



Det helsevitenskapelige fakultet/ Institutt for helse- og omsorgsfag

«En varsomhet vi bestandig må ivareta» - En kvalitativ studie om jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep

Martine Rindstad

Maria Kristin Fygle

Masteroppgave i Jordmorfag. JMO-3008-1 20H. 03-21

Antall Ord: 16896

Forord

Å arbeide med denne oppgaven har vært en svært lærerik og samtidig utfordrende prosess for oss som jordmorstudenter. Vi har valgt et tema som vi har stor interesse for, og som vi anser som relevant og nyttig å ta med oss inn i jordmoryrket. Gjennom arbeidet har vi lært mye om hva som er viktig og utfordrende ved ivaretagelse av denne gruppen kvinner. Vi har også lært mye om hvordan jordmorfaget kan utvikles videre.

Gjennom arbeidsprosessen har vi hatt et godt samarbeid og god fordeling av oppgaver til tross for at Covid-19-situasjonen har satt strenge begrensninger for fysiske møter. Dermed har mesteparten av arbeidet foregått gjennom digitale løsninger.

Vi ønsker å takke vår veileder Solrunn Hansen for god veiledning og støtte igjennom prosessen. Din kunnskap og kompetanse har vært svært inspirerende for oss. Vi ønsker videre å rette en stor takk til våre informanter for å ha stilt opp og bidratt med sin kunnskap til studien vår. Vi vil også takke våre medstudenter for gode samtaler og innspill. Til slutt vil vi takke familie og venner for støtte og tålmodighet igjennom denne tiden.

Sammendrag

Tittel: «En varsomhet vi bestandig må ivareta» - En kvalitativ studie om jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep

Hensikt: Hensikten med denne oppgaven er å utforske jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Problemstilling: Hvilken erfaring har jordmødre med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep?

Metode: For å besvare problemstillingen ble det brukt kvalitativt forskningsdesign med semistrukturerte individualintervju. Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon fra Malterud's systematiske tekstkondensering.

Resultat: Resultatet viste at kvinnens åpenhet var en viktig faktor for å gjøre gode vurderinger av fødselsfremgang. I de tilfellene det ikke var en kjent overgrepshistorie kunne jordmor igjennom å lese kvinnens non-verbale signaler få en mistanke om at kvinnen bærer denne historien. Faktorer som å skape trygghet, gi kvinnen kontroll, og tillit i relasjonen var av stor betydning for vurderingen. Hos denne gruppen kvinner ble det i større grad gjort vurderinger gjennom observasjon av kroppslige signaler som ytre palpasjon og purple line. I tillegg inngikk vaginalundersøkelse som en del av vurderingen. Retningslinjer og fagkultur ville også kunne påvirke hvordan jordmor vurderte fødselsfremgangen hos disse kvinnene.

Konklusjon: Jordmødre anvendte forskjellige metoder for å observere fødselsfremgang, og det å avstå helt fra vaginalundersøkelse var ikke et mål i seg selv. Når vaginalundersøkelse ble nødvendig, var jordmors tilnærming til kvinnen av størst betydning.

Nøkkelord: Fødselsfremgang, vaginalundersøkelse, ytre observasjon, jordmor og overgrepsutsatte kvinner

Summary

Title: «An attentiveness we must keep»- A qualitative study on midwives' experiences in evaluating progress in childbirth on survivors of sexual abuse.

Purpose: The purpose with this study is to explore midwives' experiences with evaluating progress in active labor on women who are survivors of sexual abuse.

Research question: What experiences do midwives have with evaluating progress in active labor on women who are survivors of sexual abuse?

Method: To answer the research question, qualitative research design with semi-structured individual interviews were used. The data was analyzed with influence from Malterud's systematic text condensation.

Result: Candidness from these women, made it easier for the midwives to make good assessments. In those cases where no history of abuse was known, midwives could through non-verbal cues still develop a suspicion of such a traumatic history. Factors of great importance were creating safety, giving the women a sense of control, and establishing trust in the relation. Vaginal examination was one of the ways progress in labor was evaluated, but greater emphasis was on alternatives like observing bodily signals, outer palpation and purple line. Guidelines and professional culture would influence how each midwife would choose to evaluate progress in birth on these women.

Conclusion: Midwives would use different methods for observing progress in birth, and to completely abstain from vaginal examination was not the main focus. When vaginal examination was necessary, the midwives' approach was of greatest importance.

Keywords: Labor progress, vaginal examination, outer observation, midwife, survivors of sexual abuse.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Tema.....	1
1.2	Bakgrunn	1
1.3	Hensikt	4
1.4	Problemstilling	4
1.5	Oppgavens oppbygning.....	5
2	Teoretisk rammeverk.....	6
2.1	Kartlegging av gravide som tidligere er utsatt for seksuelt overgrep	6
2.2	Vaginalundersøkelse	7
2.3	Vurdering av fødselsfremgang	7
2.4	Retningslinjer for å vurdere fremgang i fødsel	8
2.5	Jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg.....	8
3	Metode.....	11
3.1	Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert individualintervju.....	11
3.2	Hermeneutikk og fenomenologisk tilnærming.....	11
3.3	Forforståelse	12
3.4	Intervjuguide	13
3.5	Utvalg og rekruttering	13
3.6	Gjennomføring av intervju og kontekst	15
3.7	Transkribering	16
3.8	Analyse.....	17
3.9	Etiske overveielser	21
4	Resultat.....	23
4.1	Betydning av kvinnens åpenhet.....	23

4.2	Å sanse en skjult overgrepshistorie	24
4.3	Å skape trygghet og tillit	25
4.4	Kroppens signaler på fødselsfremgang	26
4.5	Når vaginalundersøkelse er nødvendig, blir tilnærmingen viktig	28
4.6	Styrt av retningslinjer og fagkultur	30
5	Diskusjon.....	33
5.1	Diskusjon av resultat	33
5.1.1	Betydning av kvinnens åpenhet.....	33
5.1.2	Å sanse en skjult overgrepshistorie	35
5.1.3	Å skape trygghet og tillit	37
5.1.4	Kroppens signaler på fødselsfremgang	40
5.1.5	Når vaginalundersøkelse er nødvendig, blir tilnærmingen viktig	41
5.1.6	Betydningen av retningslinjer og fagkultur.....	43
5.2	Diskusjon av studiens kvalitet.....	45
6	Implikasjoner for praksis.....	49
7	Avslutning og konklusjon	50
8	Referanseliste	52
	Vedlegg 1	
	Vedlegg 2	
	Vedlegg 3	
	Vedlegg 4	

Forkortelser:

BIDENS	Belgia, Island, Danmark, Estland, Norge, Sverige
MOBA	Den norske mor-barn-undersøkelsen
NICE	National Institute for health and care excellence
NSD	Norsk senter for forskningsdata
USIT- UIO	Universitetets Senter for Informasjonsteknologi – Universitetet i Oslo
UIO	Universitetet i Oslo
UIT	Universitetet i Tromsø- Norges arktiske universitet
WHO	World Health Organization

1 Innledning

1.1 Tema

I denne masteroppgaven ser vi nærmere på jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep, der vi retter et spesielt søkelys mot vaginalundersøkelser.

Gjennom vår praksis som jordmorstudenter i svangerskapsomsorgen erfarte vi at det var klare føringer for å ta opp temaet seksuelle overgrep med kvinnen. Slike føringer har vi ikke lyktes å finne for fødselsomsorgen. På fødeavdeling erfarte vi at denne gruppen kvinner ofte har et økt behov for beskyttelse, og at vaginalundersøkelse kan oppleves vanskelig for dem. Dette har gitt oss økt interesse for temaet og nysgjerrighet rundt jordmødres ivaretagelse av denne gruppen kvinner i fødsel.

1.2 Bakgrunn

Seksuelle overgrep mot kvinner er et stort problem på verdensbasis. Ifølge WHO er opptil 35% av verdens kvinner utsatt for fysisk vold eller seksuelt overgrep av enten partner eller ikke-partner (World Health Organization [WHO], 2013). Rapporterte forekomster av seksuelle overgrep blant kvinner i Norge varierer etter studiedesign og populasjon. I en norsk spørreundersøkelse utført av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, ble det oppgitt at en av tre kvinner i alderen 18 til 75 har opplevd en eller annen form for seksuelle overgrep i løpet av livet (Thoresen & Hjemdal, 2014). Tilsvarende forekomst (31%) er nylig funnet blant kvinnelige studenter (Sivertsen et al., 2019). I studier av norske gravide kvinner, rapporterte «Den norske mor og barn (MoBa)» -undersøkelsen og «BIDENS» - undersøkelsen at nærmere 18 % hadde vært utsatt for seksuelle overgrep (Henriksen, Schei, Vangen & Lukasse, 2014; Lukasse et.al, 2014). Andelen seksuelt misbrukte kan imidlertid være enda større enn rapportert. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Thoresen & Hjemdal, 2014, s. 14) rapporterte at 29% av kvinnene som har vært utsatt for voldtekt aldri har fortalt om dette til noen. På grunnlag av både forekomst og urapporterte tall vil jordmødre møte kvinner i fødsel som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep.

Jordmødre har en viktig oppgave i å identifisere og støtte kvinner som har vært utsatt for seksuelle overgrep. Det har vist seg at i møte med overgrepsutsatte kvinner forsøker jordmor å innta en beskyttende rolle (Siller, König-Bachman, Perhofer & Hochleitner, 2020). En studie av Jackson & Fraser (2009) undersøkte hvilke kunnskaper og holdninger jordmødre har rundt omsorgen til overgrepsutsatte kvinner. Flertallet av jordmødrene følte seg ikke tilstrekkelig forberedt på å håndtere de situasjonene der kvinnen fortalte om tidligere seksuelle overgrep. En studie utført i Norge fant at jordmødre opplever det som utfordrende å spørre kvinner om temaet (Henriksen, Garnweidner-Holme, Thorsteinsen & Lukasse, 2017a). Årsakene ble blant annet identifisert til å være mangel på tid, og frykt for å ikke vite hvordan de skulle møte kvinnen dersom hun svarte at hun hadde vært utsatt for overgrep.

Tidligere seksuelle overgrep vil kunne gi kvinnen negative konsekvenser knyttet til psykisk- og reproduktiv helse (Halvorsen, Nerum, Øian, & Sørli, 2013). Dersom misbruket har skjedd i barndommen er det observert større grad av svangerskapsrelaterte plager (Lukasse, Schei, Vangen & Øian, 2009). I en fødsel involveres ofte de samme kroppsdelene som i et seksuelt overgrep. Kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep kan ha en spesielt stor frykt for å miste kontroll over kroppen sin under fødselen. Dersom kvinnen opplever at hun mister kontrollen i fødsel vil det kunne reaktivere den usikkerheten og maktesløsheten hun opplevde i forbindelse med overgrepet (Frandsen, 2008, s. 23-25). Da vil også jordmorens berøring av kvinnens genitalier, og dermed vaginalundersøkelse kunne gi kvinnene direkte assosiasjoner til overgrepet (Leeners, Richter-Appelt, Imthurn & Rath, 2006; Halvorsen et al., 2013).

Traumatiske gjenopplevelser, også kalt «flashbacks», er sterk forbundet med traumerelaterte lidelser (Jakobsen, 2006 s. 45). Disse hendelsene betegner følelser som plutselig tvinger seg frem på en slik måte at den traumatiske hendelsen får preg av å gjenta seg, og på denne måten gir kvinnen en opplevelse av å være tilbake i overgrepet (Heir, Malt & Weisæth, 2020, s. 91). I studien av Halvorsen et al. (2013) ble det kartlagt hvilke forhold under fødselen som kan minne kvinnen om overgrepet og bidra til traumatiske gjenopplevelser. Vaginalundersøkelse ble trukket frem som en viktig faktor. For kvinnene i studien var det viktig at jordmor beskyttet deres kroppslige integritet med så få vaginale undersøkelser som mulig.

Kvinner har i nyere forskning oppgitt at de opplever smerter, forlegenhet og angst under vaginale undersøkelser. Jordmorens tilnærming under undersøkelsen var av stor betydning (Teskereci, Yangin & Akpınar, 2020). Når kvinner som hadde vært utsatt for seksuelle overgrep ble sammenlignet med kvinner som ikke har vært det, viste det seg at de som har slike erfaringer rapporterte et høyere nivå av fysisk ubehag, frykt og smerte under vaginalundersøkelse. De uttrykte at jordmors tilnærming var av betydning, og at det var viktig for dem at de ble skjermet under undersøkelsen. Begge gruppene i studien verdsatte god kommunikasjon og fortrolighet til jordmoren sin (Sobel et al., 2018). Parker (2015) påpekte viktigheten av å respektere kvinnens ønsker ved å spørre om tillatelse før utførelse av undersøkelser, og at det ikke skal utføres utelukkende på bakgrunn av prosedyrer og retningslinjer.

For å vurdere fremgang i fødsel er imidlertid vaginalundersøkelse ansett for å være en gullstandard (Shepherd & Cheyne, 2013; Kordi, Irani, Tara & Esmaily, 2014). Det er anbefalt å utføre undersøkelsen hver fjerde time for å følge fremgang i fødselen (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2014). En studie fra England viste at 70 % av kvinnene i praksis undersøkes oftere enn hver fjerde time (Shepherd & Cheyne, 2013). I intime situasjoner som ved vaginale undersøkelser vil det kunne være avgjørende å vise respekt, og å legge til rette for at kvinnen opprettholder mest mulig kontroll (Montgomery, Pope & Rogers, 2015).

En studie viste at det å bli kjent med kvinnen er viktig for å bygge tillitsfulle relasjoner, og dermed være i stand til å gi god sensitiv omsorg. Dette vil kunne gjøre det mulig for kvinnen å føle seg trygg slik at risiko for gjenopplevelse av overgrep minimeres. Jordmødre må være oppmerksomme på nonverbale kroppslige signaler, og bruke universelle forholdsregler for å unngå vekke vonde minner (Montgomery et al., 2015).

Vi har ikke lyktes i å finne forskning på hvordan jordmødre observerer fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelt overgrep. Dette tydeliggjør et behov for fordypet innsikt i jordmors rolle i fødselshjelpen og observasjon av fødselsfremgang hos overgrepsutsatte kvinner.

Med bakgrunn i forekomsten av seksuelle overgrep mot kvinner og det vi vet om konsekvensene dette kan ha under fødselsforløpet, vil denne studien kunne gi nytteverdi for faget.

1.3 Hensikt

Hensikten med denne studien var å utforske jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep. Videre så vi på hvilke faktorer som var av betydning i vurdering av fødselsfremgang, og hvordan jordmødre tilnærmer seg kvinnen når vaginalundersøkelse er nødvendig.

Studiens mål vil blant annet være å bidra til økt bevissthet i å beskytte den enkelte kvinnen, og å hindre at overgrepsutsatte kvinner opplever traumatisk gjenopplevelse i forbindelse med fødsel. For jordmødre kan studiens nytteverdi ligge i å kunne lære av andre kollegaers erfaringer og kunnskaper slik at faget kan videreutvikles til det beste for kvinnene.

1.4 Problemstilling

Til oppgaven har vi utviklet følgende problemstilling:

«Hvilken erfaring har jordmødre med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep?». I lys av problemstillingen vil følgende forskningsspørsmål bli besvart:

- Hvilke faktorer er av betydning når jordmor skal vurdere fremgang i aktiv fødsel?
- Hvordan vurderer jordmødre fremgang i aktiv fødsel uten å vaginalundersøke?
- Hvordan tilnærmer jordmor seg kvinnen dersom vaginalundersøkelse er nødvendig?

Problemstillingen vil omhandle de tilfellene der jordmor vet om kvinnens overgrepshistorie. I tillegg inkluderes de tilfellene der jordmor får en mistanke om at kvinnen tidligere kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep uten at dette er kjent.

1.5 Oppgavens oppbygning

Denne oppgaven er bygget opp etter IMRAD-modellen med følgende kapittel: innledning som inkluderer tema, bakgrunn, hensikt og problemstilling. I kapittel-2 presenteres oppgavens teoretiske rammeverk. Metodekapittelet redegjøres studiens metode og design, før studiens funn presenteres i resultatkapittelet. Til slutt vil studiens funn og anvendt metode diskuteres i et diskusjonskapittel. I oppgaven anvendes APA 6th som referansestil.

2 Teoretisk rammeverk

Det teoretiske rammeverket vil hjelpe oss med hvordan vi skal tolke og forstå de empiriske dataene og se de i en større sammenheng. Dette kapittelet definerer begreper som er sentrale i problemstillingen, og presenterer en jordmorfaglig teorimodell. Vi har valgt å benytte Jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg av Berg, Olafsdottir & Lundgren (2012) som referanseramme for oppgaven. Denne modellen belyser ulike elementer som kan være av betydning i omsorgen til kvinner i fødsel som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep. Målet er at elementene brukes som verktøy for omsorgen slik at kvinnene møtes med anerkjennelse og respekt. Videre vil elementene legge rette for at de normale fysiologiske prosessene ivaretas og dermed gir fremgang i fødsel.

2.1 Kartlegging av gravide som tidligere er utsatt for seksuelt overgrep

Seksuell vold blir av World Health Organization [WHO] (2012) definert som enhver seksuell handling og forsøk på seksuell handling ved bruk av tvang, uønskede seksuelle kommentarer eller handlinger mot en annen persons seksualitet mot deres vilje. Seksuell vold innebærer også handlinger av seksuell karakter som utføres mot noen som ikke er i stand til å samtykke, for eksempel at personen sover, er beruset eller dopet. I denne oppgaven vil seksuelle overgrep defineres etter WHO's definisjon.

Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen anbefaler at alle kvinner blir spurt i svangerskapet om de har opplevd seksuelle overgrep. Jordmor bør videre vurdere behov for oppfølging gjennom tverrfaglig samarbeid med for eksempel sykehus, psykolog eller gynekolog (Helsedirektoratet, 2019). Mange kvinner lever med senvirkningene av seksuelle overgrep i stedet for å fortelle om det selv. Dermed er det viktig at kvinnene blir spurt om de har hatt slike opplevelser. Dersom den gravide ønsker det kan det dokumenteres på helsekortet at hun har overgrepshistorie slik at hun blir møtt med varsomhet når hun henvender seg til helsevesenet. Kvinnen kan også oppfordres til å skrive fødebrev i svangerskapet som hun kan ta med seg til jordmoren som skal hjelpe henne i forbindelse med fødselen (Laache, 2017, s. 410).

