

Jordmødres opplevelser av barrierer mot å snakke om vold i nære relasjoner med gravide, og spesielt innvandrerkvinner, og tiltak for å overvinne disse.

av Oddny Karin Sunde

Kandidatnr: 2313

Master i sosialfag

Samfunnsvitenskaplig fakultet

Universitetet i Stavanger

Juni 2012



UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: Vår - 2012
(vår/høst – årstall)

FORFATTER: Oddny Karin Sunde

VEILEDER: Ingunn Studsrød

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Jordmødres opplevelser av barrierer mot å snakke med gravide, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner, og tiltak for å overvinne disse.

Engelsk tittel: How midwives experience barriers to inquiry domestic violence on pregnant woman, and ways to overcome those barriers: with special focus on immigrant woman.

EMNEORD/STIKKORD: vold i nære relasjoner, innvandrerkvinner, barrierer for jordmødre, overvinne barrierer.

ANTALL SIDER: 107

ANTALL ORD:32739

STAVANGER07.06.2012.....
Dato/år

Oddny Karin Sunde

.....
Kandidatens underskrift

(Dette skjemaet brukes som side 2 i masteroppgaven)

Merk: For oppgaver som skal båndlegges (etter vedtak fra dekan) skrives dette skjemaet ut med **rødt** papir.

Forord

Arbeidet med masteroppgaven har vært en spennende og lærerik prosess. Gjennom deltakelse i et av EUs PERARES prosjekt har min kunnskap om vold i nære relasjoner blant gravide vokst og jeg har fått en innsikt i hvor viktig temaet er i svangerskapsomsorgen og i andre sektorer. I forbindelse med oppgaven er det mange som fortjener å bli takket.

Først og fremst vil jeg takke jordmødrene som stilte som informanter i studien min. Takk for at dere delte erfaringer og tanker med meg. En stor takk går til min veileder Ingunn Studsrød for inspirerende og konstruktiv veiledning underveis. Jeg vil også takke min gode venninne Marthe Stine for gode råd underveis og korrekturlesing til slutt.

Jeg vil takke min familie for å alltid ha tro på meg. Takk til min kjære mann, Sumon, for oppmuntring, gode råd og oppvaring i travle tider. Takk til mine foreldre og søsken for barnepass og motiverende ord. Til slutt, men ikke minst, går en stor takk til min kjære sønn, William. Tusen takk for gode klemmer, smil og tålmodighet for mammas arbeid med oppgaven.

Arbeidet som har ført til dette resultatet har fått støtte fra det Europeiske fellesskaps syvende rammeprogram (FP7/2007-2013) under stipendavtalen °244 264(PERARES prosjektet).



Living Knowledge
The International Science Shop Network

Oddny Karin Sunde

Bergen, juni, 2012.

Sammendrag

Formålet med denne masteroppgaven er å identifisere barrierer jordmødre opplever når de skal snakke med gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner under svangerskapskontroller. Likeledes er formålet å belyse hvilke tiltak jordmødrene opplever som nødvendig for å overkomme barrierene. Det er hittil ikke pålagt å spørre om vold i nære relasjoner under svangerskapskontroller og denne oppgaven kan gi en innsikt i hvordan jordmødre opplever å ta opp dette temaet med gravide kvinner.

Problemstillingen for oppgaven er som følgende:

Hvilke barrierer opplever jordmødre når de skal snakke med gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner under svangerskapskontroller? Hvordan opplever de at disse barrierene kan overkommes?

Denne oppgaven er en kvalitativ studie der jeg har brukt kvalitativt intervju som metode. Det er blitt intervjuet fem jordmødre med erfaring fra svangerskapsomsorg og studien er gjort ut fra en fenomenologisk og kritisk forståelses- og fortolkningsramme. Den teoretiske rammen rundt studien består av organisasjonsteori, teori om kultur og kommunikasjonsteori. Funnene i studien viser at flere barrierer vokser ut fra strukturen ved svangerskapsomsorgen som organisasjon samtidig som barrierer spesielt med innvandrerkvinner har å gjøre med jordmødrenes opplevelse av kulturforskjeller og kommunikasjonsproblemer.

Studien indikerer mellom annet at strukturen av basisprogrammet i svangerskapsomsorgen bør endres for å overkomme de barrierene som jordmødrene opplever. Dette dreier seg i stor grad om hvordan svangerskapskontrollene er organisert og hva som er pålagde temaer ved de enkelte kontrollene. Temaet vold i nære relasjoner er et viktig tema som bør få en større plass i svangerskapsomsorgen og også i andre deler av helsesektoren.

Summary

This study is focused on finding out the barriers that a midwife faces to inquire domestic violence from the pregnant women especially those who have an immigrant background, in addition another goal of this thesis is to find out how to overcome those barriers. So far there is no regulation for the midwives to inquire domestic violence from the potential victims. This thesis gives an insight understanding on how midwives face difficulty to inquire the domestic violence.

Research questions:

How midwives experience barriers to inquiry domestic violence on pregnant woman, and ways to overcome those barriers: with special focus on immigrant woman.

This thesis is based on a qualitative study where I used interview to gather information. Five midwives with different level of experience were interviewed from different location of Norway. Theoretical framework of this thesis mainly consist: organisational theory, cultural theory and communication theory.

This study shows that many of the barriers are outcome of the current structure of parental care system. The organizational barriers are connected to all the pregnant woman whereas the cultural and communication barriers is mostly related to the pregnant woman with an immigrant background.

The study indicates that the structure of the 'basisprogram' in the parental care system should be modified to overcome those barriers. In this thesis, it has been advised that some obligatory routine inquiry should be introduced. Domestic violence is a growing concern in the society, and it deserves a greater attention as it is an essential part of the parental care.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Summary	4
1.0 Introduksjon	8
1.1 Bakgrunn og begrunnelse for oppgaven.....	8
1.2 Problemstillingen	10
1.3 Begrepsavklaring	12
1.3.1 Vold i nære relasjoner	12
1.3.2 Innvandrerkvinne	12
1.3.3 Svangerskapsomsorg.....	12
1.3.4 Jordmortjenesten	13
1.4 Avgrensning	13
1.5 Oppgavens oppbygging.....	14
2.0 Tidligere forskning	15
2.1 Jordmødres barrierer og aktuelle tiltak	15
2.2 Gynekologers og legers barrierer og aktuelle tiltak	18
2.3 Tjenesteytere innenfor helsevesenets barrierer og aktuelle tiltak	20
2.4 Oppsummering tidligere forskning	21
2.5 Behov for videre forskning.....	21
3.0 Metode	23
3.1 Valg av forskningsdesign og metode	23
3.1.1 Metode innenfor kvalitativt forskningsdesign	24
3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming	25
3.2.1 Fenomenologi	26
3.2.2 Kritisk teori.....	26
3.3 Rekruttering og utvalg	27
3.3.1 Informantene.....	28
3.4 Intervjuene.....	28
3.4.1 Intervjuguide.....	28
3.4.2 Pilotstudie	28
3.4.3 Gjennomføring av intervjuene	29

3.4.4 Transkripsjon	30
3.5 Analyse	31
3.6 Litteratur.....	33
3.7 Metodiske refleksjoner.....	33
3.7.1 Reliabilitet	33
3.7.2 Validitet	35
3.8 Etske refleksjoner	36
3.8.1 Informert samtykke	36
3.8.2 Konfidensialitet.....	37
3.8.3 Konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter.....	38
4.0 Teori og kunnskapsgrunnlag	39
4.1 Organisasjonsteori	39
4.1.1 Organisasjoners mål og strategi	40
4.1.2 Organisasjonsstruktur.....	40
4.1.3 Organisasjonskultur.....	42
4.2 Kultur	44
4.2.1 Etnosentrisme	45
4.2.2 Kulturrelativisme	45
4.2.3 Kulturkompetanse	45
4.2.4 Kultursensitivitet.....	46
4.3 Kommunikasjon.....	47
4.3.1 Interkulturell kommunikasjon.....	47
4.3.2 Bruk av tolk	53
5.0 Analyse	56
5.1 Presentasjon av jordmødrene.....	56
5.1.1 Sissel	56
5.1.2 Ruth.....	56
5.1.3 Johanna.....	57
5.1.4 Alva.....	57
5.1.5 Olga.....	57
5.2 Organisatoriske barrierer.....	57
5.2.1 Kontinuitet, arbeidsdeling og dokumentering.....	58

5.2.2 Tidspress.....	60
5.2.3 Manglende rutiner for å spørre om vold i nære relasjoner	63
5.2.4 Manglende rutiner og henvisningsinstanser ved avdekking	65
5.2.5 Taushetsplikt.....	68
5.2.6 Tilgang til tolk og barnefar tilstede	69
5.2.7 Organisasjonskultur som barriere	71
5.3 Kulturelle barrierer	73
5.4 Kommunikasjonsbarrierer	76
5.5 Hvordan overkomme barrierer	78
5.5.1 Innføring av formelle screeningrutiner.....	78
5.5.2 Endring av basisprogrammet i svangerskapsomsorgen.....	79
5.5.3 Bedre avdekkingsrutiner og formelle henvisningsrutiner.....	82
5.5.4 Mer kunnskap og opplæring	84
5.5.5 Utarbeiding av brosjyrer	85
5.5.6 Mer kulturkompetanse og kultursensitivitet	86
5.5.7 Kunnskap om interkulturell kommunikasjon.....	87
5.5.8 Tilgang til og bruk av tolk	87
6.0 Avslutning.....	90
6.1 Jordmødrenes opplevelse av barrierer.....	90
6.2 Jordmødrenes opplevelse av tiltak	91
6.3 Videre forskningsbehov	91
Litteraturliste.....	93
Vedlegg I	103
Vedlegg II	104
Vedlegg III	106

1.0 Introduksjon

Den norske regjeringen har definert vold i nære relasjoner som et alvorlig samfunnsproblem som skal forebygges og bekjempes (Regjeringen, u.å.). Levekårsundersøkelser fra 2007 viser at nesten 5,5 prosent av befolkningen over 16 år ble utsatt for vold og trusler i løpet av ett år (SSB, 2008). Andre undersøkelser viser at 8-10 prosent av kvinner oppgir å ha vært utsatt for vold (Skogøy, 2008). Mer enn 5 prosent av kvinner og menn har opplevd vold fra sin partner i løpet av de siste 12 måneder og 3 prosent av kvinner i Norge opplyser at de har vært utsatt for vold fra sin partner mens de var gravide (Clausen, Haaland, & Schei, 2005).

Innvandrerkvinner fra ikke-vestlige land har særegne livsvilkår som kan gjøre dem til en sårbar gruppe i forhold til vold i nære relasjoner. Slike livsvilkår kan handle om verdisystemer der familiefellesskapet spiller en sentral rolle, posisjonen som en minoritet i samfunnet og dårlige levekår når det gjelder arbeid, økonomi, utdanning og bolig. Livsvilkårene har betydning for hvor utsatt en er for vold og for hvilken bistand en har behov for dersom en utsettes for vold fra sine nære relasjoner (Skogøy, 2008). Krisesentrene i Norge oppgir at over halvparten av beboerne har innvandrerbakgrunn. Dette har økt de siste årene fra 45 prosent i 2003 til 58 prosent i 2007. Halvparten av disse kvinnene hadde med seg barn. 77 prosent av dem opplever vold fra sin ektefelle. 19 prosent av kvinnene med innvandrerbakgrunn oppsøkte krisesenteret selv, mens 22 prosent ble henvist fra politiet og 7 prosent fra legevakten (Hirsch & Nørgaard, 2008). Under halvparten av kvinnene med innvandrerbakgrunn kontaktet altså krisesenteret selv. Dette viser at mange av dem er avhengig av at hjelpeapparatet fanger dem opp og hjelper dem.

1.1 Bakgrunn og begrunnelse for oppgaven

Denne masteroppgaven er et resultat av at jeg deltar i et europeisk samarbeidsprosjekt PERARES (Public Engagement with Research Engagemet with Society). Prosjektet har deltakere fra 17 land og hensikten er å styrke samhandlingen mellom forskere, det offentlige og frivillige organisasjoner (Lie, 2010). Prosjektet skal bringe forskning til folket og være til nytte for ansatte og brukere av offentlige tjenester og frivillige organisasjoner. Prosjektet omfatter flere ulike temaer og vold i nære relasjoner er et av dem. Universitetet i Stavanger skal sammen med

University of Cambridge og Vrije Universitetet i Brussel sammenligne hvilke tilbud som finnes til gravide kvinner som utsettes for vold i Norge, Belgia og England (Lie, 2010).

I forhold til vold i nære relasjoner har EU satt opp to komponenter som de ønsker prosjektet skal se nærmere på. Det er graviditet og minoritetskvinner. Min oppgave i forhold til dette vil være å se på de barrierer som helsepersonell opplever i forhold til å snakke med gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner. Jeg skal også utforske hvordan man kan overkomme disse barrierene.

Voldsutsatte kvinner befinner seg i en særlig utsatt posisjon når de er gravide. Dette først og fremst fordi det også setter barnet i fare. Likeledes oppstår det en sterk påkjenning og følelse av ansvar for å forsøke å stoppe at voldssituasjoner oppstår (Sosial- og helsedirektoratet, 2005), noe som kan påvirke kvaliteten på mor-barn samspillet i de tidlige barneårene. Tidligere undersøkelser tyder på at misbruk under graviditet er svært alvorlig og at de menn som slår gravide kan være ekstremt farlige (Hedin & Janson, 2000).

I statsbudsjettet for 2004 kommer det frem at voldsutsatte kvinner med innvandrerbakgrunn skal vies større oppmerksomhet enn de tidligere har fått. Erfaringer fra krisesentrene i landet og andre hjelpetjenester forteller at disse kvinnene befinner seg spesiell vanskelig situasjon som i mange tilfeller krever andre og mer omfattende tiltak enn etnisk norske kvinner trenger (Skogøy, 2003).

Kvinner med innvandringsbakgrunn mangler i mange tilfeller nødvendig nettverk og informasjon om sine rettigheter. Eksempel på dette kan være at de ikke vet at det etter norsk lov er ulovlig for menn å slå kvinner (Jonassen, 2007). I mange land er det ikke system som håndterer voldssaker og i mange land er kvinners mobilitet utenfor hjemmet begrenset. Når hjemmet som er ment å være den tryggeste plassen er der kvinner er mest utsatt for vold blir livet vanskelig (Andersson et al., 2010). Derfor er det spesielt viktig at noen snakker med disse kvinnene om vold i nære relasjoner.

Svangerskapsomsorgen har som formål å avdekke risikofaktorer for uhelse hos kvinner og barn (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det ligger derfor et særlig ansvar til svangerskapsomsorgen om å identifisere og se de kvinnene som utsettes for vold fra sine partnere og videre sørge for at det blir satt i verk tiltak for å redusere kvinnens og barnas risiko for å bli påført mer vold. Samtidig viser undersøkelser at mange jordmødrer vegrer seg mot å ta opp temaet hos gravide kvinner (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Spesielt viser en undersøkelse Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress AS har utført at mange jordmødre synes det er vanskelig å snakke med kvinner med innvandringsbakgrunn om temaet (Hjemdal & Engnes, 2009).

Det synes å mangle kunnskap til å anbefale eller ikke anbefale å snakke om vold i nære relasjoner med gravide. Det vi vet er at det å stille spørsmål til gravide om voldsutsatthet kan ha en positiv effekt for å redusere nye voldstilfeller for kvinnen. Selv om mange jordmødre er negative til å ta opp temaet, ofte i redsel for at kvinnene skal oppleve det negativt, viser en undersøkelse gjort av nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress at de gravide selv mottar spørsmål om temaet positivt (Hjemdal & Engnes, 2009). Det er derfor viktig å se på hva som gjør at jordmødre opplever barrierer med å gjøre dette. Det å snakke med de gravide om vold i seg selv ser ut til å ha en positiv effekt på kvinners voldsutsatthet og at også gode oppfølgingstiltak har god virkning (Hjemdal & Engnes, 2009). Dette påpeker hvor viktig det er at jordmødrenes barrierer for å ta opp temaet må brytes og for å gjøre det må man først vite hva barrierene går ut på.

1.2 Problemstillingen

Oppmerksomhet mot vold er en offentlig strategi for å redusere vold og å bistå de som utsettes for det (Justis- og beredskapsdepartementet, 2004). Det er derfor viktig at de ulike delene av helsevesenet har økt fokus på området. Hensikten med min oppgave er å utvikle kunnskap og forståelse om barrierer som jordmødre opplever i forhold til å kartlegge vold i nære relasjoner i møtet med gravide, og spesielt innvandrerkvinner.

Problemstillingen for oppgaven har jeg formulert som følgende: *Hvilke barrierer opplever jordmødre når de skal snakke med gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner under svangerskapskontroller? Hvordan opplever de at disse barrierene kan overkomes?*

Ut fra problemstillingen ønsker jeg å belyse fire forskningsspørsmål:

- *Hvilke organisatoriske barrierer opplever jordmødre når de skal spørre gravide, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner?*
- *Hvilke kulturelle barrierer opplever jordmødre når de skal spørre gravide, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner?*
- *Hvilke kommunikative barrierer opplever jordmødre når de skal spørre gravide, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner?*
- *Hvordan opplever de at disse barrierene kan overvinnnes?*

Vold i nære relasjoner er et tema som er løftet lite frem som kunnskapstema i sosialt arbeid (Sogn, 2007). Undersøkelser viser at tilbudet til de som utsettes for vold er for lite og at svangerskapsomsorgen av den grunn vegrer seg mot å utforske temaet i møtet med gravide (Hjemdal & Engnes, 2009). Kunnskap og forståelse er viktig for at jordmødrene skal bli aktive i kampen mot vold i nære relasjoner og vil legge grunnlag for videre utvikling av arbeidsmåter i helsesystemet. Kunnskap kan gi mer kompetanse og muligheter til å forstå. Hensikten med oppgaven er også å foreslå tiltak som kan bryte ned barrierer mot å stille spørsmål til gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner. I kampen mot vold i nære relasjoner er det viktig å identifisere mulige barrierer og deretter overkomme disse.

1.3 Begrepsavklaring

Vold i nære relasjoner, innvandrerkvinner, svangerskapskontroll og herunder jordmødre er temaer som er viktige i denne oppgaven. Jeg vil i det følgende presentere og avklare disse temaene kort.

1.3.1 Vold i nære relasjoner

Vold kan defineres som enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den andre personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutter å gjøre noe den vil (Isdal, 2000). Når vold eller trusler om vold blir utført av personer som er eller har vært gift eller som lever eller har levd i ekteskapslignende forhold er det vold i nære relasjoner. Søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp- eller nedstigende linje, samt adoptiv-, foster- og ste- forhold regnes også som nære relasjoner (Politiet, 2011). Vold i nære relasjoner forekommer oftest i hjemmet og blir på den måten usynlig (Lea, 2010).

1.3.2 Innvandrerkvinnene

Antall innvandrere i Norge har sju doblet seg fra 1970 til 2007 (Blom & Henriksen, 2008). I dag er 12,2 prosent av befolkningen i Norge innvandrere eller norskfødte innvandrere. En innvandrer kan defineres som en person med to utenlandskfødte foreldre som selv har innvandret til Norge. Norskfødte innvandrere er født i Norge, men begge foreldrene er innvandrere. Innvandrerne i Norge kommer fra 215 ulike land og regioner (SSB, 2011). Noen har kommet på grunn av krig og forfølgelse, mens andre på bakgrunn av arbeid, utdanning og kontakter i Norge (Blom & Henriksen, 2008). Ikke-vestlige innvandrere er personer som kommer fra landene i Asia inkludert Tyrkia, Afrika, Sør og Mellom- Amerika og Øst- Europa (Aalandslid & Ostøy, 2007).

1.3.3 Svangerskapsomsorg

Svangerskapsomsorgen har en sterk tradisjon i Norge og baserer seg i dag hovedsakelig på NOU 1984: Perinatal omsorg i Norge, som definerer formålet til svangerskapsomsorgen på følgende måte:

Formålet med svangerskapskontrollen er å sikre at svangerskapet og fødselen forløper på en naturlig måte, slik at morens somatiske og psykiske helse, og hennes sosiale velvære, blir best mulig, sikre fosterets helse, slik at det kan fødes levedyktig og uten sykdom eller skade som kunne vært forhindret, oppdage og behandle sykdom og andre helsetruende forhold hos moren, slik at svangerskapet medfører minst mulig risiko for henne og barnet (sitert i Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s 8).

Svangerskapsomsorgen i Norge består av leger og jordmor. Det er frivillig å gå til svangerskapskontroll og kvinnen kan selv velge om hun vil gå til allmennlege eller jordmor, eller en kombinasjon. Det anbefalte basisprogrammet består av åtte kontroller til og med uke 40 i tillegg til en ultralyd og hyppigere kontroller etter uke 40. Kontrollene består av fysiske undersøkelser, informasjonsformidlinger og muligheter til å snakke om muligheter og problemer (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

1.3.4 Jordmortjenesten

Jordmortjenesten har som formål å styrke svangerskapsomsorgen i kommunehelsetjenesten. Den har som mål å gi helhetlig omsorg før, under og etter fødselen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Yrket som jordmor omfatter mor- og spedbarnskontroll i tillegg til undervisning av blivende mødre om helsefremmende tiltak (Braut, u.å.).

1.4 Avgrensning

I denne oppgaven kunne jeg ha valgt å bare sett på barrierer i forhold til innvandrerkvinner, men siden mange av barrierene trolig gjelder alle gravide, men forsterkes noe hos innvandrerkvinner velger jeg å se på barrierer i forhold til alle gravide kvinner. Likevel vil jeg ha hovedfokus på innvandrerkvinner. Mange gravide har tidligere i livet vært utsatt for vold, men jeg velger å se på de som blir utsatt for vold i den perioden de går til svangerskapskontroll og opp til 12 måneder før graviditet. Kvinner går naturligvis bare til svangerskapskontroll når de er gravide og det vil derfor ikke være mulig å utvide begreper til å også omhandle tiden etter svangerskapet.

Innvandrerbegrepet vil jeg avgrense til å omhandle ikke-vestlige innvandrere. Selve innvandrerbegrepet er vidt og jeg ønsker å unngå å se på vestlige innvandrere med liknende kultur som Norge. Videre vil jeg avgrense svangerskapsomsorg begrepet.

Svangerskapsomsorgen består av både leger og jordmødre, men jeg ønsker å bare ta for meg jordmødrene. Hovedgrunnen til dette er at de fleste leger har relativt få gravide til kontroll siden det er betydelig flere leger enn jordmødre i en kommune (Hjemdal & Engnes, 2009). Jordmødre har stort sett bare gravide kvinner som pasienter og er dermed mer spesialisert på dem.

1.5 Oppgavens oppbygging

Masteroppgaven består av seks kapitler. Dette første kapitlet er en innledning til oppgaven og presenterer studiens problemstilling og ulike begreper som vil bli brukt gjennom oppgaven. Den peker også på studiens relevans i sosialt arbeid og avgrensninger som er blitt gjort underveis. I kapittel to presenteres tidligere forskning på området vold i nære relasjoner og barrierer for helsepersonell mot å snakke om temaet med pasienter samt tiltak for å overkomme barrierene. Både norsk og internasjonal forskning presenteres og er ment å gi en oversikt over tidligere resultater som kan knyttes til funnene i min studie.

I kapittel tre blir valg av forskningsdesign og metode begrunnet. Vitenskapsteoretisk forankring blir også presentert og videre blir datainnsamling og analyseprosessen beskrevet. Oppgavens reliabilitet og validitet blir også vurdert. Kapitlet avsluttes med etiske refleksjoner i forhold til gjennomføring av studien.

Kapittel fire presenterer teori som blir knyttet opp mot analysen i analysekapitlet.

Teorikapitlet omfatter organisasjonsteori, teori om kultur og kommunikasjonsteori. I kapittel fem presenteres analysen av funnene. Her blir empiri koblet sammen med teori og tidligere forskning noe som leder til det avsluttende kapitlet. I det avsluttende kapitlet summeres det opp hva jeg har kommet frem til i studien og det pekes på videre forskningsbehov.

2.0 Tidligere forskning

Det er ikke mange undersøkelser som fokuserer på jordmødres opplevde barrierer mot å spørre gravide, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner, men en del undersøkelser omhandler barrierer blant helsepersonell mot å spørre pasienter om vold i nære relasjoner, spesielt partnervold. Mange av undersøkelsene påpeker også ulike tiltak som anbefales for å overkomme barrierer. Jeg vil i det følgende presentere noe av tidligere forskning på området som jeg vil bruke for å drøfte mine funn i analysekapittelet senere i oppgaven.

2.1 Jordmødres barrierer og aktuelle tiltak

I regjeringens handlingsplan (2004 – 2007) fikk NKVTS i oppgave å iverksette et prøveprosjekt i forbindelse med svangerskapskontroller der det skulle stilles rutinemessige spørsmål om vold. Hensikten med prosjektet var å utvikle metoder for avdekking av voldsproblematikk. Likeledes skulle prosjektet se på rutiner og tiltak for samarbeid og oppfølging av den voldsrammede. Undersøkelsen ble utført i samarbeid med ATV (Alternativ til Vold) i fire Telemarkskommuner. Målet med undersøkelsen var at jordmødrene i kommunene skulle stille spørsmål om vold til samtlige gravide kvinner som kom til svangerskapskontroll hos dem i løpet av forsøksperioden (Hjemdal & Engnes, 2009).

Forsøksperioden varte fra oktober 2007 til og med desember 2008. I løpet av perioden var 890 gravide kvinner til svangerskapskontroll i de fire Telemarks kommunene og av disse fikk 451 gravide kvinner, 51 prosent, spørsmål om vold. De vanlige årsakene til at jordmødre ikke screenet alle var at kvinnene ikke kom alene til kontrollene, at de var fremmedspråklige, tidspress og at kvinnene kom til første kontroll sent i svangerskapet. Nesten alle kvinnene som ble spurt, svarte på spørsmålene om vold og 92 prosent av dem syntes det var positivt å bli spurt. Det var flere jordmødre som synes det var vanskelig å spørre de gravide om vold. Årsaken de oppgav for dette var at de mente at vold i nære relasjoner er et tabu og et privat område for den enkelte. Samtidig var de usikre på hvordan de skulle håndtere situasjonen dersom vold ble oppdaget (Hjemdal & Engnes, 2009).

Blant de kvinnene som hadde vært utsatt for vold eller belastninger var det 85 prosent som opplevde det positivt å bli spurt. Nesten en fjerdedel av kvinnene hadde opplevd fysisk, seksuell og psykisk vold eller vært redde for det og bekymret for barnas sikkerhet. 15 prosent av kvinnene oppgav at de opplevde eller hadde opplevd emosjonelle overgrep og kontroll fra partner eller tidligere partner. Undersøkelsens konklusjon var at det er positivt å iverksette en rutine med å stille spørsmål om vold i svangerskapsomsorgen. Screeningen lar seg lett gjøre og kan på en enkel måte gjøre at jordmødre for informasjon om vold, overgrep og andre belastninger som har betydning for kvinnen og barnets helse og velferd. Screeningen ble tatt godt imot av de gravide og jordmødrene var positive dersom nødvendige forutsetninger og betingelser rundt forberedelser, tilrettelegging og oppfølging var til stede (Hjemdal & Engnes, 2009).

