway with high fertility rates [31]. Both countries of origin have patriarchal norms that may permit IPV [32]. In addition, Somali immigrants are regarded as a group with potential previous exposure to interpersonal violence due to the prolonged conflict situation in Somalia [33].

Sample size

Little is known about our study population regarding the use of safety behaviours and there is a lack of information in the literature about anticipated mean values and standard deviation (SD) for the measurements before and after the intervention. Moreover, little is known about what would be considered a clinically meaningful change. Therefore, the power calculation is based on a 'worst case scenario' with low number of safety behaviours at baseline and a small change after the intervention. We do not anticipate any change before and after for the control group. Thus, using McNemar's test for correlated proportions as the same women are interviewed before and after the intervention, we anticipate that the proportion before would be 20% (3 behaviours out of 15) and this proportion would increase to 30% (5 safety behaviours) for the intervention group. Further assuming the responses to be moderately correlated (0.6) we would need 75 women in both groups to keep power of 87% and alpha of 5%. If the correlation is weaker (0.5) we would have power of 80% given the same sample size. So with 75 women in both groups we consider our study to be sufficiently powered.

Recruitment and randomization

All eligible women will be recruited to the trial by their midwife during routine antenatal check-ups at the MCHC. Women will be asked to answer baseline questions on a tablet. A modified version of The Abuse Assessment Screen (AAS) is part of the baseline questionnaire. AAS is a five-item screening tool that has been tested in obstetrics–gynaecology outpatient practices and among different ethnicities [34, 35]. Exposure to violence will be determined by a positive response to at least one of the five questions in AAS. Specifically, they will be asked: Have you ever been afraid of your partner or someone else? Have you ever experienced that a partner or ex-partner has: Done things to make you feel afraid of them? Done things to try to intimidate you or to control your thoughts, feelings or actions? Hit, kicked, pulled you by your hair or otherwise physically hurt you? Forced you to have sexual activities against your will? The answer options are: Never, Yes previously, Yes during the past 12 months before the pregnancy, Yes, since the start of the pregnancy.

After completion of the baseline questionnaire, women who screen positive will be randomized by block randomization at the tablet level to either the intervention or the control video. All women who screen negative on the AAS will see the control video. Women will not be informed if the video is the intervention or control video. The midwives will be blinded to which video intervention the women receive. Unless midwives ask women about the content of the video or the woman discloses this, they will not know which video participants have viewed. Investigators who perform the outcome analysis in Safe Pregnancy will be blinded to the allocation of participants until after the analysis.

The intervention

Using tablet technology is a new and original approach in antenatal care. The screening tool for IPV and other questions for the baseline data collection will be developed for use on the tablet. The tablets allow uniformity