2.2 Vaginalundersøkelse

Vaginalundersøkelse er en rutinemessig undersøkelsesmetode som anvendes for å definere fødselsstart og følge videre fremgang i fødsel (de.Klerk, Boere, van Lunsen & Bakker, 2016). Ved vaginalundersøkelse vurderes livmorhalsen, fostervannsblære og fosterets ledende del. Dette innebærer vurdering av livmorhalsens posisjon, konsistens, åpning og kontakt til ledende fosterdel. Å vurdere ledende fosterdel vil si å identifisere presentasjon, nivå i bekkenet og eventuell fødselssvulst (Blix& Bernitz, 2017, s. 452). Det anbefales å utføre undersøkelsen hver fjerde time for å følge fremgang i fødsel. Dersom undersøkelsen utføres hyppigere skal det foreligge en indikasjon (NICE, 2014). Indikasjoner for å utføre vaginalundersøkelse vil være å definere kvinnen i fødsel slik at man kan ha en forventning om den videre fremgangen. Videre vil indikasjoner blant annet være dersom det oppstår tvil om fostrets presentasjon, eller for å utføre amniotomi i de tilfellene det er nødvendig (Walsh, 2017, s. 604). Andre indikasjoner kan være at det er behov for å sette på skalpelektrode, behov for smertelindring eller at kvinnen selv ønsker å bli undersøkt (Gordon, Myers, Tully & Hanson, 2017, s. 77).

2.3 Vurdering av fødselsfremgang

Veileder i fødselshjelp (2020) definerer aktiv fase i fødselens første del som etablert når kvinnen har regelmessige rier, som vil si mer enn to rier på ti minutter, i tillegg til at cervix er avflatet med 4 centimeter åpning. Den aktive fasen varer frem til mormunnen er utslettet (Rossen, Eggebø, Ellingsen, Bernitz & Røe, 2020). Det foreligger ingen klar definisjon på hvor lang en fødsel skal være da dette vil være individuelt. Vanligvis vil den aktive fasen av fødselen vare opp mot 12 timer for førstegangsfødende og inntil 10 timer for flergangsfødende (World Health Organization [WHO], 2018).

For å observere fremgang i fødsel kan jordmor legge en lett hånd på kvinnens mage for å vurdere rienes styrke, varighet og pause. Et godt tegn på fremgang i fødselen er dersom rienes frekvens øker, varigheten blir lengere og samtidig at kvinnen opplever riene som kraftigere (Blix & Bernitz, 2017, s. 451). For å vurdere fosterets nedstigning i bekkenet inngår metoder

som ytre palpasjon og lokalisering av fosterlyd. For å vurdere hvor mye av fosterhodet som kan palperes over symfyen kan man gjøre Leopolds tredje og fjerde håndgrep (Blix & Bernitz, 2017, s. 452). Gjennom Leopolds tredje håndgrep identifiseres foreliggende fosterdel og videre om den er festet i bekkeninngangen. Dersom foreliggende fosterdel har trent dypt i bekkenet vil jordmor kunne identifisere dette gjennom Leopolds fjerde håndgrep (Tegnander & Eik-Nes, 2017, s. 310). En mindre dokumentert metode for å vurdere fødselsfremgang er observasjon av «purple line» under fødsel. Dette er en linje observert til å stige fra anus etter hvert som fødselen går fremover. Det er vist middels positiv korrelasjon mellom «purple line» og dilatasjon av mormunnen (Shepherd et al., 2010). Andre tegn på at fødselen går fremover kan være at kvinnen opplever at hun mister kontrollen. Hun kan bli kvalm, få ukontrollerte skjelvinger og økt behov for smertelindring. Videre vil kvinnen gå mer inn i seg selv etter hvert som fødselen går fremover, og det vil kunne komme blodslim fra skjeden. I tillegg kan hun kan hun få en følelse av at hun ikke klarer å gjennomføre fødselen og en økt frykt for å dø (Downe, 2017, s. 614).

2.4 Retningslinjer for å vurdere fremgang i fødsel

Veileder i fødselshjelp (2020) foreslår å bruke WHO's partogram med tiltakslinje som er forsinket med fire timer. Partogrammet vil være en skjematisk fremstilling av fødselsfremgang. Ved å bruke partogram med fire timers forsinket tiltakslinje vil man kunne identifisere langsom fremgang ved at tiltakslinjen krysses. Det anbefales å bruke dette fra starten av aktiv fødsel og dilatasjon av cervix på fire centimeter (Rossen et al. 2020). Målet med partogrammet er å gi en oversikt over fødselen og dermed varsle fødselshjelpere om avvik i fødselsfremgang. I en studie av Levender, Cuthbert og Smyth (2017) var hovedmålet å avgjøre effekten og sikkerheten med bruk av partogram i perinatal omsorg og dens effekt på mor-barn- morbiditet og dødelighet. Studien medførte ingen funn som kunne si noe om effekten av bruk av rutinemessig partogram som en standard i fødselsomsorgen.

2.5 Jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg

Berg et al. (2012) har på bakgrunn av flere studier utarbeidet en modell for jordmor-omsorgen. Modellen inkluderer fem hovedmomenter. De tre første momentene er

overlappende og her inngår gjensidig relasjon, fødeatmosfære, og jordmors teoretiske-, erfaringsbaserte- og intuitive kunnskap. De to resterende momentene er den kulturelle konteksten og «the balancing act» som påvirker omsorgen. Elementene i modellen bør bli sett som en helhet for å utføre optimal kvinnesentrert omsorg i fødsel.

For å oppnå gjensidig relasjon må jordmor bli kjent med hvem kvinnen er og forstå hennes og partnerens behov. Berg et al. (2012) har definert fire sentrale begreper som må ligge til grunn for oppnåelsen av gjensidig relasjon mellom jordmor og fødekvinne. Det første sentrale begrepet er jordmors tilstedeværelse, som handler om å være med kvinnen under fødselsforløpet. Jordmor må være til stede fysisk og mentalt, ha et tillitsfullt forhold til kvinnen og støtte og veilede på hennes premisser. Det andre begrepet er bekreftelse. Det innebærer at kvinnen trenger å bli sett og anerkjent som et eget individ. Dette er viktig for at kvinnen skal ha troen på at hun er i stand til å føde. Hun er deltakende, blir ansvarliggjort og kan ta styringen i egen situasjon. Det tredje begrepet er tilgjengelighet. Det at jordmoren er tilgjengelig for kvinnen vil være grunnleggende. Dette handler om at jordmor er til stede, åpen, og støtter kvinnen i henhold til hennes og partners behov. Det fjerde begrepet er deltakelse. For kvinnen betyr dette å være involvert i prosessen gjennom kontinuerlig dialog med en lyttende jordmor. At kvinnen er involvert i prosessen vil også innebære at jordmor informerer henne om utviklingen i fødselen, styrker henne til å ta egne valg og delta i egen situasjon. For kvinnen kan manglende deltakelse skape en følelse av å ikke å være med i fødselsprosessen, og sitte igjen med følelsen av å ikke ha født selv.

En fødeatmosfære gir en stemning som utstråler følelser av ro, tillit og trygghet. Det er en atmosfære som styrker kvinnen og som støtter en normal fødsel i henhold til situasjonen. Atmosfæren vil gi en følelse av å være hjemme i den forstand at kvinnen og hennes partner «eier» rommet, og med dette føle seg avslappet og fullt til stede. En rolig atmosfære oppmuntrer fødekvinne til å være til stede i fødselsprosessen. Ro inkluderer stillhet, noe som vil være essensielt for jordmoren da roen støtter henne i å bruke hennes grunnleggende kunnskap og til å stole på normalitet. Videre vil ro kunne støtte jordmor til å være til stede og oppmerksom på prosessen. Dette vil kunne hjelpe kvinnen til å møte det ukjente uten frykt, og på den måten være rie-fremmende (Berg et al., 2012).

Det er viktig å skape et miljø av tillit slik at kvinnen stoler på det jordmor tilbyr henne. Å skape en trygg atmosfære fremmer kvinnens følelse av trygghet i seg selv, og tillit til sin egen fødekropp. Å informere kvinnen om hva som skjer vil skape trygghet og gi kvinnen en følelse av kontroll. I en styrkende atmosfære vil jordmorens rolle være å stryke kvinnen. Å styrke kvinnen innebærer å vise tillit til kvinnens evne i å føde. Dette kan oppnås ved at jordmor støtter og veileder henne i henhold til kvinnens premisser slik at hun får mot til å følge kroppen gjennom fødselsprosessen (Berg et al., 2012).

Fødeatmosfære skal støtte normalitet og unngå å forstyrre den naturlige fødselsprosessen. Det kreves at jordmor bruker sine grunnleggende ferdigheter sammen med kvinnen for å lese situasjonen og bemerke seg flyten i fødselsprosessen (Berg et al., 2012).

I kvinnesentrert omsorg er det viktig at jordmors kunnskap legges til grunn. Hun må ha ressurser og ferdigheter til å bruke kunnskapen sin og å tilpasse den til kvinnens individuelle behov. En jordmors kunnskap vil bestå av forskjellige typer kunnskap. Dette innebærer teoretisk kunnskap om ulike kompliserte tilstander og sykdommer som kan forstyrre fødselen. Teoretisk kunnskap er grunnleggende for at jordmødre skal føle seg trygge i deres profesjonelle rolle. Kunnskap er også en forutsetning for tillitsfull veiledning gjennom det naturlige fødselsforløpet. Jordmors erfaringsbaserte kunnskap og relasjonskompetanse vil også være av betydning (Berg et al., 2012).

I enhver fødselssituasjon vil det være en kulturell kontekst som består av normer som kan fremme, og være til hinder for optimal omsorg. En kulturell norm som er fremmede vil for eksempel være at jordmor er til stede sammen med kvinnen gjennom hele fødselsprosessen, og støtter henne i henhold til hennes individuelle behov. «The balancing act» vil si å balansere gjensidig relasjon, fødeatmosfæren og jordmors kunnskap samtidig som hun håndterer hindrende kulturelle normer. Denne balansen må tas hensyn til i en travel fødeavdeling med samtlige arbeidsoppgaver, tidspress, helsepolitiske lover og retningslinjer, og der medisintekniske verdier dominerer (Berg et al., 2012).

3 Metode

I dette kapittelet vil vi redegjøre for studiens design, forskningsmetode og den praktiske gjennomføringen av forskningsprosjektet. Videre presenteres utvalget, rekruttering, gjennomføring av intervju og kontekst. Deretter forklares analyseprosessen for å vise hvordan datamaterialet er fortolket. Til slutt vil vi reflektere over etiske aspekter ved studien.

3.1 Kvalitativt forskningsdesign med semistrukturert individualintervju

Målet med denne studien var å utforske jordmødres erfaringer med å observere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som har vært tidligere utsatt for seksuelle overgrep. For å besvare problemstillingen var kvalitativ metode med individuelt intervju funnet som egnet, da en slik metode brukes til å utforske og lære mer om menneskers erfaringer, tanker og opplevelser. I dette tilfellet ville kvalitativ metode bidra til å gi en helhetlig beskrivelse av jordmødres observasjoner og erfaringer (Malterud, 2017, s. 30-31). Det ble anvendt en induktiv tilnærming der vi studerte et utvalg jordmødre med hensikt i å utforske den enkelte jordmors kunnskaper og erfaringer for kunne si noe om ivaretakelsen av denne gruppen kvinner (Malterud, 2017, s. 113). Gjennom induktiv tilnærming til temaet var hensikten at funnene i studien skulle få frem erfaringsbasert kunnskap fra den enkelte jordmor, og videre kunne gi næring til nye studier av større omfang (Malterud, 2017, s. 27).

Intervjuformen i studien var semistrukturerte individualintervju. Denne metoden er fleksibel og vil dermed kunne bidra til at det blir samlet inn detaljerte beskrivelser med hensikt å tolke meningen i jordmødrenes erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156-157).

3.2 Hermeneutikk og fenomenologisk tilnærming

Hermeneutikk handler om at forståelse tar utgangspunkt i tolkninger av menneskelige handlinger. Sett gjennom en hermeneutisk tilnærming kan fenomener bli tolket på forskjellige nivåer. Meningsinnholdet kan imidlertid kun forstås i den konteksten det vi studerer er en del

av (Thagaard, 2013, s. 41). I denne oppgaven var en hermeneutisk tilnærming relevant da datamaterialet som ble samlet inn gjennom semistrukturerte intervju skulle tolkes og forstås, med hensikt å oppnå en gyldig forståelse av meningsinnholdet i teksten (Thagaard, 2013, s. 41).

Fenomenologi innebærer her forståelsen av menneskers erfaringer (Malterud, 2017, s. 28). Gjennom en fenomenologisk tilnærming har vi forsøkt å oppnå en forståelse av erfaringen jordmødrene har i vurderingen fødselsfremgang hos overgrepssatte kvinner. Vurdering av fødselsfremgang hos denne gruppen kvinner var fenomenet som ble studert. Analyser av jordmødrenes erfaringer ga grunnlaget for å utvikle en forståelse av fenomenet. Studien vår kan gi innsikt i temaet, men vil ikke alene danne grunnlag for tiltak og prosedyrer. Det ble vektlagt at beskrivelsene fra jordmors perspektiv skulle være fyldige og erfaringsnære. Jordmors perspektiv var viktig i denne studien da hennes oppfatning og erfaring vil kunne bidra til å påvirke hva hun gjør i praksis. Studien ble utført i et førstepersonsperspektiv der den enkelte jordmors erfaring og opplevelse var meningsbærende for studien (Thornquist, 2018, s. 106-107).

3.3 Forforståelse

Forforståelse omhandler de individuelle forutsetningene og erfaringene forskeren har til problemstillingen. Denne forforståelsen vil kunne påvirke måten data blir samlet inn og tolket på. Den kan være med å bidra til at prosjektet berikes og styrkes, men kan også sette begrensninger i form av man kan gå inn i prosjektet med et begrenset syn, i stedet for et åpent sinn (Malterud, 2017, s. 44-45). Vår forforståelse bygget på de opplevelsene vi hadde gjort oss i praksis på fødeavdelinger. Vi hadde en oppfatning av at hyppige vaginalundersøkelser var en del av vurderingen av fødselsfremgang hos alle kvinner, noe som gjorde at vi hadde en forforståelse av at vaginalundersøkelser ble utført oftere enn anbefalt (hver 4.time). Gjennom praksis som jordmorstudenter har vi møtt flere kvinner med overgrepserfaringer som spesifikt ikke ønsket vaginalundersøkelser under fødselsforløpet. Dette har gitt oss et inntrykk av at jordmor må tenke annerledes når hun vurderer fødselsfremgang. Denne forforståelsen var en drivkraft for oss til å utføre studien da vi ønsket å belyse temaet og bli mer bevisste på alternative metoder for å vurdere fremgang i fødsel enn å utføre vaginalundersøkelse. Da

arbeidet med forskningsprosjektet startet var det viktig at vi var bevisst denne forforståelsen og at vi var åpne for ny kunnskap. På denne måten ville ikke datamaterialet samles inn for å bekrefte eller avkrefte vår egen forforståelse, men innholdet i materialet ville være informantens budskap (Malterud, 2017, s. 45-46).

3.4 Intervjuguide

Det semistrukturerte intervjuet tok utgangspunkt i en intervjuguide som besto av spørsmål og stikkord. Hensikten var at intervjuguiden skulle hjelpe underveis i intervjuet slik at den innhentede informasjonen besvarte problemstillingen på best mulig måte (Malterud, 2017, s. 133). Intervjuer var ikke bundet til intervjuguiden da intervjuet skulle være preget av åpenhet når det gjaldt rekkefølgen og formulering av spørsmål. På denne måten var det mulig for intervjuer å følge opp de spesifikke svarene informanten ga (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 156-157). Vår intervjuguide besto av til sammen seks spørsmål hvorav ett innledende, fire hovedspørsmål med eventuelle oppfølgingsspørsmål og et avsluttende spørsmål.

Hovedspørsmålene var formulert med hensikt å svare på problemstillingen. For å belyse problemstillingen ble jordmødrene for eksempel spurt om erfaringer i møte med seksuelt overgrep utsatte kvinner, vurdering av fremgang i fødsel og erfaringer med ivaretagelse av kvinnen når vaginalundersøkelse er nødvendig. Intervjuguide ligger vedlagt som vedlegg 1.

For å kvalitetssikre intervjuguiden ble det utført et prøveintervju med en medstudent over zoom. På denne måten fikk vi et innblikk i om spørsmålene som ble stilt var formulert på en forståelig måte slik at kunnskapen som ble innhentet belyste problemstillingen. Vi så ikke behov for å gjøre noen justeringer på intervjuguiden etter prøveintervjuet og underveis i prosjektet.

3.5 Utvalg og rekruttering

For at problemstillingen skulle belyses fra ulike sider og gi mest mulig kunnskap om temaet var det viktig at dataene som ble samlet inn var varierte og rike (Malterud, 2017, s. 58). Til denne studien ble det gjort et strategisk utvalg som betyr at utvalget var sammensatt med hensikt i å belyse problemstillingen best mulig (Malterud, 2017, s. 58). Informantene som ble

valgt ut, ble valgt etter deres erfaring og interesse for temaet. Utvalget var dermed et strategisk utvalg der det var fokus på informasjonsstyrke og ikke representativitet (Malterud, 2017, s. 58). Videre var også utvalget et tilgjengelighetsutvalg da vi måtte rekruttere informanter som vi hadde innen rekkevidde med hensyn til fysiske intervju og den pågående Covid-19-situasjonen.

Utgangspunktet for studien var å utføre minst 5 til 8 intervjuer. Det ble gjort foreløpige analyser etter de første intervjuene, slik at vi ikke var bundet til et bestemt antall informanter på forhånd. Dette ville kunne øke sannsynligheten for et optimalt utvalg, og samtidig gi et materiale av overkommelig omfang (Malterud, 2017, s. 68). Etter seks intervjuer opplevde vi et rikt datamateriale med god informasjonsstyrke. Problemstillingen var etter vår vurdering godt belyst sett i sammenheng med oppgavens omfang.

Inklusjonskriterier for studien var at informanten måtte arbeide som jordmor på fødeavdeling. Jordmødrene måtte ha erfaring med å følge kvinner i et fødselsforløp, som tidligere hadde vært utsatt for seksuelt overgrep. For å maksimere mangfoldet satte vi også som kriterie at noen av informantene måtte ha erfaring med å ikke vaginalundersøke under et fødselsforløp. Ved å vektlegge mangfold i utvalget ville informasjonsstyrken kunne økes og dermed bidra til å utfordre konklusjoner som i utgangspunktet ville vært opplagte. Et mangfold ville også kunne gi variasjonsbredde som kunne beskrive flere nyanser av temaet (Malterud, 2017, s. 59). Jordmødre som arbeidet i svangerskapsomsorgen og ikke arbeidet direkte med fødende kvinner ble ekskludert fra studien.

Det ble sendt ut en direkte skriftlig digital forespørsel til aktuelle informanter. For å sikre frivillig deltakelse ble informantene først spurt om de ønsket å motta informasjon og invitasjon til deltakelse. Deretter ble de spurt om de ønsket å delta i studien. Informantene ble informert om frivillig deltagelse via informasjonsskrivet (vedlegg 2) og muntlig i forkant av intervju. Etter at deltakerne hadde lest informasjonsskrivet og takket ja til å være med, ble tid og sted for intervjuene avtalt. Det ble også understreket at informanten når som helst kunne trekke seg fra studien. For å ivareta jordmødrenes taushetsplikt ble det i forkant av intervjuet avtalt med informanten at erfaringene skulle omtales på et generelt grunnlag for å sikre

personvern. Informantene som ble rekruttert hadde mellom 10–30 års erfaring fra fødselsomsorgen.