En undersøkelse utført av Stenson, Sidenvall & Heimer (2005) i Sør-Sverige viser mange av de samme resultatene som Hjemdal & Engnes (2009) kom frem til. Undersøkelsen hadde som mål å beskrive og bruke de erfaringer jordmødre har med å stille spørsmål til gravide om deres erfaring med vold. De brukte fokusgruppe som metode og hadde totalt 21 informanter. Resultatene fra undersøkelsen viste at rutinemessige spørsmål om partnervold ble vektlagt som viktig blant jordmødre. Jordmødrene følte de hadde sviktet de kvinnene de ikke stilte spørsmål til. De to vanligste hindringene de opplevde for å ikke ta opp temaet hos de gravide kvinnene var kvinnenes sårbarhet og rutinen med å invitere far til alle svangerskapskontroller. Det ble derfor vanskelig finne en naturlig setting for å spørre om vold. Jordmødrene ønsket å koble spørsmål om vold til relatert faglig rutinemessig spørsmål tidlig i svangerskapet. Likeledes er det vanskelig å etablere en prosedyre for et bestemt besøk der dette skal tas opp når partner er invitert hver gang. Andre hindringer jordmødrene i undersøkelsen påpekte var tidspress, språkproblemer og forutinntatt oppfatning av kvinnen og hvem som kan være et offer for misbruk (Stenson et al., 2005).

Jordmødrene i undersøkelsen påpekte opplæring rundt temaet som viktig for å overkomme barrierene de opplevde. Samtidig etterlyste de enklere tilgang til støtte for de mishandlende kvinnene. Likeledes mente de at personlig rådgiving for jordmødrene når de opplevde at

pasienter var utsatt for vold var viktig. Jordmødrenes rolle under svangerskapskontroller i forhold til temaet vold mente jordmødrene i undersøkelsen var å heve bevisstheten om problemer med vold, redusere skam rundt det å bli misbrukt, informere, gi emosjonell støtte og formidle hjelp. Undersøkelsen konkluderer med at om jordmødre skal klare dette må de ha rimelig mulighet til å kunne utføre rutinemessige spørsmål. Det å innføre en enesamtale hos jordmor for den gravide uten partner tilstede vil være til stor hjelp for å få til dette (Stenson et al., 2005).

En annen undersøkelse utført i Sør-Sverige av Finnbogadottir & Dykes (2012) så på jordmødres bevissthet om og kliniske erfaring med vold i nære relasjoner blant gravide. Også i denne studien kom det frem lignende barrierer som i de to førstenevnte undersøkelsene. Samtidig pekte denne undersøkelsen på noen barrierer som ikke ble nevnt i de andre. Informantene i undersøkelsene besto av 16 jordmødre med erfaring fra svangerskapsomsorg. I undersøkelsen kom det frem at jordmor kan være en barriere i seg selv gjennom personlighet, egen utvikling av kunnskap og atferd. Mangel på kunnskap om hvordan håndtere avsløring av vold og frykt for gjerningsmannen ble også nevnt som barriere. Videre var tilstedeværelse av partner ved kontroll hos jordmor en barriere. Jordmødrene var også redde for å såre noen ved å spørre om de ble utsatt for vold fra sin partner (Finnbogadottir & Dykes, 2012).

Jordmødrene i undersøkelsen fortalte at de hadde dårlig samvittighet for og skyldte på seg selv dersom de hadde oversett tegn på vold gjennom graviditeter og ikke sett det før kvinnen selv fortalte det ved slutten av svangerskapet. De beskrev også innvandrerkvinner som spesielt utsatte for vold i nære relasjoner. I undersøkelsen ble jordmors arbeidssituasjon sett på som preget av begrensninger. De har utdanningskunnskap og erfaringskunnskap. De har tid for deres arbeid og tildelt rutiner basert på regulering fra arbeidsgiver. I tillegg har de taushetsplikt og lover de må overholde. På den ene siden har de lovfestet regulering om rapportering og på den andre siden kvinnens ønsker. Denne situasjonen ble sett på som vanskelig for jordmødrene (Finnbogadottir & Dykes, 2012).

Undersøkelsen pekte på at det er viktig med samarbeid mellom ulike profesjoner og konkluderte med at det må utarbeides retningslinjer og planer for alle ansatte i svangerskapet. Likeledes er kontinuerlig utdanning og profesjonell støtte viktig (Finnbogadóttir & Dykes, 2012).

2.2 Gynekologers og legers barrierer og aktuelle tiltak

Roelens et al. har gjennomført en undersøkelse som omhandler kunnskaper, holdninger og praksis rundt partnervold blant gynekologer i Flanders i Belgia. I Flanders er det gynekologene som har ansvar for svangerskapsomsorg. Studien har som bakgrunn at det har blitt anbefalt at det skal utføres screening av gravide i forhold til partnervold. Til tross for anbefalingen er det få som gjennomførte det. Denne undersøkelsen har derfor prøvd å identifisere potensielle hindringer som gjør at anbefalingen om screening for partnervold ikke blir fulgt (Roelens et al., 2006).

I undersøkelsen vart det sendt ut spørreskjema om kunnskap, holdninger og praksis i forhold til partnervold til gynekologer i Flanders. Spørreskjemaene inneholdt en blanding av ja/nei spørsmål og åpne spørsmål. Resultatene viste at gynekologene visste lite om partnervold og at de av den grunn undervurderte omfanget av problemet. Bare 6,8 prosent av gynekologene hadde ekstraputdanning om partnervold. De følte seg ikke tilstrekkelig dyktige til å håndtere partnervold, men påsto at de likevel var i stand til å oppdage partnervold blant sine pasienter (Roelens et al., 2006).

Gynekologene så på screeningen om partnervold som et medisinsk ansvar de hadde og var motivert for å utføre det. De trodde screeningen kan være en effektiv måte for å stoppe krenkende atferd. Likevel ble ikke dette prioritert på grunn av manglende selvtillit i håndteringen med partnervold. Likeledes følte de at de manglet kjennskap til henvisningsrutiner og videre tjenester for de voldsutsatte. De rapporterte også andre barrierer som tidspress og redsel for å fornærme pasienter gjennom å ta opp et vanskelig tema. Bare 8,4 prosent av gynekologene i undersøkelsen stilte rutinemessige spørsmål til sine pasienter (Roelens et al., 2006).

Undersøkelsen konkluderte med at gynekologene var positive til screening, men for å få til retningslinjer for screening av gravide i forhold til partnervold må det innføres strategier for hvordan dette skal gjøres. Det må utarbeides screening verktøy, brosjyrer og formelle henvisningsrutiner. Først når dette er på plass kan anbefalingen om screening følges (Roelsens et al., 2006).

En annen studie utført av Owen-Smith et al. (2008) evaluerte implementering av en nasjonal vold screening protokoll i en gynekologisk onkologi klinikk. Hovedproblemstillingen var basert på dokumentasjon av screening, barrierer mot screening og dokumentering, og mulige løsninger for barrierene. Barrierene som ble pekt på i studien var at helsepersonell glemte å screene og å dokumentere screeningen, de opplevde det ubehagelig å utføre screening, de hadde ikke tid, pasientene hadde andre pressende temaer og manglende alenetid med pasientene. Noen av de potensielle løsningene som ble foreslått i studien var å gi innledende og kontinuerlig opplæring til personalet for å gjennomføre screening, mulighet til å diskutere voldssaker, vise plakater om vold i nære relasjoner og å dele ut brosjyrer om vold i nære relasjoner. Videre ble løpende påminnelser til ansatte om screening og en plassering for å dokumenter screeningen på eksisterende papir eller elektroniske skjemaer som brukes rutinemessig i journalføring. Det å ha tjenester relatert til vold i nære relasjoner på klinikken eller å etablere forbindelser med tjenester i nærmiljøet ble sett på som et tiltak. Også å forutse fremtidige endringer i klinikken som kan påvirke prosedyren for screening ble sett på som viktig. Slike endringer kan for eksempel være endringer i bemanning ved klinikken, nye skjemaer eller overgang fra et medisinsk journalsystem til et nytt (Owen-Smith, 2008).

En undersøkelse utført av Jaffee, Epling, Grant, Ghandour & Callendar (2005) fokuserte på barrierer blant leger og gynekologer i New York mot å screene pasienter for intim partnervold. De kom frem til at menn generelt har flere barrierer mot å screene enn kvinner. Dette forklarte de med at kvinner er mer emosjonelt psykososialt fokusert og de snakker mer komfortabelt, engasjert, åpent og er mer pågående. Videre kom de frem til at de med 5-10 års erfaring i yrket hadde mindre barrierer enn andre. Dette mente de kan reflektere initiering og fokus på vold i den

medisinske opplæringen i slutten av 1980 årene. De kom også frem til at gynekologer og fødselsleger har færrest barrierer noe som kan komme av at de er spesialisert på kvinners helse (Jaffee, 2005).

Undersøkelsen påpekte at det er mangel på generell kunnskap om intim partnervold og at opplæring i temaet derfor er viktig. Videre konkluderte de med at kontinuerlig læring gjennom karrieren er viktig. Eksisterende retningslinjer og prosedyrer må også forbedres for å oppmuntre om rutinemessig screening for intim partnervold (Jaffee, 2005).

2.3 Tjenesteytere innenfor helsevesenets barrierer og aktuelle tiltak

Kulkarni, Lewis, & Rhodes (2011) har utført en studie som har analysert data fra fokusgrupper med tjenesteytere som arbeider med unge gravide og unge foreldre. Fokusgruppene ble brukt for å lære om barrierer og strategier for avdekking av intim partnervold. Barrierene som kom frem i studien var blant annet definisjonsforskjeller og ulike kulturelle normer som kjønn og vold. De unge som vokste opp i voldelige forhold så ikke på vold som uvanlig, noe som førte til at de ikke søker hjelp ved intim partnervold i egne forhold. Tjenesteutøvere opplevde at de unges opplevelse av egne forhold som normale, fordi de selv vokste opp i omstendigheter der vold var vanlig, er en barriere ved avdekking av vold. Utfordringen for tjenesteutøverne var da å prøve å få de til å forstå at de blir utsatt for vold (Kulkarni et al., 2011).

Undersøkelsen kom også frem til at kulturforskjeller mellom tjenesteytere og klienter lager barrierer for å oppdage intim partnervold. Det samme gjaldt generalisering ut fra etnisitet og språk. Tjenesteyteres opplevelse av temaet som ubehagelig og det at de ikke visste hva de skulle si til de voldsutsatte ble også sett på som en barriere. Offentlige ressurser ble også sett på som en barriere i forhold til at ressurser er altfor spesialiserte og møter ikke klienters behov i følge tjenesteyterne i undersøkelsen (Kulkarni et al., 2011).

Waaen, Goodwin, Spitz, Petersen and Saltzman (2000) har utført en gjennomgang flere publiserte studier som inneholder original forskning med fokus på screening for intim partnervold blant helsepersonell. I sin artikkel presenterte de en gjennomgang av studier som fokuserer på barrierer fra helsepersonell sin side mot å screene pasienter for intim partnervold og intervensjoner for å øke forekomst av screening.

12 ulike studier kom frem til liknende barrierer. De vanligste barrierene var manglende utdanning rundt intim partnervold, for lite tid, mangel på effektive tiltak og pasientrelaterte faktorer som taushetsplikt og frykt for å fornærme pasienten. 12 studier som evaluerte intervensjoner for å øke screening kom frem til at mer utdanning hadde lite signifikant effekt på screeningen. De kom også frem til at strategi som for eksempel spesifikke screening spørsmål i tillegg til utdanning var forbundet med økt screening. Gjennomgangen konkluderte med at barrierer mot screening for intim partnervold er dokumentert lik blant helsepersonell på tvers av ulike spesialfelt. Tiltak for å øke screening er mer effektive dersom strategier inkluderes i tillegg til utdanning (Waaen, 2000).

2.4 Oppsummering tidligere forskning

De ulike undersøkelsene og studiene har pekt på flere barrierer og tiltak for å overkomme barrierer mot å snakke om vold med pasienter. De fleste barrierene går igjen hos de ulike tjenesteyterene innenfor helsevesenet. De barrierene som spesielt går igjen er tidspress, mangel på kunnskap, manglende rutiner ved avdekking og henvisningsrutiner, usikkerhet og ubehag rundt å skulle ta opp temaet, syn på temaet som privat område, kulturforskjeller og språkforskjeller. De tiltak som flere av undersøkelsene foreslår er innføring av screening verktøy og strategier for utføring, formelle henvisningsrutiner, oppfølging for de voldsutsatte, utdanning på området og endringer av retningslinjer og prosedyrer.

2.5 Behov for videre forskning

Undersøkelsene og studiene har ikke fokusert spesielt på innvandrerkvinner generelt og barrierer rundt kulturforskjeller og språkforskjeller er lite omtalt. Det samme gjelder tiltak på samme

området. Det viser seg å være lite forskning på opplevde organisatoriske barrierer i en Norsk kontekst og likeledes er det få undersøkelser som belyser jordmødrenes egne opplevelser i forhold til å snakke om vold i nære relasjoner. I min studie vil jeg derfor belyse både organisatoriske barrierer i Norsk kontekst, samt barrierer rundt kulturforskjeller og språkforskjeller. Jeg vil se på jordmødrenes egne opplevelse av barrierer og nødvendige tiltak for å overvinne disse. Mitt hovedfokus vil være på innvandrerkvinner.

3.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg begrunne mine metodiske valg som er tatt i forhold til studien. Jeg vil starte med å gjøre rede for valg av forskningsdesign, metode og vitenskapsteoretisk tilnærming. Deretter vil jeg beskrive utvalget og redegjøre for hvordan datainnsamlingen gikk for seg. Videre vil jeg ta for meg hvordan data ble bearbeidet, analyseformen, og metodiske og etiske refleksjoner.

3.1 Valg av forskningsdesign og metode

Det skilles i hovedsak mellom to typer forskningsdesign. Det er det kvantitative tilnærmingsperspektivet og det kvalitative tilnærmingsperspektivet. Triangulering kaller man det når man kombinerer begge de to forskningsdesignene (Thagaard, 2009). I min studie var formålet å finne ut hvilke barrierer jordmødre opplever i forhold til å skulle snakke med gravide kvinner, spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner og hvilke tiltak som kan overkomme disse barrierene. For å oppnå målet med studien var jeg avhengig av en tilnærming som kunne gi meg dybdekunnskap og en helhetlig forståelse for temaet. Jeg ønsket dybdekunnskap om de barrierene som jordmødre opplever i forhold til å snakke om vold i nære relasjoner med de gravide, og spesielt innvandrerkvinner. Valget falt derfor på det kvalitative tilnærmingsperspektivet når jeg skulle velge forskningsdesign. Denne tilnærmingen tar et innenfra-perspektiv der nærhet og åpen interaksjon mellom informant og forsker er viktig (Olsson & Sørensen, 2003). Gjennom den nære kontakten mellom informant og forsker oppnår man en forståelse av det sosiale fenomenet som studeres og man får sjansen til fordype seg i det (Thagaard, 2009). Det er lite forsket på barrierer i svangerskapsomsorgen mot å snakke om vold i nære relasjoner med de gravide, og spesielt innvandrerkvinner, og den kvalitative tilnærmingen gir fyldig informasjon og egner seg godt i studier av temaer som er lite forsket på tidligere (Thagaard, 2009). Fortolkningen av data er sentralt i denne tilnærmingen og resultatene er ofte dypt borende og gjelder i de spesifikke miljøer, omstendigheter og tidspunkter som studeres (Olsson & Sørensen, 2003).

Ved en kvantitativ tilnærming ville jeg ha mistet den åpne relasjonen til jordmødrene og resultatene ville ha vært mer generelle, men mange. En slik tilnærming fordrer også at man vet helt klart på forhånd hva man skal spørre jordmødrene om. Siden det er forsket lite på barrierer i svangerskapsomsorgen mot å snakke med innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner manglet jeg derfor kunnskap om hvilke variabler som er sentrale, og en kvantitativ tilnærming var lite hensiktsmessig. Den kvalitative tilnærmingen gav meg fyldig informasjon som jeg kunne bruke til å utvikle kunnskap om problemstillingen. Tilnærmingen gav også informantene sjanse til å reflektere over temaet og videre en sjanse for meg som forsker å forstå de barrierene de opplever og mulige løsninger.

3.1.1 Metode innenfor kvalitativt forskningsdesign

Det finnes ulike veier til kunnskap. Innenfor kvalitativt forskning design finnes det flere ulike metoder for datainnsamling. En kvalitativ undersøkelse kan være i form av blant annet observasjon, casestudier og ulike typer intervju. (Olsson & Sørensen, 2003). I min studie valgte jeg å utføre intervju. Hovedårsaken til det var at jeg ønsket innsikt i hvilke tanker jordmødre har om å spørre om vold i nære relasjoner og hvilke barrierer de kjenner på. Det var derfor viktig å være i dialog med jordmødrene som skulle stille som informanter.

I begynnelsen var jeg inne på tanken om å ha fokusgrupper med jordmødre, altså et fokusert intervju der jordmødrene diskuterer temaet med meg som leder og ordstyrer (Olsson & Sørensen, 2003). Årsaken til at jeg ikke utførte fokusgruppeintervjuer var at det var vanskelig å få tak i nok informanter. Dersom jeg skulle hatt fokusgruppeintervjuer måtte jeg ha hatt flere grupper noe som innebar mange informanter. Dette var ikke mulig da det nesten var umulig å få tak i jordmødre som hadde tid til å stille til intervju. Valget falt dermed på det kvalitative intervjuet selv om en diskusjon på temaet kunne ha gitt mye informasjon. Det kvalitative intervjuet gav meg likevel mye og fyldig informasjon om hvordan hver enkelt informant opplever å snakke med gravide, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner.

Kvalitative intervju kan være strukturer, lite strukturert og delvis strukturer. Et lite strukturert intervju vil bli svært åpent og bare hovedtema er bestemt på forhånd. Det vil bli som en samtale der nye tema hele tiden kan dukke opp (Thagaard, 2009). Et slikt intervju ville ha tatt mye tid og ført til at jeg ikke hadde fått akkurat den informasjonen jeg trengte. Jeg valgte derfor å ha mer struktur på intervjuene. Et strukturert intervju har ferdig utformet spørsmål og rekkefølge (Thagaard, 2009). Svarene fra informantene ga meg muligheter til å sammenligne det de fortalte. Jeg utførte et delvis strukturert intervju der tema og spørsmål var bestemt, men ikke rekkefølgen. På den måten kunne jeg følge det informanten fortalte, men samtidig få inn alle temaene jeg trengte. Samtidig hadde jeg mulighet til å tilføye nye spørsmål underveis.

3.2 Vitenskapsteoretisk tilnærming

Forskerens teoretiske utgangspunkt og tendenser i datamaterialet påvirker hverandre gjensidig. Forskerens vitenskapelige forankring har stor betydning for hva man søker informasjon om og for den forståelsen forskeren utvikler gjennom studien (Thagaard, 2009). Når man velger et perspektiv belyser man noe og legger skygge over noe annet. Det fører til at noen spørsmål blir aktualisert, mens andre ikke blir stilt. De spørsmål vi ikke tenker på får vi naturligvis ikke svar på. Alt etter hvilket perspektiv vi bruker får vi ulike beskrivelser og analyser. Det er altså en direkte sammenheng mellom perspektiv og hva det er mulig å si noe om (Thornquist, 2003).

Et perspektiv gir blikkretning og oppmerksomhetsfelt. Samtidig må vi erkjenne at det finnes andre perspektiver enn ens egne og at det samme fenomenet kan betraktes fra flere ulike synsvinkler (Thornquist, 2003). I mitt tilfelle har jeg bakgrunn med bachelor i sosialt arbeid, Teoriene jeg bruker i analysen stammer hovedsakelig fra teori og forskning innenfor sosialt arbeid. I avsnittet anmerkninger til metodiske valg vil jeg vurdere teoriene og min forforståelses betydning for tolkning av funnene i studien.

Fortolkende teoretiske retninger er et viktig grunnlag for kvalitative metoder. Innenfor kvalitativ metode finnes det flere fortolkede retninger som vektlegger mening og betydning ulikt (Thagaard, 2009). Denne studien har både en fenomenologisk og kritiske tilnærming.

3.2.1 Fenomenologi

Den fenomenologiske tilnærmingen blir brukt for å utforske og beskrive mennesker og deres erfaringer med et fenomen (Johannessen, Tufte & Kristoffersen, 2005). Denne tilnærmingen tar utgangspunkt i den subjektive opplevelsen og forsøker å oppnå en forståelse av den djupe meningen i enkeltpersoners erfaringer. Gjennom en fenomenologisk reduksjon sentrerer interessen rundt fenomenverden slik informanten selv opplever den. Den ytre verden kommer i bakgrunnen (Thagaard, 2009). Fokuset i denne studien var på jordmødrenes erfaringer av hvilke barrierer de har mot å stille spørsmål om vold i nære relasjoner til gravide, og spesielt innvandrerkvinner. De barrierene den ytre verden har eller tror jordmødrene har ble ikke viktig. Det var hvordan jordmødrene opplever barrierene som var det viktige og sentrale (Thagaard, 2009).

Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at verden er slik mennesker selv oppfatter den. Det var derfor viktig at jeg som forsker var åpen for å forstå erfaringene til jordmødrene. Det sentrale innenfor denne tilnærmingen er å forstå og beskrive fenomener på grunnlag av informantens perspektiv og å beskrive omverden slik den erfares av dem (Kvale, 1997). Gjennom den fenomenologiske tilnærmingen fikk jeg som forsker mulighet til å gjøre kunnskap som er basert på jordmødrenes erfaring synlig og eksplisitt (Thagaard, 2009).

3.2.2 Kritisk teori

Den andre delen av problemstillingen min som ser på hvordan barrierene som jordmødrene opplever kan overkommes har en kritisk tilnærming. Den kritiske teorien vektlegger ideologiavsløring og et kritisk standpunkt til samfunnets etablerte struktur. Den kritiske teorien kan kalles en trippelhermeneutikk som innebærer forskerens fortolkning av individets tolkning

av seg selv og sin virkelighet i tillegg til en kritisk tolkning av de samfunnsforhold som påvirker både informanten og forskeren (Thagaard, 2009).

Den kritiske tilnærmingen innebærer et kritisk syn på etablerte institusjoner og interesser i samfunnet. Forsknings spørsmål innenfor rammen av kritisk teori kan være av vurderende art eller av konstruktiv art (Thagaard, 2009). Mine forsknings spørsmål om hvordan de ulike barrierene kan overkommes kan sees på som konstruktive. Ved å se på disse spørsmålene fokuseres hvordan svangerskapskontrollene for kvinner som opplever vold fra sine nære relasjoner kan forbedres.

3.3 Rekruttering og utvalg

Utvalget av informanter i studien min skulle gi data om det jeg studerte og gi grunnlag for overveielser om kunnskapens gyldighet og rekkevidde. Utvalget skulle gi informasjon om det jeg ønsket å si noe om når studien var gjennomført (Malterud, 2003). Inkluderingskriteriet var dermed at informantene var jordmødre. Utvalget var et tilgjengelighetsutvalg fordi jeg har intervjuet de informantene som faktisk ønsket å stille som informanter. Ikke alle jordmødrene ønsket å stille som informanter og jeg var derfor avhengig av å intervju de som var tilgjengelige. Rekrutteringen viste seg å være vanskelig. Jeg startet med å sende ut informasjonsskriv (se vedlegg I) og å oppsøke helsestasjoner. Der presenterte jeg studien og gav informasjonsskriv. Informasjonsskrivet inneholdt fakta om studien, hvor lang tid intervjuet trolig ville ta, at jeg ønsket å bruke båndopptaker samt at de ville bli anonyme informanter og at de kunne trekke seg fra studien på et hvert tidspunkt. Ut fra den metoden fikk jeg ingen informanter. Enten ville de ikke eller så hadde de ikke tid. Jeg endte opp med å bruke en uke der jeg ringte rundt til flere titalls av helsestasjoner og ba om å få snakke med en jordmor. Da fikk jeg to informanter. Ut fra disse informantene brukte jeg snøballmetoden innenfor tilgjengelighetsutvalg og fikk tre informanter til. Jeg fikk navnet på andre jordmødre og når jeg kontaktet dem fortalte jeg hvem jeg hadde fått navnet deres fra. De tre nye informantene sa dermed ja til å stille til intervju.

3.3.1 Informantene

Informantene i studien min besto av fem kvinnelige jordmødre med kommunale helsestasjoner som arbeidsplass. De har ulik erfaringsbakgrunn og har mellom 30 og 10 års erfaring som jordmor. Tre av dem jobber i byer, mens de to andre jobber på mindre steder i Norge. To av informantene jobber i 60 prosent stilling, mens tre av dem har 100 prosent stilling som jordmør. En av informantene er selv innvandrere i Norge, men av hensyn til informantene vil det ikke bli oppgitt i oppgaven hvem dette er. Hver informant vil bli presentert innledningsvis i analysekapittelet senere i oppgaven.

3.4 Intervjuene

Et intervju er en samtale mellom mennesker. Disse samtaler inneberer både informasjonsutveksling og sosial samhandling. I kvalitative intervju er det viktig å få informantene til å dele sine egne erfaringer med forsker (Malterud, 2003). I det følgende vil jeg beskrive mine forberedelser til intervjuene og hvordan selve intervjuene foregikk.

3.4.1 Intervjuguide

Intervjuguiden (se vedlegg 2) ble utarbeidet på bakgrunn av problemstillingen min. Den besto av 19 spørsmål og var semi-strukturert. Det vil si at temaene og spørsmålene var bestemt på forhånd, men rekkefølgen var fleksibel. Dette gjorde at det blir en balanse mellom struktur og fleksibilitet i intervjuet (Johannesen et al., 2005). Under intervjuene ble ikke guiden fulgt til punkt og prikke, men redigert etter hvert ut fra nye og relevante temaer som kom opp i tidligere intervju. Hvert intervju ble forsøkt tilpasset hver informant og intervjusituasjon.

3.4.2 Pilotstudie

I forkant av intervjuene utførte jeg en pilotstudie. En pilotstudie er en forberedende undersøkelse som har til hensikt å teste ut undersøkelsesinstrumentet og hvordan undersøkelsen skal gjennomføres praktisk. Denne studien skal kontrollere at forskningsprosessens deler fungerer i forhold til forskningsplanen (Olsson & Sørensen, 2003). I min studie utførte jeg pilotstudien på en jordmor som jeg kjenner personlig. Formålet mitt var å teste ut intervjuguiden og å bli kjent

med spørsmålene jeg hadde satt opp. Jeg fikk her en sjanse til å endre på rekkefølgen av spørsmålene i intervjuguiden og til å legge til nye spørsmål. Likeledes fikk jeg et inntrykk av hvor lang tid hvert intervju ville ta.

3.4.3 Gjennomføring av intervjuene

Intervjuene ble utført på informantenes premisser når det gjaldt tid og sted. Dette for å sikre at de hadde mulighet til å stille til intervju. Tre av intervjuene ble foretatt på kontorene til jordmødrene, mens to intervju ble utført over telefon. Hvert intervju startet med informasjon om selve studien. I alle intervjuene unntatt et der jeg ikke hadde tilgang til båndopptaker uttrykte jeg ønske om å bruke lydopptaker under intervjuene dersom det var greit for dem. Alle de fire informantene som fikk spørsmål om det gav tillatelse til dette på bakgrunn av at de visste at lydopptakene vil bli slettet etter transkribering. Det har blitt påpekt at bruk av lydopptaker kan påvirke intervjusituasjonen (Ryen, 2002). Dette opplevde ikke jeg. Bare i et av intervjuene påpekte informanten at lydopptaker ikke måtte ligge synlig for da ble hun distraheret. Informantene fikk også informasjon om at de på et hvert tidspunkt i studien hadde mulighet til å trekke seg.

