

Siv Sæther

Pårørende og voldsutsatt: "Å vifte med det hvite flagget"

En kvalitativ studie om kvinners forventninger og erfaringer som pårørende ved Sinnemestringspoliklinikken

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid

Veileder: Odd Morten Mjøen

Medveileder: Sissel Alsaker

Desember 2022

Siv Sæther

Pårørende og voldsutsatt: "Å vifte med det hvite flagget"

En kvalitativ studie om kvinners forventninger og erfaringer som pårørende ved Sinnemestringspoliklinikken

Masteroppgave i Psykisk helsearbeid
Veileder: Odd Morten Mjøen
Medveileder: Sissel Alsaker
Desember 2022

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Studien har til hensikt å undersøke voldsutsatte kvinners forventninger og erfaringer med å være pårørende ved Sinnemeststringspoliklinikken, St.Olavs hospital.

Studien er kvalitativ, med en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming og bruk av semistrukturerte intervju. Fire kvinner som har vært utsatt for vold av sin partner og som har deltatt som pårørende i behandling ved Sinnemeststringspoliklinikken er intervjuet i et retroperspektiv. Malteruds metode for systematisk tekstkondensering ble brukt i analysen av datamaterialet, og empowerment og stressmestringsmodellen er brukt som teoretisk forståelsesramme.

Kvinnene erfarte at det var av stor betydning å bli sett og inkludert av helsetjenesten, og at temaet vold ble tatt opp og tålt. Å få veiledning til parallelle hjelpetjenester ble trukket frem som en særdeles betydningsfull erfaring for støtte. Kvinnene hadde likevel forventninger om mer individuell oppfølging, spesielt i forhold til behov knyttet til barna. De ønsket at barna kunne snakke med fagpersoner om volden de hadde opplevd. Kvinnene følte seg alene på bakgrunn av sine erfaringer med sosial isolasjon og at vold i nære relasjoner er tabubelagt.

Funnene indikerer at kvinnen opplevde avmakt og at dette i liten grad ble fanget opp av helsetjenesten. At partner skulle i behandling så de på som en nødvendighet, noe de stilte som krav eller som ytre faktorer hadde påvirket til. Behandlingsperioden ble trukket frem som en roligere fase av forholdet, som burde blitt utnyttet med tettere oppfølging i et familieperspektiv for å sikre god utvikling og trygghet over tid. Kvinnene anså at en tettere oppfølging av de pårørende kunne vært nyttig for partnerens utbytte av behandlingen. Spesielt trakk kvinnen frem at det er sårbart og nødvendig med en forutsigbar plan ved avslutning av behandlingsforløpet.

Nøkkelord:

Vold i nære relasjoner, partnervold, pårørende, voldsutsatt, helsetjeneste

Abstract

The purpose of this study is to explore the expectations and experiences of women exposed to intimate partner violence on being next of kin in treatment given at the Anger Management Clinic, St. Olavs hospital.

The study is qualitative, applies a phenomenological and hermeneutic approach, and uses semi-structured interviews. Four women who have been subjected to violence by their spouse and who have participated as next of kin in treatment at the Anger Management Clinic are interviewed retrospectively. A method for systematic text condensation was used to analyse the data, and empowerment and the stress and coping model constitute the theoretical framework.

The women reported that it was of great importance to be seen and included by the health service, and experiencing that the violence was addressed and acknowledged. Being guided into parallel help services was highlighted as a particularly significant experience of support. Nevertheless, the women had expectations of more individual follow-up, especially in relation to needs related to their children. They wanted the children to be able to talk to professionals about the violence they had experienced. The women also felt alone, based on their experience of social isolation and the fact that intimate partner violence is a tabooed topic.

The findings indicate that the woman experienced powerlessness and that the health service failed to recognise this. They viewed it as necessary for their partner to undergo treatment, either following their demand or triggered by external factors. The period of treatment was highlighted as a calmer phase in the relationship, which should have been utilized to ensure good development and stability over time using family perspective follow-ups. The women considered that closer follow-up of the next of kin could be useful for the treatment efficacy. In particular, the woman pointed out that it is critical and necessary to have a predictable plan at the end of the course of treatment.

Forord

Først og fremst vil jeg takke kvinnene som tok seg tid til å delta i studien. Viljen og engasjementet dere viste gjennom å bidra med viktig kunnskap var rørende, inspirerende og lærerikt. Dere gav studien relevans på en unik måte som ga stor motivasjon. Den kunne aldri blitt til uten dere!

Tusen takk til veilederne mine Odd Morten Mjøen og Sissel Alasker for lærerike prosesser! Dere er imøtekommende, nysgjerrige og reflekterende.

Takk til Eskil Nyhus, Anne Meisingset og Nils Kristian Sandvik ved Sinnemeststringspoliklinikken for praktisk og moralsk støtte.

Takk til Olav Burkeland og Antje Gross-Benberg i ledelsen ved avdeling for Sikkerhet-, Fengsel-, og Rettspsykiatri for tilrettelegging.

Takk til Stig Jarwson, Merete Berg Nettet, Camilla Gudde, Tanja Bjerkeseth Kummermo og Bodil Stenkløv ved Kompetansesenteret for sikkerhet-, fengsel- og rettspsykiatri, St. Olavs hospital. Denne type faglig fellesskap bidro til at jeg kunne benytte meg av deres erfaringer og kunnskap i analysene, i tillegg til at det gjorde meg mer bevisst på egne begrensninger og forforståelser.

En ekstra stor takk til Hilde Dahl som tok seg tid til å snakke igjennom tekst og jobbing med konkretisering, du kom inn som en reddende engel akkurat når jeg trengte det som aller mest og motiverer på en veldig lærerik måte!

Marita Solem Barseth og Jenny Raftevold Lyngstad, dere er kjærkommende medstudenter! Takk for kaffeprater og gåturer med refleksjoner i en tid der pandemi har gjort studielivet mer isolert. Takk for «at veien ble til mens vi gikk den», prøveintervju og humoren som har bidratt til at Endnote, statistikkoppgaver og helseutfordringer ble overkommelig.

Trondheim, desember 2022

*"Och jag kan lyfta flera tusen kilo
Och jag kan ta mig över hav och land
Kan göra nästan allt de ber om.*

*Men jag kan inte va i samma rum som dig
Utan att jag tappar andan
Och varje gång du ser på mig
Känns som att mitt hjärta stannar
Försöker spela svår och stå emot
Men du river mina murar
Jag vet inte vad du gör
Men allting som du gör, det gör mig svag"*

-Victor Leksell

Innhold

Sammendrag	1
Abstract	2
Forord	3
Figurer	7
Tabeller	7
Forkortelser/symboler	7
1 INNLEDNING	8
1.1 Studiens bakgrunn og hensikt	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Avgrensinger og begrepsavklaringer	9
1.4 Tidligere forskning om pårørende som er utsatt for vold	10
2 BAKGRUNNSKUNNSKAP	12
2.1 Vold i nære relasjoner	12
2.2 Kontroll- å ha eller ikke ha?	13
2.3 Empowerment og avmakt som grunnleggende forståelse	13
2.4 Stressmestringsmodellen	14
2.5 Pårørende i helsetjenesten	16
3 METODE	18
3.1 Litteratursøk	18
3.2 Vitenskapsteoretisk forankring	19
3.2.1 Fenomenologisk tilnærming	19
3.2.2 Hermeneutisk tilnærming	19
3.3 Kvalitativ forskningsmetode	19
3.3.1 Forskerrollen og forforståelse	20
3.3.2 Rekruttering og utvalg	20
3.4 Kvalitativt forskningsintervju	21
3.4.1 Intervjuguide	22
3.4.2 Sikker datalagring og transkribering	23
3.4.3 Mulige feilkilder og kritisk blikk på studien	23
4 ANALYSEPROSESSEN	25
4.1 Systematisk tekstkondensering	25
4.1.1 Helhetsinntrykk og foreløpige temaer	25
4.1.2 Å identifisere meningsbærende enheter	26
4.1.3 Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene	26

4.1.4	Å sammenfatte betydning	27
4.2	Forskningsetikk.....	27
5	RESULTAT.....	29
5.1	«Innenfor husets fire vegger»	29
5.1.1	Alene med skammen	29
5.1.2	Krav og urettferdighet	31
5.2	«Å gå på eggesskall»	32
5.2.1	Frykt og begrenset	32
5.2.2	Mangelfullt tilbud til barn som pårørende	34
5.3	«Å vifte med det hvite flagget»	35
5.3.1	Å bli sett	35
5.3.2	En periode som bør utnyttes i større grad	37
6	DISKUSJON.....	39
6.1	«Å slippe ensomheten»	39
6.2	«Å oppdage og bli sett»	41
6.3	«Å få økt kunnskap»	44
7	AVSLUTNING.....	48
7.1	Oppsummering	48
7.2	Anbefalinger	48
	Referanser.....	50
	Vedlegg.....	54

Figurer

Figur 1: Stressmestringsmodellen (bearbeidet fra Lazarus og Folkman, 1984) s.15

Figur 2: Bilde med visuell fremvisning av studiens hovedkategorier og funn s. 29

Tabeller

Tabellen med utdrag fra trinn tre i analyseprosessen (tabell 1) s. 27

Forkortelser/symboler

WHO

World Health Organization

NTNU

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

IPH

Institutt for psykisk helse

1 INNLEDNING

1.1 Studiens bakgrunn og hensikt

Spørsmål om vold og voldsrisiko er et komplekst område innenfor det psykiske helsefeltet som har stor aktualitet, både i Norge og internasjonalt (Norvoll, 2016). Verdens helseorganisasjon har definert vold i nære relasjoner, også kalt partnervold, som et alvorlig og omfattende folkehelseproblem (Burns et al., 2020). Norske myndigheter har i de siste tiårene vært opptatt av å forebygge og redusere omfanget og konsekvensene av vold og seksuelle overgrep i nære relasjoner, noe som er vist gjennom en rekke handlingsplaner, strategier, tiltak og programmer (Moen et al., 2018).