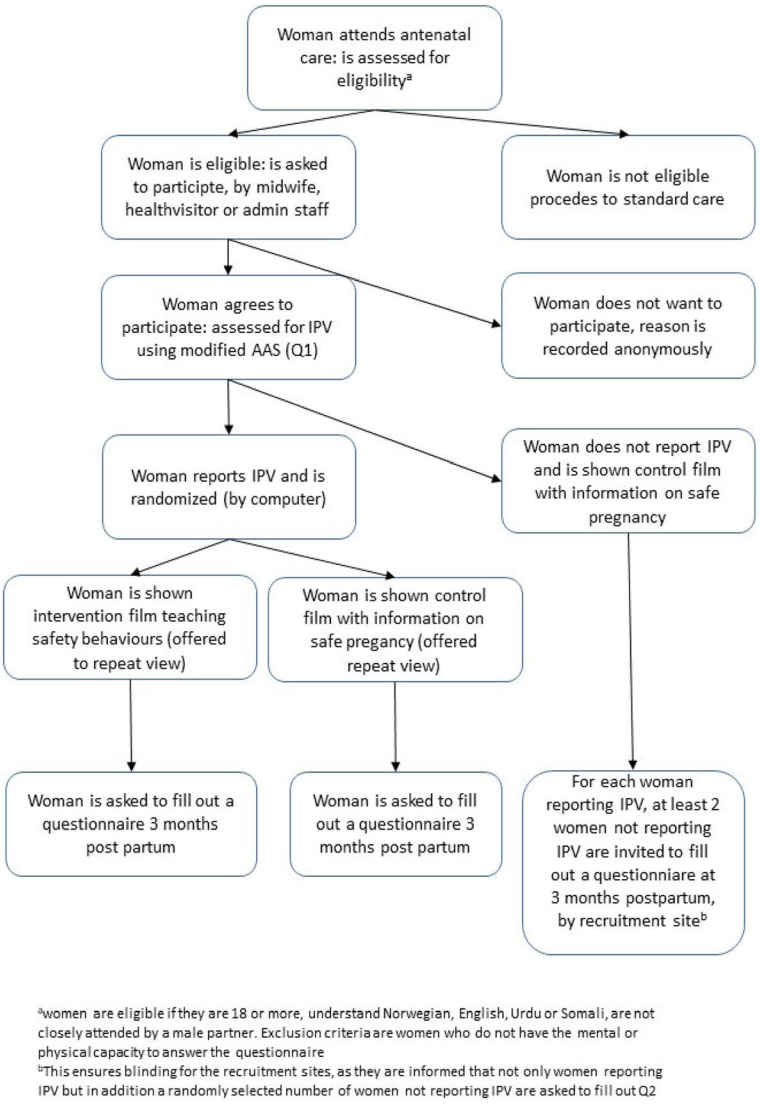

Fig. 1 The study flow chart

of the data-collection and less opportunity for research bias. Women will be able to select among Norwegian, Urdu, Somali, English and can move from one to another language if needed while filling out the questionnaire.

The safety-promoting video, which women randomized to this option will view right after the questionnaire, will consist of digital storytelling: combining narrative with digital content, including images, sound, and video that focus on IPV and safety behaviours. Digital storytelling has been advocated as a strategy to empower people and facilitate learning [36]. With the help of initial qualitative user-involvement studies, the video will be culturally and linguistically adapted to Pakistani, Somalian and Norwegian women. The safety behaviours from McFarlane will be adopted to a Norwegian setting and women will be encouraged to talk to their midwife if they do not feel safe. All women will be informed that they can view their video as many times as they want during pregnancy while visiting the MCHC. They can access the video by using their study number.

In the adaptation of the screening tool and development of the safety-promoting video will make use of several resources: User participation, IPV in primary care guidelines [23, 26], systematic reviews of health-care based interventions [29] and studies documenting inter-cultural communication [9, 37].

We will undertake a User involvement study with a qualitative exploratory design as part of stage one. The data will be collected through individual in-depth interviews with Norwegian women and women with Pakistani and Somali ethnic background, both previously

exposed and not exposed to IPV. In addition, focus group interviews will be conducted with skilled professionals at Norwegian crisis shelters.

Professional development of the midwives

All participating midwives were invited to an international conference about violence during the time of pregnancy before the project started. Shortly after we had an 8-h day only for the participating midwives that included presentations, participatory activities and reflections regarding violence against pregnant women and the project. All MCHCs will get individual teaching sessions in the use of the tablet, how to assess eligibility and recruit women. Project meetings with a mix of presentations from different resources within the field and reflections will be held throughout the recruitment period.

Outcomes

The primary outcomes are:

a) Use of safety behaviours: The list of 15 safety behaviours was developed by Mc Farlane et al. [38–40]. The list is adapted to a Norwegian setting (Table 1). It still consists of 15 safety behaviours that women will be asked to consider. The answering options are yes, no, not applicable. The sum score is computed and adjusted for number of not applicable answers as follows:

   x = 15 * (a/b) where a/b is the proportion of recognized safety behaviours out of the number of applicable behaviours. Thus, the adjusted total falls between 0 and 15. The equation used to calculate the adjusted total is: $a/b = x/15$, where a is the number of behaviours performed, b is the number of behaviours applicable, and x is the adjusted total. When a and b are known the adjusted total number can be calculated by cross-multiplying the two fractions. Our hypothesis is that an increase in the numbers of safety promoting behaviours is positive.

b) World Health Organization Quality of Life – Bref (WHOQOL-BREF): Quality of life will be measured with the WHOQOL-BREF [41]. The WHOQOL-BREF is an abbreviated 26-item version of the WHOQOL-100. The WHOQOL-BREF is a shorter version of the original instrument and more convenient to use in large research studies or clinical trials. It consists of two global items on overall quality of life and general health, and four domains: Physical health domain (7 items), Psychological domain (6 items), Social relationships domain (3 items), and Environmental domain (8 items). This generates a profile of domain scores. The two additional items will be examined separately: the overall perception of quality of life and overall perception of health. Each item is scored on a Likert scale ranging from 1 to 5. The items ask the respondent "how much," "how often," "how completely," "how good" or "how satisfied" she felt about different aspects of her life in the past 2 weeks. The mean score of the items within each domain is transformed linearly to a domain score scaled in a positive direction from 0 to 100, such that higher scores indicate higher quality of life [41]. The instrument has previously been translated into Norwegian, Urdu and Somali according to existing internationally accepted guidelines, and has shown satisfactory results regarding validity and reliability [42].