Intervjuene på kontoret varte i en time, mens telefonintervjuene varte i overkant av 30 minutter. Intervjuguiden ble brukt som mal under intervjuene. Likevel fikk informantene mulighet til å snakke utenom temaet og komme med punkter som de mente var viktige. Informantene var åpne om egne erfaringer og ønsker rundt det å skulle snakke om vold i nære relasjoner. Ofte kom svar på senere spørsmål frem uten at jeg trengte å stille de. Etterhvert som jeg ble mer erfaren med å utføre intervju stilte jeg flere og mer konstruktive oppfølgingsspørsmål. Jeg fokuserte også etterhvert mer på de temaene jeg så at de tidligere intervjuede informantene var opptatt av. Thagaard (2009) påpeker at informanter i intervjuer kan ha en tendens til å svare slik de tror intervjuer ønsker de skal svare. Dette opplevde jeg ikke som noe problem, men antar at spesielt noen av informantene fremsto som mer åpne for å spørre om vold i nære relasjoner enn de egentlig er. Dette fordi de i noen tilfeller svarte svært motstridende på ulike spørsmål. Likevel opplever jeg at jeg fikk en åpen og fin dialog med informantene der de var ærlige om opplevde

barrierer og hva de syntes er spesielt vanskelig rundt det å skulle spørre gravide om de opplever vold fra sine nære relasjoner.

Under intervjuene noterte jeg punkter som jeg opplevde spesielt knyttet til problemstillingen. På den måten startet analyseprosessen allerede under intervjuene (Thagaard, 2009). Jeg hadde også i tankene at lydopptakerne kunne svikte og noterte litt av den grunn. I forkant av telefonintervjuene var jeg litt usikker på om jeg ville få like mye informasjon fra informantene som de jeg intervjuet i samme rom. Til tross for min bekymring fikk jeg minst like mye informasjon fra disse informantene selv om intervjuene var kortere. Dette tror jeg skyldes at vi var mer effektive i telefonintervjuene med tanke på snakk om ting som ikke hadde med temaet å gjøre. Samtidig visste jeg i forkant av telefonintervjuene at jeg hadde begrenset tid noe som gjorde at jeg bare stilte de nødvendige spørsmålene som ga de mest viktige informasjonene. Likevel er jeg klar over at kroppsspråk som kan være en viktig del av formidlet informasjon ikke kom frem i telefonintervjuene.

3.4.4 Transkripsjon

Transkripsjon innebærer seleksjon og behandling av det som er blitt sagt. Under transkripsjon blir noe nytt skapt. Det er ikke en nøyaktig gjengivelse av det som har blitt sagt, men en selektiv representasjon av dette. Transkribering kan ikke gjengi blikk, gester eller kroppsholdninger (Olsson & Sørensen, 2003). I min studie utførte jeg transkripsjon rett etter hvert intervju. Innsamlet data fra intervjuene ble bearbeidet og organisert til en form der de ble tilgjengelige for analyse. Transkripsjonen fra intervjuene jeg utførte gav ikke et fullstendig bilde av det som kom frem i intervjuene og noe av meningen kan ha blitt forandret. Grunnen til dette er at de nonverbale sidene ved intervjuene ikke kan gjenfinnes på lydopptakene (Malterud, 2003). Dette er grunnen til at jeg under intervjuene også noterte inntrykk og refleksjoner som jeg gjorde meg etterhvert under intervjuene. Samtidig har jeg under transkriberingen skrevet ned for eksempel sukking, stillhet og latter når det skjedde.

Innenfor det fenomenologiske vitenskapsperspektivet er informantens fortolkning og forståelse av fenomenet det som er sentralt å finne i studier. Det er derfor svært viktig å skrive ned nøyaktig det som informantene har sagt og ikke blande inn egne tanker i transkripsjonen (Malterud, 2003). Alle intervjuene ble transkribert på bokmål for å ivareta anonymiteten til informantene. Ord og uttrykk som hører til en dialekt ble også oversatt til liknende ord på bokmål. Likevel var jeg nøye med å ikke forandre på meningen med det informantene hadde sagt.

3.5 Analyse

I kvalitativ metode starter analysen under intervjuene gjennom at forskeren danner et inntrykk. Videre fortsetter analysen ved at man deler materialet inn i meningsfulle deler på tvers av materialet (Johannesen, et al., 2005). Man skiller ofte mellom deduktiv og induktiv fremgangsmåte i forskning. Deduktiv tilnærming tar utgangspunkt i en teori og presenterer en antakelse om virkeligheten i en hypotese (Olsson & Sörensen, 2003). Denne hypotesen testes ut i forhold til datamaterialet. Den deduktive tilnærmingen blir som oftest brukt ved et kvantitativt forskningsdesign (Thagaard, 2009).

Kvalitative forskningsdesign har ofte en induktiv tilnærming. Det vil si at teoretiske perspektiver utvikles på grunnlag av analyse av innsamlet data (Thagaard, 2009). Dersom man følger en induktiv tilnærming tar forskeren utgangspunkt i oppdagelser i virkeligheten og fører disse sammen til allmenne prinsipper som videre kan danne en teori (Olsson & Sörensen, 2003). Kvalitative studier kan også ha en deduktiv tilnærming. Min studie kan sees på som å ha en induktiv tilnærming da jeg gikk ut fra informasjon fra informantene og søkte å kartlegge de barrierene som jordmødrene opplever. I løpet av intervjuene med informantene så jeg at barrierene de opplevde dreide seg hovedsaklig om tre kategorier. Det var barrierer knyttet til organiseringen av svangerskapsomsorgen, kulturforskjeller og kommunikasjonsvansker. Forskningsspørsmålene ble dermed utviklet som en konsekvens av det informantene var opptatt av og de springer dermed ut av datamaterialet.

Jeg jobbet ikke ut fra en testing av allerede eksisterende teori. Likevel førte ikke mine funn til en ny teori, men ved hjelp av etablert teori som representerer et utgangspunkt for studien min ga analyse av mønstrene i mine innsamlede data et grunnlag for nye teoretiske perspektiver. Dette kalles for abduksjon og er et samspill mellom en induktiv og en deduktiv tilnærming (Thagaard, 2009). I analysen av mine funn vekslet jeg mellom å studere empiri og tidligere teori og forskning. På den måten tolket jeg de i lys av hverandre og ny empiri ble koblet til allerede eksisterende teori (Alvesson & Sköldberg, 2008).

Jeg valgte å bruke en kombinasjon av temasentrert og personsentrert tilnærming ved tolkning av dataene mine. På grunnlag av temasentrerte analyser kan de enkelte temaene utforskes gjennom å sammenligne informasjon fra alle informantene, mens man på grunnlag av personsentrerte tilnærminger kan studere sammenhenger mellom ulike temaer for hver av informantene. For å få et mer helhetlig forståelse kan temasentrert og personsentrerte tilnærminger kombineres (Thagaard, 2009). Ved å kombinere disse fikk jeg en oversikt over mønstrene i materialet mitt og samtidig mulighet til å sammenligne forståelsene av barrierer jeg fikk fra de ulike informantene.

Etter å ha transkribert intervjuene leste jeg gjennom de flere ganger for å dele de inn i ulike kategorier. Jeg endte opp med fire hovedkategorier; organisatoriske barrierer, kulturelle barrierer, kommunikative barrierer og tiltak for å overkomme barrierer. Disse temaene pekte seg ut på bakgrunn av det informantene fortalte i tillegg til tidligere forskning og teori som var utgangspunkt for studien. Videre leste jeg de transkriberte intervjuene på nytt og pekte ut underkategorier for hver hovedkategori. Innenfor disse underkategoriene plasserte jeg ulike utsagn fra informantene og dette representerer det Thagaard (2009) kaller analytiske enheter. Noen utsagn var vanskelige å plassere i underkategorier noe som førte til overlapping noen steder. En annen ulempe ved slik kategorisering er at den helhetlige meningen av det informantene fortalte kan forsvinne, men jeg prøvde i så stor grad som mulig å ikke la meningen bak utsagnene forsvinne ut av sin helhet. Det neste steget var å knytte teoretisk relevante begreper til kategoriene i materialet og videre sette kategoriene inn i en større sammenheng (Thagaard, 2009).

3.6 Litteratur

Litteraturen jeg har brukt i oppgaven er hentet fra bøker og tidligere norsk og internasjonal forskning. I tillegg har jeg brukt politiske dokumenter som for eksempel NOU rapporter. Mesteparten av litteraturen har jeg kommet frem til gjennom å søke i universitetsbibliotekets database BIBSYS ASK og søkemotorer som Google. Noen artikler har jeg også fått tilsendt fra min veileder. Ved bruk av kilder har jeg fokusert på å bruke nyere og oppdatert litteratur. Noen av teoriene har likevel innspill fra gammel litteratur fordi de ikke er blitt endret i nyere tid. Internasjonal litteratur er blitt brukt i den grad det kan overføres til norsk kontekst, dette gjelder spesielt tidligere forskning på barrierer for helsepersonell mot å snakke om vold i nære relasjoner og hvilke tiltak som kan innføres for å overkomme disse barrierene.

3.7 Metodiske refleksjoner

Det kvalitative intervju som forskningsmetode har blitt kritisert for å ikke være vitenskapelig forskning. Det har blant annet blitt stilt spørsmål ved om det gir objektive, pålitelige, gyldige og generaliserbare data (Kvale & Brinkmann, 2009). Det er derfor naturlig å gi en vurdering av reliabilitet og validitet i arbeidet med oppgaven og analysen. I det følgende vil jeg ta for meg oppgavens reliabilitet og validitet.

3.7.1 Reliabilitet

Reliabilitet kan knyttes til en kritisk vurdering av prosjektet og gir et inntrykk av om forskningen er utført på en pålitelig og tillitsvekkende måte. I kvalitativ metode innebærer reliabilitet til å argumentere for og synliggjøre metodiske valg på en måte som gjør at leser blir overbevist om at resultatene er troverdige. Videre referer reliabilitet til spørsmålet om en annen forsker som anvender de samme metodene ville ha kommet frem til det samme resultatet (Thagaard, 2009). Muligheten til å vurdere reliabiliteten har jeg prøvd å gi gjennom dette metodekapittelet ved å beskrive og synliggjøre mine metodiske valg. Likevel er det ingen annen forsker som har gått gjennom den samme undersøkelsesprosessen som jeg. Innsamling av data og tolkning ville trolig vært annerledes dersom det var en annen person som utførte undersøkelsen. Dersom forskeren for eksempel selv var innvandrer kan det tenkes at svarene fra informantene ville vært

annerledes. Det kan derfor ikke sies med sikkerhet at andre forskere ville ha kommet frem til det samme resultatet som meg.

En annen svakhet med oppgavens reliabilitet kan være min forforståelse som kan knyttes til datainnsamling og fortolkning. Det har blitt påpekt at forskerens forforståelse påvirker den kvalitative forskningsprosessen (Holme & Solvang, 1996). I mitt tilfelle var min forforståelse preget av min utdanning som sosionom og at jeg har ikke arbeidserfaring på dette feltet. Av den grunn har min teoretiske forforståelse stort sett bare vært preget av de input jeg fikk gjennom studiene inkludert praksisperioder på sosialkontor. Likeledes påvirkes min forforståelse av personlige erfaringer, kunnskaper og verdier. Jeg har selv erfart å være gravid og gå til svangerskapskontroll hos jordmor. Det gjør at jeg selv vet litt hva jordmødre tar opp som tema på svangerskapskontroll. Selv erfarte jeg aldri at verken temaet vold i nære relasjoner eller andre sensitive tema ble tatt opp under svangerskapskontroll. Dette har påvirket min forforståelse i retning av at jeg personlig tror sensitive temaer vanligvis ikke blir tatt opp under kontroller, men det er noe jeg synes de bør gjøre. Likevel er jeg klar over at ikke alle svangerskap er like og at ulike temaer er mer viktige for noen jordmødre og gravide enn andre.

Selv er jeg gift med en ikke-vestlig innvandrer noe som gjør min forståelse for innvandrer sensitiv da jeg vet mye om de utfordringer de kan oppleve i hverdagen i et nytt land. Samtidig er jeg opptatt av at innvandrere ikke skal stigmatiseres eller generaliseres fra helsepersonell og andre. Det har gjort at jeg i intervjuene av informantene automatisk så etter deres holdninger til innvandrere. Likevel har jeg i stor grad prøvd å ikke la egne interesser og verdier ta overhånd slik at det som var sentralt i forhold til problemstillingen ikke ble lagt skygge på. Uansett har nok mine erfaringer, kunnskaper og verdier i mer eller mindre grad påvirket interessen for problemstillingen, hvilke data jeg samlet inn og hvordan jeg vektla ulike ting i analysen. Det påvirket trolig også konklusjonen jeg satt igjen med til slutt.

3.7.2 Validitet

Begrepet validitet er knyttet til tolkning av data og handler om gyldigheten av de tolkninger en forsker kommer frem til. Det handler om at de tolkningene som kommer frem i en studie er fyldige i forhold til den virkeligheten som er studert (Thagaard, 2009). Jeg har i dette metodekapittelet forsøkt å styrke validiteten av studien min gjennom å redgjøre og argumentere for fortolkningene mine. Selv om det kvalitative forskningsintervjuet i hovedsak skal gi dybdeinformasjon om den enkelte informants opplevelse av temaet kan det sees på som positivt dersom resultatene kan si noe om tendenser for den gruppen det forskes på (Thagaard, 2009). Det kan skilles mellom ekstern og intern validitet. Den eksterne validitet viser til om en forskningen kan generaliserer til å gjelde ut over den aktuelle studien, om den er overførbar til andre personer eller situasjoner (Thagaard, 2009). I min studie har jeg hatt kvalitative intervju med fem jordmødre og det er for få informanter til at jeg kan si noe om det gjelder for andre jordmødre også. Samtidig er det mange variabler som ikke er tatt hensyn til i min studie. Eksempel på det er at alle informantene er kvinner. Et annet resultat kunne ha kommet dersom noen av informantene var menn. Samtidig har alle informantene noen års erfaring som jordmor, ingen er nyutdannet. Personlig holdninger og oppfatninger er heller ikke tatt hensyn til. En annen sammensetning av informantene kunne dermed ha gitt andre data en jeg fikk. Likevel samsvarer de mine resultater i noen grad med annen norsk og internasjonal forskning som er presentert tidligere i oppgaven. Til tross for dette bør andre studier, også kvantitative, undersøke temaet videre med et større utvalg av informanter som representative for denne gruppen og med hensyn til flere variabler før man kan si noe om jordmødres opplevelse at temaet generellt.

Intern validitet viser til vurderinger av fortolkninger som omfatter en enkel studie (Thagaard, 2009). Det vil si at om resultatene av forskning er gyldig for det utvalget og fenomenet som er studert (Sander, 2004c). I min studie vil intern validitet referere til om mine tolkninger er gyldige i forhold til det mine informanter opplever, erfarer og fortalte. Det kan ha oppstått misforståelser under intervjuene, men likevel påstår jeg at jeg i stor grad prøvde å oppklare min egen forståelse av deres opplevelse ved å oppsummere undervegs i intervjuene. Likevel har ikke informantene i ettertid av intervjuene sett hvilke fortolkninger jeg har gjort av det innsamlede datamaterialet og hatt mulighet til å korrigere det de mener ikke er riktig. Under intervjuene stilte jeg

oppfølgingsspørsmål for å få frem informantenes egen opplevelse uten å bli påvirket av meg som forsker. Som omtalt i avsnittet om intervjuene kan det være at informantene har svart på spørsmålene ut fra hva de trodde jeg ønsket å høre. Samtidig kan mine spørsmål ubevisst ha ledet dem i en spesiell retning. Dette svekker validiteten på studien min, men fordi de fleste informantene har lang erfaring som jordmor og virket trygge i sitt arbeid antar jeg likevel at informantene i stor grad fortalte selvstendig det de selv tenker og opplever.

3.8 Etiske refleksjoner

Etikk handler om hva man bør eller kan gjøre. I forskning er det viktig å være konsekvent på de etiske sidene i relasjoner med informantene. Informantenes personvern skal alltid ivaretas. Studien ble meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD), men jeg fikk tilbake melding om at det ikke var nødvendig med godkjenning fra dem siden lydopptakene med personidentifiserte opplysninger ikke ble lagret på PC (se vedlegg III). Som sosionom er jeg underlagt de yrkesetiske retningslinjene for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere. Thagaard (2009) peker på spesielt tre etiske hensyn som må tas i kvalitativforskning. Det er informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av forskning for deltakerne.

3.8.1 Informert samtykke

I kvalitativ forskning er prinsippet om informert samtykke svært viktig. Informantene skal få informasjon om forskningsprosjektet og ut fra dette selv ta et selvstendig valg om de ønsker å delta som informanter. Samtidig skal de ha rett til å trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt i forskningsprosjektet (Thagaard, 2009). I min studie fikk alle informantene unntatt en informasjon om studien i forkant av at de ble intervjuet. De fikk tilsendt informasjonsbrevet (Se vedlegg I) og samtidig informerte jeg alle om studien i begynnelsen av intervjuet. Informantene fikk informasjon om hva studien handler om, hva opplysningene skulle brukes til, at de hadde mulighet til å trekke seg undervegs og at all informasjon ville bli behandlet konfidensielt. Den ene informanten som ikke fikk tilsendt informasjonsbrevet i forkant tok intervjuet på sparket og fikk dermed isteden muntlig informasjon ved oppstart av intervjuet.

Det kan diskuteres hvor mye informasjon informanter trenger i forkant av et intervju. For mye informasjon har blitt hevdet å påvirke måten informantene svarer på (Thagaard, 2009). Av den grunn prøvde jeg å unngå å fortelle mye om hvilke barrierer tidligere forskning har vist når det gjelder å snakke om vold i nære relasjoner med pasienter. I et av intervjuene fortalte jeg at kulturforskjeller har blitt pekt på som en barriere i andre undersøkelser. Informanten var da snar med å fortelle at hun opplever det samme. Det kan komme av at hun enten ble påvirket eller at hun bare ble påminnet om at dette er en barriere også for henne. Det er også blitt stilt spørsmål ved hvor mye informasjon forskeren faktisk kan gi om et prosjekts utvikling på et tidlig stadium i forskningsprosessen (Silverman, 2006, referert i Thagaard, 2009). Undersøkelsesprosesser kan bli endret underveis og samtykke fra informantene kan ofte ikke være basert på fullstendig informasjon om prosjektet (Thagaard, 2009). I min studie ble ikke undersøkelsesopplegget endret på undervegs og forble dermed slik som informantene fikk informasjon om at den skulle være.

3.8.2 Konfidensialitet

Prinsippet om konfidensialitet innebærer at all informasjon som informantene gir blir behandlet konfidensielt. Informasjonen skal brukes på en slik måte at enkeltpersoner som forskes på ikke blir skadet. All informasjon som kan knyttes til informantene skal vanligvis anonymiseres. Grunnen til dette er at man skal beskytte informantenes privatliv og ikke påføre de uheldige konsekvenser (Thagaard, 2009). I min studie oppbevarte jeg ingen liste med navn eller andre opplysninger som kan identifisere informantene. Likevel var det viktig å anonymisere på en måte som ikke kunne gi gjenkjenning av både informanter og pasientene til informantene. Spesielt i intervjuene med de jordmødrene som jobbet på små steder var dette viktig. Små steder er ofte gjennomskjulte og alle kjenner alle. Sjansen for gjenkjenning er derfor stor og fullstendig anonymisering av alt jordmor sa var sentralt. For å sikre anonymitet har jeg gitt alle informantene fiktive navn ved presentasjon av resultater. Bakgrunnsinformasjon som hvilken helsestasjon eller sted i Norge er ikke blitt oppgitt og alle dialektiske ord og uttrykk er blitt omskrevet til bokmål. Lydopptakene av intervjuene ble slettet etter transkribering.

Det kan oppstå et dilemma mellom hensynet til deltakernes anonymitet og hensynet til å fremstille resultatene på en måte som oppfyller kravene til pålitelighet og etterprøvbarehet (Thagaard, 2009). I min studie har jeg prøvd å ivareta begge disse to hensynene og fant heller ingen problemer i forhold til dette. Det jeg derimot opplevde som vanskelig var risikoen for å fremmedgjøre eller provosere informantene i forhold til deres egne oppfatninger (Thagaard, 2009). Jeg risikerte å fremstille det informantene fortalte ut fra min egen forforståelse og faglige kunnskap. Likevel har mitt ønske vært å fremstille informantene på den måten de selv ønsker å fremstå og behandle informasjonen på en troverdig måte.

3.8.3 Konsekvenser av å delta i forskningsprosjekter

Enhver forsker har et ansvar for å unngå at deres informanter ikke utsettes for skade eller andre alvorlige belastninger (Nesh, 2006, referert i Thagaard, 2009). Dette innebærer at forskeren må tenke gjennom hvilke konsekvenser undersøkelsen kan ha for informantene. Informantenes integritet skal beskyttes og uheldige virkninger skal unngås. I min studie har jeg intervjuet jordmødre om deres erfaringer og opplevelser av å snakke om et sensitivt tema med de gravide og om hvordan det kan gjøres enklere. Dette var ikke et personlig tema for informantene og jeg kan derfor ikke se at intervjuene medførte uheldige konsekvenser for informantene da de er helt anonyme i fremstillingen.

4.0 Teori og kunnskapsgrunnlag

I dette kapitlet presenteres teori og kunnskapsgrunnlag for analyse av de intervjuende jordmødrenes erfaring og opplevelse av barrierer mot å spørre gravide kvinner, spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner. Videre vil det som presenteres i dette kapitlet brukes til å drøfte hvordan barrierene kan overvinnnes. Først vil jeg ta for meg organisasjonsteori for deretter å gå over til å forklare begrepet kultur og viktigheten av kulturkompetanse og kultursensitivitet. Til slutt vil jeg presentere teori om interkulturell kommunikasjon.

4.1 Organisasjonsteori

En organisasjon kan teoretisk sett defineres som et sosialt system som bevisst er konstruert for å løse spesifikke oppgaver og realisere bestemte mål (Etzioni, 1982, referert i Jacobsen & Thorsvik, 2007). Atferd innenfor en organisasjon er alltid noe annerledes enn innenfor en annen sammenheng. Menneskers atferd i organisasjoner påvirkes og formes av den organisatoriske konteksten de inngår i. Den organisatoriske konteksten kan deles inn i to hovedelementer som kan forklare atferd innenfor organisasjoner. Det første hovedelementet består av de formelle elementene og utgjør organisasjonens struktur. Disse elementene avgjør hvordan menneskene i organisasjonen tenker og handler. Den første komponenten er mål og strategi og den andre er den formelle organisasjonsstrukturen. Disse komponentene legger retningslinjer for og begrensninger på de ansatte i organisasjonen sin handlefrihet. Det forventes at de ansatte i en organisasjon arbeider mot de mål som organisasjonen har, prioriterer oppgavene i tråd med strategien de har, opptrer slik stillingsinstruksen sier, og utfører de oppgavene som det forventes skal gjøres (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Det andre hovedelementet en organisasjon består av er de uformelle elementene. Det vil si organisasjonskultur og organisasjonens maktforhold. Dette er elementer som påvirker atferden innenfor organisasjonen. De kan både styrke og svekke effekten av de formelle elementene på de ansattes atferd (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

4.1.1 Organisasjoners mål og strategi

Organisasjonens mål kan gi gode retningslinjer for arbeidet innenfor organisasjonen dersom de er tydelig formulert. De kan også være vagt formulert og åpne opp for ulike tolkninger av hva som er formålet med arbeidet, og om hvilke resultater som er ønskelig. Enhver organisasjon har mål og strategier. Mål kan defineres som beskrivelser av hva som ønskes oppnådd i fremtiden. En organisasjon har ofte et eller flere hovedmål med flere delmål under. Hvert mål kan tolkes ulikt av personer og grupper av ansatte (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Strategier er en beskrivelse av hva man har tenkt å gjøre for å oppnå målene. Strategiene viser veien mot målet. Effektivitet beskriver i hvilken grad organisasjoner klarer å realisere sine mål, og med hvilken ressursbruk (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Målene til såkalte ”non profit” organisasjoner som offentlige organisasjoner ofte er, kan være diffuse og vanskelige å måle (Sander, 2004b).

Mål og strategier påvirker ikke bare hvordan selve organisasjonen tilpasser seg omgivelsene sine, men de påvirker også hvordan de ansatte i organisasjonen tenker og handler. De kan ha en motiverende effekt på de ansatte gjennom at de viser retning for og beskrivelse av arbeidet (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Videre kan mål og strategier ha en styrende funksjon ved at de gir retningslinjer for arbeidet i organisasjonen, legger begrensninger på de ansattes atferd og gir beslutningspremisser for de ansatte (Kaplan & Norton, 2000). Organisasjonens mål kan også brukes som evalueringskriterier i evaluering av de ansattes og organisasjonens arbeid (Scott, 1992, referert i Jacobsen & Thorsvik, 2007). I tillegg kan organisasjonens mål og strategier være en legitimitetsfaktor i forhold til omgivelsene rundt. En organisasjon som oppleves legitim får støtte fra omgivelsene for det de driver med (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

4.1.2 Organisasjonsstruktur

Organisasjonens struktur viser hvordan organisasjonen er bygd opp og gir en oversikt over det ønskede mønsteret av aktiviteter, forventninger og ideutveksling mellom ansatte i organisasjonen (Sander, 2004a). Den består av to hoveddimensjoner. Den første er arbeidsdeling og spesialisering som kan begrense de ansattes handlefrihet i arbeidet, eller gi de ansatte stor handlefrihet til å bestemme selv hva de skal gjøre. Den andre dimensjonen er styring og koordinering av arbeidet som kan legge begrensninger på utførelsen av arbeidsoppgavene, eller

delegere beslutningsmyndighet til de ansatte. Det siste vil gjøre at det blir opp til den enkelte å bestemme hvordan eget arbeid på best mulig måte kan tilpasses andres arbeid (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Organisasjonsstrukturen bidrar til å bestemme atferden til de ansatte på tre måter. For det første skaper den fokus for de ansatte gjennom begrensninger for hva den enkelte ansatte skal gjøre, og for hva selve organisasjonen skal ha ansvar for og ikke. Hovedoppgaven for organisasjonen blir vanligvis delt opp i mindre deloppgaver slik at ulike ansatte spesialiserer seg innenfor de ulike oppgavene. Organisasjonen må da ta stilling til hvilke og hvor mange arbeidsoppgaver hver enkelt skal ha og hvor mange personer som skal jobbe med det samme og hvem som skal jobbe sammen. For det andre kan strukturen brukes til å koordinere ulike aktiviteter. Den kan samkjøre flere menneskers atferd ved hjelp av regler, rutiner, belønningssystemer og formelle strukturer slik at de blir en samkjørt gruppe. Dette er viktig for å bevare helheten når ulike ansatte jobber med ulike deloppgaver noe som kan føre til manglende oversikt, informasjon og interesse innenfor organisasjonen. Den siste måten organisasjonsstrukturen påvirker de ansattes atferd på er at den gir retningslinjer og fremmer stabilitet. De ansatte i hver posisjon har faste oppgaver som skal løses på bestemte måter. Atferden blir forutsigbar og man vet hva man kan forvente av organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

4.1.2.1 Struktur som makt

Gjennom organisasjon utøves det makt på en stabil og systematisk måte (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Makt innenfor organisasjonsteori kan defineres som en aktørs evne til å overvinne motstand for å så oppnå eget ønsket mål eller resultat (Weber, 1971, referert i Jacobsen & Thorsvik, 2007). Ansatte i en organisasjon som aksepterer de forventningene som ligger i den formelle strukturen i organisasjonen underkaster seg maktstrukturen. Strukturen i organisasjonen disiplinere den enkelte gjennom at dersom man ikke følger den blir man møtt med sanksjoner. Eksempel på dette er det å møte opp på jobb i rett tid (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Dersom man ikke gjør det vil man måtte forklare dette.