I 2013 kom den femte handlingsplanen mot vold i nære relasjoner, «Et liv uten vold» (2014-2017), som skal styrke den forebyggende innsatsen. Siden 2004 har Sinnemestringsmodellen vært trukket frem i fire handlingsplaner, herunder som tiltak nr. 7 i strategien for helhetlig og planmessig utvikling og arbeid rettet mot voldsutøver (NOU 2003:31, 2003). Brøsetmodellen er utarbeidet ved St. Olav hospital i Trondheim og benyttes som behandlingsmodell i politiklinikken underlagt Sikkerhetsbygget på Østmarka psykiatriske sykehus. Det utdannes helsepersonell til å gjennomføre sinnemestring etter denne modellen både i kommunalt og spesialisert helsetjenestenivå. Gjennom nasjonal implementering av sinnemestringsprogrammet i samarbeid med de Regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS), spres dette til ulike tjenester i Norge.

Jarwson (2022) fremhever at sinne har ofte blitt knyttet til psykiske lidelser, men at det ikke finnes en selvstendig diagnostisk kategori for sinneproblemer. Videre trekker han frem at når sinne kommer ut av kontroll i form av aggresjon, rammes omgivelsene direkte (Berge & Repål, 2022). Jeg har de siste årene arbeidet klinisk ved Sinnemestringspoliklinikken, som personer blir henvist til, på grunn av sinne- og voldsproblematikk i sine nære relasjoner. Tilbudet er rettet mot både kvinner og menn, bygger på kognitiv atferdsterapi, foregår oftest i grupper, og har som mål å lære voldsutøveren alternative måter å håndtere sine volds- og aggresjonsproblemer på (Neset et al., 2020).

I de senere årene har pårørendes egne behov og hensiktsmessige mestring blitt vektlagt stadig mer, både innen somatisk og psykisk helsevesen (Hoel & Geirdal, 2016). Ved Sinnemestringspoliklinikken tilbys pårørendesamtaler for de som lever med risiko for vold i nære relasjoner. Tidligere har det blitt invitert til det som ble kalt parsamtale. I samtalene møter pasienten sammen med sin partner for å snakke med terapeut om sinne, aggresjon og vold. Formålet med parsamtalen er å ivareta partners perspektiv, med å gi informasjon om behandlingsforløpet, behandlingsmodell og snakke om hvordan vold og usunt sinne påvirker familien. Informasjon om hvor de kan søke egen hjelp på grunn av volden blir gitt og de får tilbud om å ta kontakt på telefon, eller komme til flere samtaler hvis ønskelig.

Bakgrunnen for valg av tema var egen faglig interesse, men først og fremst for å kunne utøve kunnskapsbasert praksis med økt forståelse om pårørendes perspektiv i en slik kontekst. I møter med voldsutsatte kvinner i pårørendesamtaler har jeg gjort meg mange tanker om hvordan de opplever møte med oss i tjenesten. Hvordan er det å skulle fortelle?

Hva skjer videre med dem? Hvordan får vi støttet dem på best mulig måte ved å samtidig skal ha hovedfokus på behandlingsallianse til partner? Under arbeidet med implementeringen av Brøsetmodellen nasjonalt har vi også fått mange spørsmål rundt pårørendeperspektivet, fra kollegaer og andre, og innblikk i det som synes å være variert og en mangelfull involvering av pårørende fra tjenestene. Studien har som formål å undersøke voldsutsatte kvinners forventninger og erfaringer med å være pårørende i møte med Sinnemestringspoliklinikken.

1.2 Problemstilling

Problemstillingen for studien er:

Hvordan er voldsutsatte kvinners forventninger og erfaringer med å være pårørende ved Sinnemestringspoliklinikken?

1.3 Avgrensinger og begrepsavklaringer

Vold har opprinnelse i det norrøne ordet vald, som betyr «leder» eller «hersker». Ifølge Lillevik (2016) kan vold innebære både å bruke fysisk makt og å ha kontroll eller makt over noen. Vold forstås som et relasjonelt fenomen, da det i alle relasjoner inngår makt (Lillevik et al., 2019). Makt kan utøves uten vold, men all bruk av vold er maktutøvelse. Maktbegrepet assosieres videre i besvarelsen til kontroll og tvang, som igjen kan assosieres med umyndiggjøring og ufrihet, slik tilfellet er ved vold i nære relasjoner (Lillevik et al., 2019).

En av årsakene til kompleksiteten ved vold i nære relasjoner er at vold ikke er en direkte gjenspeiling av objektive forhold. Begrepet vold har ikke en definisjon som alle kan slutte seg til (Heltne & Steinsvåg, 2012). Ifølge Bjørkly (2001) vil valg av definisjon av begrepet vold innebære etiske dilemma. Dette fordi en snever definisjon som eksempelvis fysisk vold, vil miste dynamikken og virkningen av eksempelvis trusler og psykologisk maktutøvelse vil ikke bli fanget opp. For bred definisjon kan igjen favne alle former for krenkelser mellom familiemedlemmer og voldbegrepet mister meningen i forhold til fenomener som er relevante (Heltne & Steinsvåg, 2012).

Denne studien omhandler vold, beskrevet som «vold i nære relasjoner». Utgangspunktet i studien er at vold i parforhold eller familier ofte medfører en tilstand av frykt, og at frykten kan vekkes ved bestemte handlinger (Heltne & Steinsvåg, 2012), noe som jeg anser som relevant for besvarelsen videre.

Europarådets definisjon og forståelse av vold i familien beskrives som:

(...) any act or omission committed within a family by any of its member that prejudices the life, the physical or psychological integrity or the liberty of that family member and that seriously harms the development of his/ her personality (Heltne & Steinsvåg, 2012, p. 19)

Formuleringen viser til skade på menneskers psykologiske integritet, personlighet og utvikling og jeg anser den forståelsen som relevant, generelt for det kvinnene trakk frem som sin pårøndererfaring og spesielt for barneperspektivet som presenteres i oppgavens resultatkapittel.

Straffelovens bestemmelser om forbud mot mishandling i nære relasjoner inkluderer ikke all vold (krenkelser av ulik karakter) som utøves av nære personer (Lillevik et al., 2019). Studien vil ha et terapeutisk perspektiv. En person kan føle seg dypt krenket og kan trenge hjelp selv om det som har hendt er straffbare handlinger eller ikke.

En partner er i nær relasjon karakterisert ved emosjonell tilknytning, regelmessig kontakt og vedvarende seksuell eller fysisk kontakt med den som utøver vold (Ørke et al., 2018). I studien er disse definert som pårørende, altså den nærmeste personen i livet til den som mottar behandling, på linje med foreldre, barn (egne, stebarn og fosterbarn) og søsken til pasienten (Helsedirektoratet, 2019). Studien begrenser seg til å ha fokus på partnerens rolle som pårørende og partnerens perspektiv på barna som pårørende.

1.4 Tidligere forskning om pårørende som er utsatt for vold

Verdens helseorganisasjon (2013) viser til at helsepersonell kan ofte være de første profesjonelle kontakten for personer som er utsatt for vold i nære relasjoner, og bør klare å gi informasjon om støtte og omsorg (Feder et al., 2013). I undersøkelser gjort globalt i psykiske helsetjenester viser resultater en mangel på trening i hvordan identifisere og respondere på partnervold, og dette er identifisert som en barriere for evaluering av hjelpen for partnervold (Burns et al., 2020). Å adressere partnervold innenfor helsetjenester er et fundamentalt behov (Trabold N. m.fl, 2020).

En gjennomgang av forskning om partnervold viser at det er mangelfull kunnskap om voldsopptopping og samhandling, voldsdynamikk og prediksjon og mestring av partnervold-hendelser slik de oppfattes av den som utsettes for volden (Vatnar & Bjørkly, 2008). Partnervold er et helseproblem som ofte er uregistrert i helsejournaler (Trabold, Swogger, et al., 2020). Det foreligger lite norsk forskning om fordeler og ulemper ved bruk av ulike risikohåndteringsverktøy, implementering av dem og evaluering i bruken av dem (Myhre et al., 2015), slik at dette anses som et kunnskapshull. Kvinner som er utsatt for partnervold har forhøyet sjanse for svekket psykisk helse (Kumar et al., 2013).

I flere artikler skrives det om det interaksjonelle perspektivet av partnervold. Det summeres opp med funn og argumenter for integrering av forskjellige tilnærminger i en interaksjonell forståelse av partnervold basert på hovedideen om at aggresjon innebærer et uunnværlig og kontinuerlig samspill mellom individer og de forskjellige situasjonene de møter (Vatnar og Bjørkly, 2008). Noen forskere advarer om at parterapi utilsikt kan spre ansvaret til begge medlemmene av paret, noe som øker risikoen for ytterligere manipulering eller tvang av den utsatte partnere (Taft & Murphhy, 2007). Terapi som omhandler parforhold har bred kunnskap om viktigheten av alliansen for å kunne utvikle nye interaksjoner mellom partnere (Ramsay et al., 2009). Argumentasjoner rundt svake allianser kan hindre å uttrykke følelser i terapien, og dermed ikke gi rom for å adressere dysfunksjonelt relasjonsmønster i parforholdet (ibid.).