3.6 Gjennomføring av intervju og kontekst

Som et utgangspunkt var målet å gjennomføre intervjuene i en setting der jordmødrene var mest komfortable slik at det ble lagt til rette for en trygg intervjusituasjon. Med hensyn til Covid-19-situasjonen, ble det imidlertid bestemt å gjøre intervjuene nettbasert ved hjelp av Zoom via konto med innlogging via feide hos UIT-Norges arktiske universitet [UIT]. En av informantene var komfortabel med å gjennomføre intervjuet via zoom, de resterende ønsket å møtes fysisk. Dette ble informantene møtt på, og dermed ble tre intervju utført på arbeidsplassen til informantene etter informantenes eget ønske. Med hensyn til konfidensialitet ble intervjuene på arbeidsplassen utført på et skjermet rom utenfor avdeling. Et intervju ble utført hjemme hos informanten og ett intervju ble utført hjemme hos den ene studenten etter ønske fra informanten selv. Alle intervjuene ble utført på et skjermet rom, der det ikke var fare for forstyrrelser.

På grunn av covid-19-situasjonen med reiserestriksjoner var det kun den ene studenten som møtte informantene fysisk. Den andre studenten var med på zoom i to av intervjuene. Det var kun den ene studenten som ledet intervjuet i de tilfellene vi begge var til stede mens den andre studenten var observatør som tok notater. Det ble brukt tid til gjennomgang før oppstart av selve intervjuet. På forhånd ble det avtalt med jordmødrene at det ikke skulle nevnes konkrete pasienthendelser, men at erfaringene skulle komme frem på et generelt grunnlag. Under gjennomgangen ble det fortalt om intervjuets formål, informasjon om lydopptaker og oppbevaring av lydfiler. Til slutt ble det åpnet opp for spørsmål som informantene eventuelt hadde før oppstart. Intervjuer hadde fokus på å skape god kontakt med informanten ved å lytte aktivt, vise interesse og forståelse for hva informanten formidlet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). Underveis ble det brukt feltdagbok for å skrive ned stikkord som utmerket seg fra samtalen, og som vi kunne falle tilbake på ved spørsmål om utdypning. Intervjuguiden ble brukt som et utgangspunkt gjennom intervjuet for å sikre at det ble innhentet relevante svar til problemstillingen. Oppfølgende spørsmål ble spurt der intervjuer anså det som nødvendig for

å besvare problemstillingen. Det var et fokus på åpne spørsmål slik at jordmødrene kunne uttrykke seg fritt for å frembringe nyanserte beskrivelser om egne tanker og opplevelser.

Alle informantene var etter vår vurdering godt forberedt på tema slik at samtalen fløt lett. Intervjuene ble avrundet ved gi informanten muligheten til å ta opp temaer eller kommentarer de ønsket å tilføye til det vi hadde snakket om. Det ble avtalt med informantene at dersom de på et senere tidspunkt ønsket å utdype kunne de kontakte oss i etterkant av intervjuet. Det ble også avtalt at vi som studenter kunne kontakte informanten dersom det var behov for oppklaringer eller utdypninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 161).

Intervjuene hadde en gjennomsnittlig varighet på 46 minutter. Intervjuene ble tatt opp på en lydopptaker av typen Olympus WS-852. Vi brukte også Diktafon App som back-up, for å sikre oss at vi ikke mistet data underveis (Universitetet i Oslo [UIO], 2020).

3.7 Transkribering

De empiriske dataene ble dokumentert på lydopptak og deretter transkribert til tekst. Gjennom transkripsjonen ble deltakerens muntlige formidling av erfaringer og meninger omgjort til skriftlig datamateriale. Formålet var å formidle samtalen i en skriftlig form som på best mulig måte fremstilte det informanten ønsket å dele (Malterud, 2017, s. 78). Transkriberingen ble utført direkte etter hvert endt intervju, slik at intervjuer hadde intervjuet og konteksten friskt i minne. Dersom observatør transkriberte intervjuet ble lydfil og transkripsjon gjennomgått av intervjuer for å sikre at detaljer ikke gikk tapt. Da lydopptaket ble gjort ved hjelp av diktafon app og lydopptaker hadde begge studentene tilgang til lydopptakene. Ingen sensitive personopplysninger ble transkribert og intervjuene ble nummerert. Datamaterialet ble transkribert ord for ord. Etter en etisk overveielse ble det besluttet at datamaterialet skulle transkriberes til bokmål slik at informanter ikke kunne gjenkjennes ved eventuelle dialekter. For å unngå subjektive oppfatninger ble ikke kroppsspråk nedfelt. Til slutt satt vi igjen med ca. 80 sider transkribert materiale.

3.8 Analyse

Det transkriberte empiriske datamaterialet ble gjennom analysen satt i system, tolket og sammenfattet. For å styrke den vitenskapelige kvaliteten av analysen reflekterte vi regelmessig over hvordan våre egne erfaringer, interesser og verdier kunne påvirke måten datamaterialet ble analysert på (Malterud, 2017, s. 83). I lys av vår problemstilling og støtte fra relevant teori stilte vi oss spørsmål regelmessig som “hva forteller datamaterialet oss egentlig?”.

Datamaterialet ble analysert etter inspirasjon av Malterud's systematiske tekstkondensering. Denne analysemetoden er utviklet av Kirsti Malterud med inspirasjon fra Giorgis psykologiske fenomenologiske analysemetode. Systematisk tekstkondensering krever imidlertid ikke at forskerne har filosofisk kompetanse, men i likhet med Giorgis metode deler begge fenomenologiens syn på at subjektive erfaringer fra livsverden er gyldig kunnskap (Malterud, 2017, s. 115 -116). Denne analysemetoden egnet seg derfor til vår oppgave ved at den var i tråd med oppgavens hensikt. Malteruds systematiske tekstkondensering som skisseres nedenfor utføres gjennom fire trinn: å skaffe seg et helhetsinntrykk, å finne meningsbærende enheter, kondensering og syntese (Malterud, 2017, s. 98).

I det første trinnet ble våre egne erfaringer og forforståelse satt til side for å unngå å overdøve informantenes stemme (Malterud, 2017, s. 99). Teksten ble grundig lest igjennom hver for oss for å bli kjent med materialet. Med det dannet vi oss et helhetsinntrykk og overblikk over temaer som fanget vår oppmerksomhet (Malterud, 2017, s. 99). Deretter diskuterte vi sammen de foreløpige temaene som skimtet gjennom teksten og som sa noe om hvordan jordmødre erfarte å vurdere fødselsfremgang hos overgrepsutsatte kvinner. Vi ble med dette godt kjent med materialet og ble til slutt enige om 7 foreløpige temaer som fikk provisoriske benevnelser. Disse temaene var «forberedelse», «behov for beskyttelse», «ulike metoder for vurdering fødselsfremgang», «jordmors erfaring», «tilnærming når vaginalundersøkelse blir nødvendig», «kritisk refleksjon av vaginal undersøkelsen», og «fødsel som en annen setting».

I det andre trinnet gikk vi igjennom materialet linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter i teksten. Vi identifisere de meningsbærende enhetene ved å velge ut tekst som bar med seg kunnskap om et eller flere temaer fra foregående trinn. Samtidig som

vi identifiserte de meningsbærende enhetene begynte vi å systematisere de, ved såkalt koding (Malterud, 2017, s. 101). Materiale som ble ansett som ikke relevant til problemstillingen, ble satt til side. Vi valgte innledningsvis i trinn to å bruke teamene fra foregående trinn som grunnlag for kodegruppene. Underveis i kodingen viste det seg at flere av de meningsbærende enhetene ble satt dobbelt i to forskjellige kodegrupper. Dette tok vi som et tegn på at våre midlertidige kodegrupper ikke var presise nok. Vi så dermed muligheter for å slå sammen noen av kodegruppene og reformulere benevnelsene. Det dukket også opp tekst som utgjorde at det ble laget en ny kodegruppe (Malterud, 2017, s. 101). Da alle de meningsbærende enhetene var identifisert, og sortert satte vi igjen med 5 reviderte overordnede kodegrupper med ulike subgrupper innad. Disse var «åpenhet», «beskyttelse», «jordmors vurdering av fødselsfremgang», «tilnærming ved vaginalundersøkelse», og til slutt «organisatoriske og strukturelle faktorer».

I det tredje trinnet begynte vi å abstrahere materialet som ble etablert i foregående analysetrinn. På dette stadiet i analysen ble det empiriske materialet dekontekstualisert til et utvalg av meningsbærende enheter. Vi arbeidet oss gjennom kodegruppe for kodegruppe, og laget tre til fem subgrupper innad i hver kodegruppe (Malterud, 2017, s. 105). Eksempelvis fikk vi i kodegruppe «beskyttelse», fire subgrupper. Disse var «sårbarhet», «trygghet», «skjerming» og «sårbar tillit». For å kunne gjenfortelle det konkrete i innholdet fra de enkelte meningsbærende enhetene sammenfattet vi disse og laget et kondensat under hver subgruppe. Med et kondensat mener vi et kunstig sitat som bygges opp av samtlige meningsbærende enheter som redigeres sammen i en logisk rekkefølge (Malterud, 2017, s. 107). De kunstige sitatene ble skrevet i jeg - form. Vi forsøkte å holde oss så nær det empiriske materialet som mulig ved å ta med oss uttrykk som informantene brukte (Malterud, 2017, s. 107). I dette trinnet ble det også nødvendig å dele opp kodegruppen «åpenhet» til to forskjellige kodegrupper som vi kalte for «de vi vet om» og «de vi ikke vet om». Dette var nødvendig da denne gruppen inneholdt veldig mange ulike subgrupper. Til slutt valgte vi ut det Malterud (2017, s. 108) kaller for «gullsitater». Disse sitatene var en fremstilling som best mulig illustrerte de abstraherte kondensatene. Det er disse kondensatene som skulle bli vårt utgangspunkt for presentasjon av våre resultater i trinn fire.

I det fjerde trinnet gikk vi i gang med å sammenfatte kondensatene fra forgående trinn. Hvert kondensat ble laget om til en analytisk tekst for hver av subgruppene, illustrert med gullsitater som vi plukket ut tidligere. Vi vurderte våre «gullsitater» for hver subgruppe, for å se om de fortsatt passet inn i hver av de analytiske tekstene (Malterud, 2017, s. 108 -109). Dette resulterte i at vi for noen subgrupper måtte se tilbake i det empiriske råmaterialet for å finne alternative sitater som illustrerte meningen bedre. Vi slutførte analyse ved å utarbeide kategorier for hver kodegruppe som representerte innholdet i de forskjellige analytiske tekstene (Malterud, 2017, s. 108 -110). Eksempelvis ble kodegruppen «de vi ikke vet om» til kategorien «Å sanse en skjult overgrepshistorie». Et eksempel på hvordan vi gikk frem i analyseprosessen vises i tabell 1.

Tabell 1

Meningsbærende enheter	Kodegruppe	Subgruppe	Kondensat	Kategori
<p>Det å ikke kunne lese det en plass eller at kvinnen har sagt det. Også kan man likevel vite det at mange prosent bærer denne bagasjen med seg men forteller det ikke... så man burde egentlig være varsom rundt alle fødsler</p> <p>Samtidig vet man jo a det er mange mørke tall. Slik at jeg tror det er mye mere omfattende enn det en tror og tenker over. Hvis man begynner å se på tall da, så er det jo skremmende</p> <p>Vi vet at disse kvinnene med overgrepshistorie er der, men vi vet ikke alltid hvem de er</p>	<p>De vi ikke vet om</p>	<p>Flere vi ikke vet om</p>	<p>Vi ser de ikke alltid, men likevel så vet vi at mange bærer denne bagasjen med seg uten å fortelle den videre. Det er mange mørketall. Jeg tror det er mer omfattende enn det vi tenker over. Så vi vet de er der, alle disse kvinne, men vet ikke hvem de er. Derfor bør man være varsom i alle fødsler</p>	<p>Å sanse en skjult overgrepshistorie</p>

3.9 Etiske overveielser

Kvalitative intervju vil kunne aktivere ulike typer etiske problemstillinger. Forskningsetiske hensyn ble kontinuerlig vurdert gjennom hele prosessen slik at informantene ble ivaretatt på best mulig måte. Konfidensialitet, informert samtykke og ivaretagelse av informantens integritet var viktige etiske prinsipper som måtte overholdes (Halvorsen & Jerpseth, 2019). Det ble gitt grundig skriftlig informasjon om prosjektets mål og hensikt på forhånd, slik at jordmødrene kunne ta et informert valg om de ønsket å delta eller ikke (Malterud, 2017, s. 214). Informantene ble gjennom informasjonsskrivet skriftlig informert om at de kunne trekke seg når som helst underveis i forskningsprosjektet uten å måtte oppgi grunn. Av hensyn til personvern, ble det vurdert i denne sammenheng at et muntlig samtykke ville være mest hensiktsmessig. Gjennom det muntlige samtykket var det kun studentene som kjente til informantens identitet. Faren for at et skriftlig samtykke kunne komme på avveie var dermed eliminert. Informantens samtykke ble oppgitt muntlig på lydopptak ved oppstart av intervjuet. På grunn av et relativt lite utvalg kunne dette true anonymiteten til deltakerne og gjøre de mer sårbare for gjenkjenning. For å møte denne problemstillingen, ble alt av datamateriale aidentifisert uten navn eller forhold som gjorde at informantene kunne identifiseres. Ved bruk av sitater i oppgaven ble det ikke benyttet gjenkjennelige språklige formuleringer. Sitatene skulle være troverdige, respektfulle overfor informanten, og formidle mangfoldighet i resultatene på en oppriktig måte.

Vi har benyttet oss av Nettskjema som er et verktøy utviklet av USIT ved Universitetet I Oslo, som er en sikker løsning av dataoppbevaring over nett. Lydopptakene ble gjort via diktafon app der lydfilene ble sendt direkte til Nettskjema (UiO, 2020). Vi benyttet oss også av en lydopptaker utlånt av Jordmorutdanningen ved UIT - Norges arktiske universitet. Lydfilene ble lagret passordbeskyttet på en kryptert minnepinne av typen «Istorage DataShur». Lydfilen var kun tilgjengelig for oss to studenter og var under sikker oppbevaring. Veileder hadde tilgang til det transkriberte datamaterialet. Det transkriberte datamaterialet ble betraktet som konfidensielt, og ble behandlet på studentenes One-drive-område tilknyttet UIT. Lydopptak og transkribert datamateriale makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2021. Innholdet på den krypterte minnepinnen vil bli slettet etter bestått masteroppgave under påsyn av veileder. UIT's retningslinjer for sletting avfølges. Det vises til den vedlagte datahåndteringsplanen (vedlegg 3). Da vi benyttet oss av lydopptak

ved innsamling av datamateriale var prosjektet pliktig for fremlegg for Norsk senter for forskningsdata [NSD]. Godkjenning fra NSD med referansenummer: 945120, forelå før vi gikk i gang med prosjektet. Denne godkjenningen ligger vedlagt som vedlegg 4.

Forskningsprosjektet må fremme kunnskap som informantene som enkeltperson eller gruppe kan dra nytte av (Halvorsen & Jerpseth, 2019). Da problemstillingen vår er aktuell på fødeavdelingen vil dette kunne bidra til at jordmødre drar nytte av kunnskapen som genereres av studien. Det ble vurdert til at det var liten risiko for informantene å delta i studien, likevel kunne temaet for prosjektet oppleves som sensitivt og vanskelig å snakke om

4 Resultat

Gjennom analyseprosessen fremkom seks kategorier: *Betydning av kvinnens åpenhet, å sanse en skjult overgrepshistorie, å bygge trygghet og tillit, de andre tegnene på fødselsfremgang, når vaginalundersøkelse blir nødvendig, blir tilnærmingen viktig og styrt av retningslinjer og fagkultur*. I den kommende teksten vil vi gjøre rede for våre funn. Formidling av informantenes stemme siteres i henhold til APA 6th.

4.1 Betydning av kvinnens åpenhet

I kategorien fremkom subgruppene *åpenhet, kvinnens forsvarer og fødeplan*.

Jordmødrene i studien har erfart mer åpenhet nå enn tidligere fra fødekvinne som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep. Svangerskapsomsorgens økende fokus på overgrep har åpnet for kvinners mulighet til å fortelle om sine tidligere opplevelser. Overgrepsutsatte kvinner identifiseres når de kommer inn til fødsel ved at det står på kvinnens helsekortet, fødeplan eller at de har blitt fulgt opp på samtalepoliklinikken.

Informasjon om at kvinnen har vært tidligere utsatt for seksuelt overgrep var en viktig forutsetning for å ivareta kvinnen på en best mulig måte. For jordmødrene var det lettere å forholde seg til kvinnen ved at det ble enklere å gå inn i en dialog rundt hennes grenser og behov under fødselsforløpet. Dette klargjorde for jordmødrene hva som ble viktig å ta hensyn til i vurderingen av fødselsfremgangen. Det at jordmor visste, ville også kunne hindre uheldig framferd hos jordmor og annet personale. Jordmødrene gikk automatisk inn i rollen som kvinnens forsvarer i det øyeblikket de fikk informasjon om at kvinnen hadde en overgrepshistorie. En jordmor beskrev: «De som man vet om er en gruppe man skal være veldig ydmyk mot og møte på deres premisser. Spesielt med tanke på kroppskontakt og det som innebærer i vårt yrke.»

Jordmødrene hevdet at overgrepsutsatte kvinner som har fått oppfølging i svangerskapet vil kunne ha en bedre forutsetning for å få en god fødselsopplevelse, enn kvinner uten slik oppfølging. Gjennom forberedelser får kvinnene mulighet til å utarbeide en fødeplan som de bringer med seg til fødselen. Det ble utdypet at fødeplanen ofte beskrev kvinnens ønske om

forståelse for at vaginalundersøkelse er vanskelig og frykt for at helsepersonell skal gjøre noe med kroppen deres uten at de er forberedt. Jordmødrene erfarte at overgrep utsatte kvinner med som hadde fått oppfølging var mer forberedt på vaginalundersøkelsen dersom den ble nødvendig. Fødselshjelperne må så langt det er mulig ta hensyn til fødeplanen slik at kvinnen blir ivaretatt på best mulig måte. En av jordmødrene uttrykte: «En plan er fin å forholde seg til, men man kan ikke alltid følge den. Det finnes ikke en oppskrift på fødselen, men man må ha respekt for de tingene som er viktig.»

4.2 Å sanse en skjult overgrepshistorie

Kategorien inkluderer subgruppene *flere vi ikke vet om, å sanse en mistanke og konfrontasjon av mistanke*.

Selv om jordmødrene erfarte større åpenhet fra kvinner om seksuelle overgrep, har de også kjennskap til at det finnes mange kvinner som ikke forteller om det. En jordmor sa: “Vi vet at disse kvinnene med overgrepshistorie er der, men vi vet ikke alltid hvem de er.»