4.1.2.2 Det profesjonelle byråkratiet

Organisasjoner kan ha ulike strukturelle konfigurasjoner. Det profesjonelle byråkratiet kjennetegnes med profesjonalisering, og de ansatte har tildelt beslutningsmyndighet og handlefrihet i det daglige arbeidet. Den operative kjernen i organisasjonen består av utdannede personer som har nødvendige kunnskaper og friheter til å løse oppgavene de får. Det profesjonelle byråkratiet er et desentralisert byråkrati der bare de profesjonelle kan vurdere hvordan jobben skal utføres. Fordelene ved denne strukturelle konfigurasjonen er at delegeringen av beslutningsmyndighet gir godt faglig arbeid og raskere problemløsning og saksbehandling. Ulempene kan være at det oppstår konflikter mellom ulike faggrupper som kan føre til samarbeids- og styringsproblemer. Det kan også oppstå forskjellsbehandling av brukergrupper dersom for eksempel dersom den profesjonelle velger å jobbe mer med de brukerne som han eller hun har mest kunnskap, interesse og motivasjon for å jobbe med (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

4.1.3 Organisasjonskultur

Utvikling av organisasjonskultur kan sees på som et resultat av menneskers streben etter å skape mening, sammenheng, helhet og stabilitet rundt seg. Medlemmene i sosiale grupper snakker med hverandre om det de erfarer og i fellesskap lærer de hvordan ting henger sammen, og finner frem til det som er hensiktsmessig å gjøre i ulike situasjoner. Organisasjonskultur består av verdier, gruppenormer, sosialt samhold og gruppepress innenfor en organisasjon. Dette kommer til uttrykk i uformelle regler for hvilken atferd som er akseptert i organisasjonen (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Edgar Schein definerer organisasjonskultur som følger:

Organisasjonskultur er et mønster av grunnleggende antakelser utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer med ekstern tilpasning og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som, og som derfor læres bort til nye medlemmer som den riktige måten å oppfatte på, tenke på og føle på i forhold til disse problemene (Schein, 1985, sitert i Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Schein sier at organisasjonskultur finnes på tre nivåer og de henger sammen med hverandre. Modellen nedenfor viser disse tre nivåene.

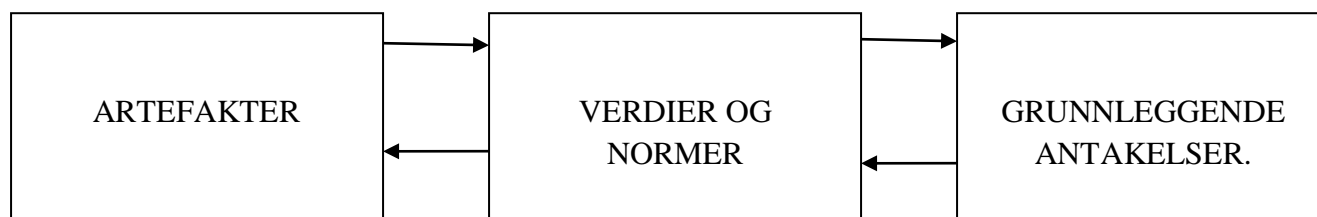


Fig: Edgar Schein's organisasjonskultur modell (Schein, 1992,s. 17)

Grunnleggende antakelser er alt vi tar for gitt. Det er sannheter som vi ubevisst har internalisert og som er vanskelige å endre på. Verdier er det som vi ønsker og verdsetter. Det er det vi er opptatt av å ivareta og fremme. I følge Schein(referert i Jacobsen & Thorsvik, 2007) innebærer verdier at man har tatt et bevisst valg om at noe er godt og noe annet er dårlig. Dette er ofte et resultat av de grunnleggende antakelsene. Normer er uskrevne regler som angir hva som er passende å gjøre i ulike sosiale sammenhenger. Normer er det som gir prinsipper, retningslinjer og begrensninger for atferd, mens verdier er det som angir hva som verdsettes og hva som er viktig å strebe etter og klare å få til. Både verdier og normer skapes og gjenskapes kontinuerlig og overføres til nye medlemmer undervegs. De nyansatte i en organisasjon kommer inn i gruppens meningsverden, og lærer hvordan ting skal oppfattes og forstås, hva som er riktig og hva som er galt, og hva som er passende atferd i gruppen. (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

Artefakter er uttrykk for kultur som kan observeres. Det kan være alt fra tekst, gjenstander og språk til atferd. Artefaktene må tolkes og når vi tillegger de mening kaller vi det for et symbol. Det vil si et sammensatt tegn som formidler mer informasjon enn vi tror ved første øyekast. Det er derfor de må tolkes. De må tolkes innenfor rammen av den sosiale sammenhengen de eksisterer i for å kunne tillegge de mening (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Artefaktene påvirker hvordan en kan fortolke det man opplever, hvordan man oppfører seg og hva man tenker og føler i organisasjonen (Vareide, u.å.).

Organisasjonskultur kan ha sterke effekter på medlemmene eller ansatte i en organisasjon. Den fungerer som en struktur ved at den angir hva som er passende atferd når man utfører spesielle oppgaver på vegne av organisasjonen. Likeledes begrenser den informasjonstilgangen på samme måte som organisasjonsstrukturen ved at den gjennom grunnleggende antakelser, verdier og normer forteller hva som er relevant og viktig. Organisasjonskulturen gir på en måte oppskrifter på hvordan ting henger sammen, og hva man skal velge i ulike situasjoner. Den kan også gjøre det vanskelig å styre organisasjonen gjennom at kulturen svekker effekten av formelle styringsmekanismer, eller gjør at formelle styringsmekanismer ikke får den ønskede effekten. Derfor er organisasjonskultur en vanlig årsak til at forsøk på endring i organisasjoner mislykkes (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

4.2 Kultur

Kultur kan defineres som de ferdigheter, oppfatninger og væremåter personer har tilegnet seg som medlemmer av et samfunn (Eriksen, 2001). Dahl (2001) viser til to forståelsesmåter av begrepet kultur. Den ene er en subjektiv forståelse av kultur som koder i bakhodet. Alle mennesker har en kulturell referanseramme som står i bestemte sammenhenger og deltar i bestemte prosesser. Ingen har samme kulturelle referanseramme fordi den er en del av menneskers personlighet og inneholder erfaring fra fortiden og nåtiden. Den andre forståelsen er forståelsen av kultur som et dynamisk felt. Det vil si at kultur er et meningsfellesskap som etablerer seg og forandrer seg i møte mellom mennesker. Det dynamiske feltet oppstår gjennom kommunikasjon i det sosiale samspillet (Dahl, 2001).

Helse- og sosialarbeidere arbeider i en flerkulturell hverdag og beveger seg stadig mellom det allmenne og særegne, det spesielle og det generelle. For å kunne forstå den enkelte bruker må de klare å skille mellom dette og det kreves derfor faglig kultursensitivitet og kulturkompetanse (Qureshi, 2005). Jeg vil nå presentere disse to begrepene, men først gi en kort innføring i to antropologiske begrep, etnosentrisme og kulturrelativisme som har stor relevans for kulturkompetanse og kultursensitivitet.

4.2.1 Etnosentrisme

Etnosentrisme kan defineres som det å forstå og måle andre ut fra egne premisser og egen virkelighetsoppfatning (Magelssen, 2002). De som anvender et etnosentrisk perspektiv ser på sin egen kultur som universell og mener at andre bør dele ens egne kulturelle verdier og normer. De ser på sin egen oppfatning som det eneste sanne og riktige (Javo, 2010). Etnosentrisme innebærer å systematisk hoppe over sin egen kultur ved kritisk analyse (Qureshi, 2009). Et slikt perspektiv finnes ofte hos majoritetsbefolkninger og er en del av maktarroganse og følelse av kulturell overlegenhet (Javo, 2010).

4.2.2 Kulturrelativisme

Kulturrelativisme er det motsatte av etnosentrisme og vi oppnår det dersom vi fjerner oss fra vår egen virkelighetsoppfatning ved kontakt med mennesker med en annen kulturell bakgrunn. Kulturrelativisme kan defineres som det å forstå de andre ut fra deres premisser, uten at vi føler oss provosert eller truet av deres virkelighetsoppfatning (Magelssen, 2002). De som anvender et kulturrelativt perspektiv prøver å forstå den andre ut fra den andres logikk og perspektiv. Det betyr ikke at man må være enig med den andre eller at man ikke kan dele sin faglige innsikt med den andre. Ved å prøve å forstå den andre holder man en holdning der man respekterer den andre (Magelssen, 2002). Kulturrelativisme kan kritiseres for å anvendes til å legitimere og rettferdiggjøre urettferdige maktrelasjoner, overgrep og lovbrudd med henvisning til aktørens kultur (Ytrehus, 2002).

4.2.3 Kulturkompetanse

Kulturkompetanse vil si ferdigheter som kan gi effektiv samhandling mellom mennesker på tvers av kulturer. Kulturkompetanse består av fire komponenter. Den første er bevissthet om eget kulturelle verdensbilde. Den andre er aksepterende holdninger til kulturelle forskjeller og den tredje er kunnskaper om ulike kulturelle uttrykksformer og livsanskuelser. Den siste er evnen til å arbeide tverrkulturelt (Javo, 2010). Disse ferdighetene er utledet av teoretiske og analytiske kunnskaper om kulturelle aspekter i profesjonsutøvelsen (Qureshi, 2009).

Kulturkompetanse består av å tilegne seg faktakunnskaper om andre kulturer og videre kunne se at andre kulturmønstre kan ha verdier som er meningsbærende for menneskene i disse kulturene. Kulturkompetanse innebærer å bli bevisst på egen etnosentrisme og å innse at individer har andre referanser enn seg selv. Videre må man forstå hvilken betydning disse referansene har for andre mennesker. Kunnskaper om ritualer og begivenheter som er viktige for den enkelte og om hvordan ulike etniske grupper forholder seg til ulike ting som for eksempel sykdom er sentralt å ha. Det er store forskjeller på de ulike etniske gruppene når det gjelder familiestruktur, årsakssammenhenger knyttet til fysiske og psykiske problemer, forhold til religiøse, kulturelle og politiske preferanser (Qureshi, 2005).

Det er viktig å ikke basere kunnskapen man tilegner seg på en enkelt person. Det kan føre til stereotyper og vrangforestillinger om hva det vil si å tilhøre en etnisk minoritet. Erkjennelsen av egen bakgrunn og bevissthet om egne kulturelle briller øker kunnskapen om egen kultur og gjør av den grunn det lettere å forstå andre kulturer. Kulturkompetanse handler i bunn og grunn om å se kulturens ambivalens og betydning for alle og om å være åpen og undrende. Dette fordi møtet med andre mennesker kan gi oss forståelser av hvem vi er (Qureshi, 2005).

4.2.4 Kultursensitivitet

Kulturkompetanse innebærer kultursensitivitet (Javo, 2010). Kultursensitivitet si det å ha kunnskap om de kulturelle forskjellene og likhetene som finnes uten å bedømme verdiene av praksiser i en kultur som for eksempel gode eller dårlige, riktige eller gale. Kultursensitivitet fører til respekt for andre kulturers verdier og unikhet, og å ivareta disse. Likeledes fører det til anerkjennelse av ”den andre” som likeverdige (Qureshi, 2009). For å klare dette må man ha kulturkompetanse som er beskrevet overfor.

Kultursensitivitet kan sees på som en metodisk fremgangsmåte for å forstå mennesker fra ulike kulturer ut fra handlingsmønstre i de kontekster handlingene foregår. Denne måten å tilnærme seg ”den andre” på åpner for muligheter til å forstå mønstre av handlinger, følelser og tankemåter som ”den andre” legger til grunn for sin væremåte (Qureshi, 2005). Det er og viktig å forstå,

være bevisst på og ha kunnskap om egen kultur. (Qureshi, 2009). Selv om man har kunnskap om og forstår mennesker fra andre kulturer trenger man ikke å akseptere forskjellene eller være enige i verdiene eller handlingene. Det handler om å kunne skille mellom hva som er allmennmenneskelig, hva som er unikt og hva som er kulturspesifikt i en bestemt situasjon. Ved å skille på denne måten kan kultursensitivitet brukes for å analysere sosiale problemer på ulike nivå og til å forstå menneskers reaksjoner med utgangspunkt i disse nivåene (Qureshi, 2009). Forskning har vist at kultursensitivitet blant profesjonelle yrkesutøvere gjør at de ser mer positivt på minoritetsklienter og bruker mindre stigmatiserende og individualiserende årsaksforklaringer enn de som ikke er kultursensitive (Toporek & Pope-Davis, 2005, referert i Javo, 2010).

4.3 Kommunikasjon

Ordet kommunikasjon betyr å gjøre noe felles og å meddele; å dele med hverandre, å forstå hverandre og å være i forbindelse med, å være i kontakt med og å utveksle. Ut fra meningen med ordet kommunikasjon kan man se at det er store sjanser for at partene i kommunikasjonen forstår ulikt og dermed at det kan oppstå misforståelser (Qureshi, 2009). Kommunikasjon med andre åpner opp for ny innsikt og forståelse. Forutsetningen for å oppnå dette er at man har oppriktig interesse for det og at man møter den andre med respekt, toleranse, anerkjennelse, tillit og en inkluderende holdning. Grunnleggende for god kommunikasjon er respekt, ydmykhet og undring (Qureshi, 2009).

I kommunikasjon med mennesker som har et annet morsmål enn en selv kan det ofte oppstå uoverensstemmelser og uenighet på grunn av språkproblemer. I det følgende vil jeg ta for meg kommunikasjon på tvers av kulturer og hvordan bruk av tolk kan være til hjelp ved språkforskjeller.

4.3.1 Interkulturell kommunikasjon

Interkulturell kommunikasjon eller interkulturell kompetanse er kommunikasjon mellom mennesker med ulik kulturbakgrunn (Javo, 2010). Det handler om kompetanse om kommunikasjon og evne til å kommunisere med mennesker på tvers av kulturer. Interkulturell

kommunikasjon innebærer å kunne kommunisere: lytte, spørre, forstå og å gjøre seg forstått. Det innebærer også å være bevisst på ulike kulturelle ytringsformer både hos seg selv og « den andre» (Utlendingsdirektoratet, 2005, s. 7) Kulturelle forskjeller har betydning for kommunikasjon. Ved hjelp av kultursensitivitet vil man kunne ha evne til å forstå når og i hvilken grad disse forskjellene påvirker interaksjonen (Javo, 2010). Kulturforskjellene må tas hensyn til slik at det ikke oppstår misforståelser og alle partene opplever en meningsfull samtale (Røkenes & Hansen, 2004).

Kulturelle forskjeller som tro, forestillinger og livssyn kan gjøre kommunikasjon på tvers av kulturer vanskelig (Javo, 2010). Ofte er det uttrykksformene til « den andre» og ikke selve behovet hos han eller henne som er vanskelig å forstå (Utlendingsdirektoratet 2005, s. 7). Mennesker tolker ubevisst ”den andre” ut fra egne kulturelle referanserammer. Ofte er man ikke klar over at handlinger og utsagn kan tolkes på en annen måte og få en annen mening ut fra en annen kulturell referansebakgrunn enn ens egen. Grunnen til dette er at man kategoriserer erfaringer og inntrykk på forskjellige måter fra kultur til kultur. I noen tilfeller kan to forskjellige språk representere to ulike tankesystemer og ofte er det lett å innta et etnosentrisk perspektiv uten å tenke over det (Javo, 2010). Det fremheves derfor som viktig at helse- og sosialarbeidere tilegner seg kunnskap om hvordan vanskelige situasjoner kan tolkes, lære mer om kommunikasjon og ulike kulturelle ytringsformer samt bli bevisst sin egen bakgrunn og væremåte. Det kan også være nyttig å fokusere mer på det allmennmenneskelige og kjente fremfor å la det forskjellige og ukjente overskygge møtet med « den andre» (Utlendingsdirektoratet, 2005, s. 7).

Det er spesielt fem punkter det er viktig å være oppmerksom på i interkulturell kommunikasjon. Det første er det verbale språket. Mange ord og begrep er vanskelig å oversette fra et språk til et annet. Det er derfor viktig å bruke et enkelt språk i møte med personer som har et annet morsmål enn en selv, spesielt dersom språkferdighetene hos « den andre» er dårlige. Selv om de fremmedspråklige tilsynelatende har et godt språk kan de ha problemer med å forstå et nyansert

språk. Man bør derfor sjekke språkkompetansen grundig hos « den andre» og ha lav terskel for å bruke tolk (Javo, 2010).

Det andre punktet handler om at språklige uttryksmåter og argumentasjonsmåter kan være kulturelt forskjellige. Eksempel på det kan være at noen mennesker fra for eksempel Asia kan ha en indirekte måte å kommunisere på. Etter norsk målestokk vil en kunne oppleve at de på en måte snakker rundt grøten før de kommer til poenget. I slike samtaler kreves det mer tid enn i samtaler med andre som er mer rett på sak, klar og direkte i måten de snakker på. I mange tilfeller vil det være vanskelig å tolke indirekte budskap som kommer frem i samtaler med mennesker fra en fremmed kultur (Javo, 2010).

Det tredje punktet man må være oppmerksom på i interkulturell kommunikasjon er bruk av taushet. Bruk av taushet er forskjellig i ulike kulturer. Ikke alle sier at den som tier *samtykker*, noen mener at den som tier, *samtykker ikke*. Det fjerde punktet handler om å vise følelser offentlig. Hvordan man forholder seg til følelser og i hvor stor grad man regulerer dem varierer mye fra kultur til kultur. Ulike kulturer kan også ha ulike ting de ikke ønsker å snakke om. Tabu kan defineres som normer som regulerer mellommenneskelig atferd. Disse normene er det ofte ikke lov til å snakke om. Hva som er tabu varierer fra kultur til kultur. Eksempel på tabu kan være seksualitet eller vold. I noen kulturer er det ikke vanlig å dele tabubelagte opplevelser med andre enn familien (Javo, 2010).

Det siste oppmerksomhetspunktet i interkulturell kommunikasjon er det non-verbale språket. Det non-verbale språket kommuniseres ulikt i forskjellige kulturer. Det gjør at fortolkningen av det kan være svært vanskelig og krevende. Av den grunn fører det ofte til feiltolkninger og dermed misforståelser. Eksempel på det kan være bruk av øyekontakt. I noen kulturer er det et tegn på respekt, mens i andre kan unnlattelse av øyekontakt være et tegn på respekt. Betydningen av fysiske bevegelser varierer også fra kultur til kultur. De må derfor bare tolkes innenfor « den andres» egen kulturramme. Dette kan vise seg vanskelig fordi det ofte innenfor en og samme

kultur finnes flere subkulturer påvirket av for eksempel kjønn, alder og sosioøkonomisk status (Javo, 2010).

4.3.1.1 Kulturfiltermodellen

Øyvind Dahl har utviklet en kommunikasjonsmodell, kulturfiltermodellen, for interkulturell kommunikasjon fra den tradisjonelle lineære kommunikasjonsmodellen med avsender, budskap, melding og mottaker. Modellen illustrerer hvilke faktorer som innvirker på, og hvilke betydning faktorene har når avsender og mottaker koder og avkoder meldinger med ulike kulturelle referansemønstre (Dahl, 2001, referert i Moan, 2009). Dahls kulturfiltermodell bygger på de to forståelsene av kultur som er beskrevet i avsnittet om kultur.

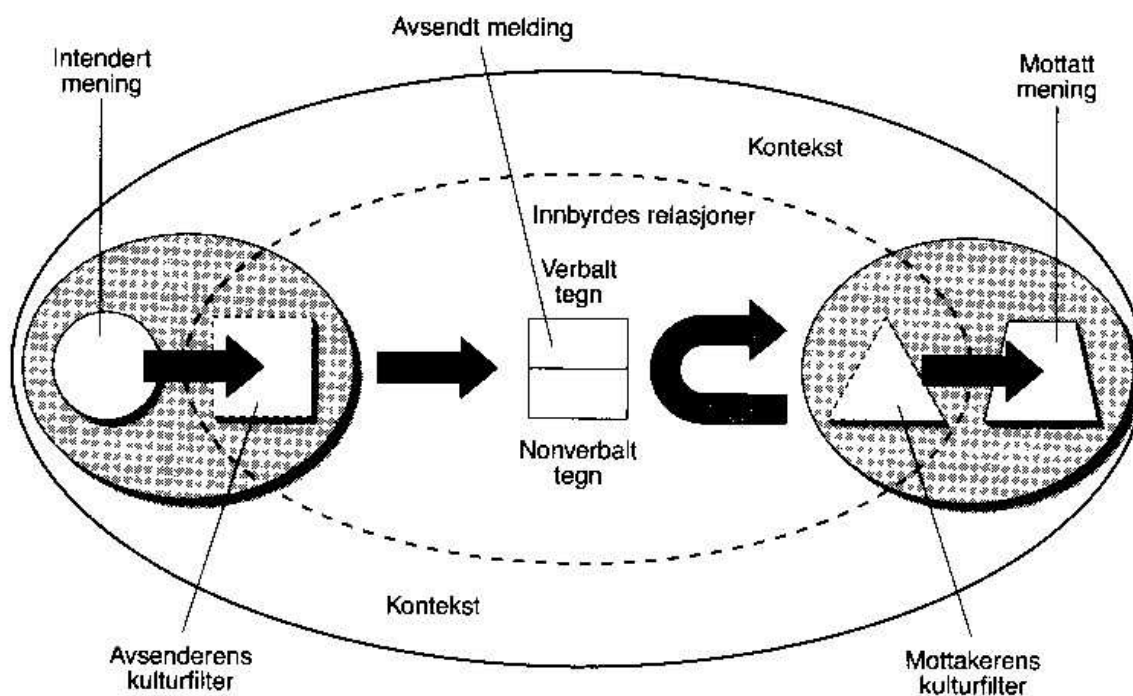


Fig: Kulturfiltermodellen (Opsdal, 2011, s. 185).

Kulturfiltermodellen illustrerer den kulturelle referanserammens betydning for kommunikasjonsprosessen. De kulturelle referanserammene er preget av tidligere erfaringer og forventninger til hverandre. I modellen er disse beskrevet som kulturfiltre. Gjennom kulturfiltrene forstår man og ser verden. De skapes i sosialisering mellom mennesker og er del av vår personlighet. Man får de gjennom oppveksten, oppdragelsen og læring i det samfunnet man kommer fra. De består av både kulturelle, sosiale og psykologiske aspekter og erfaringer farger kulturfiltrene (Dahl, 2001). Dersom partene i en kommunikasjon ikke kjenner til hverandres kulturfiltre, og disse er ulike, vil det gjøre kommunikasjonen vanskelig. Det er fordi de fleste har noe etnosentrisme i sine kulturfilter, men dersom en eller begge partene utøver en kulturell relativistisk holdning vil det føre til at de kan forstå hverandre bedre (Opsal, 2011). Dersom man bare betrakter de andre gjennom eget kulturfilter kan det oppstå stereotypier og fordommer. Kulturfiltrene er ikke statiske og uforanderlige, men kan endres og strekkes. Mennesker kan tilpasse seg (Dahl, 2001). Derfor er det stiplede linjer rundt kulturfiltrene i modellen.

I en kommunikasjon mellom to parter formidler avsender en intendert mening. I modellen er dette illustrert med en sirkel. Den intenderte meningen består av ideer og følelser fra avsender og blir sendt gjennom kulturfilteret som en avsendt melding. Denne meldingen består av tegn, ord, kroppsspråk, atferd og bilder og blir formet ut fra avsenders erfaring og sosialisering. Den avsendte meldingen (nå omgjort til en firkant) klarer ikke å uttrykke alle ideer og følelser som avsender hadde. Mottaker må nå ta imot meldingen og fortolke den gjennom sitt kulturfilter. Mottakeren er en aktiv mottaker som avkoder, forstår og tolker meldingen i forhold til hans eller hennes referanseramme. Det blir tilskrevet en mening ut fra egne forutsetninger og erfaringer. Resultat er en redusert firkant i modellen. Mottakers kulturfilter kan ha ført til at mottaker har lagt til en annen mening til den intenderte meningen enn det avsender hadde tenkt. Avsenderen kunne ikke forutse hvordan den intenderte meningen ville oppfattes. På denne måten gir koding og avkoding gjennom ulike kulturfilter mulighet for misforståelser (Dahl, 2001).

Til større den kulturelle avstanden er mellom partene i kommunikasjonen desto vanskeligere er det å forstå hverandre. I modellen er de innbyrdes relasjonene illustrert med en ellipse. Relasjonen kan være både symmetrisk og asymmetrisk. De symmetriske relasjonene kjennetegnes med at makt og myndighet er jevnt fordelt og der er en balanse i forholdet med lik verdighet for begge parter. En asymmetrisk relasjon kjennetegnes med at denne ene har kontroll, makt eller autoritet overfor den andre (Dahl, 2001).

Kommunikasjonen vil også preges konteksten der kommunikasjonssituasjonen foregår. Dahl peker på tre faktorer ved konteksten som er sentral i kulturfiltermodellen. Det første er verdensbilde. Det vil si den grunnleggende oppfattelsen av virkeligheten. Kunnskap om normer og tabuer for ulike kulturer er viktig for god kommunikasjon og for å vise forståelse og respekt for andres grunnleggende verdier og normer. De kan blant annet ha ulike opplevelser av helse og sykdom. Den andre faktoren er sosiale faktorer. Det handler spesielt om status og rolle. Status er kulturelt betinget og gir rettigheter og plikter. Ut fra status får man roller med forventninger for oppførsel, holdninger og væremåte. Her er ofte forskjellige verdisystemer sentralt, for eksempel det individuelle verdisystemet versus det kollektive verdisystemet (Dahl, 2001). Det individuelle verdisystemet fokuserer på selvstendighet, ansvar for seg selv og det å ta egne valg for å realisere iboende evner. Enkeltindivider er overordnet familien og selvrealisering er en iboende evne. Enkeltindividet er overordnet familien og selvrealisering er en iboende plikt. Likhet og likeverd mellom kjønn og relasjoner i familien er sentralt og kvinne og mann deler ansvaret for barneoppdragelse, husarbeid og økonomisk forsørging av familien. Moralsystemet fokuserer på likhet og rettferdighet for loven for alle. Det kollektivistiske verdisystemet ser på storfamilien som det overordna fellesskapet, som? person skal man utvikle seg først og fremst som medlem av en gruppe i samspill med storfamilien. Vi-følelsen i familiefellesskapet utgjør en integrert del av selvbildet og personlig identitet. Kvinner og menn har ansvar for ulike domener. Kvinnen har ansvar for den private sfæren som barn, hjem og familie mens mannen har ansvar for den offentlige sfæren som omfatter arbeid og familiens kontakt med det øvrige samfunnet. Mannen har høyere status enn kvinner og likeledes har eldre høyere status enn yngre (Skytte, 2001, referert i Skogøy, 2008). Den tredje faktoren omhandler individuelle faktorer som persepsjon, kognisjon og emosjon. Persepsjon sier noe om hvordan man oppfatter og fortolker inntrykk og

hvordan man sorterer de. Kognisjon omhandler hvordan man tenker og tar beslutninger, mens emosjon handler om ulike måter å utrykke følelser på (Dahl, 2001).