En systematisk review (Ramsay et al., 2009) konkluderer med at effekten av mindre intensive intervensjoner i helsetjenester for kvinner som fortsatt bor sammen med voldelig partner er utilstrekkelig bevist (Ramsay et al., 2009). En artikkel viser at gjennomgang av studier om intervensjoner til partnervoldsutsatte har positiv betydning for deres fysiske og psykiske helse. Videre viste studien at intervensjonene var forskjellige, men viste et positivt resultat ved å ha fokus på problemløsning, være empowerment-basert, forberedte avgjørelser og forandring i en forvrengt selvtenkning

(Trabold, McMahon, et al., 2020). Det er gjort studie med pårørende til rusmisbrukere som viser at de har store belastninger og psykiske helseplager og anvender både problem- og emosjonsfokuserte strategier for å mestre utfordringene (Hoel & Geirdal, 2016). Det hevdes at vi vet lite om hvilke intervensjonsmodeller som virker best for spesifikke grupper av partnervoldutsatte (Trabold, McMahon, et al., 2020) og at forskningen er mangelfull i forhold til å vise hva som har nytte i pårørendearbeidet når partnervold er problematikken. Det tyder på at mer empirisk kunnskap er nødvendig for å kunne møte de voldsutsatte pårørendes behov.

2 BAKGRUNNSKUNNSKAP

I dette kapitlet vil jeg presentere kunnskapsgrunnlaget som på bakgrunn av søk etter tidligere forskning er valgt som videre ramme for oppgaven. Vitenskapelig arbeid skal ifølge Malterud (2021) bygge på kunnskapsgrunnlag som finne på feltet (Malterud, 2021). Med bakgrunn i dette vil vold i nære relasjoner presenteres og sees i lys av sosiokulturell teori som legger vekt på maktstrukturer. Her ser jeg spesielt på kontroll som nøkkelbegrep i forståelse av konteksten. Trabold m.fl. (2020) konkluderer i studie om intervensjoner med voldsutsatte viste et positivt resultat ved å ha fokus på problemløsning, være empowerment-basert, forberedte avgjørelser, og endring i selvtenkning (Trabold, McMahon, et al., 2020). På bakgrunn av dette vil empowerment og avmakt som bakgrunnsforståelse bli presentert, sammen med stressmestringsmodellen som knyttes til mestring, og problem- og emosjonsfokust strategi. Kunnskap om pårørende i helsetjenesten er også involvert for å kunne belyse konteksten til kvinnene som voldsutsatte pårørende.

2.1 Vold i nære relasjoner

På 1970 tallet blir vold i hjemmet offentlig oppmerksomhet som et alvorlig sosialt problem (Stets, 2012). Krisesentrenes definering, fortolkning og dokumentasjon av kvinnemishandling var medvirkende til endret samfunnsmessig forståelse av volden, som førte til en endring fra at vold i nære relasjoner ble i mindre grad sett på som et privat problem og i større grad et offentlig problem. Dette viser at hvilket ord man setter på fenomenet, representerer en dyptgripende sosial makt. Endringen i ordbruk har avspeilet at det over tid har endret oppfatningene av fenomenet (Skjørten et al., 2019). Inndeling av voldstypene etter hva slags handling det er snakk om (fysisk, seksuell, psykologisk, materiell, økonomisk) kategoriseres. Hvilken relasjon det er mellom utøver og voldsutsatt har betydning ved personvold. Det skilles mellom vold utøvd av fremmed eller om volden er utøvd av noen som har en nærere og mer langvarig relasjon. En rekke ulike betegnelser som familievold og kvinnemishandling, har vært bruk. I dag brukes formuleringen vold i nære relasjoner (Narud, 2014). Mik-Meyer og Valladsen (2007) trekker frem at makt i moderne samfunn gjerne opptrer på usynlige og fordekte måter (Askheim, 2012). Kvinner som er utsatt for partnervold har forhøyet sjanse for svekket psykisk helse (Kumar et al., 2013). Personer som utsettes for vold i nære relasjoner, kan både få kortvarige og langvarige helsemessige konsekvenser av volden i form av både fysiske og psykiske belastninger. Kvinner som har vært utsatt for vold, lever med utrygghet og begrensede muligheter til kontroll over eget liv, og dette kan resultere til helseskader (Narud, 2014).

I nasjonal undersøkelse på vold i parforhold (2005) trekkes det frem at det å søke hjelp hos andre etter å ha vært utsatt for maktbruk og vold er nært forbundet med hvorvidt parforholdet er videreført eller avvirket (Haaland et al., 2005). Når parforholdet er videreført har et klart flertall unnlatt å snakke med noen om det som skjedde, og bare en liten andel har søkt hjelp hos offentlige eller halvoffentlige institusjoner. Når den voldsutsatte har brutt ut av forholdet har et stort flertall av kvinner tatt kontakt med så vel uformelle kontakter som formelle (offentlige) hjelpeinstanser. Det å søke bistand etter å ha blitt utsatt for vold fra partner er altså meget nært forbundet parforholdets status (Haaland et al., 2005).

2.2 Kontroll- å ha eller ikke ha?

Norvoll (2016) vektlegger at makt og kontroll er grunnleggende aspekter ved alle typer sosiale relasjoner i samfunnslivet. Det trekkes frem at det er selve muligheten til at den ene parten kan gjennomføre viljen sin som oftest er tilstrekkelig til at den andre parten innordner seg de retningslinjene som makthaveren legger opp til, så makten trenger ikke utøves aktivt for å tre i funksjon (Norvoll, 2013).

Kontroll har de siste årene kommet som et fremtredende begrep i teori som knyttes til vold og mishandling i nære relasjoner (Myhill & Hohl, 2019). Stets (1988) hevder at kontroll er et nøkkelord for å forstå vold i hjemmet. Han trekker frem at kontrollen organiserer tankene og følelsene som er inn og ut av kontroll. Også forestilling om kontroll er av viktighet i beskrivelser av volden over tid (Stets, 2012).

Johnson (2006) viser til fire typer vold i parforhold: intim terrorisme, voldelig motstand, situasjonsbetinget partnervold og gjensidig voldelig kontroll. Den avgjørende forskjellen er at situasjonsbestemt vold til en viss grad utøves av både menn og kvinner og med de samme motivasjonene, mens tvangskontroll er i høy grad kjønnset (Myhill & Hohl, 2019). Intim terrorisme beskrives når et individ er voldelig og kontrollerende, men partneren ikke (Johnson, 2006). Betegnelsen «intimate terrorism» eller «situational couple violence» avhenger om intensjonen med volden er å få kontroll over partneren, eller om det dreier seg om en handling som bare skjer i situasjoner der voldsutøver er provosert av partner (Narud, 2014).

I følge Norvoll vil vold og aggresjon reduserer muligheten for vanlig sosial samhandling og sosial inklusjon. Varhet i sosiale situasjoner og redusert sosial kapasitet kan være utfordrende på grunn av psykiske vansker (Norvoll, 2016). Ved bruk av kontroll kan lydighet tvinges frem ved å lage «regler» i hverdagen som å frata viktige ressurser for støtte, utnytting, diktering og styre den andres oppførsel. Reglene kan være gjeldene også når partnerne ikke er fysisk sammen. Ved bruk av kontroll oppstår en isolasjon som reduserer kontakt med eget nettverk, familie, jobb, fritidsaktiviteter, og andre støtte og hjelpetjenester. På den måten blir primærkilden til informasjon, tolkinger og validering fra personen som kontrollerer (Stark, 2012).

Psykologisk kontroll og psykisk vold kan av noen hevdes som to sider av samme sak (Bredal et al., 2020). I følge Stark er kontroll en hovedkomponent ved vold i nære relasjoner (Stark, 2012). Internasjonale konvensjoner og nasjonale lovverk har forpliktet seg til at mennesker har rett til et liv i frihet fra negativ sosial kontroll (Kunnskapsdepartementet, 2021-2024).

2.3 Empowerment og avmakt som grunnleggende forståelse

Verdens helseorganisasjon (WHO, 1986) viser til helse som en menneskerettighet og at empowerment i helsefremmende sammenheng er en prosess der mennesker får større kontroll over beslutninger og handlinger som påvirker deres helse (WHO, 1998). Empowerment som begrep har et humanistisk menneskesyn som bakgrunn (Sørensen et al., 2002) og Paulo Freire (1974) var en viktig inspirasjonskilde som perspektivet kan spores tilbake til. Hans budskap var at dersom undertrykking skal overvinnes må mennesket bli klar over årsaken for å videre kunne gjøre endringer i sin situasjon. En

bevissthet rundt hvordan undertrykkningen arter seg er av vesentlig betydning for å kunne oppnå egen frigjøring ifølge Freire (Askheim, 2012). I dag bli begrepet knyttet til individer og grupper som er eller har vært i en avmaktssituasjon og hvordan de kan komme ut av den.