Table 1 The safety behaviors used in the study Safe Pregnancy

We will now ask you if you ever have taken actions to protect yourself.	No	Yes	Not applicable
Have you ever:			
… hid money?			
… hid extra set of house and/or car keys?			
… established a code with family, friends or others (contacting to them about something agreed upon beforehand to indicate you need help)?			
… asked the neighbour to call police if violence begins?			
… removed weapons (such as knives)?			
… told someone how things are at home?			
… stayed at a crisis shelter?			
… documented bruises or violent events (like taking pictures)?			
Have you ever made sure you had available			
… social Security Numbers (yours, his, children)?			
… passport/ID or other important papers (marriage license, birth certificates)?			
… your own bank account?			
… valuable jewellery?			
… a bag of extra clothing for you and your children?			
… an extra phone or sim card?			
… important phone numbers (police, crisis shelter, ambulance)?			

The secondary outcomes are:

a) Composite Abuse Scale (CAS): CAS R-SF is a 15-item instrument that captures physical, sexual and psychological abuse and overall Intimate Partner violence (IPV) [43]. The CAS R-SF is based on

the validated 30-item Composite Abuse Scale, which is widely used to assess women's self-reported experience of violence in an intimate relationship [44]. The CAS R-SF was developed to improve the CAS regarding response burden, brevity and clarity [43]. Women will be asked 15 questions about different actions and have the possibility to answer: Has this ever happened to you? Yes/No. If yes, how often did it happened in the last 12 month: Not in the past 12 months, once, a few times, monthly, weekly, daily/almost daily (0 to 5 scale). Total scores for the CAS R-SF, ranging from 0 to 75, will be calculated by computing mean of past 12-month frequency of abuse and multiplying by 15. For the questionnaire to be valid, no more than 3 items (out of 15) items can be missing. Subscale scores will be calculated for the physical, sexual and psychological abuse in a similar manner.

b) Edinburgh Depression Scale-5 short version: Eberhardt-Gran et al. developed and validated a short version in Norwegian of the original Edinburgh Depression Scale [45]. This instrument consists of 5 questions. Each question has four response options, ranging from 0 to 3. Thus, the total score has a minimum of 0 and a maximum of 15. The total score is calculated and then a cut-off score of ≥7 of more is used. A score of 7 or more is considered an indication of the presence of symptoms of depression [45].

c) Childbirth experience: We will use the following question to assess childbirth experience:
   What do you think about the statements below?
   During my delivery:
      I felt safe and in good hands
      I had severe pain
      I did not get enough pain relief

d) Obstetric and neonatal outcomes: We will compare differences in the proportion of women in the intervention group with the proportion of women in the control group for the following outcomes: use of epidural analgesia, spontaneous vs. operative birth, low vs. normal birthweight, breastfeeding vs. not breastfeeding.

Analysis plan

The study will be conducted as an RCT where two groups will be compared, the group who received the intervention video and the group who received the control video. Characteristics of participants in each of the two groups will be summarized using means and standard deviations for continuous data and frequencies and percentages for categorical data. Characteristics of the women in the two different groups will be compared to check if the groups are balanced concerning background variables and possible confounders. To account for possible differences regarding the characteristics of the women participating in relation to socio-economic factors such as age, education, ethnic background, and economic status, data on these variables will be collected and can be used in multivariate analyses. We expect the randomization to ensure a similar distribution of medical and obstetric factors such as parity, gestational age at filling out the questionnaire, complication during pregnancy and BMI.

For continuous outcomes, we will fit linear multiple mixed effects models with the unit as a random effect and selected covariates (possible confounders) will be fitted to assess the possible effect of the intervention. Further, we will assess a possible effect of the MCHCs on the use of safety behaviours. If there are significant differences between the MCHCs, we will treat MCHC as a fixed covariate and thus adjust for possible confounding in the multiple model. If there is an interaction between a group (intervention vs control) and a MCHC, we will present stratified analyses. The 19 MCHCs will be categorized as follows: Either based on the size, grouping small (< 100 women a year), medium (100 to 300 women a year) and large centres (> 300 women a year). Alternatively, we will compare the health centres in Oslo city with those located outside of Oslo city.

Missing data

Model based imputation of missing data will be performed when less than 20% of values is missing for any given variable.

Intention to treat analysis will be performed. All tests will be two-sided. P-values < 0.05 will be considered statistically significant.

Data management

A data management contract will be made between each study site and the project management. The recruiting midwives will keep a register with a study number and all the identifiable data (name, social security number, phone number) for use during the follow up. This register will be locked up with access only available to the midwife and the project coordinator. Other data, collected on the tablet, will not be stored on the tablet itself, but securely transferred to a secured server and stored encrypted at the server. These data do not contain personal identifiable information and are therefore seen as anonymous data. The Department of Technology Systems at the University of Oslo will handle the data management.