Informantene reflekterte over at man i utgangspunktet skal møte alle kvinner med samme varsomhet og aktsomhet. De beskrev at de bruker sine sanser i møtet med alle kvinner for å tolke kvinnens kroppsspråk og væremåte, for å finne ut av hvem hun er. Jordmødrene hadde vært i situasjoner hvor de mistenkte at kvinnen kan ha vært tidligere utsatt for overgrep. Denne mistanken kunne oppstå ulikt, men særlig dersom kvinnen hadde sterk fødselsangst, fikk et panikkanfall under vaginalundersøkelse eller at kvinnen holdt tilbake for å la seg vaginalundersøke. En jordmor beskrev det slik:

Alt kan ha virket helt greit og det virker ikke som det er et problem å skulle bli undersøkt. Men så kommer selve undersøkelsen. Hun går i lås og kniper igjen beina. Det blir så vanskelig at man avslutter undersøkelsen. Da sanser man at det kan være en årsak til det, men samtidig kan man ikke vite.

Jordmødrene skildret forskjellige erfaringer i sin tilnærming til kvinnen ved mistanke om at hun hadde en overgrepshistorie. For noen virket det vanskelig å skulle stille direkte spørsmål om overgrep i en situasjon i vurdering av fødselsfremgang, som for eksempel ved vaginalundersøkelse. De påpekte at tidspunktet for å ta opp et så sensitivt tema måtte føles

naturlig. I stedet for å stille direkte spørsmål, brukte flere av jordmødrene tilnærminger som «er dette veldig vanskelig for deg?» eller «vi må ikke snakke om det nå, men er det noe du vil at vi bør vite om?». Det ble påpekte at vaginalundersøkelse kan være ubehagelig for mange uten at det ligger tidligere overgrep bak disse reaksjonene. Dermed påpekte jordmødrene i studien viktigheten av at fornemmelsen ble rapportert videre uten at mistanken ble betraktet som sannhet. Mistanken ville likevel ha betydning for tilnærmingen og vurderingen av fødselsfremgang videre i forløpet. En jordmor sa:

Jeg tenker at det viktigste av alt i verden er det at ikke de blir presset til å fortelle noe. De skal selv kunne kjenne at det er en trygghet i situasjonen slik at de forteller det de ønsker å fortelle.

4.3 Å skape trygghet og tillit

Kategorien inkluderer subgruppene *sårbarhet*, *trygghet*, *skjerming* og *sårbar tillit*.

Ifølge informantene i studien var beskyttelse i utgangspunktet viktig for alle fødekvinner. Likevel ville beskyttelse av overgrepsutsatte kvinner være spesielt viktig da de bærer med seg en ekstra sårbarhet i sin historie. Flere reflekterte over viktigheten av å være bevisst på at ordinære situasjoner kan være triggere for overgrepsutsatte kvinner. En jordmor beskrev:

Jeg vet av erfaring at kvinner har fått store problemer i forbindelse med fødsler på grunn av at de har opplevd situasjoner som et overgrep, et nytt overgrep. Selv om det var en helt annen uskyldig situasjon. Det er det som er som er viktig å unngå.

Et overordnet funn i studien var at jordmødrene bruker mye tid på å skape trygghet og tillit i relasjonen med overgrepsutsatte kvinner. Dette da jordmødrene erfarte at denne gruppen ofte føler seg mer utrygg i fødsel enn andre kvinner. Trygghet gjennom jordmors tilstedeværelse ville kunne være en forutsetning for å vurdere fremgang i fødsel. Bakgrunnen for dette var at dersom kvinnen føler seg trygg vil hun lettere vise tegnene til fødselsfremgang. Ved at jordmor er til stede hos kvinnen, vil hun bli kjent med henne og dermed fange opp endringer i fødselsarbeidet. Trygghet må ligge til grunn for at jordmor skal kunne lese andre signaler på fødselsfremgang. En av jordmødrene sa: «Jeg bruker tid på å lære å kjenne kvinnen slik at jeg kan se hennes behov og trygge henne. Det er først når vi har skapt denne tryggheten og roen på stuen, at jeg kan lese hennes kroppsspråk tilstrekkelig». De poengterte også at trygghet var

en forutsetning for selve fødselsfremgangen. En av jordmødrene fortalte om viktigheten med å dempe stresset og refererte til oxytocin som riefremmende versus adrenalinet som riehemmende. Flere beskrev at de forsøker å skape en lun atmosfære basert på trygghet og ro. En jordmor beskrev: «Atmosfæren i rommet skal invitere til at dette er kvinnens lille reir – at her føler hun seg trygg».

Jordmødrene fortalte at de forsøker å legge til rette for at kvinnene ikke skal føle at kroppen deres er eksponert og blottlagt. Eksempler var at kvinnen får være mest mulig påkledd, tildekket og at det ikke er innsyn til fødestuen. Skjerming av overgrepsutsatte kvinner ville også innebære å redusere antall personale inne på fødestuen. Flere poengterte også at for noen kvinner kan det være en ekstra trygghet å ha studenter med, men at fokuset i læresituasjonen ikke nødvendigvis er ved vaginalundersøkelser da kvinnen er på sitt mest sårbare.

Jordmødrene har erfart at tilliten og tryggheten i relasjonen raskt kan snu og bli sårbar. En fortalte om erfaringer med at annet helsepersonell kommer inn på fødestuen og ikke tar hensyn til kvinnens grenser. På denne måten kunne den opparbeidede tilliten raskt snu. Jordmødrene var nøye med å informere personell som kunne komme til å bli involvert på fødestuen hos kvinnen. De påpekte at de verner om informasjon og tenker kritisk over hva de forteller videre. Det vil være viktig å rapportere kvinnens grenser videre slik at de blir tatt hensyn til. Jordmødrene hadde erfart at overgrepsutsatte kvinner ville kunne dra nytte av å hilse på annet personale tidlig i forløpet slik at det ikke er noen ukjente som kommer inn på fødestuen. En jordmor fortalte:

Det er ikke alt som trenger å bli sagt i et stort flertall. Men noe er viktig at blir sagt. Det er veldig viktig at vakthavende gynekologer vet om denne kvinnen. De må vite at dette er snakk om en kvinne som har vært utsatt for det hun har vært utsatt for, der hun har sagt klart ifra om sine grenser eller der vi må hjelpe henne å sette grenser. Slik at de ikke kommer i en situasjon ... for da har du på en måte et nytt overgrep.

4.4 Kroppens signaler på fødselsfremgang

Kategorien inkluderer subgruppene *vurdering av kvinnens fødselsarbeid, jordmors hender, og purple line*.

Informantene brukte samme metoder for å vurdere fremgang i alle vaginale fødsler. Forskjellen for denne gruppen kvinner er større bevissthet på å utføre færre vaginalundersøkelser og dermed et større fokus på å observere andre tegn til fremgang i fødsel. De beskrev observasjon av kvinnens fødselsarbeid ved å ta i bruk alle sine sanser. En jordmor utdypet:

Hvis man har ører, så kan man lytte på lyden til kvinnen. Hvis man har øyne, kan man se hvordan hun oppfører seg. Hvis du har hender, kan du holde de på magen hennes. Hvis du har en nese kan du lukte i rommet hvis hun begynner å nærme seg slutten av en fødsel.

Jordmødrene fortalte at de lytter til endringer av kvinnens lyder underveis i fødselsforløpet. Dersom kvinnen er trygg, vil de instinktive lydene intensiveres i takt med at riene effektiviseres - der pustelyder går over til trykkelyder. De poengterte at å lytte til kvinnens verbale beskrivelser av endringer som skjer i fødselsforløpet vil kunne gi nyttig informasjon om fødselsfremgang. Ved å lytte til fosterlyden, og legge merke til om den flytter seg nedover i bekkenet, vil dette være indikasjon for fremgang i fødselen. Samtlige av jordmødrene observerer hvordan kvinnens bevegelsesmønster endrer seg etter hvert som riene blir sterkere og barnet trenger ned i bekkenet. En jordmor beskrev: «Dersom kvinnen står og bøyer knærne, jo lengre ned hun bøyer knærne, jo lengre ned er barnet kommet i bekkenet». En annen jordmor ser endringer i fargen på kinnene til kvinnen som et tegn på fremgang. Jordmødrene observerer også blodslim nedentil og hvordan perineum forandrer seg etter hvert som barnet trenger ned. En av informantene hadde erfart at dersom kvinnen kastet opp, uten å ha kastet opp tidligere i forløpet, ville åpningen være rundt 7 centimeter og hodet roterer forbi spina ischiadica.

I vurderingen av fødselsfremgang inngår jordmors hender. Jordmødrene fortalte at de bruker sine hender til å vurdere riens styrke dersom kvinnen tillater det. Ytre palpasjon av fosterets leie ble trukket frem av noen jordmødre som en god måte å vurdere fødselsfremgang på. Andre oppga at de kun brukte metoden ved innkomst for å avdekke fosterets leie. Jordmødrene som brukte ytre palpasjon under fødselsforløpet, oppga at de brukte metoden for å følge barnets vei nedover. De poengterte nytten av å trene på metoden for å lære å kjenne barnets ører, nakke og skuldre og med det vite hvordan barnets hode står i bekkenet. Det å

være trygg på metoden bidro til at det var et mindre behov for å utføre vaginalundersøkelse.

En jordmor beskrev:

Hvis du har startet vekten med å kjenne hvor du har barnehodet, så kan du oftere enn du vaginalundersøker kjenne med hånden hvor du har barnehodet underveis. Hvis det forsvinner i løpet av vekten din, så skjønner du at mormunnen med nødvendighet har åpnet seg.

Purple Line ble nevnt av de fleste jordmødrene som en metode for å vurdere fødselsfremgang. De hadde ulik praktisk erfaring i anvendelse av metoden. Noen hadde erfaring med å bruke denne metoden som hjelpemiddel i vurdering av fremgangen hos overgrepsutsatte kvinner som ikke ønsket vaginal undersøkelse. De beskrev at det handlet om å stole på at linjen som stadig ble lengre etter hvert som fødselen gikk fremover, selv om linjens lengde ikke erfaringsmessig alltid stemte med mormunnens åpning i centimeter.

4.5 Når vaginalundersøkelse er nødvendig, blir tilnærmingen viktig

I kategorien fremkom subgruppene *indikasjon, informert frivillig samspill, kvinnen bestemmer rammene, raskt og skånsomt, smertelindring*

Ifølge våre informanter var vaginalundersøkelse en del av den totale vurderingen av fødselsfremgang hos kvinner med overgrepshistorie, men det ble tilstrebet å redusere antall undersøkelser. Dette innebar å kritisk vurdere nødvendigheten av undersøkelsen. Et reflekterende spørsmål jordmødrene stilte seg var «*hva vil dette vaginal-funnet gi meg?*». Videre fortalte de at det alltid skal være en indikasjon for å utføre undersøkelsen, men at de også hadde erfaring med at kvinnen selv ønsket å bli vaginalundersøkt for å vite fremgangen. Den mest fremtredende indikasjonen for å utføre undersøkelsen var dersom jordmor mistenkte langsom fremgang der det ble avgjørende å få et mer avansert funn av barnets posisjon i bekkenet. En av jordmødrene sa: «Dersom jeg har en mistanke om langsom fremgang, kan jeg få bekreftet det jeg tror ved å utføre en vaginalundersøkelse. Jeg er ikke imot bruk av vaginalundersøkelser, dersom kvinnen synes det er greit.»

I de tilfellene der vaginalundersøkelse ble vurdert hensiktsmessig var det viktig at jordmor hadde brukt tid på å skape tillit i relasjonen. Dette innebar at vaginalundersøkelse ikke er det første de gjør i møtet med kvinnen. De fortalte at dersom kvinnen ikke ønsket å bli vaginalundersøkt, ble dette respektert, men de erfarte at tilnærmingen ville være av betydning for om kvinnen tillot undersøkelsen. En jordmor beskrev: «kvinnen skal ikke oppleve at noen tar på kroppen hennes uten at vedkommende ber om tillatelse først». De beskrev vaginalundersøkelsen som et frivillig informert samspill mellom jordmor og kvinnen. Det var en bevissthet på å aldri utføre prosedyrer som kvinnen ikke var informert om. Dette var for at kvinnen skulle oppleve kontroll over hva andre gjør med hennes kropp. Jordmødrene erfarte at informasjon alltid er tillitsskapende, spesielt for kvinner med overgrepshistorie. Informasjon om vaginalundersøkelsen skaper tillit og trygghet, som dermed gjør det lettere å få tillatelse til å utføre en slik undersøkelse. Å gi informasjon på forhånd innebar å formidle til kvinnen hva jordmor skal gjøre og hvorfor. På denne måten er kvinnen forberedt på hva undersøkelsen innebærer og dermed bidra til at det blir lettere for kvinnen å gjennomføre.

Flere av jordmødrene fortalte at de lar kvinnen bestemme selv hvilke rammer vaginalundersøkelsen skulle ha. Dette innebar blant annet at kvinnene ikke skulle føle seg blottlagt og eksponert under undersøkelsen, men i stedet føle seg skjermet og trygg. Flere reflekterte over at de unngår å spørre kvinnene om å legge seg i utsatte posisjoner, som de til vanlig ville brukt for å få bedre tilgang til mormunnen. En posisjon som ble særlig unngått hos overgrepsutsatte kvinner, var en posisjon der kvinnen ligger i ryngleie med sine hender under seg for å skyve opp bekkenet. I denne posisjonen har kvinnen hendene sine fastlåst og er dermed uten mulighet til kunne avverge og forsvare seg. Dette var en posisjon jordmødrene erfarte at kvinner med overgrepshistorie følte seg utrygg i. Selv om de unngikk å be kvinnen legge seg i denne posisjonen, var det forskjeller i hvor trygge de var i å undersøke i andre stillinger. Jordmødrene som i større grad hadde erfaring med å undersøke i alternative stillinger, lot kvinnen selv få velge hvilken posisjon hun skulle bli undersøkt i. Det ble videre poengtert at de ble lagt til rette for at kvinnen følte kontroll i situasjonen slik at hun selv kunne formidle når hun var klar for undersøkelsen. En jordmor beskrev: «Jeg bryter meg ikke på henne, og jeg undersøker ikke henne mens hun ligger og spenner seg. Jeg signaliserer heller at jeg har god tid og at hun kan si ifra når hun er klar»

Informantene fortalte at de forsøkte å gjøre undersøkelsen så raskt og skånsomt som mulig, og dersom mormunnen var langt baktil ble det ikke brukt tid på å finne denne. De fortalte hvordan de fokuserte på kvinnen under hele undersøkelsen slik at hun kunne avbryte dersom kvinnen ga signal. En jordmor beskrev:

Det hender at de sier stopp, da er det viktig å stoppe selv om man ikke nødvendigvis har fått den informasjonen man trenger. Hun kan jo plutselig kjenne at dette ikke går likevel. Da er det lov å trekke seg.

En informant fortalte at hun var bevisst sitt uttrykksvalg i møtet med denne gruppen kvinner. Uttrykk som: «jeg skal være forsiktig» og «dette går raskt», er uttrykk som kvinnen kan forbinde med sin overgrepshendelse. Hun utdypte: «Det er jo ofte det vi sier, og det er jo kanskje det vi må si noen ganger.. men vi skal være klar over at det kan være en voldsom trigger for noen». Å være skånsom mot kvinnen gjelder også i akutte situasjoner der tiden spiller inn. En av jordmødrene beskrev: «Uansett hvor akutt situasjonen er, med blødninger og slikt, så har man tid til å informere. Man har alltid tid til å være ydmyk, og tilnærme seg kvinnen på en forsiktig måte».

Det var fokus på at vaginalundersøkelsen skulle være minst mulig ubehagelig og smertefull for kvinnen. Flere ga kvinnen tilbud om smertelindrende gele i forkant av undersøkelsen. En annen tilbydde kvinnene å puste lystgass under selve undersøkelsen. Videre fortalte en jordmor at hvilke opplysninger man er ute etter kan ha innvirkning på smerteopplevelsen til kvinnen - om det er mormunnens åpning eller hodets nivå. Dersom målet med undersøkelsen er å få informasjon om hodets nivå i bekkenet, trenger man kun å undersøke med en finger istedenfor to fingre som benyttes for å finne mormunnens åpning. Hun forklarte: «Noen ganger er det det som er fremgangen, altså hodets nedtrenging i bekkenet. Da er det mye enklere for kvinnen å gjennomgå den undersøkelsen. Ikke minst er det mindre smertefullt, det kan til og med være smertefritt.»

4.6 Styrt av retningslinjer og fagkultur

I denne kategorien fremkom subgruppene: *Retningslinjer og prosedyrer, å gi slipp på kontrollen, usikkerhet og frykt for kollegial irettesettelse.*

Et overordnet funn i studien var at jordmødrene følte seg styrt av retningslinjer og gjeldende prosedyrer i vurderingen av fødselsfremgang, også hos overgrepsutsatte kvinner. De fortalte om bruk av partogram som startes rutinemessig når kvinnen defineres i aktiv fødsel. Aktiv fødsel og videre fremgang ble dokumentert i partogrammet utelukkende ved vaginalundersøkelse. Flere erfarte at det ble forventet en dokumentert fremgang i partogrammet og at avvik skulle utløse fremmede tiltak. Antallet vaginalundersøkelser som ble utført var ofte påvirket av om kvinnen var klassifisert som normalfødende eller risikofødende. Dersom hun var risikofødende, var det høyere krav til overvåkning av fødselsfremgang. Noen reflekterte over at de kunne få legene med på laget, og dermed bruke prosedyrer annerledes i vurdering av fødselsfremgang hos kvinner som er tidligere utsatt for seksuelle overgrep. En jordmor foreslo at man kunne bruke notatfunksjon der man dokumenterer observasjoner av fødselsfremgang i stedet for vaginalundersøkelse. En annen utdyper: «Man må ikke tenke at et skjema skal styre alt en gjør selv om det absolutt er nyttig i mange sammenhenger. Det er ikke alle som passer inn i det regimet og disse kvinnene er noen av dem».

Jordmødrene fortalte at de kan bli styrt av egen usikkerhet og utålmodighet i vurderingen av fødselsfremgang, og dermed utfører vaginalundersøkelse. Utålmodigheten ligger i at jordmor har et ønske om at kvinnens skal bli ferdig i fødsel, men den kan også styres av at kvinnen selv er utålmodig. Videre fortalte noen av informantene at de i enkelte situasjoner utfører vaginalundersøke for å oppnå en bekreftelse på at vurderingen de gjorde var riktig. En jordmor fortalte at man gjerne ønsker tilbakemeldinger på effekten av fødselsfremmede tiltak. Vaginalundersøkelsen var ofte den bekreftelsen de stolte mest på da vaginalfunnet ga det mest konkrete svaret. Flere informanter var komfortable med å ikke vaginalundersøke kvinnen i det hele tatt, men påpekte at dette ikke var noe mål i seg selv så lenge kvinnen ikke motsatte seg undersøkelsen. Noen uttrykte at det hadde vært utfordrende å gi slipp på kontrollen man oppnår ved å utføre vaginalundersøkelse. En jordmor beskrev: «det kreves ryggrad for å gå en hel vakt uten å vaginalundersøke, fordi man må stole på de andre funnene man ser og hører».