Kort oppsummert går Dahls kulturfiltermodell ut på at intendert melding bare er kjent for avsender. Meldingen blir sendt og innkodet gjennom avsenders kulturfilter og mottatt melding blir avkodet gjennom mottakers kulturfilter. Mottakers mening er nødvendigvis ikke lik avsenders mening (Dahl, u.å). I følge Dahl er interkulturellkompetanse viktig i interkulturell kommunikasjon. Interkulturell kompetanse handler i følge Dahl om « å tydeliggjøre sine egne forutsetninger og perspektiver samtidig som en søker å skaffe seg kunnskaper og forståelse både vedrørende sin egen kulturelle bakgrunn og den fremmedes kultur tradisjon» (Dahl, 2001). I kulturfiltermodellen kan det legges det til grunn at begge partnerne i kommunikasjonen vekselvis er subjekter som sender budskap eller intendert mening. Tilbakemeldinger fører til at begge partene kan justere sine kulturfiltre. Dermed tydeliggjør kulturfiltermodellene at partene i en interkulturellkommunikasjonsprosess kan endre sine holdninger som følge av møtet med den andre. Dersom kulturfiltermodellen bare blir brukt av den ene parten i kommunikasjonsprosessen kan de brukes som et verktøy til å kontrollere formidlingen av budskapet til den andre. Det kan gjøres ved å få innsikt i kulturforskjellene og gjennomskue den andres kulturfilter for så å eliminere eventuelle feilkilder i kommunikasjonsprosessen. Resultatet av dette er kontroll over det interkulturelle møtet og makt overfor den andre parten. Dersom begge partene har innsikt i den andres kulturfilter blir ikke lenger ulike kulturfilter noe problem. Da kan de kode sine egne budskap og avkode den andres budskap på en måte som gjør at begges budskap blir oppfattet slik de var intendert (Opsal, 2011).

4.3.2 Bruk av tolk

Når to parter som mangler felles språk skal kommunisere med hverandre er tolk et nødvendig mellomledd for at de skal kunne føre en samtale med hverandre (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, s.a.). En tolk fungerer som en brobygger mellom to parter. I Norge finnes det et nasjonalt tolkeregister som skal bedre tilgang til tolk og sikre en god kvalitet på tolkning i offentlig sektor. Det er i tillegg private byråer som tilbyr tolketjenester. Tolketjenestene i Norge er ikke innlemmet som en naturlig del av helse- og sosialtjenestene og kan sees på som

mangelfulle. Det er for få tolker sammenlignet med behovet og er ikke like tilgjengelige over hele landet. På mindre steder i Norge er det vanlig å bruke telefontolk eller tolk via videokonferanse. Opplæring av tolker er ikke like bra overalt og det finnes ingen veiledningsordning for dem (Javo, 2010).

Det kan være uheldig å bruke familiemedlemmer i helse- og sosialtjenestene, fordi en tolk ideelt sett ikke skal være inhabil. Det vil si at han eller hun ikke kan ha interesse av å tilpasse samtalen til egen eller en av partenes fordel. Tolken skal heller ikke være knyttet til familien på noen måte. Han eller hun skal ikke ha mulighet til å være part i samtalen, formulere egne spørsmål, oppklare misforståelser eller bryte inn i dialogen. Tolken skal heller ikke unnlate å oversette noe informasjon fordi det oppleves som ubehagelig (Javo, 2010). Han eller hun skal oversette alt som kommer til uttrykk under samtalen og ikke unnlate, endre eller tilføye noe. Ansiktsuttrykk og kroppsspråk vil naturligvis ha redusert effekt i en tolket samtale. Det samme gjelder gester som også i tillegg kan ha ulikt innhold i ulike kulturer. Eksempel på det kan være det å nikke. I noen kulturer betyr det nei og i andre ja. En tolk har absolutt taushetsplikt. Dette gjelder også dersom tolken slutter i tolketjenesten (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, s.a.).

For helse- og sosialarbeideren og klienten i en behandlingssituasjon der det brukes tolk kreves det at de har en kompetanse i å arbeide med tolk. Arbeidet med en tolk kan deles inn i tre faser: forarbeidet, tolkesituasjonen og etterarbeidet. I forarbeidsfasen blir tolkens egnethet vurdert og viktig informasjon blir formidlet. Tolken bør få vite innholdet i og helse- og sosialarbeiderens intensjon med samtalen, måten vedkommende uttrykker seg på og personlig stil. Det bør også inngås en enighet om hvordan samtalen skal skje og hvordan det videre arbeidet vil være (Javo, 2010).

Selve tolkesituasjonen bør starte med at klienten får informasjon om tolkens funksjon og arbeidsmåte. Tolk, helse- og sosialarbeider og klient bør plasseres i en trekantformasjon og i eventuelle pauser bør tolk ha pause alene for å unngå direkte kontakt mellom tolk og klient.

Ettermøtet er mellom helse- og sosialarbeideren og tolken. Det bør brukes til å snakke om eventuelle problemer og hendelser under timen og eventuelt drøfte kulturelle forhold og arbeidsforhold (Javo, 2010).

Det bør brukes samme tolk ved hvert møte med samme klient for å skape trygghet og kontinuitet. Tillit mellom tolk og klient er viktig. Ofte oppstår det mistillit fordi klienten er redd for at tolken ikke skal overholde taushetsplikten og fortelle videre det som blir sagt under samtalene (Javo, 2010). Dette kan det være gunstig å ta opp i begynnelsen av tolkesituasjonen.

5.0 Analyse

I dette kapittelet presenteres de fem intervjuede jordmødrenes opplevelser av barrierer mot å snakke med gravide innvandrerkvinner om de utsettes for vold fra sine nære relasjoner, og hvordan de opplever disse barrierene kan overkommes. Empirien vil bli analysert opp mot teori og forskning som er presentert tidligere i oppgaven.

Analysen er delt inn i fire hovedkategorier:

- Organisatoriske barrierer
- Kulturelle barrierer
- Kommunikative barrierer
- Å overkomme barrierer

5.1 Presentasjon av jordmødrene

Jeg vil starte med å gi en presentasjon av hver jordmor slik at det blir enklere for leseren å få et bilde av hver jordmor. Det er foretatt noen modifiseringer for å sikre anonymitet.

5.1.1 Sissel

Sissel har over 30 års erfaring som jordmor. Hun har hovedsakelig jobbet på helsestasjoner, men hun har også jobbet litt på fødeavdelinger. Hun møter ca. 200 nye gravide i året og mange av dem er innvandrerkvinner. Hun opplever at det har vært flere innvandrerkvinner til svangerskapskontroll det siste året enn tidligere uten at hun kan si noe tall på det. Hun sier at hun ikke noe imot å snakke om vold i nære relasjoner med gravide, men det er ofte at det ikke blir gjort dersom det ikke foreligger noe mistanke om vold.

5.1.2 Ruth

Ruth har også over 30 års erfaring som jordmor. Hun har jobbet på sykehus og på private og kommunale helsestasjoner. Hun møter i overkant av 100 gravide i året og en god del av dem er

innvandrerkvinner. Hun snakker alltid med alle gravide kvinner om vold i nære relasjoner i løpet av perioden de går til svangerskapskontroll hos henne.

5.1.3 Johanna

Johanna har jobbet som jordmor i over 20 år. Hun har jobbet på ulike arbeidsplasser som fødeavdeling, nyfødtavdeling, observasjonspost for gravide, poliklinikk og nå kommunal helsestasjon. Det er der hun har jobbet lengst. Rundt 20 prosent av de gravide hun har til svangerskapskontroll er innvandrerkvinner. Hun har vært aktiv innenfor kampen mot kvinnelig omskjæring og tvangsekteskap. I forhold til dette har hun gått på mange kurs. Likevel er hun redd for å snakke om vold i nære relasjoner med innvandrerkvinner og kvinner generelt.

5.1.4 Alva

Alva har jobbet som jordmor i 15 år. Først jobbet hun noen år på fødeavdeling og barselavdeling før hun startet å jobbe på den kommunale helsestasjonen hun jobber på nå. Det er en stor helsestasjon og har hver dag en eller to innvandrerkvinner inne til kontroll. Det siste året har hun begynt å snakke med de gravide om vold i nære relasjoner. Tidligere hadde hun ikke noe rutine for det, men er glad for at de har begynt med det nå.

5.1.5 Olga

Olga er den av informantene som har kortest erfaring som jordmor. Hun har jobbet som jordmor i ti år og bare på helsestasjon. Hun har ca. 200 nye gravide til kontroll hvert år og mange av dem er innvandrerkvinner. Olga er opptatt av vold i nære relasjoner og helsestasjonen hun jobber på har stort fokus på dette temaet. Hun prøver å snakke med alle gravide om vold i nære relasjoner og har gått på mange kurs om vold.

5.2 Organisatoriske barrierer

I det følgende vil jeg presentere de organisatoriske barrierene som kom frem i intervjuene med informantene. Organisatoriske barrierer er her blitt delt inn i følgende seks underkategorier:

- Kontinuitet, arbeidsdeling og dokumentering
- Tidspress
- Manglende rutiner og henvisningsinstanser ved avdekking
- Taushetsplikt
- Tilgang til tolk og partner tilstede
- Organisasjonskultur

5.2.1 Kontinuitet, arbeidsdeling og dokumentering

Samtlige av informantene fortalte at de følger basisprogrammet som er beskrevet i introduksjonen i denne oppgaven. Videre fortalte de at de opplever at de fleste gravide enten går mest til jordmor eller likt til jordmor og lege. Johanna nevnte mangel på kontinuitet i forhold til hvem de gravide går til kontroll hos som en barriere for å snakke om vold i nære relasjoner. Når de gravide noen ganger går til jordmor og noen ganger til lege kan det gå lang tid mellom hver gang jordmor og den gravide møtes igjen. Johanna påpekte at det da kan være vanskelig å oppnå et tillitsforhold som tillater å ta opp vanskelige temaer. Dette støttes av den systematiske oversikten av Hodnett (2003) som sammenlignet klinisk effekt av kontinuitet i omsorg, med vanlig omsorg med flere fagpersoner. Den viste at kvinner som fikk kontinuitet gjennom en gruppe av jordmødre blant annet hadde mindre sannsynlighet for å ikke kunne drøfte bekymringer i svangerskapet (Hodnett, 2003, referert i Sosial- og helsedirektoratet, 2005). En annen oversikt viser at gravide som fikk jordmorledet omsorg var mer fornøyd med hvordan informasjon ble formidlet til dem og kommunikasjon med fagpersonene enn de som mottok mindre kontinuitet i omsorgen (Waldenstrøm & Turnbull, 1998, referert i Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Svangerskapsomsorgens struktur bør hjelpe til med samkjøring av jordmødre og leger for å hindre manglende oversikt, informasjon og interesse for de gravide. For at de gravide skal føle en kontinuitet i omsorgen er det viktig at jordmor og lege vet hvem som skal gjøre hva og hvilket ansvarsområde de har. Dette kommer vanligvis frem fra organisasjonsstrukturen.

Organisasjonsstrukturen legger ofte føringer for arbeidsdeling og koordinering av aktiviteter. Den kan også begrense handlefriheten til ansatte i organisasjonen og på den andre siden gi stor

handlefrihet for hva de skal gjøre (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Leger og jordmødre er avhengig av regler, rutiner og struktur for å hindre manglende oversikt. En utfordring informantene forteller om her er at svangerskapsomsorgen lar den gravide selv velge om hun vil gå til lege og jordmor og deres ansvarsområde er med noen unntak de samme. Det kan derfor være vanskelig for jordmødre å definere sine arbeidsoppgaver i forhold til legens oppgaver selv om de følger stillingsinstruksen og gjør de oppgavene som forventes av dem. Dette var noe flere av informantene i min studie opplevde som forvirrende.

To av informantene i studien min uttrykte at usikker arbeidsdeling mellom lege og jordmor er en barriere for å spørre om vold i nære relasjoner. Johanna uttrykte usikkerhet om det var hennes oppgave å spørre gravide om vold i nære relasjoner; «*Jeg er litt usikker på om det ligger til jordmor å spørre om det eller noen andre*». Organisasjonsstrukturen til svangerskapsomsorgen viser ikke tydelig om de skal ha ansvar for å spørre om dette eller ikke. Likeledes uttrykte Sissel at hun noen ganger var usikker på om legen allerede hadde tatt opp temaet med den gravide. Det var da vanskelig for henne å ta opp temaet selv ved mistanke siden hun ikke visste om det var hennes oppgave eller ikke. I undersøkelsen til Roelenset al. som omhandlet om gynekologer skulle screene pasienter for partnervold kom det frem at gynekologene ikke så på graviditet som en mulighet for screening og at de ikke ønsket en universell screening (Roelens et al., 2006). I en annen undersøkelse som omhandlet screening for partnervold av helsepersonell kom fem til at det ikke blir sett på som et profesjonelt ansvar å screene for partnervold (Wright, R.J., Wright, R. O & Isaac, 1997, referert i Waalen et al., 2000). Dette kan tyde på at arbeidsfordeling mellom faggrupper kan være vanskelig å identifisere dersom det ikke er pålagt skriftlig. Det må likevel påpekes at undersøkelsen som omhandlet screening for partnervold av helsepersonell er en noe gammel undersøkelse som det bør stilles spørsmål til om gyldigheten i dag.

Flere av informantene nevnte manglende dokumenteringsmuligheter som en barriere i forhold til å skulle snakke med gravide om vold i nære relasjoner. De fortalte at samtlige gravide kvinner som kommer til svangerskapskontroll får tildelt et helsekort som de selv må ta hånd om. Helsekortet er en strukturert svangerskapsjournal der alle fagpersoner som er involvert i

svangerskapet må signere ved hver kontakt. Dette er for å lette samarbeidet mellom fagpersonene (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det kan hjelpe jordmødrene til å vite hva legen i noen grad allerede har foretatt som jordmor da ikke trenger å gjøre. Da har leger og jordmødre en sjanse til å klargjøre hva som er deres arbeidsoppgaver i møtet med den enkelte gravide. Når det gjelder vold i nære relasjoner er ikke det et punkt på helsekortet og det gjør det vanskelig for ansatte i svangerskapsomsorgen å dokumentere at det er tatt opp eller eventuelt at det er avdekket. Ruth fortalte at hun ikke vet hvordan hun skal dokumentere avdekking av vold i nære relasjoner. Johanna var på den andre siden redd for å måtte dokumentere vold i nære relasjoner fordi det kunne utsette den gravide for ubehageligheter dersom noen kjente av den gravide på en eller annen måte kunne se dokumentet. Hun forteller om en gravid hun møtte som var utsatt for vold der hennes kollega var venninne med søstera til den gravide. I den saken måtte hun være forsiktig med hvem hun snakket med. I en evaluering av implementering av et nasjonalt volds screeningprotokoll i en gynekologisk onkologi klinikk skrevet av Owen-Smith et al. (2008) kom det frem at manglende mulighet til dokumentering av volds screening kan være en barriere. De som inngikk i studien savnet en plass på eksisterende papir til å dokumentere avdekking av vold eller at screening var utført (Owen-Smith et al. 2008).

5.2.2 Tidspress

Svangerskapskontroller viser seg ut fra mine informanternes erfaringer å være preget av et tidspress. Alle informantene unntatt Olga og Alva pekte ut mangel på tid som en barriere mot å snakke med gravide om vold i nære relasjoner, og spesielt mangel på tid i samtaler med innvandrerkvinner. Johanna var fra første stund i intervjuet opptatt av at jordmødre har for lite tid; «*Det er travelt for jordmødre å få tid til ting som intervju*». Hun fortalte at det tar ekstra tid ved svangerskapskontroll med innvandrerkvinner fordi de bruker tolk; «*Og du vet, det tar sin tid når man skal gi samme informasjon og veiledning til en utenlandsk kvinne ved hjelp av tolk, det tar dobbel tid*».

Samtlige av informantene gav uttrykk for at samtaler med innvandrerkvinner generelt er tidkrevende. Dette gjelder spesielt de første kontrollene der det skal gis mye informasjon og samtidig innhentes informasjon som skal struktureres inn i helsekortet. All informasjon skal

legge grunnlag for beslutninger om prøver, undersøkelser og risikovurderinger for kroppslige, psykiske og sosiale forhold. I lys av dette skal svangerskapsomsorgen videre planlegges for den spesielle kvinnen og hennes familie. Styrker og ressurser skal komme frem og samtidig punkter der kvinnen kan komme til å trenge ekstra hjelp. Dersom en kvinne trenger utvidet oppfølging skal dette planlegges (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Alt dette krever tid og hver kontroll er tidsbegrenset. Når den gravide i tillegg er en innvandrerkvinn og det gjerne brukes tolk vil det ta ekstra lang tid. Det å få tid til å ta opp et sensitivt tema som vold i nære relasjoner kan da være vanskelig. Johanna uttrykte dette på denne måten; *«Jeg er redd for å bli sittende med noe i fanget som jeg ikke har tid til å ta meg ordentlig av og bringe videre. Jeg har ikke tid og ressurser til å bruke på voldsproblematikken. Jeg må først og fremst ta det som hører til svangerskapsomsorgen».*

Johanna fortalte videre at innvandrere må ha ekstra informasjon om det norske helse- og trygdesystemet. Hun opplever at det er mye de ikke kan. Mange vet ikke hvor de skal dra for å føde eller hva som skjer på sykehuset når de skal føde. Svangerskapskontrollene for innvandrerkvinner går derfor mye til å gi informasjon om dette og også om barnet etter fødselen. Johanna sier; *«Dersom de mangler skolegang, trenger tolk og er ny i landet, så bruker vi veldig mye tid på å forklare helt enkle ting som for eksempel det med påkledning, hvordan en fødsel foregår, det at de har krav på enerom under fødsel, det er ikke selvfølge det».* I tillegg forteller hun at de bruker mye tid på å trygge den gravide kvinnen i forhold til at man vil vedkommende vel og gir informasjon ut fra et godt hjerte. Johanna føler at hun etter alt dette har svært lite tid til rådighet til å spørre om vold i nære relasjoner.

Olga tenker på en annen måte enn Johanna. Hun ser ikke på tid som et problem i forhold til å snakke om vold i nære relasjoner med innvandrerkvinner; *« Det er sånne ting jeg må ta meg tid til, og dersom det er mistanke om vold er jeg snar med å ta de inn til en ekstra kontroll. Jeg har ofte dårlig tid, men jeg kan ikke bruke det som noe unnskyldning nei. Har ikke tid – det er en veldig enkel unnskyldning spør du meg!».* Selv om hun mener dårlig tid er en unnskyldning påpekte hun at svangerskapskontroll med innvandrerkvinner kan oppleves kaotisk; *«De skal ha*

så mye informasjon, kommer med tre små barn osv. Av og til drukner temaet vold opp i mye annet».

Alva nevnte ikke tid som et problem for å få snakket om vold i nære relasjoner. Hun er på samme måte som Olga bevisst på sitt ansvar i forhold til dette temaet og poengterer at det ligger i derees mandat å sørge for god fysisk og psykisk helse for de gravide. Hun ser det dermed som en ansvarsfraskrivelse å skylde på for lite tid til å snakke med de gravide om vold i nære relasjoner. Ruth derimot er enig med Johanna om at det er altfor lite tid til å snakke om vold i nære relasjoner; *«Det krever masse tid. Spesielt det med tolkingen. Dobbel tid, dersom det ikke er mer. Og så er det masse andre ting hele tiden. Nei, det er krevende».* Hun forteller videre; *« I samtaler må jeg på en måte bruke kjempemasse tid på å bearbeide de til å gjøre noe. Og den tiden er det lite av. Er mange andre faktorer og, som rus. Rus og vold og psykiatri. Veldig mange henger sammen. Når du først får hull på noe så blir det ofte større, dypere og mer».*

Selv om samtlige av informantene påpeker at de har lite tid er det viktig å huske på at i retningslinjer for svangerskap anbefales det at kvinner som trenger kontroller utover basisomsorgen får mulighet til det (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det kan derfor stilles spørsmål ved tidsbarrieren som mange jordmødre opplyser om i den sammenheng. Likevel vet vi at jordmødrene ikke alene bestemmer hvor mye tid de kan sette av til hver gravid kvinne. Det er kommunen som skal sørge for å ha nødvendig personell for de tjenestene kommunehelsetjenesten skal utføre (Kommunehelsetjenesteloven § 1 – 3). To av jordmødrene jeg snakket med jobbet i kommuner der jordmor bare var tilsatt i 60 prosent stilling og de følte det av den grunn av stort arbeidspress. Flere undersøkelser har vist at mangel på tid er en barriere for jordmødre mot å spørre om vold i nære relasjoner. I screeningsprosjektet foretatt av NKVTS i samarbeid med ATV og de fire jordmødrene i Telemarkskommuner var en av årsakene til at jordmødrene unnlot å screene de gravide tidspress. De nevnte også at noen gravide kommer til svangerskapskontroll først sent i svangerskapet noe som gjør at tiden blir enda mer begrenset enn om de hadde kom til første kontroll i begynnelsen (Hjemdal & Engnes, 2009). Stenson (2005) undersøkelse av jordmødres erfaringer med vold viste at tidspress var en utfordring for de. Det

samme viste Owen-Smith et al. (2008) sin evaluering av implementering av nasjonal screeningprotokoll for vold i en gynekologisk onkologi klinikk.

Waaen et al.(2000) sin gjennomgang av studier med fokus på screening for partnervold viste at 12 studier kom frem til at mangel på tid var en barriere for helsepersonell. At så mange undersøkelser utpeker mangel på tid som barriere for å snakke om vold i nære relasjoner kan gi en indikering på at strukturelle forhold ved svangerskapsomsorgen gjør at det blir for lite tid for jordmødrene. De har ikke tid til å ta inn til flere kontroller selv om det står i retningslinjene at de har mulighet til det. Dette kan være et eksempel på hvordan organisasjonsstruktur kan begrense ansattes handlefrihet og hvordan den kan styre og koordinere arbeidet på en måte som påvirker utførelsen av arbeidsoppgavene (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

5.2.3 Manglende rutiner for å spørre om vold i nære relasjoner

Alle informantene i min studie har ulike rutiner i forhold til å snakke om vold i nære relasjoner under svangerskapskontrollene. Det er flere ulike måter å ta opp temaet på. På helsestasjonen der Alva jobber har de en generell rutine om å ta opp temaet vold i nære relasjoner med alle gravide som kommer til svangerskapskontroll hos dem. De leverer også ut en brosjyre om vold til alle de gravide ved første kontroll. Denne brosjyren ligger sammen med brosjyrer om mellom annet depresjon, narkotika, kosthold og ernæring. De gravide får vite at de kan snakke med jordmor dersom de opplever vold fra sine nære reasjoner.

Ruth har en rutine på å snakke med alle gravide om vold i nære relasjoner. Hun sier; *«Det er noen ting jeg alltid snakker med de gravide om på kontrollene. Det er rus og det er overgrep og så er det fysisk og psykisk vold. Sånne ting»*. Hun tar dette temaet opp på første kontroll. I samtaler med innvandrerkvinner starter hun å snakke om temaet ved å informere om at det er en del regler og lover i Norge når det gjelder vold og overgrep. Da åpner hun opp for temaet slik at de gravide forstår at de kan snakke med jordmor om vold, enten ved første kontroll eller senere i svangerskapet.

Olga spør alltid om vold under første svangerskapskontroll; *«Jeg spør alltid om psykisk og fysisk helse, livserfaringer og så spør jeg alltid om de blir utsatt for krenkelser og vold. Jeg har valgt å bruke ordet krenkelser, blitt vandt til det. Føler kanskje at det dekker litt flere ting»*. På samme måte som Ruth og Alva føler hun at hun har åpnet for temaet når hun spør på denne måten. Da vet de gravide at de kan komme til henne om dette. Hun sier; *«Av erfaring ser jeg at det er få som svarer ja på første kontroll. Men da har jeg på en måte åpnet for at det er lov å snakke om det er «*.

Verken Sissel og Johanna har ingen spesielle rutiner for å snakke om vold i nære relasjoner, men Johanna spør alle om de har opplevd ting i livet som kan ha betydning for svangerskap og fødsel. Hun forteller; *«Det jeg har rutiner for er å spørre alle om de har opplevd ting i livet som kan ha betydning for svangerskap og fødsel. Da får de svare som det passer. Jeg tenker på tiden før svangerskapet da, i barneårene eller tidlig voksen alder»*. Johanna ofte om innvandrerkvinnene har det greit hjemme, men vanligvis spør både Johanna og Sissel bare om vold dersom de har mistanke om det. Sissel sier; *«Ved mistanke spør vi. Nei vi spør ikke dersom vi ikke har mistanke. Dersom de ser triste ut. Spør om det er greit å komme til Norge, om de har det greit hjemme. Spør ikke akkurat om vold. Da får du i hvert fall ikke noe svar. Det kommer an på hvordan en spør»*. Videre forteller hun at det kan være vanskelig å tolke innvandrerkvinner. Det varierer i ulike kultur hvordan man viser andre at man er trist og om man i det hele tatt viser det. Hun fortalte også at blåmerker på armene ofte kan gi henne mistanke om vold, men hos innvandrerkvinner med mørk hud er det vanskelig å se blåmerker. Sissel ga uttrykk for at hun synes det er vanskelig å tolke sin egen mistanke om innvandrerkvinner er utsatt for vold. Likeledes kan spørsmålet; ”Har du det greit hjemme?” defineres på ulike måter i ulike kulturer og det er individuelt for hver enkelt hva som er greit og ugreit. Dette vil bli drøftet mer under avsnittene under kulturelle barrierer.

Samtlige av jordmødrene påpekte at det var viktig for dem å vise til de gravide at det er lov å snakke med jordmødrene om vanskelige ting, inkludert vold. Mens Ruth, Olga og Alva tar temaet opp direkte spør Sissel og Johanna mer indirekte. Likevel åpner de opp for at kvinnene

kan fortelle om det de har på hjertet. Alle informantene unntatt Johanna ønsket at det var pålagt å spørre alle gravide om vold i nære relasjoner. De som allerede har rutine på å snakke om det fortalte at det ville gjøre det enklere å ta det opp med de gravide dersom det var pålagt og en del av rutineundersøkelsene som skal gjøres. Så lenge det mangler en rutine på det er det unødvendig vanskelig poengterte to av informantene. I regjeringens handlingsplan ”Vold i nære relasjoner (2004-2007)” ble det påpekt at åpenhet i form av rutinemessige spørsmål om vold og voldsutsatthet kan bidra til at hjelpeapparatet i større grad blir i stand til å identifisere voldsutsatte (Justis- og beredskapsdepartementet, 2004).

5.2.4 Manglende rutiner og henvisningsinstanser ved avdekking

I min studie poengterte Ruth at det ikke er hjelp i å starte en screening for vold i nære relasjoner dersom det ikke står et hjelpetiltak klart til de kvinnene som blir utsatt for vold fra sine nære relasjoner; *«Hvorfor skal jeg screene flere dersom det er ingen som tar imot de. Men at det er behov for det, det er det. På norsk side og på utenlandsk side. Vi må ha oppfølging. Vi må ha en plass å lede de vi finner. Det må være en kompetanse på andre siden»*. Dette kommer også frem i Roelenset al. (2006) sin undersøkelse. De konkluderte blant annet med at manglende formelle henvisningsrutiner var en av årsakene til at gynekologene ikke alltid utførte screening for partnervold. Samtidig kom det frem i det norske prøveprosjektet at jordmødrene var positive til screening dersom blant annet eventuell oppfølging for de voldsutsatte var til stede (Hjemdal & Engnes, 2009).