Process evaluation

The process evaluation will investigate the extent to which the intervention was delivered as intended, what

worked and what did not work. Semi-structured, qualitative interviews will be performed with a purposively selected sample of midwives. The interviews will be audio recorded, transcribed and reviewed by the work package leaders for emerging themes, sub-themes and codes. Themes that emerge will be discussed in the research group. The same research process will be used to explore women's experience of screening and the intervention. The process evaluation will follow the consolidated criteria for reporting qualitative research [COREQ] [46].

Ethics, safety and security

The trial protocol was approved by the Regional Ethics Committee South/East in April 2017 (ref nr: 2017/358). The studies included in this project will follow the Helsinki Protocol (WMA Declaration of Helsinki at https://www.wma.net/) and the WHO guidelines for researching violence against women: Putting women's safety first: Ethical and Safety Recommendations for Research on Domestic Violence against women [47]. A Data Monitoring Committee (DMC) will be established in order to ensure that the trial and data collection is conducted appropriately. The DMC will consist of experienced researchers in randomized trials and IPV.

A woman will not be asked to participate in the study unless she attends the clinic on her own. Eligible women will receive written information about the study by the recruiting and a written informed consent will be obtained from each participant upon recruitment by the midwife.

All participants will receive information about options in their community regarding violence. The community health services are equipped to care for women experiencing IPV who request and need help [23]. The study group will ensure that all midwives have an overview of routines, procedures and referrals and develop these documents if needed. The midwives will follow the guidelines regarding routine enquiry about violence as usual (23). The study should not add any risk for the women. On the contrary, the extra education provided to midwives at the start of the study should enable midwives to access the resources available in the health services. Questions about violence are sensitive, but studies have shown that women are in favour of inquiry for IPV in antenatal care [48, 49] and they report meaningfulness about their participation in studies that includes questions about sensitive topics [50].

Discussion

The project aims to provide evidence on whether asking about violence and short video intervention on a tablet is effective and feasible for the prevention and limitation of IPV among women who attend antenatal care. We hypothesise that routine enquiry about IPV during pregnancy, in combination with information about IPV and safety behaviours has the potential to increase the use of these behaviours and may interrupt IPV. We also anticipate that the participating midwives will experience a greater competence and confidence in approaching the topic of violence and handling positive answers. Women will benefit from health professionals who enquire in an appropriate way about violence. The screening tool and videos that are developed can easily be implemented in other communities across the country and may with minor adjustments even be useful for Somali and Pakistani women outside of Norway.

Strength with this study is a large number of MCHCs that can ensure a population-based sample of women. The involvement of midwives to whom women may have or can build a trusting relationship is also a strength. The tablet-based intervention is designed to blind both the participants and the providers and can minimize performance and selection bias. The tablets support Audio Computer Assisted Self Interviews (ACASI) that tend to yield higher rates of IPV disclosure [51]. It is also shown that self-completion IPV screening is welcomed by women [52]. The user involvement study is a strength to gain a deeper knowledge about cultural differences and create a cultural sensitive intervention that is recommended in public health interventions [9].

This study has potential limitations: Women do not always disclose the true nature of IPV and the prevalence may be under-reported. Thus, to recruit 150 women with recent or current violence exposure can be a challenge. While it is shown that women would like the health provider to ask about IPV, they may not be ready to disclose [53]. The AAS gives us the possibility to include women with previous violence experiences, and it may be easier for women to admit previous violence even if they are experiencing current violence. Ideally, we would have asked the women several times, because study shows this will increase disclosure [54]. This will not be possible within the current study. When asking about violence at baseline, women are likely to consider the role violence has in their lives and this may affect the outcome. It is difficult to conduct a true randomized trial in this field. All women, despite being in the intervention group or in the control group need to be offered some relevant information regarding violence and referrals for ethical reasons [47].

Abbreviations

AAS: Abuse Assessment Scale; CAS: Composite Abuse Scale; IPV: Intimate partner violence; MCHC: Maternal and child health centres; RCT: Randomised controlled trial; WHOQOL-BREF: World Health Organization Quality of Life – Bref

Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the involvement of the 19 maternal and child health centres in this study.

Funding
This study is funded by the Research Council of Norwegian Grant nr: 260355. Lena Henriksen is funded by Extrastiftelsen grant nr. 2016/FO76041. The funding body had no role in the design, collection, analysis or interpretation of this study.

Availability of data and materials
Not applicable.

Authors' contributions
ML, LH and BS had major responsibility for the design of the study. ML, LH, LGH, BS, JN, EVM and JA conceptualized the intervention, developed the tablet content and worked with the programmer. ML, LH, BS, LGH, JN, and AT contributed to the trial protocol. MCS, ML and LH developed the plan for statistical analysis. LH prepared the first draft of this manuscript and coordinated revisions. ML provided substantial early input and revisions to the manuscript. All other authors reviewed and edited the manuscript. All authors read and approved the final manuscript.