Empowerment kan defineres som en prosess der individer, grupper eller samfunn mobiliserer ressurser til å håndtere sine utfordringer. Det motsatte av empowerment er maktesløshet (Sørensen et al., 2002). Målet med empowerment er å styrke den avmektige som gir økt selvtillit, bedre selvbylde, økte kunnskaper og ferdigheter. Gjennom styrkingen kan de mobilisere kraft til å komme ut av avmakten, som igjen fører til mer makt, styring, kontroll over eget liv. Den styrkede posisjonen handler om den avmektiges egne innsats som mobiliseres (Askheim, 2012). Den grunnleggende antagelsen springer ut fra at menneske under rimelige betingelser vil utvikle evner og ferdigheter som vil sikre overlevelse og et best mulig liv for individet og felleskapet. Som forutsetning for dette er en opplevelse av tilstrekkelig kontroll over faktorene som bestemmer vilkårene for en positiv utvikling. (Sørensen et al., 2002).

Ifølge Gudmund Hernes oppstår avmakt som fenomen når betingelsene for måltettet handling ikke lengre er tilfredsstillt (Hernes, 1975), og oppstår når ytre eller indre betingelser for å få dekket fysiologiske eller psykologiske behov. Per Isdal trekker frem at det handler om trygghet og sikkerhet, kontroll, forutsigbarhet, påvirkningsmulighet og løsningsmuligheter (Lillevik et al., 2019). En posisjon som avmektig kan oppleves som både nedverdiggende og angstskapende, og kan komme av opphopning over tid eller som en del av en her og nå- situasjon. En stress og avmaktssituasjon er en tilstand som både er psykologisk og fysiologisk, og stress er en subjektiv opplevelse (Lillevik et al., 2019).

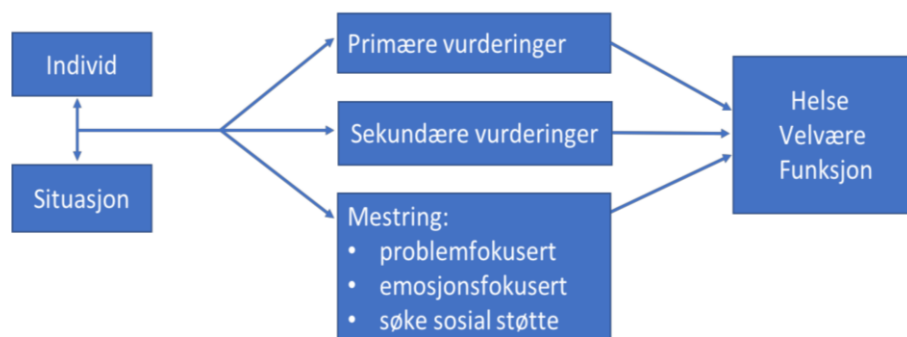
2.4 Stressmestringsmodellen

Stressmestringsmodellen forstår stress og mestring som uttrykk for samspill mellom individer og omgivelser (Vågan et al., 2018). I følge de sentrale mestringsforskerne som utviklet modellen, Richard Lazarus og Susan Folkman er oppmerksomhet på mestringsstrategier nyttige ved å egne seg for kognitive og atferdsrettete intervensjoner og gir mulighet til endring (Hoel & Geirdal, 2016). Med bakgrunn i at flere studier av psykologisk stress har vist individuelle forskjeller i respons på de samme stressfaktorene, argumenterer Lazarus m.fl. for at det ikke er mulig å forutsi reaksjoner og prestasjoner ut fra stressfaktorer alene. For å definere stress må man undersøke de psykologiske prosessene som skaper individuelle forskjeller i reaksjonsmønster (Vågan et al., 2018).

Psykologisk stress avhenger ifølge Lazarus m.fl. (1984) av «cognitive appraisals»- oversatt til «kognitiv vurdering», som er et av hovedbegrepene i stressmestringsmodellen. Kognitiv vurdering viser til en prosess hvor man hele tiden evaluerer betydningen av det som skjer, opp mot hvordan en selv har det. Det er ikke hvordan en oppfatter og mottar informasjon, hva man vet eller tror man vet, men de konsekvensene informasjonen har for den enkeltes velvære som betyr noe. Hvordan den enkelte vurderer konsekvensen av situasjonen og hendelsen, sett i forhold til eget velbefinnende, påvirker hvordan man takler dem. Begrepet kognitiv vurdering er nødvendig for å forklare individuelle forskjeller i kvaliteten, intensiteten og varigheten på den enkeltes reaksjon på en og samme stressfaktor. En hendelses betydning påvirker emosjonell og atferdsmessige reaksjoner. Videre skiller Lazarus og Folkman mellom primære og sekundære vurderinger. Primære vurderinger er vurderinger av hvorvidt hendelsen og

situasjonen har konsekvenser for en selv. Sekundære vurderinger omhandler vurderinger om hva som kan gjøres for å håndtere skade/tap eller trusselsituasjon. Dette kan innebære vurderinger om hvilke ressurser som er tilgjengelige som eksempelvis materielle ressurser eller sosial støtte. Primær og sekundær henger sammen, og hvilken type primærvurdering man gjør av en gitt situasjon, avhenger av graden av opplevdd kontroll over utfallet. Hvilke primære og sekundære vurderinger en gjør vil også påvirke graden av opplevdd stress, i tillegg til styrken og innhold i følelsesmessige reaksjoner. Vurderingene hevder Lazarus og Folkman en kompleks kognitiv prosess, som innebærer vurderinger av hvilke muligheter for mestring som finnes, sannsynligheten for at en gitt mestringsstrategi vil fungere og at en er i stand til å benytte seg av denne eller flere strategier. De beskriver også kognitiv revurdering som involverer en ny fortolkning av samme situasjon på grunnlag av ny informasjon eller kunnskap. Ny kunnskap kan føre til en ikke lengre oppfatter en situasjon som truende, endrer måte å håndtere den på og reduserer stressnivået (Vågan et al., 2018).

Stressmestringsmodellen regnes for å være relasjonsorientert på bakgrunn av at de primære og sekundære vurderingene både skyldes egenskaper ved den enkelte personen og egenskaper ved situasjonen. Den relasjonelle forståelsen er sett i lys av sentrale personlige faktorer som kan påvirke tankemønster og handlinger, som personlige mål, verdier og idealer («commitments») og ens virkelighetsforståelse og oppfatning av å ha kontroll over en situasjon eller hendelse («beliefes»). Tankemønsteret og handlinger henger sammen med egenskapene ved situasjonen. På denne måten er mestringsbegrepet til Lazarus og Folkman nært knyttet til begrepet kognitive vurderinger. Sammen med den relasjonsorienterte forståelsen, vektlegges også en prosessorientert forståelse av mestring. Det vises til en forståelse av mestring med å legge vekt på individets vedvarende forsøk på å håndtere eksterne og eller interne belastninger ved å tenke og handle på ulike måter. Der mestring ses på forsøk på å takle en eller flere vanskelige situasjoner, og som noe som kan endres over tid, og fra en situasjon til en annen. Videre beskriver de to ulike former for mestring, nemlig problemfokuset mestring og emosjonsfokuset mestring. Problemfokuset mestring handler om å prøve å løse, håndtere eller endre problemet som forårsaker stress. Emosjonsfokuset mestring er rettet mot å regulere følelsesmessige reaksjoner på problemet. Stressmestringsmodellen argumenterer for at kognitive vurderinger av utfordrende livssituasjon og ulike typer mestringsprosesser kan virke inn på fysisk helse, opplevdd velvære og sosial fungering (Vågan et al., 2018).



Figur 1: Stressmestringsmodellen (bearbeidet fra Lazarus og Folkman, 1984)

2.5 Pårørende i helsetjenesten

Ifølge Askheim utøves maktformer på ulike måter innenfor det helse- og sosialfaglige feltet. Makten tar ulike former og kan være vanskelig å få øye på. Den ofte lite synlige måten gjør at styring og maktutøvelse kan føre til ubevissthet på at det utøves makt for fagpersoner og tjenestemottakere, og identifisering av makt må ha fokus. I fagfeltet opererer tjenesteutøveren med normer, faglogikker og forestillinger som preger arbeidet. De organisatoriske rammene og samfunnets forventninger knytter bestemte forventninger til organisasjonen. Makten kan ifølge Askheim ikke unngås (Askheim, 2012). I en studie der fastleger og helsesøstre var informanter kom det frem at de som helsepersonell ønsker at det psykiske helsevernet skal være mer tilgjengelig for voldsutsatte (Bøen, 2013).

I de senere årene er pårørendes egne behov og hensiktsmessig mestring vektlagt stadig mer i helsevesenet. Ifølge Vifladd m.fl. (2004) har forekomsten av vedvarende og sammensatte helseutfordringer økt i befolkningen, og oppmerksomheten har flyttet seg fra den tradisjonelle behandlingsmodellen med fokus på «friskgjøring» av pasienten, til pasient og pårørendes egen selvforståelse, innsats og mestring (Hoel & Geirdal, 2016).