Under intervjuet stilte Johanna spørsmålet; *«Hva skal vi gjøre med det, dersom vi avdekker vold?»* Videre fortalte hun; *«Jeg er veldig usikker på hvordan jeg skal håndtere det. Når jeg får et sånt problem»*. Dette gjenspeiler et vagt formulert formål og strategier i svangerskapsomsorgen. Det er i stor grad opp til den enkelte jordmor hvordan de arbeider, og opp til kommunen hvem som skal jobbe sammen. Det at Johanna ikke vet hva hun skal gjøre ved avdekking viser at det er en mangel på rutiner ved avdekking av vold og henvisningsrutiner. Johanna er ikke alene om å kjenne på denne usikkerheten. Sissel fortalte at hun føler hun ikke har så mange tilbud å kontakte når hun avdekker vold i nære relasjoner. *«Vi har livskrisehjelpen og psykologen vår»*. Ruth føler der er for lite henvisningsapparater i fylket der hun jobber. *«Hvor*

er de vi skal henvise til, hjelpeapparatet. Det er ikke nok at noe er bra i Oslo eller Tromsø, det må være over hele landet. Det snakkes mye om at det skal være likt over alt. Det provoserer meg, det er ikke likt tilbud over alt». Dette gjenspeiler at det er kommunen som har ansvar for helsetjenestene i hver kommune og de bestemmer i stor grad hvem som skal jobbe med hva, hvor mange som skal jobbe og hvem som skal jobbe sammen. Da sier det seg selv at henvisningsapparatet vil variere noe fra kommune til kommune.

Selv om alle informantene mener de ikke har gode henvisningsrutiner så har de alle noen de kan kontakte ved avdekking av vold. Olga forteller at hun kan kontakte politi, krisesenter, incestsenter og NKVTS. Den siste ringer hun til for å få veiledning i vanskelige saker. Johanna fortalte; *«jeg kan snakke med barnevernet om vold mot barnet, der har jeg jo varslingsplikt. Før barnet er født kan jeg melde til sosialtjenesten og si at jeg er bekymret for barnet. Jeg kan jo også be dem kontakte krisesenteret og tilby dem å snakke med psykologen vår her på helsestasjonen. Vi har en psykolog som er et lavterskeltilbud til de gravide, par og barn».* Alva forteller at hun kan henvise til familievernkontoret og samarbeide med psykolog. De kan hun koble inn før barnet er født, men barneverntjenesten kan ikke kobles inn før etter at barnet er født. Likevel gjelder barnevernloven § 6-4 dersom mor innrømmer vold i nære relasjoner og det ufødte barnet har eldre søsken. Da har jordmor meldeplikt til barnevernet (Barnevernloven § 6-4).

Sissel forteller at ved avdekking av vold pleier hun først å kartlegge om den gravide har kontakt med andre hjelpeapparat som for eksempel krisesenter og livskrisehjelpen. Når hun oppdager vold opplyser hun kvinnen om lavterskeltilbudet på helsestasjonen med psykolog og hvordan de jobber. Likevel opplever hun at de gravide innvandrerkvinnene som får timer der ikke møter opp; *«Og de får timer, men jeg se at de ikke møter opp til timene. Tror mannen har mye styring. Jeg opplever at sånn er det».*

Samtlige av jordmødrene uttrykte usikkerhet i forhold til avdekking av vold i nære relasjoner. Selv om det finnes et hjelpeapparat de kan henvise til, føler de at det er mangelfullt. Likeledes pekte de på at det er for lite fokus på vold i utdanningen som jordmor og i kurs for dem generelt. Flere av dem pekte på at dersom de skal snakke med alle gravide om vold i nære relasjoner er det nødvendig med kurs og utdanning på området. I undersøkelsen til Jaffee al. (2005) viste at de leger og gynekologer i New York som hadde 5-10 års erfaring hadde færre barrierer for å screenepasienter for partnervold. Årsaken ble antydnet å være inkludering og fokus på vold i de medisinske utdanningene i slutten av 1980-årene. Undersøkelsen idikerer dermed at opplæring om partnervold var viktig og det samme gjaldt kontinuerlig opplæring gjennom hele karrieren. På den andre siden viste gjennomgangen til Waalenet al. (2000) at utdanning hadde lite signifikant effekt på screening for vold.

Flere av informantene i studien min fortalte at de hadde opplevd at på grunn av for lite kunnskap om vold hadde de oversett tegn på at kvinner var utsatt for vold. Johanna fortalte at hun fikk dårlig samvittighet under intervjuet og begynte å tenke tilbake på saker der hun kanskje burde ha grepet inn. Hun sa; *«Jeg må si det at jeg får dårlig samvittighet når du kommer her og konfronterer meg med dette, med en sånn problemstilling»*. Sissel fortalte om en innvandrerkvinne som gikk til svangerskapskontroll hos henne som var utsatt for tvangsekteskap. Dette ble ikke oppdaget før på slutten av svangerskapet da kvinnen reiste fra Norge; *« Det gikk et helt svangerskap før jeg skjønnte hva som var problemet, og da var det for sent»*. Sissel fortalte at hun i ettertid har følt at hun ikke hadde nok kompetanse på området til å forstå alle tegn på hva som var galt. Hun forsto at det var noe kvinnen bar på, men ikke hva. Sissel fortalte at hun vet lite om tvangsekteskap. Johanna derimot som har gått på mange kurs om omskjæring og tvangsekteskap føler seg trygg i slike saker fordi da vet hun til en viss grad hva hun må forholde seg til. I undersøkelsen til Finnbogadottir & Dykes (2010) ble mangel på kunnskap om hvordan avdekking av vold som en barriere i forhold til gravide som utsettes for vold. Jordmødrene i undersøkelsen gav uttrykk for dårlig samvittighet fordi de i noen tilfeller hadde oversett tegn på vold og ikke sett det før i slutten av graviditeten. Dette samsvarer med det informantene i min studie opplevde.

Undersøkelsen til Finnbogadottir & Dykes (2010) påpeker at utarbeidde retningslinjer og planer for de ansatte i tillegg til kontinuerlig utdanning og profesjonell støtte er viktig. Dette var informantene i min studie enig i. Samtlige fortalte at det er enklere å spørre om og avdekke vold dersom de har kunnskap og støtte rundt seg. Ola fortalte at hun ville vært trygge på temaet dersom hun hadde hatt mer kunnskap om det. Likevel føler hun at hun har mye kompetanse om det, hun har gått på mange kurs og fått mye informasjon der. På den andre siden tenker hun at det ikke er nødvendig med altfor mye kunnskap om det heller; *«hvor mye kunnskap skal vi ha, vi sitter jo ofte bare i små stillinger. Vi møter heldigvis ikke så mange voldsutsatte»*.

5.2.5 Taushetsplikt

Flere av informantene i min studie nevnte at taushetsplikt var en barriere for å spørre om vold i nære relasjoner eller i saker der vold i nære relasjoner er avdekket. Noe som støtter tidlige forskning. Gjennomgangen til Waalenet al. (2000) ble taushetsplikt sett på som en barriere mot screening for partnervold. Johanna fortalte at hun synes det er vanskelig å ikke alltid kunne gå videre med den informasjonen hun sitter med. Hun sa; *«jeg føler at taushetsplikten er noe som hindrer. Jeg har ikke så veldig sånn utvidet mandat til å føre noe videre om det som jeg får vite»*. Videre forteller hun at i noen tilfeller ønsker ikke den gravide at hun skal gå videre med det de forteller henne. De vil ikke ha mer hjelp. Da føler hun at taushetsplikten er en barriere for å få hjulpet den gravide kvinnen. *«Da synes jeg det er veldig vanskelig, for da har jeg et problem med å diskutere det så veldig nøye videre»*. Alva forteller at det er vanskelig å vite hva hun skal gjøre når en kvinne blir utsatt for vold og ikke vil at hun skal gå videre med det og heller ikke vil ha hjelp. *«De vil ikke ha handling og jeg kan ikke gå videre med det. De må samtykke med det»*. Ruth forteller at mange vil vente med å ta imot hjelp; *«Mange som har det sånn, vente, vente, vente, og så. Jeg kan ikke tvinge de til å ta imot hjelp, men jeg kan på en måte hekte de på slik at de blir fulgt opp. De går jo til meg frem til barnet er født, men etter det har jeg ikke mulighet til å hjelpe. Da er det helsesøster som overtar»*.

Jordmødre har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21 som lyder som følgende; *« hindre at andre får adgang til eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell»*. Videre sies

det i helsepersonelloven § 25 at « med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp». Jordmødrene kan dermed ikke gå videre med vold eller henvise til andre instanser dersom ikke de gravide samtykker til det. Det kan derfor en barriere for å få hjulpet den voldsutsatte ved avdekking. Taushetsplikt som barriere er en organisatorisk barriere som vokser ut av svangerskapsomsorgen som organisasjon med lovbestemmelser for de ansatte.

5.2.6 Tilgang til tolk og barnefar tilstede

Johanna forteller at i kommunen hun jobber er de forpliktet til å bruke tolk som er fysisk tilstede. Hun skulle ønske hun hadde mulighet til å bruke telefontolk, men må føye seg etter bestemmelsen til kommunen; « De kommer ofte fra samme miljø. Ikke alltid overholder de taushetsplikten. Det er det veldig stor forskjell på det. Noen tolker har man på en måte samarbeidet med i 20 år og da vet man hvem man kan stole på og ikke. Hvem man kan bruke». Olga derimot forteller at de alltid bruker telefontolk og kvinnelig tolk. «Vi bruker alltid kvinnelig tolk og telefontolk. Det er en tolk som de ikke kjenner. I en liten by er det vanskelig å få tak i tolk i rommet. Og da vil det bli en mann og noen de kjenner. Vi ønsker ikke det. Det er veldig mange menn som tilbyr seg å være tolk, men den hjelpen takker vi veldig ofte nei til. Det har vi til grunnleggende regel».

Samtlige av informantene fortalte at det av til hendte at de ikke fikk tolk eller at tolken fungerte dårlig. Dersom de ikke hadde tilgang til tolk var det vanskelig og nesten umulig å ta opp sensitive temaer som vold i nære relasjoner. De fortalte videre at barnefar ofte tilbydde seg å være tolk dersom de ikke hadde tilgang til tolk. Alle informantene ønsket ikke at barnefar eller andre familiemedlemmer skulle fungere som tolk. Sissel forteller at det har hendt at hun har brukt barnefar som tolk, men at det er noe hun generelt ikke ønsker. I følge Javo (2010) er bruk av familiemedlemmer som tolk er uheldig i helse- og sosialtjenestene.

Svangerskapsomsorgen åpner opp for at gravide ikke trenger å komme alene til kontroll. I basisprogrammet er der ingen kontroll som er reservert bare for den gravide kvinnen. Samtlige

av jordmødrene påpekte at det at far kan være tilstede under alle svangerskapskontrollene er en barriere mot å ta opp temaet vold i nære relasjoner med de gravide. Johanna fortalte at hun aldri spør en gravid kvinne om vold i nære relasjoner dersom mannen er tilstede. Dersom hun har mistanke om at kvinnen blir utsatt for vold fra mannen benytter hun seg de gangene kvinnen kommer alene, dersom hun i det hele tatt kommer alene noen gang. Sissel derimot tar opp temaet ved mistanke selv om mannen er tilstede. Med innvandrerepar har hun da opplevd å bli totalt avvist av barnefare; «*Jeg har opplevd at barnefar svarer at det skal vi ikke snakke om, det skal ikke være tema*».

Både Olga, Ruth og Alva ber partner om å gå ut på venteværelse eller ber kvinnen om å komme alene neste gang dersom det foreligger en mistanke om vold i nære relasjoner. Ruth forteller; «*I dag ba jeg en om å sitte i bilen å vente, men de er på en måte i en åpen konflikt*». Olga forteller at hun i noen tilfeller har prøvd å ta opp temaet ved mistanke når barnefar er tilstede, men hun ser ofte da at det bli vanskelig for den gravide kvinnen. Far overtar ofte samtalen og det blir vanskelig å fortsette. Olga og Alva opplever at de barnefedrene som er med på alle svangerskapskontrollene ofte er de som utøver vold mot sin partner. De er ofte tett på den gravide. Olga sier; «*Noen virker veldig kontrollerende, som ofte har behov for å være der hele tiden. Da kan jeg ofte få en mistanke om hva dette her er for noe. Da ber jeg av og til barnefar om å gå ut slik at jeg får spørre på en skikkelig måte*». På den andre siden forteller Olga og Alva at barnefar i innvandrerepar ofte er med på alle svangerskapskontrollene for å hjelpe til. De er i mange tilfeller arbeidsledige og har tid til å være med samtidig som de ofte kan det norske språket bedre enn kvinnen. Noen fedre vil også være en del av alt som har med svangerskapet å gjøre og ønsker å være med på alle svangerskapskontroller.

Olga forteller også at i mange tilfeller har innvandrerkvinnene med eldre barn på svangerskapskontrollene. Det gjør det vanskelig for henne å ta opp temaet; «*Veldig ofte har de barn med seg, barna har ikke barnehageplass. Det kan være store barn som skjønner mye. Og vi har ingen på helsestasjonen som kan ta seg av barna, så det er jo en utfordring. Det er jo en utfordring i forhold til å få snakke med mor når barna er tilstede*». Hun forteller videre at hun

prøver å åpne opp for temaet, og dersom den gravide har en historie å fortelle så ber hun henne om å komme alene neste gang. Flere andre undersøkelser har vist det samme, at rutinen med å invitere far til alle svangerskapskontrollene er en hindring for å ikke ta opp temaet vold i nære relasjoner (Finnbogadottir & Dykes, 2012; Stenson et al., 2005; Hjemdal & Engnes, 2009).

I undersøkelsen til Dykes & Finnbogadottir (2012) ble frykt for gjerningsmannen sett på som en barriere for jordmødrene. Dette er noe Olga også tenkte på; *«Det er vanskelig å sitte her som kvinne, jeg har ikke noe beskyttelse der jeg sitter. Må tenke litt på sikkerheten, Har hatt andre kollegaer rundt, ikke jordmødre, som har hatt opplevelser med vold på kontoret. Så vi har vært nødt til å være litt forsiktige. Men det er ikke noe jeg tenker på i det daglige»*. Denne barrieren viser også til svangerskapsomsorgens struktur og er noe som er utenfor jordmødrenes kontroll. Likeledes forteller Johanna at hun ofte kan se på personer om de er snille eller ikke; *«når man har jobbet som jordmor i så mange år så lærer man å kjenne folk»*. Hun fortalte videre at hun aldri har vært redd for noen selv, men har tenkt på den gravide kvinnens sikkerhet dersom voldsutøveren får vite at hun har avslørt han eller henne.

5.2.7 Organisasjonskultur som barriere

På spørsmålet om informantene tror deres kollegaer jobber ut fra samme rutine som dem når det gjelder vold i nære relasjoner, svarte samtlige av dem ja. De alle mente at de var enige med sine kollegaer om hvordan de skulle håndtere vold i nære relasjoner og om de skulle spørre alle om vold eller bare ved mistanke. De uttrykte sikkerhet på at de jobbet ut fra samme rutine. Olga fortalte; *”Vi snakker mye om dette og tror vi jobber ganske likt”*. Videre fortalte hun; *«Vi har snakket veldig mye om det vi to kollegaer. Og så har vi en sjef som hadde vår jobb tidligere som var veldig fokusert på det og gitt det videre til oss. Vi tar det opp på lik linje med røyking. Det er like viktig for oss å spørre om»*. Ruth forteller at hun tidligere har jobbet sammen med en lege og de samarbeidet om et lavterskeltilbud for de med psykiske vansker; *«Om seksuell helse, opplevelser, krenkelser, vold, depresjon og youname it»*. Dette førte til at hun ble opptatt av temaet og førte det videre når hun startet å jobbe som jordmor på helsestasjon.

Det informantene forteller er en vanlig trend i organisasjoner. Det oppstår uformelle regler for ønsket atferd innenfor en organisasjon. Denne atferden består av verdier, normer, sosialt samhold og gruppepress (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Enkelte jordmødre tar det som en selvfølge å snakke om vold i nære relasjoner slik som Alva; «*Det er ikke et spørsmål for meg om jeg skal spørre de gravide om det eller ikke. Jeg gjør det alltid*». På den andre siden har for eksempel ikke Johanna noen rutine alene for å snakke om akkurat det temaet. Olga, Ruth og Alva ser på det å snakke med gravide om vold i nære relasjoner som spesielt viktig. Ut fra denne verdien vokser det frem uskreven regler for hva som er passende å gjøre på deres arbeidsplass (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Dette er verdier Ruth har tatt med seg fra tidligere erfaring og Olga har fått verdiene fra sin sjef. Dette er et godt eksempel på at organisasjonskultur skapes og gjenskapes kontinuerlig og overføres til nye medlemmer undervegs.

Selv om organisasjonskultur kan stå sterkt også innenfor hver helsestasjon og svangerskapskontroll påpeker Johanna at det kan være at hun tror kollegaene føler det samme og at det kan være feil; «*Jeg tror kanskje mange av mine kollegaer vegrer seg for å gå inn i en sånn diskusjon om en sånn problemstilling av samme årsak. At de føler at de ikke er gode nok på det området, men det kan jo selvfølgelig bare være meg*». Alva påpekte at synlige plakater og brosjyrer inspirerer ansatte til å snakke om vold i nære relasjoner med gravide. Dette er det Edgar Schein (referert i Jacobsen & Thorsvik, 2007) kaller artefakter. Det er noe som formidler informasjon og påvirker tenkemåte og hvordan man oppfører seg og føler. Owen-Smith et al. (2008) tilråder å vise plakater og informasjonsbrosjyrer samt legge ressurskort om vold i venteværelset. Dette var noe Alva påpekte som viktig for å øke bevisstheten om at vold i nære relasjoner eksisterer og at det er et viktig tema.

I tilfellet til Ruth, Olga og Alva er organisasjonskulturen en pådriver for å snakke om vold i nære relasjoner. I Sissel og Johannas tilfelle kan organisasjonskulturen være en barriere fordi de uttrykker enighet med sine kollegaer om å ikke spørre om vold i nære relasjoner under - svangerskapskontroller. Det er sannsynligvis vanskelig å bryte en organisasjonskultur og det er fare for at de fortsetter med denne tankemåten og også overfører den til eventuelle nye tilsette. Organisasjonskulturer kan fungere som strukturer på den måten at de angir passende atferd når

man utfører oppgaver på vegne av en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2007). Den forteller på en måte hva som er relevant og viktig og av den grunn kan forsøk på å innføre rutine med å spørre om vold i nære relasjoner under svangerskapskontroll ikke bli vellykket.

Organisasjonskulturen kan svekke styringsmekanismene og gjøre at nye forslag ikke får ønske effekt (Jacobsen & Thorsvik, 2007).

5.3 Kulturelle barrierer

Alva pekte i begynnelsen av intervjuet på at når mennesker fra ulike samfunn møtes er det vanlig at det oppstår kulturforskjeller. Det medfører at jordmødre må opptre kulturtilpasset og gjennomtenkt for å respektere innvandrerkvinnenes privatliv og verdighet. I det følgende vil jeg ta for meg de opplevde barrierene for informantene som vokser frem av kulturforskjeller.

Sissel fortalte i begynnelsen av intervjuet; *«De har jo en annen kultur disse folka. De er jo på en måte annerledes enn vi, de kysser på kvinnene og klemmer. Det er vi jo ikke vandt til. Og ofte så har de god tid og må av og til spørre om de går etter klokken eller solen»*. Det Sissel fortalte viser at mennesker som kommer fra ulike kultur opptre forskjellig i møte med andre. Olga forteller at kulturforskjeller gjør det ekstra vanskelig i samtaler med innvandrerkvinner; *«Vi tilnærmer oss problemer på ulike måter»*. Flere ganger har Johanna opplevd at det hun definerer som vold ikke blir definert som vold av innvandrerkvinnene. Dette gjør det vanskelig for Johanna å snakke om vold med gravide innvandrerkvinner. Ofte forstår de ikke problemet selv fordi de har en annen kulturell bakgrunn. Likevel sier Johanna at hun ikke ser på kultur som en barriere og at hun ikke er negativ til kulturforskjeller. Men der er definisjonsforskjeller som kan gjøre det vanskelig

Olga fortalte; *«Deer så vandt til det at de ikke skjønner at det er noe problem. De vet ofte ikke at de blir utsatt for vold. Prøver å forklare det til dem, vise bevis og si at de ikke er riktig»*. I studien til Kulkarniet al. (2011) påpekte de at barrierer for å snakke om partnervold blant unge gravide og foreldre som var utsatt for partnervold var at dersom de hadde vokst opp i voldelige

familieforhold oppfatta de vold som normalt. Det var også vanskelig å få de voldsutsatte til å forstå at de var utsatt for vold. De klarte ikke å se seg selv som offer fordi dette var noe de hadde vokst opp med (Kulkarni et al., 2011). Ruth forteller at det er vanskeligere å snakke med innvandrerkvinnene enn de norske kvinnene om vold fordi det er kulturforskjeller og tankeforskjeller; *«Måter å tenke på. En del av kontinenta tar dette nesten for gitt, at det er en del av livet. Å få de til å se annerledes på det, fra norsk synspunkt, rettigheter og lov er vanskelig»*. Hun forteller også at det er vanskelig å få de til å forstå hva volden gjør med dem. Mange av dem er flyktninger og har opplevd forferdelige ting. *«Det blir ingenting sammenlignet med det vi ser på som vold på en måte»* forteller Ruth.

Johanna fortalte at hun tror innvandrerkvinner er mer utsatt for vold enn norske; *«For det første tror jeg noen kulturer har et annet forhold til vold enn vi nordmenn. Jeg vet at man trenger ikke å dra så langt ut i Europa før man ser at foreldre dasker barna sine. Jeg vet at mange innvandrerfamilier synes det er vanskelig å oppdra barna sine fordi de ikke har lov å slå barna sine her i Norge. Jeg vet at veldig mange innvandremenn føler seg frustrert og hjelpeløse, og synes at kvinnene i Norge har for stor makt, har veldig mange rettigheter, mens de selv kommer til kort på veldig mange områder»*. Hun forteller videre at dette er faktorer hun vet kan føre til vold. Hun forteller at hun har møtt barnefedre som har vært i krig og har mye i bagasjen. Dette er noe som preger de. Johanna tror at mange innvandrerkvinner har vært utsatt for så mye vold og overgrep der de kommer ifra at de på en måte har en stor toleranse for vold her i Norge; *«Så dersom du har blitt slått siden du var liten så har du ikke så mye å komme til jordmor å fortelle om her på helsestasjonen»*. Dette var også noe Sissel påpekte i intervjuet med henne. Hun fortalte som nevnt tidligere at hun av og til spør de gravide om de har det greit hjemme. Hva som er greit for noen kan være ugreit for andre. I noen kulturer er det vanlig at mannen kan slå kvinnen. En kvinne fra en slik kultur kan komme til å svare at hun har det greit hjemme nettopp fordi hun har vokst opp med at dette er greit. Likelede kan en norsk kvinne som opplever å bli slått fortelle at hun ikke har det greit hjemme. Dette viser til at ulike forståelser av hva vold innebærer kan variere fra kultur til kultur og fra person til person.

Samtlige av jordmødrene påpekte at ulik forståelse av hva som er vold er en barriere for å snakke med gravide innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner. Mangel på kulturkompetanse kan derfor være en hindring i arbeid med innvandrerkvinner. Qureshi (2005) påpeker viktigheten av at helse- og sosialarbeidere har kunnskaper om ritualer og begivenheter som er viktige for ulike kulturer og om hvordan ulike etniske grupper forholder seg til ulike ting er viktig. Likeledes er det viktig å ikke generaliser ut fra etnisitet og språk. Dette ble påpekt som en hindring i arbeid med partnervold i studien til Kulkarniet al. (2011). Ruth fortalte at temaet kultur er et stort tema som det er umulig å få oversikt over. «*Det er umenneskelig å kunne noe om alle landene. Det finnes så mange forskjellige kulturer og lokalkunnskap. Så mye kunnskap har jeg ikke*». Dette viser at Ruth er klar over at man ikke kan basere kunnskapen man har på en enkelt person. Det kan føre til stereotyper og vrangforestillinger om etniske minoriteter (Qureshi, 2005).

Selv om det er viktig å ikke generalisere i arbeid med gravide innvandrerkvinner er det viktig å ha kunnskap om ulike uttrykksformer og livssyn. Mange innvandrere deler ikke det individualistiske verdisystemet vi har i Norge og det er viktig å være klar over at det store forskjeller når det gjelder kultur innenfor ulike etniske grupper. Etnisitet handler om tilhørighet og gruppeidentitet mens kultur har med holdninger og atferd å gjøre. Individuer som opplever å tilhøre samme etniske gruppe kan ha helt ulike kulturer (Hofman, 2011).

At mennesker fra ulike kulturer kan ha ulike verdier kommer frem i det Alva forteller; «*De er ofte opptatt av familiens ære, noe som de er vandt til. Vi har ulike menneskesyn, kvinnesyn, syn på kvinner og barns rettigheter*». Hun forteller videre at det er mange koder å forstå; «*Man må være forsiktig med hva man sier. Man må si at man respekterer deres kultur, men ikke vold. Kan ikke si at vold er bra*». Videre forteller hun at innvandrerne har innlærte koder som må omkodes dersom de skal lære en ny kultur; «*Her snakker man med barna, forteller og bruker tid, øyekontakt og forklaringer. I noen land bruker de mild vold som disiplinering*». Det handler om å sette grenser uten vold sier hun. Sissel fortalte; «*Mannen har mye styring i innvandrerfamilie. Det er liksom de som skal adlyde mannen, og den volden*» Dette indikerer at det kan være vanskelig for jordmødre å vite om de skal legge "den norske normen" til grunn eller

innvandrerkvinnens eget verdensbilde til grunn når de opplever at en kvinne blir slått. De opplever å bli stående i et dilemma i forhold til at de skal respektere ulike kulturers skikker, men samtidig vise at vold ikke er akseptabelt. Selv om det er ønskelig at jordmødre er kultursensitive i møtet med innvandrerkvinner trenger de ikke å være enige i verdiene eller handlingene til den andre kulturen. Noen kulturer er mer tilbøyelige for å trå til vold, men det er viktig at jordmødrene klarer å se hva som er unikt i hos den enkelte situasjon til tross for dette. Dette var noe informantene i studien min syntes var vanskelig og som igjen henger sammen med ulik forståelse av hva som er vold. At de ser på det som vold, mens innvandrerkvinnen ser på det som en del av deres kultur.

5.4 Kommunikasjonsbarrierer

Jeg vil nå gå over til å presentere og diskutere kommunikasjonsbarrierene som i studien opplevde. Alle informantene i studien mente at språkforskjeller og følgende kommunikasjonsproblemer var en av de største barrierene mot å spørre gravide innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner. Olga fortalte; *«Det er generelt sett vanskelig å snakke med innvandrerkvinner. Vi har jo mange asylkvinner og de snakker jo ikke noe norsk. Ofte lite engelsk. Jeg bruker alltid tolk på alle samtaler»*. Johanna fortalte at de alltid bruker tolk når innvandrerkvinnen ikke kan tilstrekkelig norsk. *«Vi bruker alltid kvinnelig tolk. Bruker også tolk for min egen del fordi jeg har en del jeg må informere om»*. Hun fortalte videre at språk og bruk av tolk er en stor barriere; *«Så er det det med språk, fremmedspråk. Enten de snakker dårlig norsk eller jeg engelsk. Et tema som vold blir vanskeliggjort fordi det er morsmålet som er hjertespråket. Hvordan man skal formulere et sånt spørsmål slik at det blir oppfattet rett og viser fintfølelse på fremmedspråk, det er vanskelig»*. Hun opplever også at når hun kommer inn på et sensitivt tema som vold så trekker folk seg tilbake fordi det er en sånn fin balanse mellom omsorg og kontroll; *«Det er en sånn fin balanse mellom omsorg og kontroll. Eller det med tillit og det å bli kikket på i korta»*.