Det ble uttrykt en frykt for å bli irettesatt av andre jordmødre eller leger dersom man avstår fra å vaginalundersøke. En jordmor fortalte at dersom det går for lang tid mellom hver undersøkelse og man oppdager at det burde vært satt inn tiltak tidligere, vil man ofte kunne bli irettesatt av kollegaer. Flere opplevde det som belastende å skulle gi rapport videre til neste vaktskift uten å ha et vaginalfunn å henvise til. Dette var i frykt for at kolleger skulle tenke de har gjort et dårlig jordmor-arbeid. En jordmor uttrykte: «Det ville vært påfallende dersom du har hatt en kvinne i aktiv fødsel fra begynnelsen, der du ikke har gjort vaginalundersøkelse, og kvinnen ikke har født når du trer av vakt». Videre ble det poengtert at dersom kvinnen ikke ønsker å bli undersøkt, så kan man ikke presse henne til det. En kan da begrunne det i kvinnens eget ønske, og dersom barnet er i trivsel bør det aksepteres.

Leger ønsker ofte dokumentasjon på fremgang i fødsel. Jordmødrene erfarte at det kunne være utfordrende å avvike fra denne forventningen om dokumentert fremgang i fødsel. Videre poengterte de at erfaring vil være en faktor av betydning i disse situasjonene. De mente at det ville være lettere å stå imot press som en erfaren jordmor. Likevel poengterte de viktigheten av å stole på hverandres vurderinger i slike situasjoner. En jordmor beskrev:

Jeg tror det kan være tøft for nyutdannede jordmødre å skulle forsvare vurderingen sin.. Som erfaren jordmor kan jeg forsvare det; jeg valgte å ikke vaginalundersøke kvinnen. Jeg ser andre tegn. Hun kommer til å føde. Om det skjer nå eller om 10 timer, vet jeg ikke, men hun er i fødsel og barnet har det bra.

5 Diskusjon

5.1 Diskusjon av resultat

I dette kapitlet vil vi reflektere over våre funn og drøfte de opp mot relevant teori, eksisterende forskning og jordmorfaglig modell for kvinnesentrert omsorg. Diskusjonen vil bli sentrert rundt problemstillingen vår som er «*Hvilken erfaring har jordmødre med å vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som tidligere har vært utsatt for seksuelle overgrep?*». Vi vil også diskutere rundt våre forskningsspørsmål tilknyttet faktorer som spiller inn i vurderingen, hvordan jordmødrene observerer fremgang uten å vaginalundersøke, og hvordan jordmor tilnærmer seg kvinnen dersom vaginalundersøkelsen er nødvendig. Diskusjonen blir presentert i samme kategorier som i resultatkapitlet.

5.1.1 Betydning av kvinnens åpenhet

Et overordnet funn i materialet vårt var at kvinnens åpenhet ville være en viktig faktor for hvilken tilnærming jordmor har i vurdering av fødselsfremgang. En studie av Jackson & Fraser (2009) viste at jordmødre ofte kunne føle seg utilstrekkelig forberedt på å håndtere situasjoner der kvinnen fortalte om sin overgrepshistorie. Dette ble ikke uttrykt av jordmødrene i vår studie, derimot erfarte de at åpenhet fra kvinnene muliggjorde en tidlig dialog. Gjennom dialogen identifiseres grenser og behov kvinnen har i forbindelse med vurderingen av fødselsfremgang.

Gjennom å bli kjent med kvinnen vil jordmor kunne gi sensitiv omsorg og dermed bidra til at risikoen for at traumatiske gjenopplevelser reduseres (Montgomery et al., 2015). Våre informanter oppga at de automatisk trer inn i rollen som kvinnens forsvarer i møte med overgrepsutsatte kvinner, og kan med det tolkes som at de anerkjenner kvinnens historie. Berg et al.'s (2012) jordmorfaglige modell for kvinnesentrert omsorg viste at anerkjennelse er grunnleggende for å kunne ivareta fødekvinnens individuelle behov. Ved å bli anerkjent av jordmor vil fødekvinnen kunne ta i bruk sine egne ressurser og evner til å stole på egen kropp til å føde. Laache (2017, s. 412) understreker betydningen av at jordmor formidler til kvinnen

at hun ser og forstår henne, og på den måten kunne bidra til at kvinnen føler seg sett og hørt. Resultatet kan også ses i sammenheng med Lundgren & Berg (2007) som påpekte viktigheten av at kvinnen blir sett på som et unikt individ som blir lyttet til, støttet og veiledet på sine individuelle premisser, og dermed føler seg involvert i sin egen fødselsprosess. Å møte kvinnen på hennes egne prinsipper var også viktig for jordmødrene i studien vår.

Forskning har vist at overgrepsutsatte kvinner har en større risiko for å få en negativ fødselsopplevelse enn kvinner som ikke har denne bakgrunnen (Henriksen, Grimsrud, Schei & Lukasse, 2017b). Halvorsen et al. (2013) påpekte også at overgrepsutsatte kvinner har risiko for å reaktivere tidligere overgrepstraumer under fødselen. Dette innebærer at kvinnen kan føle seg skitten, følelsesmessig lammet og fremmedgjort i sin egen kropp, som videre kan påvirke kvinnen i lengre tid etter fødselen. Resultatet fra vår studie viste at jordmødrene var bevisst denne sårbarheten overgrepsutsatte kvinner bærer med seg inn i fødselen.

Gjenopplevelse av overgrep i forbindelse med fødsel kan ha flere utløsende faktorer.

Eksempler på noen av disse faktorene vil være intime prosedyrer, smerter og tap av kontroll (Montgomery et al., 2015; Meldahl & Sandø, 2017; Leeners, Görres, Block & Hengartner, 2015). I rollen som jordmor vil man i yrkesutøvelsen være nær kvinnen, og i mange tilfeller vil kvinnens intime grense bli brutt (Montgomery et al., 2015). For jordmødrene i vår studie var kvinnens åpenhet en viktig forutsetning for å hindre traumatiske gjenopplevelser i forbindelse med vurdering av fødselsfremgang. Halvorsen et al. (2013) viste i sin studie at vaginale undersøkelser var en av faktorene som kunne minne kvinnen om det tidligere overgrepet. Det er også vist at kvinner har følt seg maktesløs, ignorert, og opplevd å bli behandlet uten empati i situasjoner der de har mottatt helsehjelp. Konsekvensen av en slik opplevelse vil kunne være fødselsangst og ønske om keisersnitt. Jordmødre bør være klar over denne problematikken, og at risikoen for at disse kvinnene kan få traumatisk gjenopplevelse i forbindelse med helsehjelp eksisterer. Gjennom å lytte oppmerksomt, vise anerkjennelse og forståelse vil man kunne skape positive opplevelser og bygge opp tilliten til helsevesenet (Lukasse et al. 2015).

Våre informanter erfarte at kvinnen vil kunne ha en bedre forutsetning for en god fødselsopplevelse dersom hun har vært åpen og fortalt jordmor om sin opplevelse. Ved å være

åpen vil hun få muligheten til å dele sine bekymringer og forberede seg på forestående fødsel. Dersom kvinnen hadde en forhåndsskrevet fødeplan, var denne en ekstra ressurs for både jordmor og kvinnen. Dette bekreftes i en omfattende studie om fødselsopplevelser blant overgrepsutsatte kvinner. Studien viste at kvinnen hadde bedre muligheter for å få en god fødselsopplevelse dersom hun var tilstrekkelig forberedt i forkant av fødselen og at hennes individuelle behov var kartlagt (Leeners et al, 2015). I maktrelasjonen mellom kvinnens rett til selvbestemmelse og medisinske disiplinære makt som sikter til at kvinnen gjør som hun blir fortalt, er den medisinske diskursen dominerende. Dette er på grunn av samfunnets tillit til teknologien som fødselsomsorgen hevder å basere faget sitt på (Fahy, 2002). Studien av Halvorsen et al. (2013) belyste at kvinner ofte har følt at de har havnet i konflikt mellom sine egne behov og avdelingens prosedyrer og retningslinjer. Dersom kvinnen har utarbeidet en fødeplan i forkant av sin fødsel vil det kunne gjøre henne mer styrket til å stå imot den medisinske disiplinære makten som ligger helsevesenet (Fahy,2002).

Våre informanter erfarte at fødeplanen ga klare føringer for kvinnens ønsker og behov, noe som gjorde det lettere for jordmødrene å ta hensyn i vurderingen av fødselsfremgang. I en fødeplan tar kvinnen i bruk sin rett til medvirkning i forkant av fødselen når hun befinner seg i en posisjon som er mindre sårbar (Fahy, 2002). Ved at jordmor er åpen og tilbøyelig for den individuelle kvinnen og baserer omsorgen på kvinnens premisser vil man kunne unngå at hun opplever avmakt i relasjonen (Lundgren & Berg, 2007). I tillegg vil det at kvinnens grenser og behov allerede er identifisert gjøre at jordmor kan anerkjenne dette fra start, og med det styrke kvinnens egenverd (Lundgren & Berg, 2007; Dahlø & Laache, 2010, s. 62).

5.1.2 Å sanse en skjult overgrepshistorie

Studien vår viste at jordmødrene var bevisste på det faktum at de møter kvinner i fødsel som ikke har åpnet seg for helsepersonell om sin overgrepshistorie. Forskning har vist at 29% av kvinner som er utsatt for seksuelt overgrep aldri forteller om opplevelsen sin til helsepersonell (Thoresen & Hjemdal, 2014). Dette kan skyldes at noen kvinner som har opplevd seksuelle overgrep ikke husker det de har vært utsatt for. Noen kvinner tenker at det ikke vil være av betydning for fødselen. I tillegg vil tidligere opplevelse av seksuelt overgrep ofte være preget av skam og av den grunn være omgitt av stillhet (Montgomery, 2013; Halvorsen et al.2013).

Jordmødrene i vår studie fortalte at de bruker sine sanser i møte med kvinnen for å finne ut hvem hun er. Gjennom denne sanseerfaringen vil jordmor bedre kunne lese kvinnens nonverbale signaler og fatte en mistanke om at kvinnen tidligere har vært utsatt for seksuelt overgrep. Resultatet kan ses i sammenheng med Montgomery et al. (2015) som sier at kvinnens taushet om sin tidligere overgrepsopplevelse vil stille krav til jordmors oppmerksomhet rettet mot kvinnens nonverbale signaler, og at hun videre tar forholdsregler for å ikke vekke vonde minner. Dersom kvinnens signaler ikke blir fanget opp, er det risiko for at det kvinnen opplever som traumatisk under fødselen ikke oppdages (Coles & Jones, 2009). Jordmødrene i vår studie oppga at dersom de fikk en mistanke om at kvinnen hadde overgrepshistorie ville dette være av betydning for tilnærming og vurdering av fødselsfremgang videre i forløpet.

Dersom jordmødrene i studien vår fikk en mistanke om at kvinnen kunne ha overgrepshistorie opplevde de det som vanskelig å skulle spørre spørsmålet direkte. I følge Nasjonal faglig retningslinje for svangerskapsomsorgen (Helsedirektoratet, 2019) skal kvinnen bli spurt om tidligere seksuelle overgrep i svangerskapet. Retningslinjene presiserer ikke hvilken praksis som gjelder i forbindelse med fødselen. En studie viste at jordmødre i svangerskapsomsorgen opplever det som utfordrende å ta opp temaet med kvinnen da jordmødrene ofte opplevde mangel på tid til å ivareta kvinnen og frykt for å ikke vite hvordan hun skulle ivareta henne (Henriksen et al. 2017a). Våre informanter uttrykte ikke frykt for å ikke skulle være i stand til å ivareta kvinnen dersom hun svarte bekreftende på spørsmålet. Derimot erfarte jordmødrene i studien vår at de synes det var vanskelig- og at det måtte kjennes naturlig å ta opp et slikt sensitivt tema i forbindelse med fødselen. Dette er i overensstemmelse med at helsepersonell i mange tilfeller kan kvie seg for å stille kvinnen direkte spørsmål om overgrep på grunn av usikkerhet rundt kvinnen reaksjon på spørsmålet (Dahlø & Laache, 2010, s. 43). Samtidig viste en systematisk oversikt av Montgomery (2013) at kvinner med overgrepshistorie opplever det som positivt å bli spurt direkte om tidligere seksuelt overgrep i forbindelse med fødsel, selv om de ikke ønsket å fortelle om det. Noen kvinner trengte mer tid til å bygge opp en tillitsfull relasjon med jordmor før de var trygge nok til å fortelle sin historie. I de tilfellene der kvinnen ikke klarte å fortelle om sin tidligere opplevelse, ønsket de at de nonverbale signalene skulle bli anerkjent uten at overgrepet trengte å bli nevnt med ord

(Montgomery,2013). På en annen side reflekterte våre jordmødre over at en vaginalundersøkelse vil kunne være ubehagelig for mange kvinner, også for kvinner uten overgrepshistorie. Dette krever varsomhet i mistanken - at nettopp ikke alle har en overgrepshistorie. Dette kan sees i lys av en nyere studie som viste at mange kvinner generelt opplever smerter, forlegenhet og angst i forbindelse med vaginalundersøkelse (Teskereci et al, 2020).

5.1.3 Å skape trygghet og tillit

En god relasjon fremsto i materialet vårt som en viktig forutsetning for å kunne vurdere fødselsfremgang hos overgrepsutsatte kvinner. Jordmødrene har erfart at kvinner med overgrepshistorie bærer med seg en ekstra sårbarhet. På grunn av denne sårbarheten følte disse kvinnene seg oftere utrygg i fødsel. Dette kan ses i sammenheng med at kvinner med overgrepshistorie ofte vil ha utfordringer med å stole på andre mennesker og kan ha sine egne tolkninger av situasjoner (Bækkelund & Berg, 2014, s. 82). Kvinnen vil i mange tilfeller være på vakt og mistenksom overfor jordmors intensjoner og hva jordmoren skal gjøre med henne. Dette vil være kvinnens måte å beskytte seg selv mot å komme i en lignende traumatisk situasjon på nytt (Meldahl & Sandø, 2017; Varvin, 2010, s. 417). Våre informanter poengterte at de bruker mye tid hos kvinnen for å skape tillit i relasjonen. Montgomery (2013) har i sin systematiske oversikt vist at dersom den overgrepsutsatte kvinnen mottar individuelt tilpasset omsorg basert på tillitsfulle relasjoner ville fødselen kunne være en helende prosess. En slik prosess i fødsel gir kvinnen en følelse av en «ny start», som innebærer en opplevelse av at kroppen har gjort noe riktig, og at kvinnen opplever fødselen som en vellykket prestasjon. Berg et al. (2012) viste i sin modell at bekreftelse og tilstedeværelse ville være viktige faktorer for å oppnå en gjensidig tillitsfull relasjon til fødekvinnen.

En tillitsfull relasjon krever at jordmor fysisk og mentalt til stede, og støtter kvinnen på hennes prinsipper. Gjennom bekreftelse vil kvinnen bli styrket, ansvarliggjort og kunne ta kontrollen over seg selv. Dette støttes av Montgomery et al. (2015) som formidlet viktigheten av å ta seg tid til å bygge et tillitsforhold mellom jordmor og den overgrepsutsatte kvinnen

slik at hun føler seg trygg. Ifølge våre informanter ville trygghet være en viktig forutsetning for å bruke alternative metoder til vaginalundersøkelse for å observere fremgang i fødsel. Kvinnens trygghet ble erfart avgjørende for at kvinnens signaler skulle komme til syne. Dessuten viste resultatet vårt at trygghet ville være en viktig faktor for fødselsfremgangen i seg selv. Dette kan begrunnes i at tryggheten vil kunne bidra til at kvinnen gir slipp på den bevisste kontrollen å dermed la kroppen utføre fødselsarbeidet. Videre vil en viktig oppgave for jordmor være å skape en trygg atmosfære slik at kvinnen stoler på det jordmor tilbyr henne (Garrat, 2011, s. 35; Berg et al. 2012).

Jordmødrene i studien vår erfarte at atmosfæren er viktig for å legge til rette for fremgang i fødsel. Dette var også et funn i studien av Halvorsen et al., (2013) der en rolig atmosfære og at kvinnen fikk tid i fødsel var viktige aspekter. Atmosfæren ble også trukket frem i vårt materiale for at jordmor skulle kunne stole på egne vurderinger og på kvinnekroppens naturlige fødselsprosesser. Våre jordmødre forsøkte å skape en lun atmosfære for kvinnen. Jordmødrenes praksis harmonerer med Berg et al. (2012) sin modell som vektlegger atmosfæren som et viktig aspekt i kvinnesenteret omsorg. Dersom kvinnen opplever fødselen som en truende situasjon vil reaksjonen hun får kunne påvirke den naturlige fødselsfremgangen slik at fødselen stopper opp (Laache, 2017, s. 412). En rolig atmosfære som innebærer stillhet, vil være essensielt for jordmor da hun gjennom stillhet støttes i å bruke sine grunnleggende kunnskaper og stole på normalitet. Roen som støtter jordmor til å være til stede og oppmerksom i fødselsprosessen vil dermed også kunne hjelpe kvinnen i å møte det ukjente uten frykt, og på denne måten være riefremmende. Det at jordmor er tilgjengelig vil også si at hun er åpen og tilstreber individualisert omsorg for den enkelte kvinnen, og at omsorgen gis på kvinnens egne premisser (Berg et al., 2012). På en annen side vil tilgjengelighet også si at jordmor er tilgjengelig for seg selv. Dette betyr at hun bruker sine grunnleggende kunnskaper når hun vurderer fremgang i fødsel (Lundgren & Berg, 2007; Berg et al. 2012). Ved å være tilgjengelig og til stede på fødestuen erfarte våre informanter at det ble enklere for dem å lese kroppsspråk og observere endringer i fødselsarbeidet, og dermed kunne bruke alternative metoder til vaginalundersøkelse for å observere fødselsfremgang. Dette er i overensstemmelse med det Blaaka & Eri (2008) sier om å være med kvinnen. Ved være med kvinnen vil jordmor kunne observere kvinnen, lytte til henne og å lese

fødselssituasjonen som en helhet. For å se denne helheten kreves jordmors tid, tilstedeværelse og kontinuitet (Blaaka & Eri, 2008).

Studien vår viste at å beskytte overgrepsutsatte kvinners integritet vil være viktig for å bevare tilliten i relasjonen. Dette kan ses i sammenheng med at kvinner som er tidligere utsatt for seksuelt overgrep har opplevd av at hennes menneskeverd har blitt krenket. Å hjelpe kvinnen til å finne trygghet og gjenopprettelse av hennes egenverdi vil dermed være viktig (Varvin, 2010, s. 418). Et seksuelt overgrep vil ofte innebære misbruk av makt. Dette betyr at en svakere og avhengig person i relasjonen blir misbrukt (Garrat, 2011, s. 10). Som helsepersonell må man være bevisst maktposisjonen man har som profesjonell yrkesutøver i relasjon til den sårbare kvinnen. Jordmødre vil ofte ha mer kunnskap om svangerskap og fødsel enn det kvinnen selv har, og kvinnen oppsøker jordmor for hjelp. På denne måten vil jordmor kunne få en autoritær rolle overfor kvinnen. Dersom kvinnen tidligere har blitt seksuelt misbrukt av en person med makt vil møtet med jordmor kunne være en trigger som utfordrer tillitsforholdet (Hobbins, 2004).