Ethics approval and consent to participate
The trial protocol was approved by the Regional Ethics Committee South/East Norway in April 2017 (ref nr: 2017/358). Informed written consent to participate in this study will be obtained from all participants as a condition of enrolment, as described in this manuscript.

Consent for publication
Not applicable.

Competing interests
The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note
Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details
[1]Department of Nursing and Health Promotion, Oslo Metropolitan University, St. Olavs plass, P.O. Box 4, 0130 Oslo, Norway. [2]Department of Technology Systems, University of Oslo, P.O box 20, 2007 Kjeller, Norway. [3]Judith Lumley Centre, La Trobe University, Bundoora, Melbourne, VIC 3086, Australia. [4]Department of Public Health and General Practice at the Faculty of Medicine, The Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Håkon Jarls gate 11, N-7489 Trondheim, Norway. [5]Department of Gynaecology at the Women's Clinic, St. Olavs Hospital, Trondheim University Hospital, Sluppen, Postbox 3250, N-7006 Trondheim, Norway.

Received: 16 April 2019 Accepted: 30 April 2019
Published online: 10 June 2019

References
1. Garcia-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Abrahams N. Global and regional estimates of violence aganist women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Geneva; 2013.
2. James L, Brody D, Hamilton Z. Risk factors for domestic violence during pregnancy: a meta-analytic review. Violence Vict. 2013;28(3):359–80.
3. Hjemdal OK, Engnes K: Å spørre om vold ved svangerskapskontroll. [Asking about violence in antanatal care (in Norwegian)]. Oslo NKVTS;2009.
4. Henriksen L, Schei B, Vangen S, Lukasse M. Sexual violence and mode of delivery: a population-based cohort study. BJOG. 2014;121:1237–44.
5. Lukasse M, Schroll AM, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. Acta Obstet Gynecol Scand. 2014;93(7): 669–77.
6. Finnbogadottir H, Dykes AK. Increasing prevalence and incidence of domestic violence during the pregnancy and one and a half year postpartum, as well as risk factors: -a longitudinal cohort study in Southern Sweden. BMC Pregnancy Childbirth. 2016;16(1):327.
7. Jewkes R. Intimate partner violence: causes and prevention. Lancet. 2002;359(9315):1423–9.
8. Bifdir. Rapportering fra krisesentertilbudene 2017. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet; 2017. [Report form the crisis shelters 2017, Norwegian Directorate for Children, Youth and Family Affairs (in Norwegian)].
9. Resnicow K, Baranowski T, Ahluwalia JS, Braithwaite RL. Cultural sensitivity in public health: defined and demystified. Ethn Dis. 1999;9(1):10–21.
10. Pallitto C, Garcia-Moreno C, Stoeckl H, Hatcher A, MacPhail C, Mokoatle K, et al. Testing a counselling intervention in antenatal care for women experiencing partner violence: a study protocol for a randomized controlled trial in Johannesburg, South Africa. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):630.
11. Brownridge DA, Taillieu TL, Tyler KA, Tiwari A, Ko LC, Santos SC. Pregnancy and intimate partner violence: risk factors, severity, and health effects. Violence AgainstWomen. 2011;17(7):858–81.
12. Alhusen JL, Ray E, Sharps P, Bullock L. Intimate partner violence during pregnancy: maternal and neonatal outcomes. J Women's Health. 2014.
13. Henriksen L, Vangen S, Schei B, Lukasse M. Sexual violence and antenatal hospitalization. Birth. 2013;40(4):281–8.
14. Schei B, Lukasse M, Ryding EL, Campbell J, Karro H, Kristjansdottir H, et al. A history of abuse and operative delivery-results from a European multi-country cohort study. PLoS One. 2014;9(1):e87579.
15. Sorbo MF, Lukasse M, Brantsaeter AL, Grimstad H. Past and recent abuse is associated with early cessation of breast feeding: results from a large prospective cohort in Norway. BMJ Open. 2015;5(12):e009240.
16. Hooker L, Small R, Taft A. Understanding sustained domestic violence identification in maternal and child health nurse care: process evaluation from a 2-year follow-up of the MOVE trial. J Adv Nurs. 2016;72(3):533–44.
17. Vangen S, Ellingsen L, Andersgaard AB, Jacobsen AF, Lorentzen B, Nyflot LT, et al. Maternal deaths in Norway 2005-2009. Tidsskrift for den Norske laegeforening. 2014;134(8):836–9.
18. Kripos. Nasjonal drapsoversikt 2018 https://www.politiet.no/en/aktuelt-tall-og-fakta/tall-og-fakta/drapsoversikt/ Accessed 30 Feb. [The National Criminal Investigation Service. National Homicide statistics. 2018 (in Norwegian)].
19. Devries KM, Kishor S, Johnson H, Stockl H, Bacchus LJ, Garcia-Moreno C, et al. Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. ReprodHealth Matters. 2010;18[36:158–70.
20. Vatnar SK, Bjorkly S. Does it make any difference if she is a mother? An interactional perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. J Interpers Violence. 2010;25(1):94–110.
21. Norwegian Directorate of Health: Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen. [National guidlines, ananatal care (in Norwegian)]. Oslo;2005.
22. O'Doherty LJ, Taft A, Hegarty K, Ramsay J, Davidson LL, Feder G. Screening women for intimate partner violence in healthcare settings: abridged Cochrane systematic review and meta-analysis. BMJ [Clinical research ed]. 2014;348:g2913.
23. Norwegian Directorate of Health: Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen - hvordan avdekke vold. [National guidlines, ananatal care – how to uncover violence (in Norwegian)]. Oslo; 2014.
24. McFarlane JM, Groff JY, O'Brien JA, Watson K. Secondary prevention of intimate partner violence: a randomized controlled trial. Nurs Res. 2006;55(1):52–61.
25. Davies JM, Lyon E, Monti-Catania D. Safety planning with battered women: complex lives/difficult choices. Thousand Oaks, CA: Sage; 1998. XI, 202 s. p
26. WHO. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. Geneva: WHO clinical and policy guidelines; 2013.
27. Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. BJOG. 2005;112(9):1249–56.
28. Kiely M, El-Mohandes AA, El-Khorazaty MN, Blake SM, Gantz MG. An integrated intervention to reduce intimate partner violence in pregnancy: a randomized controlled trial. Obstet Gynecol. 2010;115:273–83.
29. Van Parys AS, Verhamme A, Temmerman M, Verstraelen H. Intimate partner violence and pregnancy: a systematic review of interventions. PLoS One. 2014;9(1):e85084.
30. Pandis N, Chung B, Scherer RW, Elbourne D, Altman DG. CONSORT 2010 statement: extension checklist for reporting within person randomised trials. BMJ [Clinical research ed]. 2017;357:j2835.
31. Tønnessen M. Frukbarhet og annen demografi hvor innvandrere og deres barn født i Norge. Oslo: Statistics Norway; 2014. [Fertility and other demographics among immigrants and their children born in Norway (in Norwegian)]
32. Ozaki R, Otis MD. Gender equality, patriarchal cultural norms, and perpetration of intimate partner violence: comparison of Male University