Helsepersonell har plikt til å til å ivareta pasientens barn. Lovbestemmelsen har som formål å forebygge problemer hos barn gjennom å sikre risikoutsatte barn og unge hjelp så tidlig som mulig. Lovendringene som skal ivareta barn som pårørende trådte i kraft i 2010 og har medført en stor omstilling fra spesialisthelsetjenestens individfokus på den voksne pasienten, til et utvidet familieperspektiv (Osen et al., 2015). Mesteparten av barn og ungdom som er vitne til vold mellom foreldre er henvises til psykisk helse profesjoner for atferdsmessig- eller følelsesmessige problemer, istedenfor deres eksponering for vold i nære relasjoner (Carlson, 2000). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) viser til at nesten halvparten av dem som har erfaring med å bli utsatt for vold og seksuell overgrep i oppveksten prøver å skjule det, og omtrent 40 prosent skammer seg (Thoresen & Hjemdal, 2014). Forskere, proffene i Forandringsfabrikken og mange andre som jobber med forskning på feltet, poengterer at det kan ikke forventes at de unge selv skal be om hjelp, vi må komme til dem, vi må våge og spørre (Mevik et al., 2017). Om volden forties, blir barna stående igjen alene med opplevelsen og vil stå uten mulighet til å forstå, dette medfører ensomhet, usikkerhet og forvriing (Isdal, 2016).

I pårørendeveilederen (2019) trekkes barns om pårørende frem som kan ha særlig behov for støtte (Helsedirektoratet, 2019). I januar 2019 ble pakkeforløp for psykisk helse og rus innført som en lovfestet organisering ved alle avdelinger og enheter. Det innebærer også pårørendes rolle og perspektiv (Ådnanes et al., 2021). Tiltak for å ivareta pårørende og mindreårige barn og søsken som pårørende gjennom hele pakkeforløpet er videre innsatsområde (Helsedirektoratet, 2019).

I helsedirektoratets veileder «Sammen om mestring» (Helsedirektoratet, 2014) viser at undersøkelser rundt pårørendeinvolvering både reduserer faren for tilbakefall hos pasienter og fører til færre symptomer til pasienten. I den grad pasienten ønsker det og så langt som det er mulig, skal det gis anledning til at andre personer kan være til stede når helsehjelpen gis. Det betyr at pårørende skal gis anledning til å være tilstede sammen med pasienten når pasienten mottar helsehjelp, i den grad dette er et ønske fra pasienten selv og forholdene tillater det (Helsedirektoratet, 2014).

I regjeringens pårørendestrategi og handlingsplan (2021- 2025) fremhever pårørende som en viktig ressurs (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2020). Videre påpekes at konflikter i familien kan medføre behov for ekstra støtte til pårørende (Helsedirektoratet, 2019). Mange pårørende ønsker å hjelpe og støtte sine nærmeste når det er behov for det. Å hjelpe og oppleve at man er viktig for andre kan være både givende og helsefremmende. Blir omsorgsoppgavene eller pårørenderollen for omfattende eller krevende, kan det imidlertid gå ut over helse og livskvalitet, samt mulighet til å fullføre utdanning, stå i jobb eller følge opp andre forpliktelser. Innspill fra pårørende viser blant annet at mange sliter med vanskelige følelser når deres nære blir syke, får en funksjonsnedsettelse eller rusproblemer. Det kan være følelser som skam, skyld, redsel, sinne og frykt for fremtiden. Pårørendealliansens undersøkelse har vist at 63 prosent av pårørende opplever dårligere helse sammenlignet med tiden før de inntok en pårørenderolle. Tallene viser videre at 62 prosent føler at de er konstant på vakt, 58 prosent er stresset på grunn omsorgsbelastninger, 56 prosent har søvnproblemer og 48 prosent føler at de ikke får prioritert seg selv (Pårørendealliansen, 2019).

Vatne viser til studie om at helsepersonell trekker frem viktigheten av å møte pårørende med respekt, ydmykhet og åpenhet og forsøke å sette seg inn i den følelsesmessige smerten som de opplever. De har behov for å snakke om hva de har stått i, om engstelser for hvordan det skal gå med pasienten og om frustrasjoner over å ikke bli hørt når de har bedt om hjelp. Å romme deres reaksjoner er det viktigste en kan gjøre som helsearbeider (Vatne et al., 2021). I følge Hoel m.fl. bør hjelpeapparatet møte de pårørende med fokus på å gi støtte og bistand slik at de pårørende kan ta bevisste valg av hensiktsmessig mestringsstrategi (Hoel & Geirdal, 2016).

3 METODE

I dette kapitlet gjør jeg rede for studienes metodiske tilnærming og vurderinger som er lagt til grunn ved innsamling av data og behandlingen av ny kunnskap. Fremgangsmåte ved litteratursøk i studieprosessen gjøres rede for og valg av vitenskapsteoretisk forankring med fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming presenteres som bakgrunn for kvalitativt forskningsintervju som fremgangsmåte. Videre er etiske betraktninger og min rolle som forsker beskrevet. Mulige feilkilder og hva som kunne vært gjort annerledes belyses.

3.1 Litteratursøk

I planleggingsfasen av studien leste jeg oversiktslitteratur om temaet vold i nære relasjoner. Det Rienecker m.fl. (2006) beskriver som kjedesøking benyttet jeg, der jeg av en tekst ble ført til den neste (Rienecker et al., 2006). På bakgrunn av kjedesøk la jeg merke til bruk av begreper og termer som jeg kunne benytte meg av i videre systematisk litteratursøk. Jeg hadde behov for å finne oversikt over litteratur som viste tidligere forskning på feltet, og som var relevant og for min problemstilling. I forsøk på å avgrense kunnskapsområdet og med formål om å komme frem til relevante artikler benyttet jeg et PICO-skjema som hjelpemiddel. PICO-skjema bidrar til å konkretisere målgruppe, tiltak, og utfallsmål som skal studeres (Kloda & Bartlett, 2013). I tillegg reflekterte jeg om synonymer og staveformer som kunne benyttes i skjemaet (se PICO-skjemaet under vedlegg 4). Jeg fikk mange treff. Databasen PsycINFO ble mest brukt på bakgrunn av flest relevante treff. Avgrensning av søk med ordet psykisk vold reduserte antall treff og jeg opplevde en mer overkommelig oversikt av litteraturen. Videre valgte jeg ut artikler som gjennom å lese abstract ga meg inntrykk av relevans for min valgte problemstilling. Ved å bruke referansehenvisninger i de aktuelle artiklene førte det meg til ny litteratur som var relevant. Ved å benytte meg av søkemotoren Google Scholar kunne jeg finne mange aktuelle artikler. Gjennom studieperioden er flere litteratursøk gjort for å sikre at nye studier blir vurdert for inkludering. Forskningsbasert kunnskap om forekomst, skadeomfang og behandling av voldsutsatte ble funnet. I følge Korstjens m.fl. (2017) er bruk av PICO-skjema primært ment for mer kvantitativt rettede studier, som forklarer vinklingen funnene i søkene mine hadde. Videre forklarer Korstjens m.fl. (2017) bakgrunnen for at kvalitative undersøkelser foretrekker en annen tilnærming i søket etter litteratur i kvalitative studier (Korstjens & Moser, 2017). Jeg fant ikke artikler som sa noe direkte om mennesker med erfaringer av å være voldsutsatt og i en pårørenderolle. Artiklene konkluderte med mangelfulle kunnskapsgrunnlag for erfaringer fra voldsutsatte som har vært i ulike intervensjoner, og at kvalitativ metode i for stor grad var ubenyttet. Videre ble manuelle søkeord i større grad benyttet. Spesielt på søk om pårørende utsatt for vold. Jeg søkte også etter litteratur for andre pårørendegrupper. Litteratursøk har bidratt til å gi studien en bakgrunnskunnskap og forståelsesramme til egne funn. Jeg har vært bevisst på at min studie skal bygge på kunnskapsgrunnlaget som finnes på feltet (Malterud, 2021).

3.2 Vitenskapsteoretisk forankring

Kunnskap dannes på bakgrunn av å benytte en vitenskapelig tilnærming. Jeg har som mål å skape en forståelse av de sosiale fenomenene som er knyttet til kvinnenes erfaring i møte med poliklinikks helsetjeneste som pårørende. For å kunne gjøre dette har jeg valgt å bruke fenomenologisk perspektiv og hermeneutikk som er to tradisjoner som fører til kunnskap innen kvalitativ forskningstilnærming (Malterud, 2021).

3.2.1 Fenomenologisk tilnærming

Fenomenologien har sitt opphav fra Edmund Husserl på 1800- tallet og er utformet av filosofer på bakgrunn av kritiske innvendinger om at mennesket eller sosiale relasjoner ikke kan objektiveres eller reduseres til en samling av målbar adferd eller omstendigheter. Fenomenologi vektlegger menneskers behov for mening, deres intensjoner og hverdagsliv som en sentral side (Norvoll, 2013). Videre påpekes det at en forutsetning for fenomenologisk tilnærming er å mestre tilsidesettelse av tidligere kunnskap, også omtalt som bracketing. Bracketing gjøres for å kunne ha oppmerksomhet mot subjektive erfaringer som er i lys av individets livsverden (Malterud, 2021). Slik jeg forstår Malterud (2021) vil det være sånn at kvinnene har forskjellig forståelse og erfaringer, selv om de har samme bakgrunn med å være utsatt for vold i parforholdet. Erfaringen vil i stor grad være preget av kvinnens bakgrunn, forståelse og interesse. Denne studien har fokus på forståelse av kvinnenes subjektive erfaringer og bevissthet, og setter oppmerksomhet mot individets livsverden. I mitt møte med informantene kommer jeg inn med mine egne erfaringer, som vil prege kunnskapen som bringes frem. På bakgrunn av dette vil en fortolkende fenomenologi brukes som tilnærming.