Ifølge vår studie var det opparbeidede tillitsforholdet mellom den overgrepsutsatte kvinnen og jordmor, skjørt og sårbart. Dette ses i sammenheng med at kvinner med overgrepshistorie vil kunne reagere negativt på hendelser som kan være naturlige for helsepersonell (Varvin, 2010, s. 417). Dersom kvinnens individuelle behov blir ignorert av personell med bakgrunn i at det er enklere å bruke en standardisert prosedyre, vil det kunne føre til at kvinnen føler seg objektivisert. Forskning har vist at personell som kun er involvert i deler av omsorgen har lettere for å objektivisere kvinnen i stedet for å møte henne som et eget individ (Lukasse et al. 2015; Malterud & Thesen, 2008). Våre informanter opplevde dette som et problem og de var dermed nøye med å informere annet personell som kunne komme til å bli involvert i fødselen om kvinnens historie. I helsepersonelloven (2001, §25) som omhandler opplysninger til samarbeidende personell, har jordmødrene mulighet til å gi taushetsbelagt informasjon videre når det er nødvendig for å gi forsvarlig helsehjelp. Dersom kvinnen har åpnet seg og fortalt om historien sin til jordmor, bør hun slippe belastningen av å måtte fortelle det selv til påfølgende helsepersonell (Sobel et al. 2018). Imidlertid fortalte våre informanter at dersom

de kun hadde en mistanke om at kvinnen hadde overgrepshistorie var det viktig å rapportere dette muntlig videre til påfølgende jordmor uten at mistanken ble betraktet som sannhet.

5.1.4 Kroppens signaler på fødselsfremgang

Våre resultater viste at jordmødre var mer bevisst på å lese ytre signaler på fødselsfremgang hos kvinner som er tidligere utsatt for seksuelt overgrep slik at antallet vaginalundersøkelser kunne reduseres. Å være bevisst på å redusere antall vaginalundersøkelser hos tidligere overgrepsutsatte kvinner viste seg i studien av Sobel et al. (2018) å være viktig for å hindre traumatisk gjenopplevelse. Jordmødrenes bevissthet i å lese kvinnens signaler kan videre forstås i lys av det Berg et al. (2012) beskriver som jordmors grunnleggende kunnskap. Jordmor viser sin kunnskap med å ta i bruk alle sine sanser. I tillegg til å høre, lukte og se, ligger også jordmors intuisjon og erfaring som en del av hennes kunnskap. Jordmors intuitive kunnskap vil hjelpe henne til å bruke sine teoretiske- og erfaringsbaserte kunnskaper, og dermed tilpasse omsorgen til den enkelte kvinnen (Berg et al. 2012). Denne erfaringen er også beskrevet av Blaaka & Eri (2008). De mente jordmors erfaringsbaserte kunnskap hjelper henne i å lese kroppens signaler for så å sette de videre i sammenheng (Blaaka & Eri, 2008).

Ifølge Aune (2014) har jordmødrene i dag en større nærhet til det medisinske faget, noe som gir henne mindre autonomi til å utføre sitt yrke etter den sanselige erfaringskunnskapen. Fødekvinnens rett til medbestemmelse under fødselen stiller jordmor overfor valg situasjoner der hun må ta i bruk sitt faglige skjønn. I situasjoner der kvinnen ikke ønsker å bli vaginalundersøkt viste vårt materiale at kvinnens ønske blir respektert av jordmor.

For våre informanter var ytre palpasjon en sentral metode for å vurdere fremgang i fødsel uten å utføre vaginalundersøke. Vurderingsmetodene våre jordmødre anvendte, er alle beskrevet i pensumlitteraturen ved jordmorutdanningen. Blix & Bernitz (2017, s. 451- 452) redegjør flere måter å vurdere fødselsfremgang på. Dette vil blant annet være å vurdere riene ved å legge en lett hånd over uterus, ytre palpasjon av fosterhode, lokalisering av fosterlyd og leopolds håndgrep. I tillegg har våre informanter erfart at de kan høre endringer i kvinnens lyder etter

hvert som fødselen går fremover. Dette i tillegg til en rekke andre kroppslige tegn og endring i væremåte. Slike tegn på fødselsfremgang er også tidligere beskrevet og anerkjent.

Fødselsfremgang kan observeres ved at kvinnen opplever at hun mister kontrollen, hun får ukontrollerte skjelvinger og en følelse av at hun ikke klarer å gjennomføre fødselen. Videre kan hun blant annet oppleve kvalme, økt behov for smertelindring og hun går inn i seg selv og fødselsarbeidet (Downe, 2017, s. 614). I tillegg til dette, var *purple line* en metode som noen jordmødre i vår studie brukte for å redusere antall vaginalundersøkelser hos overgrepsutsatte kvinner. Shepherd et al. (2010) legger frem måling av purple line som en mindre invasiv metode enn vaginalundersøkelse, og viste til en middels korrelasjon mellom purple line og mormunnens åpning. En annen studie har konkludert med at purple line er en utfyllende metode egnet for å predikere fremgang i fødsel (Kordi et al., 2014). Imidlertid viste vårt materiale at jordmødrene brukte purple line som et supplement til andre tegn på fødselsfremgang, da de hadde ulike erfaringer hvorvidt linjen stemte eller ikke.

5.1.5 Når vaginalundersøkelse er nødvendig, blir tilnærmingen viktig

Ifølge jordmødrene i vår studie var ikke det å avstå fra å vaginalundersøke et mål i seg selv. NICE (2014) foreslår at vaginalundersøkelse utføres hver fjerde time for å vurdere fremgang i fødsel. Videre poengterer de at dersom undersøkelsen utføres hyppigere skal det foreligge indikasjon eller at kvinnen selv ønsker å bli undersøkt. Våre jordmødre erfarte at overgrepsutsatte kvinner, i likhet med andre kvinner på et tidspunkt ønsket vaginalundersøkelse for å vite hvor langt de hadde kommet i fødselsforløpet. Den mest fremtredende indikasjonen for vaginalundersøkelse var imidlertid i de tilfellene jordmødrene mistenkte langsom fremgang. Shepherd & Cheyne (2013) har studert hyppighet og årsaker til at vaginalundersøkelser utføres i fødsler generelt. Det viste seg at 70% av kvinnene ble vaginalundersøkt oftere enn hver fjerde time. Jordmødrene i studien vår signaliserte en restriktiv tilnærming til å utføre vaginalundersøkelse hos seksuelt overgrepsutsatte kvinner – hvor indikasjon var førende for hyppigheten. Dette er i tråd med Parker (2015), som påpekte viktigheten av å respektere kvinnens ønske og å spørre om tillatelse før man utfører vaginalundersøkelse.

Et overordnet funn i studien vår var imidlertid at når vaginalundersøkelse ble nødvendig var jordmors tilnærming av stor betydning. I møtet med kvinner med overgrepshistorie er det viktig at jordmor er bevist at vaginalundersøkelse kan være en belastende prosedyre i seg selv (Halvorsen et al. 2013). Smerter nedentil som oppstår i forbindelse med vaginalundersøkelse vil ofte kunne være en trigger for en traumatisk gjenopplevelse av overgrepet.

Studien vår viste at å informere kvinnen i forkant av vaginalundersøkelsen var tillitsskapende, noe som gjorde samarbeidet mellom jordmor og kvinnen lettere. Dersom kvinnen var forberedt på undersøkelsen ville det være enklere for henne å gjennomføre den. Den jordmorfaglige modellen av Berg et al. (2012) verdsetter viktigheten av at kvinnen er involvert i fødselsprosessen. Kvinnens deltakelse vil si at jordmor gi kontinuerlig informasjon og stryker henne til å ta egne valg, også under vaginalundersøkelse. Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 sikrer kvinnens rett til informasjon., Hun skal få innsikt i helsehjelpen hun mottar og hva det vil innebære (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001). Det vil være viktig at kvinnen får god tid til å forberede seg før selve undersøkelsen blir utført (Halvorsen et al, 2013). Jordmødrene i vår studie erfarte også at forberedelse i form av smertelindring i forkant av undersøkelsen, og skjerming av kvinnen ville kunne være viktige faktorer.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001) §3-1 sikrer kvinnens rett til medvirkning om valg av undersøkelsesmetoder. Der vaginalundersøkelse blir nødvendig foreslår Meldahl & Sandø (2017) at det vil kunne være hensiktsmessig at jordmor sammen med kvinnen finner en fremgangsmåte på hvordan vaginalundersøkelsen skal utføres. Dette harmonerer med våre funn der jordmødrene lot den overgrepsutsatte kvinnen selv bestemme rammene for undersøkelsen. For jordmødrene unngikk de en spesifikk posisjon som de erfarte var vanskelig for disse kvinnene. Det var imidlertid ulikt hvor trygge de var i å undersøke i andre stillinger enn ryggeleie. Forskning har vist at dersom kvinnen blir bedt om å ligge i sårbare posisjoner hvor bena blir holdt fra hverandre kan dette være en utløsende faktor som minner kvinnen om overgrepet (Halvorsen et al. 2013). Det har også vist seg at jordmors verbale uttalelser i forbindelse med vaginalundersøkelser har bidratt til at kvinnen får assosiasjoner til

overgrepet (Sobel et al. 2018). For en av våre jordmødre unngikk hun bevisst generelle uttrykk som «jeg skal være forsiktig» eller «dette går raskt», selv om uttrykk som dette gjerne ble brukt i undersøkelse av andre fødekvinne.

Jordmødrene i studien vår beskrev viktigheten av at kvinnen oppnår en følelse av å ha kontroll over sin egen kropp i forbindelse med vaginalundersøkelse. Forskning har vist at kvinner opplever at vaginalundersøkelsen i seg selv ofte ikke er den største utfordringen. Dersom kvinnen stolte på den som utførte undersøkelsen og hun selv fikk ha kontrollen, ble det lettere for henne å gjennomføre (Montgomery et al., 2015). Kvinner med overgrepshistorie har ofte en spesiell frykt for å miste kontrollen over kroppen sin, og tap av kontroll vil kunne reaktivere den usikkerheten og maktesløsheten hun opplevde i forbindelse med overgrepet (Frandsen, 2008, s. 23-25) Ved å la kvinnen ha hånden sin på jordmors hånd under vaginalundersøkelsen vil hun få en mulighet til å skyve bort jordmors hånd for å avbryte. På denne måten vil kvinnen oppnå økt kontroll over situasjonen (Jackson, 2017, s. 203).

En studie av Sobel et al. (2018) viste at det var viktig for kvinnene at antallet vaginalundersøkelser ble redusert, men at det også var av betydning at antall helsepersonell som utførte undersøkelsen ble begrenset. Videre sa Halvorsen et al. (2013) at det være av stor betydning at kvinnens kroppslige integritet ble ivaretatt. For kvinnene ble jordmors berøring av kroppen deres opplevd som belastende da de ikke alltid forsto hva som ble gjort og hvorfor. Dette kan relateres til våre informanters bevisste ydmykhet til alt som innebærer kroppskontakt i omsorgen til kvinner de visste hadde vært utsatt for overgrep.

5.1.6 Betydningen av retningslinjer og fagkultur

Et fremtredende funn i materialet vårt var at retningslinjer og prosedyrer var dominerende faktorer i vurdering av fødselsfremgang. Parker (2015) poengterte at vaginalundersøkelser ikke bør utføres utelukkende på bakgrunn av prosedyrer og retningslinjer. Garrat (2011, s. 30) hevder at jordmødre noen ganger ikke ser betydningen av sine handlinger fordi de er styrt av rutinemessige integrerte prosedyrer. Dette var også funnet i en artikkel basert på to studier

med etnografisk design (Scamell & Stewart, 2014). Jordmødrene godtok å følge standardisert omsorg basert på institusjonelle retningslinjer, selv i de tilfellene der de opplevde at den standardiserte omsorgen ikke var i tråd med god praksis. Dette var forbundet med at jordmødrene ikke var komfortable med å gå imot fastsatte prosedyrer og retningslinjer da de opplevde at de tok en unødvendig risiko for mor og barn, i tillegg for seg selv som yrkesutøvere (Scamell & Stewart, 2014). Våre informanter reflekterte også over problematikken rundt å avstå fra å følge fastsatte prosedyrer. De opplevde at det ville være utfordrende å gi slipp på kontrollen man oppnår ved å utføre vaginalundersøkelse.

For jordmødrene i studien vår handlet det også om frykt for irettesettelse fra leger og andre jordmødre dersom de avsto fra å gjøre vaginale undersøkelser. Jordmødre vil i mange tilfeller bli utsatt for den disiplinære makten som ligger i helsevesenet. Konsekvenser for jordmødre som ikke føyer seg for disiplinær makt i helsevesenet kan involvere at de blir kritisert, unngått og utstøtt av sine kollegaer (Fahy, 2002). Fahy (2002) sier at jordmødre gjerne vil fremstå som kvinnens forsvarer, men hevder at dette er vanskelig å utøve fullstendig i praksis. Dette på grunnlag av systemet jordmødre jobber i. Imidlertid viste våre resultater at jordmødrene opplevde at deres erfaring var av betydning for å kunne argumentere for sin avgjørelse om å eventuelt avstå fra å vaginalundersøke.

Flere av våre informanter opplevde det som belastende å skulle gi rapport videre til neste vaktskift uten å ha et vaginalfunn å henvise til. Dette var i frykt for at kolleger skulle tenke at de har utført dårlig jordmor-arbeid. Dette kan ses i lys av Berg et al. (2012) 's jordmorfaglige modell. På den ene siden utøver jordmor omsorg som bygger på at hun er med kvinnen og støtter henne i henhold til individuelle behov. På den andre siden blir omsorgen også påvirket av helsevesenets- og fødeavdelingens kultur i form av normer og retningslinjer. Normer og rutiner er uttrykk for den institusjonelle makten som ligger i helsevesenet. Det er disse som setter rammene for jordmors utøvelse av praksis med de rammeverkene jordmødrene arbeider innenfor (Jensen & Ulleberg, 2019, s. 185). På moderne høyteknologiske fødeavdelinger foregår en kamp mellom to forskjellige kunnskapstradisjoner: den biomedisinske og den jordmorfaglige kunnskapstradisjon (Blaaka & Eri, 2008). Det medisinske synet på fødsel med

fokus på risiko er dominerende på fødeavdelinger. Med et slikt fokus blir standarden for det normale liten, og tryggheten er bundet til teknologi og fagpersoners ekspertise. Når fødselen blir sett på som en medisinsk begivenhet blir fødekroppens muligheter omgjort til begrensninger. Gjennom dette ser man ikke fødselssituasjonens nyanser og kvinnens stemme forsvinner (Aune, 2014). Denne maktkampen påvirker jordmødrenes måte å utøve kvinnesenteret omsorg på. Dermed vil deres tanker rundt hva som er trygt sammenlignet med det som er risikabelt, og deres måte å tenke rundt fødekroppen påvirkes (Blaaka & Eri, 2008).

Våre resultater viste at jordmødrene var bevisst på at vaginalundersøkelse var en belastende prosedyre for kvinner med overgrepshistorie. Ifølge våre informanter ble fødselsfremgang rutinemessig dokumentert med vaginalfunn i partogram i fødselens aktive fase. Levender et al. (2017) undersøkte effekten og sikkerheten med bruk av partogram for å følge fremgang i fødsel. Det var ingen funn i studien som dokumenterte sikkerheten med å bruke partogram som en standard. På en annen side foreslår veileder i fødselshjelp at partogram med fire timers forsinket tiltakslinje anvendes (Rossen et al. 2020). Jordmødrene i vår studie reflekterte over at ikke alle kvinner passer i et slikt regime hvor det forventes at det utføres et vaginalfunn hver fjerde time. Overgrepsutsatte kvinner vil være et eksempel hvor prosedyrer bør kunne tilpasses kvinnens individuelle behov.

5.2 Diskusjon av studiens kvalitet

I diskusjonen av studiens kvalitet inngår en vurdering av validitet og forskernes refleksivitet. Under vil vi reflektere over studiens styrker og svakheter.

Validitet i kvalitativ forskning handler om i hvilken grad en metode egner seg til å undersøke det som er ment å undersøkes, og i hvilken grad resultatene faktisk reflekterer det fenomenet vi ønsket å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 276). Vi har kontinuerlig gjennom forskningsprosessen stilt spørsmål til studiens validitet. Malterud (2017, s. 23- 25) deler validitetsbegrepet inn i ekstern og intern validitet. Med intern validitet menes gyldigheten av våre resultater. Dette innebærer å reflektere rundt i hvilken grad vår metode, problemstilling

og utvalg er egnet til å gi gyldige svar på problemstillingen (Malterud, 2017 s. 23). Gjennom forskningsprosessen har vi fått en dypere innsikt i jordmødrenes erfaringer med å vurdere fremgang i fødsel hos overgrepsutsatte kvinner. Det ble anvendt en metode som har gitt en åpen tilnærming til problemstillingen og dermed gjort det mulig for oss å samle inn nyanserte data og fått frem informantens individuelle forståelse av temaet. Det anses som en styrke for vår oppgave at det ble anvendt et studiedesign som svarer til problemstillingen.

Det strategiske utvalget ble gjort for å få best mulig potensial til å belyse problemstilling og våre forskningsspørsmål (Malterud, 2017, s. 58). Med fokus på informasjonsstyrke kontra antall informanter, endte vi opp med 6 jordmødre med ulik grad av erfaring i jordmoryrket og innenfor temaet. Informantene ble også valgt ut på bakgrunn av interesse for tema. Vi ser i ettertid at dette kan være en svakhet da bredere synspunkter kunne ha styrket materialet. Oppgavens omfang og tidsrom har gjort oss tvunget til å inkludere få enheter og med det vært nødt til å prioritere nyansene i datamaterialet. På den andre siden har få enheter gitt oss en nærhet til informanten der vi har hatt lange samtaler og med det fått frem den enkelte jordmors unike forståelse av temaet. Likevel kan det ikke utelukkes at det ville gitt et rikere materiale ved å inkludere flere informanter, gjerne fra forskjellige sykehus.

Det at jordmødrene fikk bestemme lokalisasjonen for intervjuene kan ses på som en styrke. Med dette fikk jordmødrene mulighet til å velge omgivelsen som hun følte seg mest komfortabel i. Dette var med på å sette preg på intervjusituasjonen som for oss virket trygg og avslappet.

Selve intervjusituasjonen stiller et allsidig krav til intervjueren. Kvale og Brinkmann (2015, s. 193) fremhever at det ideelle intervjuet krever at intervjueren viser håndverksmessig dyktighet og faglig ekspertise. Det kan derfor ses på som en svakhet at vi som studenter ikke har noen tidligere erfaring i intervjuforskning. Imidlertid har gjennomføring av prøveintervju gjort at vi fikk en nyttig forberedelse i forkant av de aktuelle intervjuene. Ved å lytte gjennom opptak etter hvert utført intervju fikk vi reflektert over hvordan vi som intervjuere stilte spørsmål og hvordan vi fulgte opp viktig informasjon fra informantene. Vi ser en tydelig utvikling i våre intervjuetegenskaper fra start til slutt i datainnsamlingsprosessen.