Alva forteller at det ofte er vanskelig å snakke med de som kommer fra andre kulturer. Dette gjelder spesielt ved bruk av tolk. *«Det er mye vanskeligere å snakke gjennom tolk enn å snakke norsk, samme språk. Da får man jo en direkte samtale med dem. Men der an har tolk er det*

vanskelig». Hun opplever at de gravide er redde for tolken og stoler ikke på at han/hun har taushetsplikt. Det fører til at kommunikasjonen mellom henne som jordmor og den gravide kvinnen blir vanskelig. Dette til tross for at tolk har absolutt taushetsplikt. Dette gjelder også dersom tolken slutter i tolketjenesten (Integrerings- og mangfoldsdirektoratet, s.a.). I studien til Gerrishet al. (2004) kom det frem at konfidensialitet var en barriere ved bruk av tolk. Pasienter som kommuniserte gjennom tolk var rede for at tolken ikke skulle overholde taushetsplikten. Dette stemmer overens med det informantene i min studie fortalte om at de gravidens redsel for taushetsplikten til tolk var en barriere. Likeledes var jordmødrene selv i noen tilfeller ikke sikker på om tolken ville overholde taushetsplikten. Sissel fortalte at hun hadde unnlatt å snakke om sensitive temaer med tolk fordi hun ikke stolte på tolken.

Olga opplever også at bruk av tolk som en utfordring; *«Vi vet jo ikke hvordan ting blir oversatt»*. Hun forteller videre; *«Og jeg synes det er påfallende mange ganger når jeg snakker om vold, eller omskjæring, så virker det som det er veldig vanskelig å få tolka det. Den gravide skjønner veldig ofte ikke hva jeg spør om. Om jeg bruker feil ord, at det ikke finnes noe ord, at de er så vandt tildet at de ikke skjønner at det er noe problem. Når jeg spør om omskjæring, så hvorfor spør du om det og hvorfor skal du vite det?»*. Det at kommunikasjon gjennom tolk og kommunikasjon generelt med innvandrere er vanskelig kan forklares godt ut fra Dahls kulturfiltermodell som er beskrevet i teorikapittelet. Både jordmor, tolk og innvandrerkvinnene har sin egen referanseramme i kommunikasjon med andre. Siden hver persons referanseramme er forskjellig fra andres kjenner partene i kommunikasjonen dermed ikke til hverandres referanseramme. Likevel kan det være at tolk og innvandrerkvinnene kan ha en mer lik referanseramme enn jordmor og innvandrerkvinnene. Dersom for eksempel jordmor spør den gravide innvandrerkvinnen om vold i nære relasjoner vil hennes intenderte mening være formet av hennes erfaring og sosialisering som jordmor. Den avsendte meldingen fra jordmor vil ikke klare å uttrykke hele meningen som hun tenkte. Når tolken mottar meldingen vil han eller hun fortolke meldingen ut fra sine forutsetninger og erfaringer og samtidig oversette det til et annet språk. Da vil igjen meningen kunne bli forandret i det den gravide innvandrerkvinnen mottar meldingen og tolker den gjennom sin referanseramme. Den gravide innvandrerkvinnen kan da sitte igjen med en annen mening enn det jordmor hadde tenkt og jordmor har ingen forutsetning

for å forstå hvordan den gravide kvinnen har oppfattet meldingen. Dermed kan det ha oppstått misforståelser (Dahl, 2001). Jordmor og innvandrerkvinnene kan ha ulikt verdensbilde og jordmor sitter i tillegg med en myndighet som den innvandrerkvinnen ikke har. Det kan i noen tilfeller gi et asymmetrisk forhold mellom de to.

Flere av informantene i studien var opptatt av å vise at det er lov å snakke med jordmor om vold i nære relasjoner. Jeg vil igjen vise til det Sissel fortalte om hun spør kvinner hun mistenker blir utsatt for vold om de har det greit hjemme. Sissel sier det antageligvis for å åpne opp for at kvinnen eventuelt kan fortelle om at hun blir utsatt for vold dersom det er tilfellet. Likevel er det ikke selvsagt at Sissels intenderte mening med spørsmålet blir tatt imot på denne måten. Spørsmålet kan misopfattes av mottakeren. Innvandrerkvinner som får dette spørsmålet kan ha andre oppfatninger enn norske kvinner om hva som er relevant å fortelle til jordmor og mennesker fra ulike kulturer kan ha ulike syn på hva som har betydning for svangerskap og fødsel. Dette kan dermed indikere at det er viktig at jordmødrene ikke bare formulerer setninger ut fra eget verdensbilde, men prøver å sette seg inn i den andres forståelsesramme og går inn i dialogen med innvandrerkvinner ut fra det.

5.5 Hvordan overkomme barrierer

Under intervjuene med de fem jordmødrene spurte jeg de hvordan de tror barrierene mot å spørre om vold kan overkommes. Flere andre undersøkelser og studier har også sett på tiltak for å overkomme barrierer mot å snakke om vold i nære relasjoner. I det følgende vil jeg diskutere hvordan jordmødrene opplever at barrierene kan overvinnes og hvilke tiltak som kan settes i verk.. Jeg vil først se på tiltak på organisasjonsnivå før jeg går over til hvordan man kan komme over de kulturelle og kommunikative barrierene.

5.5.1 Innføring av formelle screeningrutiner

Samtlige av jordmødrene jeg snakket med kunne ønske der var et screening verktøy for å snakke om vold i nære relasjoner. Sissel sa; «*Det skulle jeg godt ha likt. Absolutt*». Ved å pålegge at at hver gravid kvinne skal spørres om vold i nærere relasjoner ivaretas en del av formålet med

svangerskapsomsorgen, nettopp å ivareta psykisk helse og sosial velvære. Det å snakke med de gravide vil gjøre at risiko under svangerskapet kan bli mindre for både barn og mor. Samtidig vil pålagt rutine gjøre at alle kvinner blir spurt, ikke bare der det foreligger mistanke. Informantene i min studie og også andre studier (se mellom annet Hjemdal & Engnes, 2009) fortalte at det var vanskeligere å spørre innvandrerkvinner på grunn av mellom annet språkproblem. En pålagt screening for vold vil dermed gjøre at også disse kvinnene vil bli screenet for vold. Olga forteller at standardiserte spørsmål vil gjøre det enklere å ta opp temaet med de gravide; *«jeg synes det er knallviktig å standardisere slik at vi får gode spørsmål som vi kan bruke på alle»*. Et formelt screeningverktøy og pålagt rutine om screening vil derfor kunne gjøre det enklere for hver enkelt jordmor å spørre gravide, og spesielt innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner. Samtidig påpeker Johanna at det er viktig med god opplæring og veiledning for hvordan de skal utføre screeningen og nærme seg disse spørsmålene. Dette er noe Alva også poengterer. Hun sier at det er veldig viktig med opplæring om hvordan stille spørsmålene om vold i nære relasjoner.

Johanna mener at dersom det skal brukes må det være som del av basisprogrammet i svangerskapsomsorgen. I undersøkelsen gjort av NKVTS i samarbeid med ATV konkluderer de med at det er positivt med innføring av screening for vold i nære relasjoner, men at forholdene må ligge til rette for det. Nødvendige forutsetninger og tilrettelegging er viktig (Hjemdal & Engnes, 2009). Roelenset al. (2006) påpeker at det er viktig at det innføres strategier for hvordan screeningen skal gjennomføres. Dette støttes av Waalenet al. (2000). Jaffeet al. (2005) kommer frem til at det er behov for bedre praksissystemer for å oppmuntre rutinemessig screening for partnervold. Det betyr at endring av basisprogrammet for svangerskapsomsorgen kan være nødvendig for å legge til rette for en eventuell screening. Dette gjelder spesielt når det gjelder kontinuitet i oppfølgingen, arbeidsdeling mellom jordmor og lege, dokumentering, rutinen med å invitere partner til svangerskapskontroll og tidspresset som mange jordmødre opplever.

5.5.2 Endring av basisprogrammet i svangerskapsomsorgen

Det at det ofte tar lang tid mellom hver gang jordmor møter den enkelt gravide kvinne påpekte flere av informantene på som en barriere for å oppnå nødvendig tillit for å kunne snakke om sensitive tema som vold i nære relasjoner. Dette mente noen av dem kan løses med å lage et fast

program for hvilke kontroller jordmor skal ha og hvilke kontroller lege skal ha. Samtidig kan det gjøres klarere hva som skal gjøres av hvem og hva som skal gjøres ved hver kontroll. Dersom jordmor er den skal ta opp temaet vold i nære relasjoner bør hun ha minst tre kontroller etter hverandre der den første brukes for å bli kjent, den andre kan temaet tas opp og den på den tredje kontrollen kan den gravide få en mulighet til å komme tilbake til temaet etter å ha tenkt på det siden forrige kontroll. To av jordmødrene i undersøkelsen fortalte at de ønsket å ha et fast program for hvem som skal ha hvilke kontroller for å lette forvirring om hvem som har gjort hva og hva som ikke er gjort.

Et annet alternativ som kom frem i intervjuene er at det kan lages et basisprogram der det er flere kontroller hos enten fastlege eller jordmor. Det vil si at den gravide kan velge hvem hun vil ha som hovedkontakt i svangerskapskontrollen og gå til flest kontroller hos den personen. Den personen vil også ha hovedansvaret for å ta opp sensitive temaer som vold i nære relasjoner. Samtidig bør det ved begge systemer være et dokumentasjonssystem som gjør at jordmor og lege kan se hva som er blitt gjort hittil i svangerskapet. Helsekortet som alle gravide bærer med seg er ikke fullstendig dekkende. Olga forteller; «*Vi jordmødre må jo forholde oss til det helsekortet og det nevner ikke vold i det hele tatt*». Der er for eksempel ikke en kolonne for temaet vold i nære relasjoner. En av jordmødrene sa hun kunne ønske de hadde et elektronisk helsekort for de gravide der jordmor og lege kan skrive ekstra kommentarer og sende mellom hverandre. Dette måtte i så fall bli gjort med tillatelse fra den gravide kvinnen ellers vil det være et brudd på taushetsplikten. En mulig utfordring ved dette er dersom den gravide faktisk er utsatt for vold og ikke ønsker at jordmor skal fortelle det videre til lege. Likevel kan jordmor eller lege ihvertfall krysse av for at temaet er tatt opp med den gravide.

Et tredje alternativ som ble nevnt var å innføre samtale med sosialarbeider eller psykolog tidlig i svangerskapet. Da kunne alt som har med psykisk helse tas opp av denne personen, mens jordmor og lege tar seg av den fysiske delen av svangerskapet og det som har med foreldrerolle og barnet å gjøre. En ulempe her ville være at det ikke ville vært mulighet for å oppnå tillit mellom den gravide og sosialarbeideren eller psykolog i forkant av denne samtalen. Denne

ulempen vil uansett ha oppstått dersom jordmor tar opp temaet ved første svangerskapskontroll slik noen av informantene i min studie gjør.

Forslagene til ny struktur rundt basisprogrammet for svangerskapskontroll løser ikke barrieren med tidspres som informantene i min studie påpekte, og som også er beskrevet i mange andre undersøkelser (se mellom annet Hjemdal & Engnes, 2009.; Owen-Smith, 2008.; Stenson et al., 2005). Tidspresset ved svangerskapskontroller for innvandrerkvinner kan løses ved å innføre en dobbel time ved første svangerskapskontroll for denne gruppen. Det vil kunne lette på tidspresset ved første kontroll og også ved senere kontroller da mye informasjon allerede er gitt. Ulempen her er at det sannsynligvis vil kunne kreve flere ansatte jordmødre ved helsestasjoner da det vil ta opp tid, men for arbeidet med hver enkelt innvandrerkvinne vil det lette på tidspresset. Sissel mente tidspresset ved svangerskapskontroller for innvandrerkvinner med stort informasjonsbehov kan løses i noen grad ved å arrangere grupper eller kurskvelder for de tidlig i svangerskapet der de samler de som snakker samme språket. Da kan de gjennom tolk gi mye generell og nødvendig informasjon til mange på en gang. Johanna forteller at de har et forsterket tilbud til kvinner med fremmedetnisk bakgrunn. Det vil si at de bruker ekstra tid og ressurser på de som har en annen etnisk bakgrunn. Det er i hovedsak fordi de har et annet informasjonsbehov enn de norske. Mer tid kan gjøre at det blir enklere å snakke om temaet mener hun. *«Enten så snakker de med tolk eller så snakker de såpass dårlig norsk at vi bruker hele tiden på å i hele tatt komme gjennom det som man må gjennom på svangerskapskontroll»*. Ved å ta i bruk slike grupper eller kurs vil jordmor få mulighet til å bruke svangerskapskontrollene til det som er viktig personlig for hver innvandrerkvinne og ikke til å gi informasjon om det norske systemet og liknende.

Ruth foreslo at en maksimal grense for hvor mange gravide en jordmor kan ha vil kunne gjøre at de vil få bedre tid til hver gravid kvinne. Det er opp til hver enkelt kommune hvor mange de ønsker skal jobbe med de samme oppgavene og maksimal grense kan være en løsning på pressende arbeidssituasjon for jordmødre. Dette var noe flere av informantene i min studie så på som positivt. De følte de hadde altfor mye å gjøre i forhold til den tiden de har til rådighet.

Samtlige av informante pekte på at basisprogrammet i svangerskapsomsorgen åpner opp for at den gravide kvinnen ikke trenger å komme alene til svangerskapskontroll, noe som gjør at det kan være vanskelig for jordmor å få den gravide på tomannshånd. Dette kan løses ved å ha en kontroll alene i begynnelsen av svangerskapet som er reservert bare for mor alene. Da vil jordmor få mulighet til å ta opp temaet vold i nære relasjoner uten å være usikker på hvordan far vil reagere på dette eller at det skal gå ut over den gravide i ettertid. Likevel kan antas at de som blir utsatt for vold har vanskelig for å innrømme det overfor jordmor eller andre og bør dermed ha flere muligheter for å kunne fortelle det til jordmor enn under den ene samtalen. En annen ulempe ved dette kan være at nettopp de som blir utsatt for vold og ikke ønsker at noen skal oppdage det ikke vil komme til denne kontrollen. Det kan også være at voldsutøveren vil nekte den gravide å gå alene. På den andre siden kan det gi et tegn til jordmor at det kan være noe galt dersom den gravide ikke ønsker å gå til kontroll alene. Følgene av dette kan bli at de som er voldsutsatt venter til lenger ut i svangerskapet med å gå til svangerskapskontroll. De som kommer til første kontroll sent i svangerskapet bør få mulighet for ekstra og tettere kontroller for å få dekket informasjonsbehov og nødvendig hjelp på lik linje med de som kom til første kontroll tidlig i svangerskapet.

Ved å gjøre endringer i basisprogrammet til svangerskapsomsorgen kan flere potensielle barrierer overkommes. Gjennom de endringene som nevnt overfor vil problemer med kontinuitet i oppfølgingen, uklare arbeidsfordelinger mellom jordmor og lege, mangel på dokumentasjonsmetoder, tidspress, det at den gravide ikke kommer alene til kontroll overkommes til tross for også nye utfordringer som kan oppstå. Eksempel på nye utfordringer kan være kommunens økonomi til å ansette nye jordmødre og kostnadene ved utredning av nye dokumentasjon metoder og nytt basisprogram. Likevel kan det gjøre arbeidssituasjonen til jordmødrene bedre med tanke på vold i nære relasjoner

5.5.3 Bedre avdekkingsrutiner og formelle henvisningsrutiner

Alle informantene i min studie var enige i at det kan være vanskelig å vite hva som skal gjøres når de avdekker vold. De savner en rutine for hva de skal gjøre. Johanna forteller at det er viktig med god veiledning for jordmødre dersom de avdekker vold i nære relasjoner, mens Sissel

etterlyser mulighet til å diskutere saken med andre for å vite hva de skal gjøre i de ulike tilfellene. Dette støttes av undersøkelsen til Heimer et al. (2005) som foreslo personlig rådgiving for jordmødre når de opplevde at pasienter var utsatt for vold. Også Owen-Smith (2008) påpekte at mulighet til å diskutere voldssaker kan være nyttig. Det samme gjelder tverrfaglige team der ulik kompetanse fra ulike personer kan gi gode løsninger. Veiledning og mulighet til å diskutere saker kan derfor være med på å gjøre det enklere for jordmødre å ta opp temaet med de gravide. Det vil føre til at de ikke trenger å være redd for å bli sittende med noe de ikke vet hva de skal gjøre med.

Ruth er litt skeptisk til en formell screening for vold; *«Jeg tenker at det er forferdelig lett å lage screeninger for ditt og datt, men vi må ha oppfølging. Vi må ha en plass å lede de vi finner. Det må være en kompetanse på andre siden»*. Hun påpeker videre viktigheten av at der må finnes tiltak for de kvinnene de finner. Hun forteller at det er ikke hjelp i å finne på noe nytt på den ene siden og samtidig kutte ned på den andre; *«Hvorfor skal jeg screene flere dersom det er ingen som tar imot de. Men at det er behov for det, det er det. På norsk side og på utenlandsk side»*. Videre forteller hun at det er viktig at det er likt tilbud over hele landet; *«Helsevesenet må se på, ikke bare lage prosjekt etter prosjekt. Få det til å fungere over hele landet. Dersom vi ikke får det til er det ikke hjelp i å sitte å si hvor fint vi har det i Norge, for det er det ikke»*. Olga sa at jordmødre ikke må være redd for å ringe til politi eller andre instanser for å få råd ved avdekking av vold i nære relasjoner. Hun fortalte videre at de har et godt samarbeid med krisesenteret i kommunen og råder andre helsestasjoner til å også ha det; *«Krisesenteret vårt er veldig bra, og vi får ofte telefon derifra dersom våre damer er der. Vi er der og har svangerskapskontroller og har samtaler. Samarbeider veldig bra»*. Dette er noe hun tilrår andre til å gjøre også.

En formell henvisningsrutine er noe som viser seg sterkt ønsket blant jordmødre. Owen-Smith et al. (2008) foreslår utvikling av et tverrfaglig team. Dette er også noe informantene i min undersøkelse kunne tenke seg. Et team som består av ulike fagpersoner med ulik kompetanse som sammen kan diskutere saker og finne ut hvor de ulike voldsutsatte kan få best hjelp. Egne kontaktpersoner ved ulike instanser som de kan ringe til og som kan gi råd er også ønskelig.

Dersom jordmødrene kjenner til de som jobber i ulike instanser vil det være enklere å kontakte de rette personene. Owen- Smith et al. (2008) foreslår å ha tjenester for utsatte for vold i nære relasjoner ved klinikken eller å etablere nærmiljø baserte tjenester om vold i nære relasjoner. På en måte har jordmødrene allerede det gjennom helsestasjon psykolog. Likevel er det ikke alle helsestasjoner som har helsestasjonspsykolog. Dette var det som Ruth påpekte, at det må være likt tilbud over hele landet. En oversikt over hvilke instanser som kan gjøre hva vil kunne lette arbeidet slik at jordmødrene ikke trenger å bruke mye tid på lete etter passende hjelpetiltak for hver enkelt voldsutsatte gravide. Spesielt er samarbeid med krisesenteret slik som Olga fortalte viktig. De har ofte en god oversikt også over videre hjelp for de voldsutsatte. NOU 2012:5 "Bedre beskyttelse av barns utvikling" kommer med forslag om at Helse- og sosialtjenesten bør i lov pålegges et ansvar for å varsle barneverntjenesten om gravide mødre som har en livsførsel som kan skade utfødte barn (NOU 2012:5). Vold i familier kan sees på som en livsførsel som kan skade barn og en slik lov vil dermed kunne beskytte det ufødte barnet samtidig som jordmor får en mulighet til å føre den voldsutsatte inn i et hjelpesystem.

5.5.4 Mer kunnskap og opplæring

Flere av informantene i min studie etterlyste opplæring og kompetanse om vold i nære relasjoner. Johanna fortalte at dersom det skal innføres rutinemessige spørsmål om vold i nære relasjoner for alle gravide kvinner ville hun ha ønsket å gå på kurs og få kunnskap om vold. Dette var noe hun gjorde under kampanjen mot vold i nære relasjoner og det hjalp henne mye. Alva fortalte at hun har gått på forelesninger om vold i nære relasjoner noe som har gjort det enklere for henne å snakke med de gravide om vold. Olga forteller at selv om man går på kurs en gang er det viktig å fortsette å holde kunnskapen ved like og snakke med andre om det. Ruth derimot er skeptisk til å lære mer om vold i nære relasjoner fordi hun føler det er en byr for hennes egen psykiske helse. Likevel ser hun verdien av å sitte med kunnskap om det man snakker om. Behovet for mer kunnskap og opplærings støtter tidligere forskning som viser at kunnskap og opplæring er viktig for å overkomme barrierene med å snakke med de gravide (Stenson et al., 2005; Jaffe et al., 2005).

Sissel fortalte at hun tror at dersom hun har mer kunnskap om vold er det lettere å vite hva hun skal se etter og vurdere hvilken hjelp den enkelte voldutsatte eventuelt trenger videre. Kunnskap om vold i nære relasjoner er viktig for jordmødrene. Ikke bare for å vite hva det gjelder, men også for å imøtekomme problemene på en bedre måte. Det er enklere ta opp et tema man er sikker på og har selvtillit på enn et tema man ikke vet mye om. ”*Da blir jeg redd for å si noe galt, dersom jeg ikke har selvtillit på området*” fortalte Johanna. Undersøkelsen til Jaffe et al. (2005) støtter dette. Der kom det frem at inkludering og fokus på vold i utdanningen kan føre til at barrierer mot å snakke om vold i nære relasjoner blir mindre. Johanna og Alva nevnte at kampanjer mot vold i nære relasjoner kan gjøre det enklere å snakke om det. Da kan det på en måte normaliseres og gjøre det mulig å snakke om som tema fortalte Alva; «*Normalisering av temaet på en måte. Slik som kampanjen mot omskjæring. Bruke mye penger og ressurser. Nyheter, folk fulgte med, fikk mye informasjon og det ble vanlig for oss å spørre om det*». Kampanjen førte til at det ble helt vanlig for jordmødre å ta opp dette temaet med innvandrerkvinner fra de aktuelle landene og det var forventet fra både kvinnene og andre at dette skulle snakkes om. Johanna sier hun mener dette var en suksessfull kampanje; «*I de årene vi har jobbet med omskjæring i Norge så er det vel ikke funnet et eneste jentebarn som er omskjæret i Norge. Ihvertfall de fem siste årene. Om det har vært en suksessfull kampanje kan jeg ikke si, men det har gitt mye informasjon som har minsket det både her i Norge og utenfor Norge. Det er på veg tilbake. Det er forbudt, skadelig og på retur*». Hun tror at en slik kampanje mot vold i nære relasjoner vil gjøre at temaet blir opplyst og snakket om. Det kan igjen føre til at det blir mindre preget av at det er et tabu å snakke om.

5.5.5 Utarbeiding av brosjyrer

På helsestasjonen der Alva jobber deler de ut brosjyre om vold i nære relasjoner sammen med andre brosjyrer som det er rutine på å levere ved svangerskapskontroll. Dette råder hun andre helsestasjoner til også å gjøre. Det gir en mulighet til å ta opp temaet med de gravide på samme tid. Dette var noe også Roelenset al. (2006) påpekte som viktig tiltak for at screeningen skulle bli enklere. Owen-Smith et al. (2008) nevnte også plakater, informasjonsbrosjyrer og ressurskort om vold i nære relasjoner som tiltak for å gjøre arbeid med temaet vold i nære relasjoner enklere. Plakater, informasjonsbrosjyrer og ressurser kan sees på som det Dahl (2001) kaller for

artefakter. De påvirker hvordan man tenker og føler innenfor en organisasjon. Det kan derfor inspirere jordmødre til å ta opp temaet og gravide til å fortelle om vold de opplever. På den måten kan de ha innvirkende kraft på organisasjonskulturen ved den enkelte helsestasjon. Samtidig kan det tenkes at dette kan skremme bort voldsutsatte og eventuelt voldsutøveren mot å la den gravide gå til svangerskapskontroll alene.

5.5.6 Mer kulturkompetanse og kultursensitivitet

Tilegnelse av kulturkompetanse kan redusere barrierer som går på kulturforskjeller og definisjonsforskjeller. Det å tilegne seg faktakunnskaper om andre kulturer kan hjelpe jordmødre til å se hva som er kulturspesifikt og hva som er unikt i den enkelte situasjon. Ikke all vold er vold i alle kulturer og evnen til å se dette er viktig for å kunne hjelpe voldsutsatte innvandrerkvinner. For å klare dette må jordmødre legge fra seg etnosentrisme og være kulturellevistiske i sin tankegang. I samtaler med innvandrerkvinner opplever mange jordmødre det som ekstra vanskelig å snakke om vold i nære relasjoner. Informantene i min studie følte de hadde ulik definisjoner på vold og var ofte redde for å opptre som rasistiske i forhold til kulturelle verdier. Ved å være mer kultursensitiv i samtaler med innvandrerkvinner kan jordmødre formidle en følelse av å bli forstått, respektert og tatt på alvor. Videre vil de da kunne stadfeste de gravide innvandrerkvinnens opplevelse av vold og dens forklaring uten å være enig i at det er greit at de blir utsatt for vold. Når de gravide føler seg forstått vil kommunikasjonen mellom dem bli basert på trygghet og respekt. Det vil igjen gi muligheter for å forklare til innvandrerkvinnene hvordan de ser på vold og at de ikke trenger å akseptere det. Samtidig vil det jordmor få mulighet til å gi informasjon om hvordan vold kan skade både kvinnen og barnet magen.

Alva fortalte at hun er varsom når hun skal tilnærme seg temaet vold i nære relasjoner med innvandrerkvinner. Når hun snakker med innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner prøvde hun å vise forståelse for at det for noen er en del av kulturen at kvinnen skal være underlagt mannen, men samtidig var hun bevisst på å vise at hun ikke er enig i at det skal være sånn. Likevel er det viktig å huske på ikke alle innvandrerkvinner kommer fra kulturer der kvinnen er underlagt mannen. De fleste er ikke det og disse kvinnene vet godt at de er utsatt for vold, men er

redde for å bli avslørt av andre grunner som for eksempel det å måtte forlate Norge eller miste omsorgen for sine barn. Også i disse tilfeller er det viktig å gå inn i samtaler på en sensitiv måte for å ikke skremme bort kvinnen. Sissel fortalte at for henne er det viktig å utvikle en kultursensitiv måte å snakke og kunne tenke seg å gå på kurs for å få opplæring i dette. Kultursensitivitet er noe som må utvikles og ikke alle er født med kulturel relativistisk tankegang. Det er noe som man lærer når man omgås andre kulturer. En opplæring og innføring i begrepet kan derfor være med på gjøre det enklere for jordmødre å snakke med gravide innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner.

5.5.7 Kunnskap om interkulturell kommunikasjon

Det å være bevisst på ulike kulturelle ytringsformer både hos seg selv og innvandrerkvinnene kan hindre misforståelser i samtaler mellom dem og også gjennom tolk. Kulturkompetanse og kultursensitivitet vil bidra til dette. Bevissthet på forskjeller i tro, forestillinger og livssyn kan gjøre kommunikasjon på tvers av kulturer enklere (Javo, 2010). Jordmødrene må unngå å tolke innvandrerkvinnene ubevisst ut fra egne kulturelle referanserammer. De må likeledes være klar over at handlinger og utsagn kan tolkes på ulike måter og få en helt annen mening ut fra en annen kulturell referansebakgrunn enn deres egne. For å overkomme kommunikasjon barrierer må jordmødrene lære mer om kommunikasjon og ulike kulturelle ytringsformer. Samtidig kan det tenkes at for mye fokus på at andre kulturer tillegger ulike ting en annen mening fører til at man godtar lovbrudd som for eksempel vold i nære relasjoner. Man skal ikke gå så langt i å forstå at man glemmer hva som er barnet i magen og den gravides beste.