3.2.2 Hermeneutisk tilnærming

Hermeneutikk er læren om tolking av tekster og en erkjennelse rundt fortolkningen av meningen. I erkjennelsen ligger en betydning av kontekst og selvrefleksjon (Kvale & Brinkmann, 2019). Gadamer (1975) er en sentral filosof i forhold til fortolkningslæren, han er kjent for å ha påpekt at forståelsen er avhengig av fordommer. Spesielt vektlegger hermeneutikken forholdet mellom deler og helheten ved tekstene. Ved å benytte meg av hermeneutisk tilnærming kan jeg ifølge Kvale og Brinkmann (2019) analysere intervjuene som tekster, og samtidig se utover her- og nå situasjonen under intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2019). Anthony Giddens har gitt oss begrepet 'dobbelthermeneutikk' for å beskrive den utfordringen det er for en forsker å fortolke en sosial virkelighet som allerede er fortolket (1976) (Engelstad et al., 2005). Denne oppleves som relevant for intervjusituasjonene i denne studien, der deltakerne delte sine fortolkninger og fortellinger slik at jeg etterpå kunne fortolke og gjenfortelle disse. Jeg rekonstruerer dermed informantenes oppfatninger.

3.3 Kvalitativ forskningsmetode

Studien har som formål å søke kvinnenes forventninger og erfaringer som pårørende, på bakgrunn av dette blir det naturlig å benytte en kvalitativ forskningsmetode. Kvalitativ metode bygger på et humanvitenskapelig kunnskapssyn, og ser kunnskapen som menneskeskapt, og søkes i menneskets erfaringer (Kvale & Brinkmann, 2019). Kvalitative

metoder egner seg godt for å komme nærmere det man studerer og frembringe dypere forståelse av enkeltmennesker og gruppers situasjon (Malterud, 2001). Jeg anser at den dypere forståelsen kan gi kunnskap om kvinnenens prosesser som tolkes i lys av erfaringenes kontekst. Ifølge Malterud (2019) er kunnskap et produkt av menneskelig persepsjon, tolkning og samhandling (Malterud, 2021), som betyr at jeg må se på meg selv som et redskap for kunnskapen som produseres.

3.3.1 Forskerrollen og forforståelse

Kvale og Brinkmann (2019) viser til at jeg som person har en sentral rolle for den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutninger som må tas i studien (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg bør vise en moralsk ansvarlighet i forskningsadferden underveis som har forbindelse med min moralske integritet, empati, sensitivitet og engasjement i forhold til de handlinger og spørsmål som dukker opp underveis i studieprosessen. Malterud (2021) fremhever påvirkningen forskeren har, og at viktigheten videre for meg blir da å vise hvordan fortløpende. Min faglige bakgrunn er bachelorgrad i sykepleie, og med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Jeg har hatt arbeidsforhold både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Mitt arbeidsfelt har i begge sektorene vært psykisk helse og rus. I alle arbeidsforhold har jeg vært opptatt av menneskers relasjoner og nettverk. I min arbeidspraksis har jeg deltatt i nettverk med barneansvarlige i psykisk helsevern siden 2019, der utvikling av psykisk helseverns kontakt med barn som pårørende er i fokus. På bakgrunn av min faglige utdanning og erfaringer i fagfeltet har jeg med meg en del antakelser og ideer rundt tema pårørende. Jeg har sammen med kollega vært en initiativtaker til å implementere holdninger og rutiner for pårørendeinvolvering i Sinnemestringspoliklinikken, der jeg har jobbet de siste årene. Erfaringene mine fra poliklinikken tilsa at det å gjennomføre samtaler med partnere er viktig for effekten av behandlingen. Dette er antagelser jeg har gjort meg fra praksisfeltet, der jeg har observert og hatt tanker om at pårørendeinvolveringen er viktig for både pasienten og partneren. I møte med pårørende har de med sitt perspektiv gitt meg tro på at arbeidet som gjøres er viktig for deres partner og dem selv. Samtidig har jeg samme med kollega undret meg enkelte ganger over hvordan det er å dra fra samtaler som naturlig nok har vært svært emosjonelle. Hvordan gikk det med dem? Ifølge Malterud (2001) kan min forforståelse prege meg på den måten at «jeg har skylapper på» og dette kan begrense åpenheten i studien og prege forskningsprosessen. I studien har jeg derfor forsøkt å være bevisst min forforståelse og jobbet for å i minst mulig grad påvirke deltagerens svar underveis i intervjuene. Det gjorde jeg ved å holde meg mest mulig til intervjuguiden og ikke være for ivrig med kommentarer eller stille oppfølgingsspørsmål for at deltager skulle ha muligheten til å ikke bli avledet i egne tankerekker. Oppfølgingsspørsmål ble valgt på bakgrunn av å gi eksempler på det deltager allerede har valgt og snakke om selv. For å gripe an dette i oppstartsfasen vurderte jeg planen for studien sammen med relevante personer som brukergruppe i psykisk helsevern og medstudenter som på bakgrunn av studieemner kunne kommentere på innledende valg. Det er verdt å bemerke at forforståelse og nærhet til feltet også kan ha fordeler (Kvale & Brinkmann, 2019; K. Malterud, 2001; Malterud, 2021).

3.3.2 Rekruttering og utvalg

I fenomenologiske studier er utvalget strategisk, noe som betyr at de innehar egenskaper eller kvalifikasjoner som er ønskelig ut fra problemstillingen som skal besvares (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg hadde som mål å nå et utvalg med

informasjonsstyrke ved å rekruttere informanter som har deltatt i parsamtale med sin partner ved Sinnemestringspoliklinikken. Rekrutteringsprosessen foregikk i samarbeid med Kompetansesenteret for fengsel, sikkerhets- og rettspsykiatri. På bakgrunn av en effektstudie i 2020 ved NTNU, Institutt for Psykisk Helse (Nesset et al., 2021), var det mulighet for meg å gjenoppta kontakt med partnere. I samtykket hadde deltakerne sagt seg villig til å kunne bli kontaktet igjen med spørsmål om ny forskning. Dette samtykket ble en mulighet for å kunne henvende seg til kvinnene med tilbud om å bidra i mitt prosjekt med en annen vinkling. Deltakelsen er frivillig, noe som antas sikre mest mulig åpne og ærlige svar i undersøkelsen.

For å innhente kunnskap om fremgangsmetoden inviterte jeg våren 2021 til to møter, ett med brukergruppa i St. Olavs hospital avd. psykisk helsevern, samt ett med fagpersoner som har klinisk eller forskningsbasert erfaring med pårørende utsatt for vold i nære relasjoner. Jeg holdt en kort presentasjon om formålet med prosjektet og ønsket tilbakemeldinger på hvordan jeg burde gå frem i kontakt med utvalget. Jeg fikk innspill til hvordan spørsmål bør stilles og hvordan jeg kunne utvikle intervjuguiden og informasjonsskriv videre. Et «første skriv» (se vedlegg) med informasjon til deltagerne ble også et resultat av denne prosessen, da dette kunne bidra med å redusere stress eller ubehag ved å motta for mye informasjon og samtykke direkte i posten. Rekrutteringen foregikk ved å sende ut forespørsel til aktuelle deltakere. De ble valgt tilfeldig og en forskningsmedarbeider fra effektstudien benyttet et randomiseringsprogram. Deltagerne kunne svare tilbake i frankert konvolutt, ringe prosjektleder selv, eller krysse for at du ønsket at prosjektleder skulle ta kontakt på telefonen. Når deltakerne hadde samtykket ble de kontaktet per telefon av meg for å kunne få mer informasjon, samt avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuet. Det ble også snakket muntlig om informasjonsskrivet som ble videresendt dem i posten. Noen av deltagerne sendte samtykket tilbake i posten og noen tok det med til intervjuet. Målet med telefonsamtalen var å gi rom for en fleksibel avtale etter informantenes ønske og for å unngå begrensning på datatilgang. Eksklusjonskriterier er manglende samtykke, at de likevel ikke har deltatt i parsamtale eller annen form for kontakt med poliklinikken. Det var vanskelig å estimere antall informanter, men det var ønskelig med 5–6 informanter. Det endelige tallet ble fire deltakere, som ble vurdert som nok. Målet med studien er å bidra med kunnskap som kan ha en nytteverdi også i andre, tilsvarende kontekster (Charmaz, 2014). Ny kunnskap kan føre til endret forståelse for hva som er en nyttig tilnærming i pårønderarbeidet og føre til et forbedret tilbud for å imøtekomme voldsutsatte kvinnelige pårørendes behov. Grunnet anonymisering og at det ikke er av betydning og beskrive hvert enkelt individ har jeg allikevel noen betraktninger om at deres ulike situasjon beriket datamaterialet. De hadde ulik alder, barna var i ulik alder i perioden de var pårørende, de kom fra både bygd og by.