students in Asian and European cultural contexts. Violence Against Women. 2017;23(9):1076–99.
33. Byrskog U, Olsson P, Essen B, Allvin MK. Violence and reproductive health preceding flight from war: accounts from Somali born women in Sweden. BMC Public Health. 2014;14:892.
34. Rabin RF, Jennings JM, Campbell JC, Bair-Merritt MH. Intimate partner violence screening tools: a systematic review. Am J Prev Med. 2009;36(5): 439–45 e4.
35. Moonesinghe LN, Rajapaksa LC, Samarasinghe G. Development of a screening instrument to detect physical abuse and its use in a cohort of pregnant women in Sri Lanka. Asia Pac J Public Health. 2004;16(2):138–44.
36. Gidman J. Listening to stories: valuing knowledge from patient experience. Nurse Educ Pract. 2013;13(3):192–6.
37. Egge H, Kvellestad K, Glavin K. Immigrants' experiences of pregnancy, childbirth and the postnatal period in Norway - a qualitative study. Nordisk Tidsskrift for Helseforskning. 2018; doi.org/10.7557/14.4295.
38. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. An intervention to increase safety behaviors of abused women: results of a randomized clinical trial. Nurs Res. 2002;51(6):347–54.
39. McFarlane J, Malecha A, Gist J, Watson K, Batten E, Hall I, et al. Increasing the safety-promoting behaviors of abused women. Am J Nurs. 2004;104(3): 40–50.
40. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1998;27(1):64–9.
41. World Health Organization. WHOQOL user manual. Geneva: WHO; 1998.
42. Hanestad BR, Rustoen T, Knudsen O Jr, Lerdal A, Wahl AK. Psychometric properties of the WHOQOL-BREF questionnaire for the Norwegian general population. J Nurs Meas. 2004;12(2):147–59.
43. Ford-Gilboe M, Wathen CN, Varcoe C, MacMillan HL, Scott-Storey K, Mantler T, et al. Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale [Revised]-Short Form [CASR-SF]. BMJ Open. 2016;6(12):e012824.
44. Hegarty K, Sheehan M, Schonfeld C. A multidimensional definition of partner abuse: development and preliminary validation of the composite abuse scale. J Fam Viol. 1999;14(4):399–415.
45. Eberhard-Gran M, Eskild A, Samuelsen SO, Tambs K. A short matrix-version of the Edinburgh depression scale. Acta Psych Scand. 2007;116(3):195–200.
46. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research [COREQ]: a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19(6):349–57.
47. World Health Organization. Putting Women's safety first: ethical and safety recommendations for research on domestic violence against women. Geneva: WHO; 1999. Report No.:WHO/EIP/GPE/99.2.
48. Stöckl H, Hertlein L, Himsl I, Ditsch N, Blume C, Hasbargen U, et al. Acceptance of routine or case-based inquiry for intimate partner violence: a mixed method study. BMC Pregnancy Childbirth. 2013;13(1):77.
49. Garnweidner-Holme LM, Lukasse M, Solheim M, Henriksen L. Talking about intimate partner violence in multi-cultural antenatal care: a qualitative study of pregnant women's advice for better communication in South-East Norway. BMC Pregnancy Childbirth. 2017;17(1):123.
50. Widom CS, Czaja SJ. Reactions to research participation in vulnerable subgroups. Account Res. 2005;12(2):115–38.
51. Klevens J, Sadowski L, Kee R, Trick W, Garcia D. Comparison of screening and referral strategies for exposure to partner violence. Womens Health Issues. 2012;22(1):e45–52.
52. Taft AJ, Hooker L, Humphreys C, Hegarty K, Walter R, Adams C, et al. Maternal and child health nurse screening and care for mothers experiencing domestic violence [MOVE]: a cluster randomised trial. BMC Med. 2015;13:150.
53. Chang JC, Cluss PA, Ranieri L, Hawker L, Buranosky R, Dado D, et al. Health care interventions for intimate partner violence: what women want. Womens Health Issues. 2005;15(1):21–30.
54. Campbell J, García-Moreno C, Sharps P. Abuse during pregnancy in industrialized and developing countries. Violence Against women. 2004;10(7):770–89.