Intervju gir rom for misforståelser (Malterud, 2017, s. 193). For å unngå dette ble det utført dialogiske valideringer underveis, ved å sjekke at vår oppfatning var riktig ved å stille spørsmål som: “Forstår jeg deg riktig hvis ...?”. Dette har gjort at vi mener at råmaterialet vårt bærer en felles forståelse mellom oss studenter og våre informanter. Imidlertid ser vi i ettertid at studiens gyldighet kunne blitt styrket ved å utføre en deltakersjekk i etterkant av transkriberingen ved å gi informantene utskrift av intervjuet for korrigering og presisering av uklarheter. Imidlertid er det ifølge Malterud (2017, s.194) ikke alltid nødvendig med deltakersjekk da prosjektet ikke handler om gjenfortelling av historier så nøyaktig som mulig, men også forskerens tolkning og syntese.

Vi ser fordeler ved å utføre studien i vårt eget fagfelt ved at vi som jordmorstudenter har et godt grunnlag for å forstå jordmødrenes erfaringer. Det ble også lettere for jordmødrene å uttrykke seg uten å måtte forklare fagterminologi og andre begreper i forbindelse med fødsel. Det kan tenkes at jordmødrene unnlot å gi oss informasjon som de anså som innlysende, men som for oss likevel ville vært av betydning. Imidlertid har også vår kjennskap til fagfeltet muliggjort at nyanser som ikke samsvarte med våre egne erfaringer som jordmorstudenter i praksis kan ha blitt oversett.

Malterud (2017, s. 19) forklarer refleksivitet som en aktiv holdning. Det vil si at denne refleksive holdningen aktivt måtte oppsøkes og vedlikeholdes gjennom prosessen (Malterud 2017, s. 19). For å øke studiens troverdighet forsøkte vi å arbeide etter refleksive holdninger under hele forskningsprosjektet. Dette innebærer at det gjennomgående i forskningsprosessen ble stilt spørsmål ved egen fremgangsmåte og konklusjoner. Refleksivitet innebærer også bevissthet rundt det vi som forskere og individer har brakt med oss i forskningsprosjektet. Derfor ble det forsøkt å finne posisjoner i empirien vår som utfordret forforståelsen vår (Malterud, 2017 s. 19). Forforståelse presentert i metodekapittelet var en viktig del av motivasjon til å utforske temaet i masteroppgaven. Søket etter teori og relevant forskning har økt vår forforståelse. Dette kan på den ene siden ses på som en styrke da det har hjulpet oss med å forstå våre funn i en større sammenheng, men på en annen siden er det en svakhet da forforståelsen kan påvirke budskapet fra vårt empiriske materiale (Malterud, 2017, s.45 -47). Problemstillingen som var utarbeidet i forkant av datainnsamlingen var: “Hvordan erfaring har jordmødre med å observere fremgang i aktiv fødsel uten å vaginalundersøke?”.

Overraskelser i det innsamlede datamateriale som innebar at det ikke var hensiktsmessig å utelukke vaginalundersøkelse gjorde imidlertid at forskningsspørsmålet ble endret. Denne refleksiviteten kan anses som en styrke i studien.

Som uerfarne forskere ser vi det som hensiktsmessig at det ble anvendt Malterud's systematiske tekstkondensering som analysemetode for materialet. Dette er fordi metoden er utviklet med sikte på å gi uerfarne forskere en innføring i hvordan en analyseprosess kan gjennomføres på enkel systematisk måte (Malterud, 2017, s. 97). Det kan ses som en svakhet at endte vi opp med et omfattende materiale som gjorde arbeidet med analysen utfordrende, og vi opplevde det som vanskelig å sortere de meningsbærende enhetene i oversiktlige kategorier. Til tross for et omfattende datamateriale opplever vi et rikt materiale som går i dybden på temaet og belyser problemstillingen fra flere sider. Da vi er uerfarne som forskere har vi hatt god nytte av vår veileder gjennom prosessen. På denne måten oppnådde vi et nyansert blikk på materialet. Dette kan bli ansett som en styrke i tillegg til at det å være to studenter i analyseprosessen har skapt gode diskusjoner og refleksjoner i fellesskap.

Ekstern validitet gjelder studiens overførbarhet som innebærer hvilke sammenhenger våre funn kan gjøres gjeldende utover den konteksten de ble undersøkt i (Malterud, 2017, s. 23). Først vil vi påpeke at vi har et for lite utvalg til å kunne si noe generelt om våre resultater. Samtidig vil våre resultater kunne sette lys på hva som kan være viktig å se nærmere på når det gjelder vurdering av fødselsfremgang hos overgrepsutsatte kvinner. Jordmødrenes relasjon og tilnærming til enhver fødekvinne er unik, og dermed blir det vanskelig å overføre funn til andre sammenhenger. Likevel vil våre funn til en viss grad kunne relateres til alle fødekvinne, da individuelt tilpasset omsorg vil være viktig i enhver fødselssituasjon.

6 Implikasjoner for praksis

På bakgrunn av forskning og statistikk vil jordmødre møte overgrepsutsatte kvinner i fødsel som er åpne om sin historie og de som skjuler den. Vår studie vil kunne bringe et økt fokus på et viktig tema innenfor fødselsomsorgen. Jordmødre vil kunne dra nytte av erfaringene våre informanter hadde i denne studien. Med bakgrunn i at jordmødrene opplevde at overgrepsutsatte kvinner ikke passet inn under føringer rundt vaginale undersøkelser, kan det tenkes å være nyttig å lage alternative rutiner til det beste for denne gruppen kvinner.

Svangerskapsomsorgen har klare retningslinjer for å avdekke erfaring tidligere seksuelle overgrep. Det vil kunne være aktuelt at en slik retningslinje utvikles for fødselsomsorgen slik at denne gruppen kvinner sikres individualisert omsorg og tilrettelagt oppfølging i fødsel.

7 Avslutning og konklusjon

I denne masteroppgaven har vi presentert vårt arbeid i å utforske jordmødres erfaringer med å observere fremgang i aktiv fødsel med søkelys rettet mot vaginalundersøkelse. I dette kapitlet vil vi presentere våre hovedfunn som besvarer problemstillingen og forskningsspørsmål. For å svare på problemstillingen ble det gjennomført kvalitative semistrukturerte intervju med seks informanter.

Jordmødrene brukte flere anerkjente metoder for å vurdere fremgangen i fødsel for overgrep utsatte kvinner. De beskrev blant annet Leopolds håndgrep og purple line som alternativ til vaginalundersøkelse for å observere fremgang i fødsel. Vaginalundersøkelse inngikk imidlertid ofte som en del av den totale vurderingen av fødselsfremgang. Målet var ikke å utelukke vaginalundersøkelse helt, men jordmødrene vurderte kritisk nødvendigheten av undersøkelsen før de utførte den.

Studien vår viste at flere faktorer var av betydning i vurderingen av fødselsfremgang hos kvinner som er tidligere utsatt for seksuelt overgrep. Kvinnens åpenhet om sin historie viste seg å være viktig for at jordmor kunne gjøre gode vurderinger på fødestuen. Dersom kvinnen var åpen ble det lettere for jordmor å gå inn i dialog med kvinnen rundt grenser og hensyn som må tas ved vurdering av fødselsfremgang. I de tilfellene der det ikke var kjent overgrepshistorie ville jordmors oppmerksomhet og sanser være av betydning. Dersom kvinnens kroppsspråk ga jordmor en mistanke om underliggende overgrepshistorie ville dette være av betydning for tilnærmingen og vurdering av fødselsfremgang videre i fødselsforløpet. Studien viser at jordmødrene erfarte at denne gruppen kvinner bærer med seg en ekstra sårbarhet inn i fødselen. Trygghet ble vektlagt som en viktig faktor for å legge til rette for fremgang i fødsel, og for å kunne lese kvinnes signaler på fødselsfremgang.

Når jordmødrene anså vaginalundersøkelse som nødvendig ble tilnærmingen av stor betydning. Tillit i relasjonen og kvinnens kontroll ble vektlagt som viktige faktorer for å skape en trygg situasjon for kvinnen. Jordmødrene i studien erfarte at prosedyrer og retningslinjer i mange tilfeller stiller krav til at vaginalundersøkelse bør utføres. De reflekterte over om slike generelle prosedyrer og retningslinjer egner seg for denne gruppen kvinner.

Jordmødrenes praksis harmonerer i stor grad med Berg et al. (2012) jordmorfaglige modell for kvinnesentrert omsorg. I tillegg ser vi at mange av våre funn er i overensstemmelse med tidligere forskning. Et overraskende funn i studien var at tilnærmingen til kvinnene ved vaginalundersøkelse opplevdes som viktigere enn å avstå fra selve undersøkelsen. I tillegg var det overraskende at jordmødre er underlagt en makt som i mange situasjoner legger føringer for hvordan hun vurderer fødselsfremgang.

Studien vår bidrar med å sette fokus på temaet, men vi ser et behov for ytterligere forskning. Da vår studie hadde et lite omfang ser vi at det vil være nyttig å utføre mer omfattende studier på temaet. Det ville videre vært interessant å utforske temaet på ulike nivåer i fødselsomsorgen. Eksempel på dette vil være å se nærmere på om tilnærmingen viser seg annerledes på fødestue. I tillegg ville det vært interessant å utforske hva kvinner selv opplever som viktig når jordmor skal vurdere fremgang i fødsel.

8 Referanseliste

Aune, I. (2014). Hvordan kan ulike vitenskapsteoretiske perspektiver påvirke jordmorfagets utvikling og den omsorgen som gis til fødende kvinner? *Vård I Norden*, 34(4), 15-20.

doi:10.1177/010740831403400404

Berg, M., Olafsdottir, O.A & Lundgren,I (2012) A midwifery model of woman-centered childbirth care- In Sweedish and Icelandic settings. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 3(2), 79-87. doi:10.1016/j.srhc.2012.03.001

Blaaka, G. & Eri, T. S. (2008). Doing midwifery between different belief systems. *Midwifery*, 24(3), 344-352. doi:10.1016/j.midw.2006.10.005

Blix, E. & Bernitz, S. (2017). Åpningsfasen. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka -Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 utg., s. 442-454). Oslo: Cappelen Damm.

Bækkelund, H. & Berg, A.O. (2014) Kartlegging og diagnostisering av traumerelaterte lidelser. I T. Anstorp & K. Benum (Red.), *Traumebehandling - komplekse traumelidelser og dissosiasjon* (s. 78 - 99). Oslo: Universitetsforlaget.

Coles, J. & Jones, K. (2009). Universal Precautions: Perinatal Touch and Examination after Childhood Sexual Abuse. *Birth*, 36(3), 230-236. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00327.x

Dahlø, R. & Laache, I. (2010). *Gravide, fødende og barselkvinner med overgrepserfaringer. - En veileder for helsepersonell*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.

De Klerk, H. W., Boere, E., van Lunsen, R. H. & Bakker, J. J. H. (2016). Women's experiences with vaginal examinatin during labor in the Netherlands. *Journal og Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 39(2), 90-95.

<https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1291623>

Downe, S. (2017). Care in the second stage of labour. I S. Macdonald & G. Johnson (Red.), *Mayes' midwifery* (15 utg., s. 614-627). Edinburgh: Elsevier.

Fahy, K. (2002). Reflecting on practice to theorise empowerment for women: Using Foucault's concepts. *The Australian Journal of Midwifery*, 15(1), 5-13.
[https://doi.org/10.1016/S1445-4386\(02\)80017-9](https://doi.org/10.1016/S1445-4386(02)80017-9)

Frandsen, L. M. (2008). *At blive mor: misbrugte kvinders problemer og behov for hjælp*. Hentet fra <https://www.yumpu.com/da/document/read/18272948/at-blive-mor-misbrugte-kvindes-problemer-og-servicestyrelsen>

Garratt, L. (2011). *Survivors of Childhood Sexual Abuse and Midwifery Practice- CSA, birth and powerlessness*. United Kingdom: Radcliffe Publishing Ltd.

Gordon, W., Myers, S., Tully, G. & Hanson, L. (2017). Assessing progress in labor. I *The labor progress handbook* (4 utg., s. 49-94). Hoboken: John Wiley & Sons.

Halvorsen, K. & Jerpseth, H. (2019). Forskningsetiske utfordringer ved kvalitative studier. *Sykepleien Forskning*, 14(57440). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2019.57440>

Halvorsen L, Nerum H, Øian P, Sørli T. (2013). Giving birth with rape in one's past: a qualitative study. *Birth*; 40(3), 182-191. doi:10.1111/birt.12054

Heir, T., Malt, U. F. & Weisæth, L. (2020). Posttraumatiske stresslidelser og sorg. I O. A. Andreassen, U. F. Malt, E. A. Malt & I. Melle (Red.), *Lærebok i psykiatri* (s. 85-103). Oslo: Gyldendal akademisk.

Helsedirektoratet (2019, 9. desember). *Svangerskapsomsorgen -nasjonal faglig retningslinje*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/svangerskapsomsorgen>

Helsepersonelloven. (2001). Lov om helsepersonell (LOV- 1999- 07-02-64). Hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_5

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L. M., Thorsteinsen, K. K. & Lukasse, M. (2017a). '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), 159-164. doi: 10.1186/s12884-017-1352-2

Henriksen, L., Grimsrud, E., Schei, B. & Lukasse, M. (2017b). Factors related to a negative birth experience -A mixed methods study. *Midwifery*, 51, 33-39.
<https://doi.org/10.1016/j.midw.2017.05.004>

Henriksen, L., Schei, B., Vangen, S. & Lukasse, M. (2014). Sexual violence and neonatal outcomes: a Norwegian population-based cohort study. *BMJ Open*, 4(10), E005935.
<https://bmjopen.bmj.com/content/4/10/e005935>

Hobbins, D. (2004). Survivors of Childhood Sexual Abuse: Implications for Perinatal Nursing Care. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*, 33(4), 485-497.
<https://doi.org/10.1177/0884217504266908>

Jackson, K. (2017). Sexuality. I S. Macdonald & G. Johnson (Red.), *Mayes' Midwifery* (15 utg. s. 200-206). Edinburgh: ELSEVIER.

Jackson, K.B. & Fraser, D. (2009). A study exploring UK midwives' knowledge and attitudes towards caring for women who have been sexually abused. *Midwifery*, 25(3), s.253-63. doi:10.1016/j.midw.2007.05.006.

Jakobsen, M. (2006). Kroppen husker. I T. Anstorp, K. Benum & M. Jakobsen (Red.), *Dissoriasjon og relasjonstraumer -Integrering av det splittede jeg* (s. 43-59). Oslo: Universitetsforlaget.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2019). *Mellom ordene: kommunikasjon i profesjonell praksis* (2.Utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Kordi, M., Irani, M., Tara, F. & Esmaily, H. (2014). The diagnostic accuracy of purple line in prediction of labor progress in omolbanin hospital, iran. *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16(11), E16183. doi:10.5812/ircmj.16183

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (T. M. Anderssen & J. Rygge, Overs. 3 utg.). Oslo: Gyldendal.

Laache, I. (2017). Tilstander hos kvinnen som kan påvirke svangerskap, fødsel og barseltid. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka -Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2 utg., s. 393-417). Oslo: Cappelen Damm.

Leeners, B., Görres, G., Block, E. & Hengartner, M. P. (2015). Birth experiences in adult women with a history of childhood sexual abuse. *Journal of psychosomatic research*, 83, 27-32. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.02.006>

Leeners, B., Richter-Appelt, H., Imthurn, B. & Rath, W. (2006). Influence of childhood sexual abuse on pregnancy, delivery, and the early postpartum period in adult women. *Journal of Psychosomatic Research*, 61(2), 139-151. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.11.006>

Levender, T., Cuthbert, A. & Smyth R.M. (2017). Effect of partograph use on outcomes for women in spontaneous labour at term and their babies. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8 (8), CD005461. doi: 10.1002/14651858.CD005461.pub5

Lukasse, M., Schroll, A.-M., Karro, H., Schei, B., Steingrimsdottir, T., Van Parys, A.-S., . . . Tabor, A. (2015). Prevalence of experienced abuse in healthcare and associated obstetric characteristics in six European countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 94(5), 508-517. <https://doi.org/10.1111/aogs.12593>

Lukasse, M., Schroll, A.-M., Ryding, E.-L., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdottir, H., . . . Schei, B. (2014). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant

women in six European countries. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 93(7), 669-677. doi: 10.1111/aogs.12392

Lukasse, M., Schei, B., Vangen, S. & Øian, P. (2009). Childhood Abuse and Common Complaints in Pregnancy. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 36(3), 190-199. doi:10.1111/j.1523-536X.2009.00323.x

Lundgren, I. & Berg, M. (2007). Central concepts in the midwife-woman relationship. *Scandinavian journal of caring sciences*, 21(2), 220-228. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00460.x

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

Malterud, K. & Thesen, J. (2008). When the helper humiliates the patient: A qualitative study about unintended intimidations. *Scandinavian journal of public health* 35(1), 92-98.

<https://www.jstor.org/stable/45149932>

Meldahl, E.-J. & Sandø, R. M. H. (2017). Kjære jordmor, kan du se meg?. *Jordmora : Et tidsskrift for jordmorforbundet NSF*, (01), 26-35.

https://sykepleien.no/sites/default/files/jo_2017_1_0.pdf?fbclid=IwAR3oilXf42uITaRtMSjAG_V8mALkzOgRgZnQ3zmejbBztd_NVkKp4MDqLjI#Page=26

Montgomery, E. (2013). Feeling safe: A metasynthesis of the Maternity Care Needs of Women Who Were Sexually Abused in Childhood. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 40(2), 88-95.

<https://doi-org.mime.uit.no/10.1111/birt.12043>

Montgomery, E., Pope, C. & Rogers, J. (2015). The re-enactment of childhood sexual abuse in maternity care: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15 (1), 194.

doi:10.1186/s12884-015-0626-9

National Institute of Health and Care Excellence [NICE]. (2014, 3. desember). Intrapartum care for healthy women and babies. Hentet fra

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/chapter/recommendations#first-stage-of-labour>

Parker, C. (2015). An Innovative Nursing Approach to Caring for an Obstetric Patient With Rape Trauma Syndrome. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 44(3), 397-404. <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12577>

Pasient- og brukerrettighetsloven (2001). Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63) Hentet fra https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3

Rossen, J., Eggebø, T. M., Ellingsen, L., Bernitz, S & Røe, K. (2020, 17.02.2020). Stimulering av rier. Hentet fra: <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-gynekologisk-forening/veiledere/veileder-i-fodselsjelp/stimulering-av-rier/>

Scamell, M. & Stewart, M. (2014). Time, risk and midwife practice: the vaginal examination. *Health, risk & society*, 16(1), 84-100. doi:10.1080/13698575.2013.874549

Shepherd, A., & Cheyne, H. (2013). The frequency and reasons for vaginal examinations in labour. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives*, 26(1), 49-54. doi:10.1016/j.wombi.2012.02.001

Shepherd, A., Cheyne, H., Kennedy, S., McIntosh, C., Styles, M. & Niven, C. (2010) The purple line as a measure of labour progress: a longitudinal study. *BMC pregnancy and childbirth*, 10 (1), 54. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-10-54>

Siller, H., König-Bachmann, M., Perhofer, S. & Hochleitner, M. (2020). Midwives perceiving and dealing with violence against women: is it mostly about midwives actively protecting women? A modified grounded theory study. *Journal of interpersonal violence*, (0), 1-31. <https://doi.org/10.1177/0886260520927497>

Sivertsen, B., Nielsen, M. B., Madsen, I. E. H., Knapstad, M., Lønning, K. J. & Hysing, M. (2019). Sexual harassment and assault among university students in Norway: A cross-sectional prevalence study. *BMJ Open*, 9(6), e026993. doi:10.1136/bmjopen-2018-026993

Sobel, L., O'Rourke-Suchoff, D., Holland, E., Remis, K., Resnick, K., Perkins, R. & Bell, S. (2018). Pregnancy and Childbirth After Sexual Trauma: Patient Perspectives and Care Preferences. *Obstetrics & Gynecology*, 132(6), 1461-1468. doi:10.1097/aog.0000000000002956

Tegnander, E. & Eik-Nes, S. H. (2017). Metoder for fosterovervåking i svangerskapet. I A. Brunstad & E. Tegnander (Red.), *Jordmorboka -Ansvar, funksjon og arbeidsområde* (2. utg., s. 308-342). Oslo: Cappelen Damm.