3.4 Kvalitativt forskningsintervju

Kvalitative forskningsintervju kjennetegnes ved at den sosiale relasjonen mellom informant og forsker produserer informasjon, som gjerne går i dybden av et bestemt tema (Kvale & Brinkmann, 2019; Malterud, 2012). For å utforske deltagerens erfaringer, benyttet jeg semistrukturert individuelt intervju, som tillater deltakeren å beskrive i dybden samtidig som det gir mulighet for oppfølgingsspørsmål fra meg. Problemstillingen omhandler et sårbart og sensitivt tema som også gjorde at intervju på tomannshånd var noe jeg anså som den mest tilpasset fremgangsmåten etisk sett. På bakgrunn av temaet

vold i nære relasjoner anså jeg at det ikke er en selvfølge at en ønsker å delta personlig erfaringer til fremmede. Jeg hadde derfor et bevisst fokus på å sørge for en mest mulig avslappet og uforstyrret intervjusetting. Kvale og Brinkmann (2015) påpeker ansvaret jeg har som forsker for samspillet i settingen, og bevisstheten rundt de gode rammene som skaper en viss grad av gjensidig tillit. Bevisstheten rundt dette hadde jeg også i telefonkontakten med deltagerne i forkant av intervjuene. Uansett er det ikke alle omstendigheter ved interaksjoner som kan forberedes eller kontrolleres på forhånd. Dersom deltagerne ble emosjonelle underveis i intervjuet «roet jeg ned», ved å bekrefte deres reaksjoner som naturlige, og sjekke ut med dem om de ønsket å fortsette. Jeg var også bevisst på å ikke etterspørre dypere meninger når slike øyeblikk oppstod.

Intervjuene ble gjennomført høsten 2021 og vinter 2022. Alle intervjuene ble gjennomført ansikt- til ansikt med informant og meg. Lengden på intervjuene varierte fra 47 minutter til det lengste på 82 minutter. Før starten av intervjuene snakket jeg med kvinnene om det overordnede fokuset, og samtidig presiserte jeg at det var viktig at de delte det de følte for, og at det generelt var min interesse å få høre om deres erfaringer med tjenestetilbudet. Intervjuene foregikk som en styrt samtale, der deltager og jeg sammen påvirker utfallet (Brinkmann, 2013). Ifølge Kvale og Brinkmann er forskerens kunnskaper om tema det forskes på viktig, for å blant annet styre intervjuet på en slik måte at aktuelt tema blir dekket (Kvale & Brinkmann, 2019). Jeg spurte eksplisitt med oppfølgings spørsmål og eksempler når deltagerne fortalte om begreper jeg tenkte hadde særdeles relevans for studien.

Det gikk noe tid mellom gjennomføringen av hvert intervju, noe jeg opplevde som nødvendig da det ga bedre forutsetninger for bearbeidelse av deltagernes historier, og at jeg følte meg skjerpet og klar for neste. Jeg reflekterte over intervjuene i tiden mellom hvert intervju, og skrev memo i den forbindelse. Chermaz viser til memo som hjelpemiddel, jeg benyttet meg av dette for å fange opp umiddelbare inntrykk og lære av egen fremgangsmåte i kontakten med deltager under intervjuet (Charmaz, 2014). Memo og inntrykk ble tatt opp på eget lydspor like etter intervjuet, eller skrevet ned i tiden frem til neste intervju.

3.4.1 Intervjuguide

Intervjuene var gjennomført ut fra intervjuguiden som var inndelt i tre deler med totalt tolv hovedspørsmål rundt forventinger, opplevelser og erfaringer (se vedlegg). Intervjuguiden ble forberedt og justert etter de tilbakemeldingene fra de nevnte møtene i tidligere kapittel. Brukerrepresentantene gjorde meg oppmerksom på at språket ble for formelt og vanskelig. Før, under og etter var ord som ble foretrukket istedenfor for eksempelvis forventning og erfaring. Åpenhet er noe som kjennetegner individuelle intervju (Kvale & Brinkmann, 2019), og ble viktig for utviklingen i intervjuguiden. Samtidig var det viktig at jeg hadde en viss grad av struktur for å ikke miste den «røde tråden» i samtalen. Dette var blant flere ting jeg fikk testet ut ved å intervju en medstudent ved NTNU institutt for psykisk helse før guiden ble benyttet til de aktuelle deltagerne. Jeg øvet også på den tekniske biten med lydopptaker. Fra medstudenten fikk jeg tilbakemelding om at det var viktig med en innledning som forklarer at en kan prate fritt, ta pauser og at det er en ro rundt hvor fort man stiller neste spørsmål. Det å bli takket, gjorde at medstudenten kjente seg verdsatt under intervjuet. Blikk-kontakt, nikk og ord som 'mmm' og 'ja' opplevde medstudenten som bekreftende på at hun ble lyttet

til. To presiseringer ble endret, slik at spørsmålene kunne flyte over i hverandre og oppleves som en god og mer sammenhengende dialog for de faktiske deltagerne.

3.4.2 Sikker datalagring og transkribering

Lydopptaker ble benyttet som hjelpemiddel under intervjuene. Deltakerne ble i forkant forklart hensikten med lydopptak i et informasjonsskriv og samtykket til bruken av lydbånd (se vedlegg). Malterud poengterer at informert samtykke er en forutsetning for all forskning som omfatter mennesker (Malterud, 2021). Ved å gjøre lydopptak hadde jeg tilgang til det fullstendige intervjuet. Intervjuene ble etter endt datainnsamling fra den enkelte transkribert, for å direkte overføre fra lyd til tekst. Dette gir mulighet for å kunne ha videre fokus på språk og tekst som er sentralt ved hermeneutisk tilnærming. Formålet med å transkribere er skriftliggjøring, slik at samtalen fanges opp i en form som best mulig representerer det som informanten hadde til hensikt å meddele. Transkribering av intervjuene ble gjort mest mulig ordrett med bruk av nummererte linjer. Småord som eksempelvis 'eeh' ble tatt med for å kunne gjengi opplevelsen av intervjuet. Alle intervju og transkriberingen av disse gjennomførte jeg selv. Ved å selv være mellomledet mellom tale og tekst kan ifølge Malterud validiteten i studien styrkes, samt at jeg kan gjenoppleve materialet, få oversikt og bli kjent med det fra en ny side (Malterud, 2001). Datamaterialet ble anonymisert under transkribering ved at jeg ikke benyttet navn og endret alder, kjønn og antall på barn. Andre personlige opplysninger er også utelatt. For å sikre deltagerne anonymitet, er de gitt fiktive navn i resultat kapittelet.

For å sikre god datalagring satt jeg meg inn i NTNUs retningslinjer for informasjonssikkerhet og klassifisering av data i planleggingsfasen. Det personlige hjemmeområdet ved NTNU ble benyttet i tråd med regler for fortrolige og strengt fortrolige data som er kryptert. Det er kun jeg som har adgang til hjemmeområdet, som krever sikker og privat kode. Alle oversendinger til veileder av transkriberte og anonymiserte data skjedde med bruk av kodekryptering. Det var kun jeg som administrert båndopptakeren i perioden intervjuprosessen foregikk. Ved forflytting etter intervjuet tok jeg ut brikke med lydfilen fra båndopptakeren. Opptakeren ble låst ned og lydopptak ble slettet like etter transkriberingen ble gjennomført.

3.4.3 Mulige feilkilder og kritisk blikk på studien

En mulig feilkilde kan være at studiens deltagere uttalte seg retrospektivt, noe som kan ha gjort det vanskelig for kvinnene å huske eller utdype egne inntrykk og opplevelser. Dersom det har gått for lang tid fra parsamtalen og frem til intervjuet i undersøkelsen kan det være vanskelig for informantene å huske tiden det stilles spørsmål om. Likevel anses det at en slik situasjon gjør så inntrykk, at det på den måten kan huskes bedre av dem som har vært i den enn mer hverdagslige hendelser. En fordel kan også være at informanten sannsynlig har hatt mulighet til å reflektere over og erfare hvordan parsamtalene påvirket relasjonen på sikt, og mer over perioden som helhet. Ethiske vurderinger ble avgjørende for å velge deltakere med litt avstand til de aktuelle hendelsene, selv om dette ikke trenger å gi et presist bilde på situasjonen til tiltak som gjøres fra tjenesten i dag. Uansett anser jeg temaet som betimelig og i anser det som på høy tid å få mer kunnskap som kan bidra til å utvikle praksisfeltet.

En feilkilde kan være systematiske skjevheter. Med et så lite utvalg er det vanskelig å si noe om representativiteten til gruppa. Studien må derfor avstå fra å generalisere funnene. En annen systematisk skjevhet kan være at jeg som forskeren har spesifikke

forventninger til utfallet av studien. Det har derfor vært viktig for meg å drøfte funnene med mange underveis. Dette har bidratt til å gi meg det Malterud (2001) beskriver som en metaposisjon, som betyr å kunne seg selv «utenifra» som strategi for å ha tilstrekkelig avstand ved studisetting som jeg er personlig involvert i (Malterud, 2001). Jeg har forøkt å vise min bakgrunn og forforståelse, samt redegjøre bakgrunn for egne tolkninger i håp om at dette tydeliggjør veien til resultatene.

Kildene som er brukt i oppgaven kan ha ulik grad av faglighet og vitenskapelighet. Institutt for psykisk helse (IPH) ved NTNU har i stor grad undervist meg som student om å være kildekritisk og lære hvordan valideringsverktøy kan være nyttig som fremgangsmetode i valg av litteratur. På bakgrunn av dette har jeg forsøkt å benytte en sunn skepsis i vurderingen av kvalifiserte kilder oppgaven bygger på. Jeg har blant annet forholdt meg til det Tracy beskriver som de åtte kriteriene for kvalitetsvurderinger i kvalitativ forskning (Tracy, 2010).