Ready to submit your research? Choose BMC and benefit from:

- fast, convenient online submission
- thorough peer review by experienced researchers in your field
- rapid publication on acceptance
- support for research data, including large and complex data types
- gold Open Access which fosters wider collaboration and increased citations
- maximum visibility for your research: over 100M website views per year

At BMC, research is always in progress.

Learn more biomedcentral.com/submissions

BMC

VEDLEGG 8

RISIKO- OG SÅRBARHETSANALYSE FOR FORSKNINGSPROSJEKT VED OSLOMET

Fyll ut arkene 1) Risikovurdering og 2) Oppsummering_Prioritering.
Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon.

Forskningsprosjekt - tittel:	"Trygt Svangerskap"
Prosjektleder:	XX
Prosjektnr NSD (hvis aktuelt):	56723
Prosjektnr REK (hvis aktuelt)	2017/358
Prosjektnr i UBW (Agresso) (hvis aktuelt):	[Tall]
Prosjektets formål (kort beskrivelse):	Formålet er å innhente kunnskap om jordmødres erfaringer med rekruttering og deltagelse i Trygt Svangerskap
Antall registrerte informanter :	rik og varier (seks til åtte)
Kategorier av registrerte informanter (f.eks. studenter, medlemmer i et medlemsregister, pasienter)	jordmødre
Beskriv hvordan eventuelle koblingsnøkler lagres:	Koblingsnøkkel vil lagres på dedikert kryptert minnepinne som oppbevares på sikkert sted.
Antall prosjektmedarbeidere i forskningsprosjektet?	master student XX og veileder XX, XX og XX

Dokumentet skal lagres i arkivsystemet P360. Slik gjør du det:
1) Trykk på 360° øverst på høyre side i menylinja, etter at du har fylt ut skjemaet.
2) Logg på P360.
3) Trykk: Lagre som nytt dokument i P360. Det åpnes et vindu/sak i P360. Velg "Notat uten oppfølging".
4) Fyll ut saksnummer som gjeld ditt fakultet/sentra og tittel på dokumentet. (Se egen bruksanvisning).
5) Trykk "Fullfør".

Saksnr i P360:
HV: 18/09630
LUI: 18/10490
SAM: 18/11207
SPS: 18/11221
SVA: 18/11208
TKD: 18/09703