Teskereci, G., Yangın, H. & Akpınar, A. (2020). Experiences of women regarding vaginal examination during labor: A qualitative study. *Health care for women international* 41(1), 75-88. doi:10.1080/07399332.2019.1590361

Thagaard, T. (2013) *systematikk og innlevelser: en innføring i kvalitativ metode* (4.utg). Oslo: Fagbokforlaget

Thoresen, S. & Hjemdal, O.K. (2014) Vold og voldtekt i Norge En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv. (rapport 2014: 1) Hentet fra: https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf

Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag* (2 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Universitetet I Oslo [UIO]. (2020, 22. apr.). Nettskjema-diktafon. Hentet fra <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/tips-triks/diktafon.html>

Varvin, S. (2010). Overgrep og traumatisering. I *Psykiatriboken -Sinn, kropp og samfunn* (s. 411-421). Oslo: Gyldendal akademisk

Walsh, D. (2017). Care in the first stage of labour. I S. Macdonald & G. Johnson (Red.), *Mayes' Midwifery* (15 utg., s. 586-613). Edinburgh: Elsevier.

World health organization (2013). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence.

Hentet fra:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=ADCCA14617C5C5A0C85EDE49E6164A68?sequence=1

World health organization (2012). Understanding and addressing violence against women.

Hentet fra:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/77434/WHO_RHR_12.37_eng.pdf;jsessionid=12A1F517E4A2284B6F10517D39F0EAD6?sequence=1

World health organization (2018). WHO recommendations. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Hentet fra:

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=212AA1A80A665A4E48A0CD2508F8DD14?sequence=1>

Vedlegg 1

Intervjuguide:

Intervjuet vil bli utført som individuelt intervju der det vil bli gitt rom for informantens erfaringer og overveielser. Intervjuet vil være semistrukturert og intervjuguiden vil bestå av stikkord som kan hjelpe oss underveis i intervjuet slik at vi får hentet inn den informasjonen som vil besvare problemstillingen best mulig (Malterud, 2017 s 133). Taushetsplikt gjelder for all helsepersonell som utøver helsehjelp. For å ivareta helsepersonellens taushetsplikt i studien skal det ikke gis opplysninger i intervjuet som kan direkte eller indirekte kan identifisere en enkelt kvinne og hennes pårørende (Helsedirektoratet,2017). For at taushetsplikten ivaretas vil det i forkant av hvert enkelt intervju bli drøftet med informanten hvordan taushetsplikt overholdes i intervjuet. Identifiserende bakgrunnsopplysninger skal ikke komme frem i intervjuet. Jordmødrenes erfaringer skal tales på et generelt grunnlag og det skal ikke brukes eksempler fra enkeltsituasjoner fra praksis.

Generell info i forkant

- Vår bakgrunn
- Hvordan vi tenker å gjennomføre intervjuet.
- Klargjøringer: Informanten kan snakke fritt, mens intervjuer forholder seg løselig til intervjuguiden, kommer med noen innvendinger og tar noen notater undervegs.
- Eventuelle spørsmål før intervjuet starter.
- Innhenting av samtykke muntlig før oppstart av intervju.

Innledende spørsmål

- Hvor lenge har du jobbet som jordmor?

Forskningsspørsmål i fokus

«Hvordan kan jordmor vurdere fremgang i aktiv fødsel hos kvinner som er tidligere utsatt for overgrep uten å vaginalundersøke og hvordan tilnærmer hun seg kvinnen når vaginalundersøkelse er nødvendig?»

- Kan du, uten å nevne konkrete hendelser fortelle litt om din erfaring i å møte kvinner som er utsatte for seksuelle overgrep i fødsel?
 - o Kan du på generelt grunnlag fortelle litt om hvordan du opplever kvinnene? o
 - Hvordan er dine erfaringer med denne gruppen kvinners behov for beskyttelse?
 - o Hva tenker du er viktig for å motivere denne gruppen kvinner til vaginal fødsel?
- Kan du beskrive hvordan du vurderer fremgang i fødsel hos kvinner tidligere utsatt for seksuelt overgrep?
 - o Hvor ofte vaginalundersøker du? Evt Hva mener du med minst mulig?
 - o Hvilke erfaringer med alternative måter å vurdere fremgang hos disse kvinnene?
- Hvordan erfaring har du med å ikke vaginalundersøke kvinnen i det hele tatt under fødselen? Utdyp o Evt. Hvorfor er dette ikke gjennomførbart?
 - o Hvordan tilrettelegger du for fremgang under fødselen?
- I de tilfellene det blir nødvendig å gjøre vaginalundersøkelser, Hvordan tilnærmer du deg denne gruppen kvinner?
 - o På generelt grunnlag, uten å komme med konkret hendelse, hvilke utfordringererfarer du at denne gruppen kvinner har med vaginalundersøkelse? o
 - Hva blir viktig i tilretteleggingen av vaginalundersøkelsen? o Hvordan forbereder du kvinnen i forkant av vaginalundersøkelsen?
 - o Er det noe forskjeller på hvordan du tenker om vag.us av seksuelt voldsutsatte kvinner enn kvinner som ikke har oppgitt å ha opplevd dette?

Avslutningsvis:

- Har du noe du har lyst til å tilføye til det vi har snakket om til nå?

Litteraturliste:

Helsedirektoratet (2018, 28.juni) Taushetsplikt og opplysningsrett. Hentet fra:
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-medkommentarer/taushetsplikt-ogopplysningsrett#paragraf-21-hovedregel-om-taushetsplikt>

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

Vedlegg 2



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG
MASTER I JORDMORFAG

Jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i fødsel hos kvinner som er tidligere utsatt for seksuelt overgrep. Med søkelys på vaginalundersøkelse.

Forespørsel til jordmor om deltakelse i intervju i forbindelse med masteroppgave i jordmorfag

Vi rette med dette en forespørsel til deg som jordmor om å delta i en studie knyttet til vårt masterprosjekt. Vi er to studenter ved master i jordmorfag, Institutt for helse- og omsorgsfag ved Det helsevitenskapelige fakultet, UiT Norges arktiske universitet som skal skrive avsluttende masteroppgave. Masteroppgaven er et selvstendig og veiledet prosjekt med vekt på forskning – og fagutvikling innenfor jordmorfaget. Datainnsamling til oppgaven vil gjøres ved intervju av jordmødre.

Tema for masteroppgaven er jordmors møte med seksuelt overgrepsutsatte kvinner i aktiv fødsel, og vurdering av fødselsprogresjon.

Hensikten med studien vil være å utforske jordmødres erfaringer i møte med kvinner som er utsatte for seksuelle overgrep, og hvilke metoder jordmødre bruker i praksis for å vurdere fremgang i aktiv fødsel uten å vaginalundersøke kvinnen. Studiens nytteverdi for jordmødre vil være å kunne lære av andre kollegaers erfaringer og kunnskaper slik at faget kan videreutvikles til det beste for kvinnene. For å ivareta helsepersonellens taushetsplikt i studien skal det ikke gis opplysninger i intervjuet som kan direkte eller indirekte kan identifisere en enkelt kvinne og hennes pårørende. For at taushetsplikten ivaretas vil det i forkant av hvert enkelt intervju bli drøftet med informanten hvordan taushetsplikt overholdes i intervjuet. Identifiserende bakgrunnsopplysninger skal ikke komme frem i

intervjuet. Jordmødrenes erfaringer skal tales på et generelt grunnlag og det skal ikke brukes eksempler fra enkeltsituasjoner fra praksis.

Vi retter en forespørsel til deg som jordmor for å høre om du er villig til å delta i studien og dermed la deg intervjuet. Kriteriet er at du jobber direkte med fødende kvinner på fødeavdeling i sykehus og at du har erfaring fra emnet.

Omlag fem til åtte jordmødre vil bli inkludert i studien og vil bli intervjuet hver for seg. I forkant av intervjuet har vi utarbeidet en intervjuguide med noen spørsmål, men som også vil gi mulighet for å utdype områder. Det gjøres også notater underveis. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Du bestemmer selv hvor du ønsker at intervjuet gjennomføres.

Intervjuet tas opp på en godkjent lydopptaker og en godkjent lydopptaker app på mobiltelefon (nettskjema ved Universitetet i Oslo). Dette for å sikre lydfilene dersom det skulle oppstå tekniske problemer.

Ved bruk av lydopptaker vil opptak, videre behandling og oppbevaring av lydfilen følger en egen datahåndteringsplan ved utdanningen som sikrer datamaterialet. Lydopptaket lagres på en kryptert minnepinne, og vil aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydfilen vil være tilgjengelig kun for oss som studenter og vår veileder under sikker lagring på en kryptert minnepenn. Lydfilen vil bli skrevet om til tekst (transkribert) til bruk i analysearbeidet og betraktes som konfidensielt og behandles alltid ut fra studentens One Drive område ved UiT Ved bruk av Nettskjema/diktafon som er utviklet ved Universitetet i Oslo følges deres retningslinjer for sikker lagring av lydopptaket i nettskjema databasen.

Veileder vil også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2021.

Studien er fremlagt for Norsk senter for forskningsdata (NSD). Utover din stemme i lydopptaket, holdes øvrige opplysninger anonymiserte. Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål eller transkribert svar som gjør at du som informant kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun vi som studenter som kjenner din identitet.

Data analyseres, tolkes og presenteres gjennom masteroppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Ved bestått masteroppgave kan denne publiseres og bli tilgjengelig for andre; for eksempel jordmødre og jordmorstudenter og andre som har interesse for oppgavens tema.

Det er frivillig å delta i studien. På starten av lydopptaket samtykker muntlig til å delta i intervju. Du kan når som helst, inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke deg fra studien.

Dine rettigheter ved deltakelse i denne studien vil være at du har rett til å få innsyn i de dataopplysningene som er registrert på deg og å få utlevert en kopi av opplysningene dine. Du har rett til å få rettet og/eller slettet personopplysninger om deg og du vil ha rettighet til å sende klage til datatilsynet om håndteringen av dine personopplysninger. Ønsker du å delta eller har spørsmål angående studien, kan du kontakte: *****

Daglig ansvarlig for prosjektet er veileder ved UiT Norges arktiske universitet: førsteamanuensis Solrunn Hansen, telefon 776 44836, solrunn.hansen@uit.no. UiT Norges arktiske universitet ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet kan kontaktes dersom spørsmål om dine rettigheter: Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, e-post: personvernombud@uit.no

Med vennlig hilsen

***** og *****

Sted og dato

Navn

Navn

Student

Student

Vedlegg 3



UIT NORGES ARKTISKE UNIVERSITET

DET HELSEVITENSKAPELIGE
FAKULTET
INSTITUTT FOR HELSE- OG
OMSORGSFAG
MASTER I JORDMORFAG

Datahåndteringsplan ved intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven i jordmorfag

Ifølge Norsk senter for forskningsdata (NSD) skal en datahåndteringsplan beskrive hvordan data skal håndteres underveis i prosjektperioden og etter at prosjektet er avsluttet. Hensikten er å vurdere ulike aspekter ved håndteringen av forskningsdata, fra innsamling/generering, prosessering, analyser, dokumentasjon, til lagring og framtidig deling av data. En datahåndteringsplan skal bidra til at forskningsdata kan håndteres lovlig, strukturert og sikkert, samt kan lagres, gjenbrukes og forstås i framtiden.» (Kilde: [NSD](#))

Datainnsamling

Data samles inn gjennom intervju og notater. Intervjuet vil ta om lag 45-60 minutter. Som et utgangspunkt for intervjuet brukes en intervjuguide med spørsmål og med mulighet for å utdype områder. Om nødvendig, kan informanten bli kontaktet på nytt for avklaringer.

Fremgangsmåte for sikker kryptering og datalagring

Utstyr: Lyddopptaker egnet for formålet (Olympus WS-852) utlånt av Master i Jordmorfag ved UiT Norges arktiske universitet. Kryptert minnepinne av typen "Istorage DataShur" (4GB USB 2.0 256-bit AES, 256-bits SHA) kjøpes inn av studenten selv.

Prosedyren for kryptering, bruk av PIN-kode, lagring, behandling og sletting, følger UiT's retningslinjer [«Sikker lagring og sikker sletting mot kryptert minnepenn»](#)

Godkjent lydopptaker benyttes under intervjuet. På intervjustedet, umiddelbart etter intervjuet, lagres lydopptaket på en kryptert USB-enhet (minnepinne), og selve opptaket slettes fra opptakeren. Studentene lager en egen PIN-kode på minnepinnen (USB-enheten). Under avspilling skal datamaskinen aldri være tilkoblet internett under avspilling. Lydfilen skal være tilgjengelig kun for studenten og under sikker oppbevaring, fortrinnsvis innelåst i eget skap. Veileder skal også ha tilgang til det transkriberte datamaterialet.

Videre organisering, lagring og sletting av data

I etterkant av intervjuet, transkriberes data over til tekstformat i en MS word-fil. Etter transkriberingen, kontrolleres teksten mot opptaket.

Kopi tas av originalfilen (word) med det transkriberte materialet. Word-filene lagres på studentens One Drive område på UiT. Det transkriberte datamaterialet betraktes som konfidensielt og behandles alltid ut fra studentens One Drive område ved UiT. Med hensyn til sikkerhet, betyr det at studenten ikke har anledning til å lagre transkripsjonen på privat/egen datamaskin. Datamaterialet (lydopptak og transkribert tekst) makuleres når endelig sensur for oppgaven foreligger, senest innen november 2021. Den krypterte minnepinnen slettes etter bestått eksamen under påsyn av veileder ved Jordmorutdanningen. UiT's retningslinjer for sletting følges.

I forkant av intervjuet, signerer studenten dokumentet: *Retningslinjer for studenter ved lydopptak av intervju i forbindelse med mastergradsoppgaven*. Studenten og veileder signerer ved makulering av datamaterialet.

Presentasjon og formidling av resultater

Data analyseres, tolkes og presenteres i mastergradsoppgaven. Analyse og resultater av transkribert tekst i form av fragmenter eller enkeltutsagn fra datamaterialet kan bli presentert for medstudenter under seminarer i skrivefasen, gjennom avsluttende oppgave eller senere formidling. Den ferdige oppgaven kan bli publisert og tilgjengelig for andre som har interesse for temaet.

Vurderinger rundt risiko, personvern og etikk

Studien inkluderer 5-7 jordmødre, og baserer seg på et strategisk utvalg. Dette innebærer at informanten har særskilte interesse og erfaring innenfor et jordmorfaglig tema. Studien inkluderer ikke pasienter eller andre brukere av helsetjenesten.

Informanten får i forkant av intervjuet skriftlig informasjon om studien. Med bakgrunn i denne informasjon samtykker informanten muntlig til å delta i intervjuet ved oppstart av lydopptaket. Informanten kan inntil innlevering av oppgaven, og uten å oppgi grunn, trekke seg og be om at materialet slettes. Det er frivillig å delta i studien,

Under intervjuet vil det ikke bli stilt spørsmål, gjort opptak av personidentifiserende data eller transkribert svar som gjør at informanten kan gjenkjennes; for eksempel navn, alder, arbeidssted eller andre identifiserende opplysninger. Det er kun studentene som kjenner informantens identitet. Gjennom formidling av resultater forblir identiteten til informanten anonym.

Ut fra informant og type informasjon som deles, betraktes studien å falle under kategorien kvalitetsforbedring av praksis. Prosedyren rundt umiddelbar lagring på kryptert minnepinne vurderes til å redusere risikoen rundt personvernulemper. Innelåst oppbevaring av USB-enhet, håndtering av transkribert materiale og sikker sletting, vurderes til å være tilstrekkelig for å ivareta informantens personvern. Muntlig gitt samtykke og fravær av øvrige personidentifiserende opplysninger vurderes å ytterligere redusere risikoen for brudd på personvern.

Studentene oppfordrer informanten eller andre involverte om å ivareta eget/deltagers personvern i forhold til diskresjon om intervjuet. Opplysninger som kan identifisere pasienter, pasienthistorier eller avsløre annen taushetsbelagt informasjon, må utelates fra intervjuet. Ut fra omfang og type informasjon som samles inn og med tilhørende prosedyre for datahåndtering, vurderes personvernulempen å være lav. Det understrekes at det fordrer en særskilt bevisstgjøring og ansvarliggjøring av studenten for å ivareta en sikker prosedyre. Avvik på informasjonssikkerheten og personvernet skal meldes til universitetet, sikkerhet@uit.no, og vil bli fullt opp av universitetet. Data må behandles med konfidensialitet og respekt for informanten.

Studien er fremlagt Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata

Ansvar

Daglig ansvarlig for prosjektet er faglig veileder ved master i jordmorfag. Studentene er i samråd med veileder, ansvarlig for den praktiske datahåndtering i forbindelse med intervjuene. UiT ved universitetsdirektøren er behandlingsansvarlig. Personvernombudet ved UiT Norges arktiske universitet (Joakim Bakkevold, telefon 776 46 322 eller 976 915 78, epost: personvernombud@uit.no) er orientert om masteroppgaven og kan kontaktes av informanten ved spørsmål om rettigheter.

Vedlegg 4

11.3.2021

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Jordmødres erfaringer med å vurdere fremgang i fødsel hos kvinner som er tidligere utsatt for seksuelt overgrep. Med fokus på vaginalundersøkelse.

Referansenummer

945120

Registrert

18.09.2020 av Maria Kristin Fygle - mfy007@post.uit.no

Behandlingsansvarlig institusjon

UiT – Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Solrunn Hansen, solrunn.hansen@uit.no, tlf: 77644836

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Martine Rindstad, mri065@uit.no, tlf: 91857859

Prosjektperiode

26.10.2020 - 30.11.2021

Status

06.10.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

06.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 06.10.2020, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde

dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.11.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Nettskjema-diktafon ved UiO er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Simon Gogl
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