5.5.8 Tilgang til og bruk av tolk

Flere av jordmødrene etterlyste bedre tilgang til tolk og helst telefontolk. Bedre tilgang til telefontolk er derfor et viktig tiltak i svangerskapsomsorgen for innvandrerkvinner. Den redselen som den gravide sitter med som går på tillit til at tolken overholder taushetsplikten kan løses ved å bruke telefontolk. Dette vil også gjøre enkelte gravide innvandrerkvinner mer anonym overfor tolken og det medfører at jordmor ikke trenger å bekymre seg for at tolken skal kjenne til den gravide fra før av. Et ekstra tiltak kan være at telefontolken kommer fra et annet sted i landet slik at de vanligvis ikke har mulighet til å kjenne innvandrerkvinnen de skal tolke for. Hver

helsestasjon bør ha sine egne telefontolker som de bruker. Likevel vil dere være noen ulemper ved å bruke telefontolk da tolk ikke kan lese hverken jordmors eller den gravides kroppsspråk. Kroppsspråk er ofte en stor del av samtaler og er også noe som kan ha varierende mening fra kultur til kultur.

Dersom bruk av telefontolk ikke lar seg gjøre og tolk er tilstede i rommet bør det fremlegges en taushetserklæring foran den gravide kvinnen slik at de ser at det underskrives på at de har taushetsplikt. Likeledes bør tolken ikke komme fra samme miljø som kvinnen. Innvandrer miljøer er ofte gjennomsløttede og selv om tolken og innvandrerkvinnen ikke kommer fra samme miljø kan de kjenne noen som kjenner noe og så videre. Det er derfor vanskelig å bruke tolk som er tilstede i rommet uten at de kjenner til folk som kjenner dem. Av den grunn er det et viktig tiltak at jordmor bruker noen minutter i begynnelsen av samtalen til å snakke om taushetsplikt.

Det å snakke gjennom tolk er en utfordring både for jordmor og innvandrerkvinne. Siden jordmor er den profesjonelle i samtalen er hun spesielt ansvarlig for å gjøre samtalen god. De bør opparbeide kompetanse i å snakke gjennom tolk ved å gå på kurs og opplæres i det. Gjennom å følge de tre fasene som Javo (2009) har delt arbeidet med tolk inni i vil samtalen gjennom tolk bli enklere og barrieren om å snakke om vold i nære relasjoner gjennom tolk kan reduseres. De tre fasene; forarbeidet, tolke situasjonen og etterarbeidet er presentert i teorikapittelet. Under forarbeidet er den gravide kvinnen ikke til stede og jordmor vil få et bilde av hvordan tolken er og om hun kan stole på han eller henne. Dersom jordmor føler at hun kan stole på tolken er det enklere å ta opp sensitive tema som vold i nære relasjoner under samtalen. Etersamtalen kan brukes som en ressurs til å oppklare definisjon forskjeller og kulturforskjeller. Tolken har vanligvis bodd i Norge i mange år og tilegnet seg til en viss grad den norske kulturen samtidig som hun eller han har sin opprinnelige kultur levende. Dette er mulig fordi kultur kan være et dynamisk felt som kan endres. Et siste tiltak for å gjøre det enklere å snakke om vold i nære relasjoner gjennom tolk er å bruke samme tolk ved hvert møte. Det vil skape trygghet og kontinuitet for både jordmor og innvandrerkvinne. Likelede kan kurs om vold i nære relasjoner

for tolker ved helsestasjoner gi en kompetanse til tolkene som igjen kan gi trygghet for tolk, jordmor og innvandrerkvinne.

6.0 Avslutning

Denne studien har forsøkt å belyse de barrierene som jordmødre kan oppleve når de skal snakke med gravide, og spesielt innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner. Likeledes har studien med utgangspunkt i informantenes opplevelser indikert ulike tiltak for å overvinne barrierene. I denne avsluttende delen av oppgaven vil jeg først summere opp funnene i studien for deretter å avslutte med noen mulige anbefalinger om fremtidig praksis og videre forskningsbehov.

6.1 Jordmødrenes opplevelse av barrierer

De fleste barrierene informantene i min studie opplevde ser ut til å ligge på organisasjonsnivå. Likevel ble kulturforskjeller og kommunikasjonsproblemer opplevd som hindringer for konstruktive samtaler med innvandrerkvinner. Resultatene av studien kan indikere at strukturen ved basisprogrammet i svangerskapsomsorgen fører til flere barrierer for jordmødre mot å snakke om vold i nære relasjoner med de gravide. Det dreier seg i hovedsak om mangel på kontinuitet i oppfølgingen, lite samordning mellom lege og jordmor samt et mangelfullt dokumentasjonssystem i forhold til å dokumentere at temaet er tatt opp eller eventuelt at vold er blitt avdekket.

Tidspress opplevde informantene i min studie som en barriere spesielt i samtaler med innvandrerkvinner. Det samme gjaldt rutinen med å invitere partner til alle svangerskapskontroller. Taushetsplikt, lite kompetanse på området, dårlige rutiner for å ta opp temaet og manglende henvisningsrutiner var andre barrierer. Kulturforskjeller med følgende ulike væremåter og oppfatninger ble sett på som en kilde til misforståelse i samtaler med innvandrerkvinner. Spesielt ulike forståelser av hva som kan defineres som vold ble sett på som en barriere. Den interkulturelle kommunikasjonen ble beskrevet som krevende og bruk av tolk var en barriere mot å ta opp temaet vold i nære relasjoner med innvandrerkvinnene.

6.2 Jordmødrenes opplevelse av tiltak

De tiltak som er foreslått i oppgaven for å overkomme barrierene er et resultat av informantenes opplevelse av mulig tiltak og mine fortolkninger av disse. Resultatene i denne studien kan gi retning til hvilke endringer som trengs for at jordmødrene bedre kan identifisere vold og gi riktig hjelp til kvinner som utsettes for vold i svangerskapet. Hovedtiltaket mot de organisatoriske barrierene kan være å endre strukturen av basisprogrammet i svangerskapsomsorgen. Det bør endres på en måte som gir mer kontinuitet i oppfølgingen, mer tid til informasjon, enesamtaler for den gravide med jordmor, bedre dokumentasjonssystem og formelle rutiner for å ta opp temaet og ved avdekking. Det bør også innføres klare henvisningsrutiner og muligheter til tverrfaglig samarbeid over hele landet.

Opplæring og utdanning om temaet vold i nære relasjoner opplevde informantene som et viktig tiltak. Resultatene indikerer også at mer kulturkompetanse og kultursensitivitet blant jordmødrene kan bidra til at det flerkulturelle møtet bli enklere i forhold til misforståelser på grunn av ulike forståelser av for eksempel hva som er vold i nære relasjoner. Telefontolk ble sett på av jordmødrene som ideelt i samtaler med innvandrerkvinner og noe som kunne gjøre kommunikasjonen mellom jordmor og innvandrerkvinner enklere med tanke på at innvandrerkvinnen da ikke blir gjenkjent av tolken. En kampanje mot vold i nære relasjoner ble foreslått av noen av informantene. De mente at det kunne gi en normalisering av temaet og gjøre det enklere for jordmødre å snakke om temaet med gravide.

6.3 Videre forskningsbehov

Det informantene i studien fortalte reflekterer deres opplevelse av å snakke om vold i nære relasjoner med gravide, og spesielt innvandrerkvinner. Vi så at de opplevde at det kan være vanskelig å ta opp temaet. Informantene i studien har bidratt med å synliggjøre vansker innenfor et tema som enda er lite formalisert som fokusområdet i svangerskapsomsorgen i Norge. Vatnar og Bjørk (2010) hevder at det til tross for mange studier om vold i nære relasjoner de siste 30 årene har det ikke vært mye fokus på svangerskapsvold. En årsak til det kan være manglende fokus på temaet i svangerskapsomsorgen. Det bør derfor gjøres flere studier og undersøkelser for

å få frem hvor viktig det er at svangerskapsomsorgen involverer seg i temaet. De ansatte i svangerskapsomsorgen har en mulighet til å gå inn i dette temaet siden det er de som hovedsakelig møter gravide kvinner. At temaet ikke har en større plass enn det har i svangerskapsomsorgen kan være tema for videre forskning og ut fra studien min kan det indikeres at det bør vurderes om temaet skal inkluderes spesielt i basisprogrammet til svangerskapsomsorgen. Likeledes er det lite forskning som belyser jordmødres egne opplevelser. Andre studier bør derfor undersøke temaet for denne studien videre gjerne med et kvantitativt forskningsdesign. Det bør også utredes hvilke tiltak som kan implimenteres for å i større grad verne utfødte barn mot vold og overgrep (NOU 2012:5). Tidlig intervensjon er viktig innenfor sosialt arbeid, som i barnevernsarbeid, og vold mot gravide er et alvorlig problem både for mor og barn. NOU 2012:5 viser til at tidlige mentale påkjenninger fører til både helseskader og reduserte utviklingspotensialer. Tronick (2007) sier at det tidlige samspillet mellom foreldre og barn som skal legge grunnlag for en trygg tilknytning blir forstyrret dersom mor er traumatisert og lever med et høyt angst- og depresjonsnivå (referert i NOU 2012:5).

Litteraturliste

Aalandslid, L. & Ostby, V. (20.09.2007). *Innvandrer mangfold i kommune-Norge. Få har mange,*

Mange har få. Hentet fra <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200704/05/index.html>

Alvesson, M. & Sköldberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion. Vetenskapsfilosofi och*

kvalitativ metod. Lund: Studentlitteratur.

Andersson, N., Cockcroft, A., Ansari, U., Omer, K., Ansari, N.M., Khan, A. & C, U.U..

(2010). Barriers to Disclosing and Reporting Violence Among Women in Pakistan: Findings From a National Household Survey and Focus Group Discussions. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (11), 1965-1985. doi: 10.1177/0886260509354512

Barnevernloven. *Lov om barneverntjenester. m.v. 17. juli 1992 nr 15.*

Blom, S. & Henriksen, K. (red). (2008). *Levekår blant innvandrere i Norge. 2005/2006.*

(Rapporter 2008/05). Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Braut, G.S. (u.å). Jordmor. I *Store norske leksikon*. Hentet fra

http://snl.no/.sml_artikkel/jordmor

Chalmers, B., Mangiaterra, V. & Porter, R. (2002). WHO Principles of Perinatal Care: The

Essential Antenatal, Perinatal, and Postpartum Care Course. *Centre for Research in Women's Health, Sunnybrook and Women's College Health Sciences Centre*, 28 (3), 201-207. doi: 10.1046/j.1523-536x.2001.00202.x

Clausen, S.E. , Haaland, T. & Schei, B. (2005). *Vold i parforhold – ulike perspektiver*.

Resultater fra den førstelandsdekkende undersøkelsen i Norge (NIBR-rapport 03/05). Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning.

Dahl, Ø. (2001). *Møter mellom mennesker – Interkulturell kommunikation*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dahl, Ø. (u.å.). Kulturfiltermodellen. Hentet fra <http://ndla.no/nb/node/21941>

Eriksen, T. H. (2001). *Små steder – store spørsmål. Innføring i sosial-antropologi*. Oslo: Universitetsforlaget.

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

Gerrish, K. , Chau, R. , Sobowale, A. & Birks, E. (2004). Bridging the language barrier: the use of interpreters in primary care nursing. *Health & Social Care in the Community*, 12 (5): 407-413. doi: 10.1111/j.1365-2524.2004.00510.x

Hedin, L. W. & Janson, P.O. (2000). Domestic violence during pregnancy. The prevalence of physical injuries, substance use, abortions and miscarriages.

Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 79 (8), 625-630. doi: 10.1034/j.1600-0412.2000.079008625.x

Helsepersonelloven. *Lov om helsepersonell. m.v. 02. Juli 1999 nr 64.*

Hirsch, A.A. & Nørgaard, E. (2008). *Færre på krisesentre, flest har innvandrerbakgrunn.*

Hentet fra <http://www.ssb.no/ssp/utg/200804/16/>

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

Forsøksprosjekt i fire kommuner. (NKVTS-rapport 1/09). Oslo: Norsk kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress.

Hofman, S. (2011). *Etniske minoritetsbarn som opplever vold i familien. utfordringer og*

muligheter (NKVTS – rapport 02/11). Oslo: Norsk kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress AS.

Holme, I.M. & Solvang, B.K. (1996). *Metodevalg og metodebruk* (3.utg.). Oslo: Tano AS.

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet. (s.a.). *Å samtale via tolk. En kort veiledning.* Oslo:

Integrerings- og mangfoldsdirektoratet.

Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

Jacobsen, D.I. & Thorsvik, J. (2007). *Hvordan organisasjoner fungerer. 3 utgave*. Bergen: Fagbokforlaget.

Jaffee, K.D., Epling, J.M., Grant, W., Ghandour, R. M. & Callendar, E. (2005). Physician-identified barriers to intimate partner violence screening. *Journals of Women`s Health*, 14 (8): 713-720. doi: 10.1089/jwh.2005.14.713

Javo, C. (2010). *Kulturens betydning for oppdragelse og atferdsproblemer*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Johannesen, A., Tufte, P.A. & Kristoffersen, L. (2005). *Introduksjon til metode*. Oslo: Abstrakt forlag.

Jonassen, W. (2007). *Arbeid med voldsutsatte kvinner med etnisk minoritetsbakgrunn – erfaringer fra et kompetanseutviklingsprogram (NKVTS-rapport)*. Oslo: Norsk kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

Justis- og beredskapsdepartementet. (2004). *Handlingsplan. Vold i nære relasjoner (2004-2007)*. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet.

Kaplan, R.S. & Norton, D. P. (2000). Having Trouble with Your Strategy? ThenMap It.

Harvard Business Review, 78 (5), 167-176.

Kommunehelsetjenesteloven. *Lov om helsetjenesten i kommunene. m.v. 19. november 1982nr*

66.

Kulkarni, S. , Lewis, C. & Rhodes, D. (2011). Clinical Challenges in Addressing Intimate

Partner Violence (IPV) with Pregnant and Parenting Adolescents.*Journal of Family Violence*, 26 (8): 565. doi: 10.1007/s10896-011-9393-1

Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.

Kvale, S. & Brinkman, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2.utg). Oslo: Gyldendal

Norsk Forlag AS.

Lea, I. (2010). *Håndteres vold mot kvinner i nære relasjoner som en pågående krise?*.

Masteroppgave i samfunnsikkerhet, Universitetet i Stavanger, Stavanger.

Lie, L.G. (28.10.2010). *UiS med i EU-prosjektet PERARES*. Hentet fra

<http://www.uis.no/article25527-12.html>

Magelssen, R. (2002). *Kultursensitivitet. Om å finne likhetene i forskjellene*. Oslo: Akribe Forlag

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring*. Oslo:

Universitetsforlaget AS.

Moan, A.B.R. (2009). *Kommunikasjon i et flerkulturelt miljø, finnes det et « språk» som fremmer*

inkludering? Masteroppgave helsefremmende lokalsamfunnsarbeid, Høgskolen i Gjøvik,

Gjøvik. Hentet fra http://brage.bibsys.no/hig/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_11170

NOU 2012: 5. *Bedre beskyttelse av barns utviling. Ekspertutvalgets utredning om det biologiske*

prinsipp i barnevernet. Oslo: Departementenes sevicecenter. Informasjonsforvaltning.

Olsson, H & Sörensen, S. (2003). *Forskningsprosessen. Kvalitative og kvantitative*

perspektiver. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Opsal, J. (2011). Hellige fordommer i religionsmøter. I M. Skjortnes (Red.), *Forståelsens gylne*

øyeblikk. Festskrift til Øyvind Dahl (s. 179 – 195). Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

Owen-Smith, A., Hathaway, J., Roche, M., Gioiella, M. E., Whall-Strojwas, D. & Silverman, J.

(2008). Screening for domestic violence in an oncology clinic: barriers and potential solutions. *OncolNurs Forum*, 35 (4), 625-633. doi: 10.1188/08. ONF.625-633

Politiet. (01.12.2010). *Vold i nære relasjoner*. Hentet fra

https://www.politi.no/rad_fra_politiet/vold_i_nare_relasjoner/definisjon_pa_vold_i_nare_relasjoner/Tema_113.xml

Qureshi, Naushad, A. (2005). Profesjonell kultursensitivitet framfor faglig etnosentrisme.

Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 2(3), 261-274.

Qureshi, N. A. (2009). Kultursensitivitet i profesjonell yrkesutøvelse. I. H. Vike (Red.), *Over*

profesjonelle barrierer. Et minoritetsperspektiv i psykososialt arbeid med barn og unge. (s. 206-231). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Regjeringen. (u.å.). *Vold i nære relasjoner*. Hentet fra

http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/tema/vold_i_nare_relasjoner/vold-i-nare-relasjoner.html?id=439483. (2011).

Roelens, K. , Verstraeken, H., Egmon, K. V. & Temmerman, M. (2006). A knowledge, attitudes,

and practise survey among obstetrician-gynaecologists on intimate partner violence in Flanders, Belgium. *BMC Public Health*, 238 (6). doi:10.1186/1471-2458-6-238

Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet. Fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen:

Fagbokforlaget AS.

Røkenes, O. H. & Hansen, P. H. (2004). *Bære eller breste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget.

Sander, K. (18.09.2004a). Hvilke elementer anses som nødvendige i en organisasjonsstruktur?

Hentet fra <http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2995/1/Hvilke-elementer-anses-som-nodvendige-i-en-organisasjonsstruktur/Disse-elementene-er-nodvendige-i-alle-organisasjonsstrukturer.html>

Sander, K. (18.09.2004b). Hva er mål og strategi. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2997/1/Hva-er-mal-og-strategi/Definisjon-av-begrepene-mal-og-strategi.html>

Sander, K. (24.08.2004c). Validitetsfeil. Hentet fra

<http://www.kunnskapssenteret.com/articles/2683/1/Validitetsfeil/Validitetsfeil.html>

Schein, E. (1992). *Organizational Culture and Leadership* (2.Utg.). San Francisco: Jossey-Bass.

Skogøy, E. (2003). *Bokollektivet. Prosjektrapport for Bokollektivet, et botilbud for unge*

Minoritetskvinner utsatt for tvangsekteskap eller vold i ekteskapet. Oslo Krisesenter 2000 – 2002. Oslo: Oslo Krisesenter.

Skogøy, E. (2008). *Arbeid med voldsutsatte kvinner med minoritetsbakgrunn (veileder)*. Oslo:

Norsk kunnskapssenter mot vold og traumatisk stress AS nettpublikasjon.

Sogn, H. (2007). *Undervisning om vold ved universiteter og høyskoler*. Oslo: Norsk

Kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

SSB. (2008). *Mer vold og trusler enn tyveri*. Hentet fra <http://www.ssb.no/emner/03/05/vold/>

SSB. (2011). *Innvandring og innvandrere*. Hentet fra <http://www.ssb.no/innvandring/>

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). *Retningslinjer for svangerskapsomsorgen*. Oslo: Sosial og helsedirektoratet.

Stenson, K., Sidenvall, B. & Heimers, G. (2005). Midwives` experiences of routine antenatal questioning related to men`s violence against woman. *Midwifery* 21(4), 311-321. doi: 10.1016/j.midw.2005.01.002

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.).

Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Utlendingsdirektoratet. (2005). *Minoritetsperspektiv i offentlige tjenester – tverrkulturell*

kompetanse. En utfordring for alle offentlige tjenester. Oslo: Utlendingsdirektoratet.

Vareide, P.K. (u.å.). *Organisasjonskultur*. Kommunesektorens organisasjon. Hentet fra

<http://www.ks.no/PageFiles/23342/Organisasjonskultur,prosent20Vareide.pdf>

Vatnar, S. K. B. & Bjørkly, S. (2010). An interactional perspective on the relationship of immigration to intimate partner violence in a representative sample of helpseeking woman. *Journal of Interpersonal Violence*, 25 (10), 1815-1835. Molde: Særtrykk, Høgskolen i Molde.

Waalén, J., Goodwin, M. M., Spitz, A. M., Petersen, R. & Saltzman, L. E. (2000). Screening for Intimate Partner Violence by Health Care Providers. Barriers and Interventions. *American journal of Preventive Medicine*, 19 (4), 230-237. doi:10.1016/S0749-3797(00)00229-4

Ytrehus, L. A. (2002). Hva er problemet med kulturel relativismen? Kulturvitenskaplige tekster i et retorisk perspektiv. I: L. A. Ytrehus (Red), *Etnisk kompleksitet. Nordliga lander. Kulturvetenskapliga perspektiv* (s. 65-82). Göteborg: Elanders Novum.

Vedlegg I

Vil du delta i en studie om barrierer i forhold til vold i nære relasjoner som tema under svangerskapskontroller?

Jeg søker friville jordmødre som vil la seg intervju om:

- **Barrierer jordmødrer har mot å spørre gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner.**
- **Hvordan disse barrierene kan overkommes.**

Jeg er en masterstudent i sosialfag fra Universitetet i Stavanger og skriver nå en avsluttende masteroppgave. Forskningen er en del av et europeisk samarbeidsprosjekt der man skal sammenligne tilbudet til gravide innvandrerkvinner som opplever vold i nære relasjoner i Norge, England og Belgia. Min oppgave er å finne ut *hvilke barrierer jordmødre har mot å spørregravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinner, om vold i nære relasjoner og hvordan disse barrierene kan overkommes.*

For å svare på min oppgave ønsker jeg å gjennomføre intervjuer med jordmødre på kommunale helsestasjoner. Spørsmålene i intervjuene vil dreie seg om hvordan du som jordmor opplever å ta opp vold i nære relasjoner med gravide, og spesielt innvandrerkvinner. Om hvilke barrierer du eventuelt opplever i forhold til å gjøre dette og hvordan du tror disse barrierene kan overkommes. I intervjuene ønsker jeg å bruke båndopptaker dersom det er greit for deg.

Du vil ha mulighet til å trekke deg underveis i intervjuet og før jeg har transkribert intervjuene (som forventes å være i slutten av mars) uten å begrunne dette nærmere. All innsamlet data vil bli behandlet konfidensielt slik at du ikke gjenkjennes ved publisering av resultatene. Det er ingen andre enn min veileder og jeg som vil få tilgang til de transkriberte intervjuene. De er underlagt taushetsplikt og opplysningene vil bli behandlet strengt konfidensielt. Opplysningene vi bli anonymisert og båndopptaket slettet når intervjuet er blitt skrevet ned.

Mastergradsprosjektet forventes å være avsluttet til sommeren 2012. Etter at studien er avsluttet vil opplysningene bli anonymisert og dataene vil også danne grunnlag for senere publikasjoner om emnet.

Dersom du er interessert i å delta eller har spørsmål kan du kontakte meg enten på telefon: 482 35 223 eller på mail: ok_sunde@hotmail.com.

Med vennlig hilsen

Oddny Karin Sunde

Vedlegg II

Intervjuguide

Studien skal svare på følgende problemstilling:

- *Hvilke barrierer har jordmødre mot å spørre gravide kvinner, og spesielt innvandrerkvinne, om vold i nære relasjoner?*
- *Hvordan kan disse barrierene overkommes?*

Generelt

- 1) Hvor lenge har du jobbet som jordmor?
- 2) Fortell litt om hvordan svangerskapsomsorgen er organisert ved denne helsestasjonen?
- 3) Hvor mange gravide møter du i løpet av et år?
- 4) Hvilke kvinner er det du vanligvis møter på jobb? Alder? Etnisitet?

Vold i nære relasjoner

- 5) Fortell om din opplevelse av gravide som utsettes for vold fra sine nære relasjoner.
- 6) Fortell om dine rutiner for å snakke om vold i nære relasjoner under svangerskapskontroller? Hvordan gjør du det? Hvorfor gjør du det på denne måten? Gjør dine kolleger på samme måte som deg? Hvordan gjør du det når barnefar er tilstede?
- 7) Fortell om dine erfaringer med å ha mistanke om vold i nære relasjoner hos kvinnene du møter. Hva gjør du?
- 8) Fortell om din erfaring med å ikke spørre en gravid kvinne du mistenker blir utsatt for vold om temaet. Utdyp hvorfor du unnlot du å snakke om temaet? Var dette etnisk norske kvinner?
- 9) Fortell hvordan du opplever det dersom en kvinne på eget initiativ forteller deg at hun blir utsatt for vold fra sine nære relasjoner? Hva er det vanskelige ved det?

Innvandrerkvinner og barrierer

- 10) Fortell om din erfaring med å snakke med innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner.
- 11) Fortell om forskjellene på å snakke med en etnisk norsk kvinne og en innvandrerkvinne om dette temaet? Er det større terskel for å snakke med innvandrerkvinner om dette enn etnisk norske kvinner? Hvorfor?
- 12) Fortell om hva du opplever som vanskelig i samtaler med innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner.
- 13) Noen innvandrerkvinner blir utsatt for tvangsekteskap og omskjæring. Hvordan forholder du deg til dette ved svangerskapskontroller?
- 14) Fortell hvordan det er for deg å vite at en kvinne blir utsatt for vold fra sine nære relasjoner?
- 15) Hvordan vil du oppsummere de barrierene du har mot å spørre gravide innvandrerkvinner om vold i nære relasjoner?

Å overkomme barrierene

- 16) Hvor mye vet du om kompetansemiljøer innen vold og seksuelle overgrep, flykninger og traumer i din region?
- 17) Det er foreløpig ikke anbefalt fra sosial- og helse departementet å bruke screeningverktøy for å avdekke vold i nære relasjoner på grunn av ukjent effekt av tiltak mot vold i nære relasjoner. Fortell hva du mener om dette.
- 18) Fortell hva du selv gjør for å overkomme dine barrierer i forhold til dette?
- 19) Fortell hvordan du mener disse barrierene kan overkommes generelt?

Vedlegg III

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Ingunn Studsrød
Institutt for sosialfag
Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 24.01.2012

Vår ref:29094 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 16.12.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

29094	<i>Vold i nære relasjoner, graviditet og innvandrerkvinner. Barrierer for svangerskapsomsorgen</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Ingunn Studsrød
Student	Oddny Karin Sunde

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html.

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Marte Sivertsen
Marte Sivertsen

Kontaktperson: Marte Sivertsen tlf: 55 58 33 48

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Oddny Karin Sunde,

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 29094

Basert på de opplysninger vi har mottatt om gjennomføringen av prosjektet, kan personvernombudet ikke se at det behandles personopplysninger med elektroniske hjelpemidler, eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten etter personopplysningsloven.

Det tas høyde for at det kan fremkomme personidentifiserende opplysninger i forbindelse med intervju, men så lenge lydopptakene ikke lagres eller overføres til PC, vil denne behandlingen ikke være omfattet av meldeplikten. Lydopptakene oppbevares nedlåst og slettes etter transkripsjon, senest ved prosjektslutt.

Personvernombudet legger til grunn at man ved transkripsjon av intervjuer eller annen overføring av data til PC, ikke registrerer opplysninger som gjør det mulig å identifisere enkeltpersoner, verken direkte eller indirekte. Alle opplysninger som behandles elektronisk i forbindelse med prosjektet må være anonyme.

Med anonyme opplysninger forstås opplysninger som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, verken direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode.

Utvalget består av jordmødre fra kommunale helsestasjoner. Personvernombudet minner om at jordmødrene ikke kan omtale pasienter i identifiserbar form av hensyn til taushetsplikten, og anbefaler at prosjektleder minner informantene om det ifm. intervjuet.

I informasjonsskrivet bør setningen om personvernombudet slettes. Vi anbefaler også at det oppgis ett tidspunkt for sletting av lydopptak (ikke både "når intervjuet er blitt skrevet ned" og "etter at prosjektet er avsluttet").