Nr.	Kategorier	Underkategorier	Hendelse	Beskrivelse/verdivurdering	Risikoelement	Eksisterende tiltak	Risikonivå S	Risikonivå K	Risikonivå Risiko	Nye tiltak
	Vurder kun hendelser og risikoelement som er reelle og relevante for dette prosjektet. Bruk nedtrekksmeny (drop down). Du kan velge samme kategori på flere linjer.	Benytt nedtrekksmeny (drop down).	**Hva kan skje?**	**Hva er den uønskede hendelsen? Hvilke tap oppstår? Hvilken betydning for prosjektet?**	**Brudd på KIT (K = Konfidensialitet, I = Integritet, T = Tilgjengelighet).** Se på arkfanen "Veileder" for ytterligere informasjon. *Fyll ut kolonnene til høyre, om eksisterende tiltak, risikonivå og nye tiltak, basert på de risikoelementene som er aktuelle, slik det er gjort i eksempelet under.*	**Hva kan hindre det i å skje? Hvordan kan det oppdages?** Spesifiser allerede eksisterende tiltak.	**Sannsynlighet og konsekvens på en skala fra 1 til 4. 1 = Lav/liten, 4 = Svært høy.** Risiko generes automatisk som resultat av sannsynlighet og konsekvens.			**Beskriv forslag til nye tiltak.** De kan deles opp i organisatoriske, menneskelige og teknologiske sikringstiltak.
EKSEMPEL	***Datainnsamling***	***Lydopptak***	Mister diktafon/eksternt minnekort på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon/minnekort mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	**Konfidensialitet** *(At informasjon ikke blir kjent for uvedkommende)*	Overføre informasjon fra diktafon/eksternt minnekort til annen lagringsenhet (kryptert minnepenn) etter hvert intervju.	*1*	*1*	*2*	Kryptere diktafon.
					Integritet *(At informasjon ikke blir endret utilsiktet eller av uvedkommende)*	*Lagres etter intervjuet på kryptert PC*	*1*	*1*	*2*	*PC godkjent av OsloMet*
					Tilgjengelighet *(At informasjon er tilgjengelig ved behov)*	Samme som for konfidensialitet.	*1*	*1*	*2*	Gjøre nytt intervju
1	**Datainnsamling**	**Intervju**	Mister diktafon/eksternt minnekort på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende kan kjenne igjen opplysninger i filen, da den ikke er tilstrekkelig avidentifisert. Tap eller tyveri av fil lagret på bærbart utstyr	Konfidensialitet	Personidetifiserbare opplysninger vil bli fjernet under transkribering	1	1	2	PC godkjent av OsloMet
					Integritet	Personidetifiserbare opplysninger vil bli fjernet under transkribering	1	2	3	Minnebrikke kobles ut etter intervjuet for å sikre beste tilgjengelige sikkerhet
					Tilgjengelighet	Filer skal ikke være tilgjengelig for uvedkommende. Det er kun studenten og veiledere som skal ha tilgang til de transkriberte intervjufilene .	1	1	2	Filene er avidentifiserte og kan ikke knyttes til informantene

2	**Datainnsamling**	**Lydopptak**	Mister diktafon/eksternt minnekort på vei fra informant til kontoret.	Uvedkommende får tilgang på opplysninger om informanter. Alle intervjudata som er lagret på diktafon/minnekort mistes. Betydning for prosjektet avhenger av hvor mye informasjon som er lagret på diktafonen.	Konfidensialitet	Lydopptak lagres på et eksternt minnekort. Minnekortet låses og oppbevares separat i et skap og uten tilgang for uvedkommende. Lydfiler transkriberes umiddelbart og minnekort oppbevares i låsbart skap og de slettes etter OsloMets rutiner. Liste med koblingsnøkkel oppbevares i et annet låsbart skap sammen med signerte informerte samtykkeskjemaer (som oppbevares i lukkede konvolutter) på OsloMet.	1	1	2	Minnekort er kryptert, båndopptaker er kryptert. Disse skal skilles etter hver intervju, for å sikre bedre at opplysningene ikke kommr på avveie
					Integritet	Personidetifiserbare opplysninger vil bli fjernet under transkribering	1	1	2	Dette vil skje forløpende, og i utforming vil dette være svært høyt prioritert
					Tilgjengelighet	Koblingsnøkkelen er det	1	1	2	Kryptert og kun u.t som har
3	**Analyse**	**Intervjukoding**	Jordmødrene kan vite hvem som er med i prosjektet, fordi det er et stort prosjekt i liten del av landet.	Uønsket utlevering av personopplysninger	Konfidensialitet	Hver informant avidentifiseres (personnavn, stedsnavn og andre personidentifiserende data fjernes) ved transkripsjon slik at det ikke blir mulig å identifisere enkeltpersoner i teksten	1	1	2	I kodingsarbeide vil jeg kontinuerlig etterstrebe at en ikke kan identifisere informanten evt.
					Integritet	Sette meg inn i informantens perpektiv og skrive refleksjonsnotat samt være systematisk under analysen (med veileder)	1	1	2	Pilotere intervjuet, og øve på intervjusituasjon med særlig fokus på oppfølningsspørsmål
					Tilgjengelighet	Det er kun studenten og veiledere som vil ha tilgang til informasjon.	1	1	2	Kurs i Hypersearch for å ta nytte av analyseverktøy bedre