Praktisk sett kunne jeg kunne jeg vært mer bevisst omgivelsen når deltageren valgte å komme til lokalene jeg praktisk tilrettela for, selv om jeg forsøkte å legge til rette for en avslappende atmosfære. Bygget kunne gi mange følelser selv om de ikke var i samme rom, eller del av bygget som når de var i pårørende situasjonen. Dette var noe jeg ble enda mer oppmerksom på etter første intervju. Det å komme «tilbake» ble uttrykt. Jeg anser også i ettertid at en sofa eller god stol kunne vært bedre enn å sitte rundt et konferansebord. Jeg reflekterte også om hva som kunne føre til en økt grad av «rollemix», altså at min rolle som intervjuer kunne gli over i terapeutrollen. Samtidig opplevde jeg at dette kunne handle om et felles engasjement for pårørendeperspektivet. Kvinnen opplevde jeg som meddelsom og at de hadde tillit til meg. Jeg opplevde at intervju som ble avholdt på andre plasser ga mer ro innledningsvis ved møtet. De siste intervjuene tilrettela jeg for å kunne møtes i et annet bygg og presenterte meg selv på en enda tydeligere måte. Jeg oppsøkte også lokaler og arena som ble foreslått av en av kvinnene. Jeg forberedte meg også på at tekniske problemer kunne gi inntrykk av at jeg ikke hadde fokus fullt og helt på samtalen, og at jeg kunne oppleves uforberedt som igjen kunne føre til redusert tillit for deltager. Derfor øvde jeg meg på bruk av diktafonen.

Studiens utvalg inkluderte kun kvinner, og er i så måte mangelfull for å kunne si noe om menns erfaringer. Forskning viser at det er kvinner som utsettes i størst og alvorligst grad for partnervold og at det ligger en kjønnsulikhet til grunn (Moulding et al., 2020).

4 ANALYSEPROSESSEN

I analysearbeidet er målet at datamaterialet skal systematiseres og lede frem til nye begreper av et fenomen. I fenomenologien handler dette om å vise forskerens erfaring tilgjengelig i analysen for andre. Giorgis (1985) psykologiske fenomenologiske analyse har til formål å utvikle kunnskap om informantens erfaringer og deres livsverden innenfor et bestemt felt. I tråd med Giorgis analyse skal jeg som forsker lete etter essensen og vesentlige kjennetegn av fenomenene i studien. Målet er å fange opp deltakernes erfaringer slik de uttrykkes og vise likhetstrekk, forskjeller og variasjon i erfaringer, følelser eller holdninger. På bakgrunn av at datamaterialet i denne studien er informasjon fra et begrenset antall kvinner, innhentet i samme tidsrom og ikke utført over tid er tverrgående analyse benyttet. Videre valgte jeg å bruke Masteruds systematiske tekstkondensering (STC) som fremgangsmåte. Den består av fire trinn som presenteres i underkapitler. Metoden ble valgt på bakgrunn av at den kjennetegner fleksibilitet og evnen til å lære av erfaringer underveis i prosessen (Malterud, 2001). Jeg anser at dette er i tråd med at metoden egner seg for å rette kursen mot dataen informantene meddeler og utforskningen av den.

4.1 Systematisk tekstkondensering

Giorgis bidrag utviklet fenomenologien som tilnærming i kvalitativ forskning, og systematisk tekstkondensering beskrives av Malterud som en modifisering av Giorgis psykologiske fenomenologiske analyse. Systematisk tekstkondensering kan benyttes i analysen av mange typer empiriske data og ha ulik grad av teoretisk forankring, jeg anser den som gjennomførbart ved at fremgangsmåten er trinnvis forklart på fire nivå, og beskrevet som en fremgangsmåte som kan passe for forskere med liten analysepraksis. Videre i dette kapitlet vil jeg vise hvordan jeg har fulgt de fire analysetrinnene ved å: I første trinn ha fokus på få oversikt og førsteinntrykk av datamaterialet, i andre trinn merke meningsbærende enheter, i tredje trinn abstrahert innholdet i de meningsbærende enhetene og i fjerde trinn sammenfatte betydningen av innholdet (Malterud, 2012, 2021).

4.1.1 Helhetsinntrykk og foreløpige temaer

I første trinn fikk jeg oversikt over materialet ved å lese gjennom de transkriberte intervjuene to ganger. Alle intervjuene var 49 sider totalt. Jeg tok noen notater under gjennomlesningen. Formålet var å få et helhetsinntrykk og utvikle foreløpige temaer. Jeg fikk et emosjonelt inntrykk av å lese igjennom intervjuene. Jeg opplevde at emosjonene kunne være nyttige i dette trinnet, og kvinnenens bruk av metaforer som «innenfor husets fire vegger», «bukten og begge endene», «å vifte med det hvite flagget» og «som å gå på eggeskall» opplevde jeg ga meg helhetsinntrykk av datamaterialet. Metaforene ble for meg en måte å stille meg induktivt til dataen. De foreløpige temaene skulle si noe om kvinnens forventninger og erfaringer som pårørende av partner i sinnemestringsbehandling (Malterud, 2021).

4.1.2 Å identifisere meningsbærende enheter

I andre trinn er målet å identifisere meningsbærende enheter. Ved å gå igjennom transkripsjonene linje for linje, vurderte jeg hva som var relevant tekst for studiens problemstilling. Jeg gikk gjennom linjene i flere omganger. Spesielt setninger med «jeg» pekte seg ut som relevante for å få informantenes forventninger og erfaringer frem. Også setninger som beskrev deres erfaringer. Under arbeidet merket jeg deltagernes livsverden med voldsdynamikken hang sammen med erfaringer i pårørende konteksten. «Å gå på eggeskall» som kvinnene beskrev at de gjorde i situasjoner med partneren, ble også beskrevet i situasjoner med helsetjenesten. I dette trinnet var det behov for å benytte veiledernes kompetanse som tilførte refleksjoner om temaer, hva som ligger i dem og hvordan det kan besvare problemstillingen. Jeg fikk også mer fokus på detaljer jeg først ikke hadde reflektert rundt, som at de i intervjuene beskrev forskjellige roller og relasjoner. Under arbeidet i dette trinnet fikk kvinnene hver sin farge som jeg benyttet for sortering. Jeg benyttet «klipp og lim» funksjonen i dokumentet og kategoriserte de meningsbærende enheter etter innholdet i dem. Dette ga også en visuell oversikt over hva de hadde av likhetstrekk og hva som var forskjellig. Da kunne noe slås sammen. Ved å samle tekstbiter som hadde noe til felles ble jeg mer bevisst min egen sortering, og det ble tydeligere at metaforer kunne benyttes på linje med enkelte nøkkelord.

Eksempel på hvordan jeg jobbet med meningsbærende enheter:

«når en bor under husets fire vegger så kan det skje ganske mye, men på utsiden så ser alt fint og flott ut» ble kodet til: Alene og usynlighet. Meningsbærende enhet «Shit- nå skal andre få vite», og «jeg ble satt i en situasjon for å si noe uten å tørre» ble kodet til: skummelt å si ifra, og videre til: frykt og begrensninger.

I trinnet benyttet jeg metodisk hermeneutisk sirkel. Der hadde jeg fokuset på sosial praksis med tjenesten som en del av det «hele bildet» informanten delte. Slik ble forklaringer av deler av teksten relatert til fortolkningen av hele teksten. I diskusjon med veilederne kom også fleksibiliteten i metoden tydelig frem, og jeg fikk erfare det positive med at fremgangsmåten kan følges frem og tilbake.

4.1.3 Å abstrahere innholdet i de enkelte meningsbærende enhetene

I analysens tredje trinn sorterte jeg og abstraherte de meningsbærende enhetene. Jeg benyttet de transkriberte intervjuene for å sette inn sitater systematisk. Jeg jobbet med å hente ut meningen ved å kondensere innholdet i de meningsbærende enhetene som var kodet sammen. Dette førte til redusering av dataen.

Tabellen under viser utdrag fra trinnet i analyseprosessen (figur 1).

Tema	Kondensert Meningsbærende enhet	Abstrahert Enhet
«Innenfor husets fire vegger»	Alene, usynlig, frykt for å si ifra, stigmatisering, skam, skyld	Ensomhet
«Å gå på eggesskall»	Frykt og begrensninger, urettferdighet, sterke føringar på livet, virkeligheter vevd sammen, barna trenger trygge voksne, bli eller dra	Avmakt og kontroll
«Å vifte med det hvite flagget»	Familien trenger hjelp, ønsker å bli sett, ønske om endring, pårørende for livet, ønsker å hjelpe	Tabu

4.1.4 Å sammenfatte betydning

I det fjerde og siste trinnet av analysen sammenfattes betydningen av funnene i form av fortolkende synteser, også kalt re-kontekstualisering. Her jobbet jeg med å samle nyansene og variasjonene fra flere historier i en felles analytisk tekst. Dette utgjør utgangspunktet for resultatdelen i oppgaven (se kapittel 5). Slike gjenfortellinger skapes ved å sette sammen deler av jobben som ble gjort i trinn tre. I det fjerde trinnet kom deltagerens prosesser tydeligere frem, som for eksempel «bakgrunnen for ensomheten med å ikke kunne åpen seg til andre» og «vanskelige følelser som hadde gitt endringskraft i parforholdet».

4.2 Forskningsetikk

Å ivareta etiske retningslinjer har vært særdeles viktig i alle prosjektets faser, siden studien forholder seg til informasjon omkring å være partner og pårørende til en person som utøver vold. Under planleggingen ble det gjort etiske refleksjoner som påvirket valgene som ble tatt. Til eksempel ble ingen kvinner rekruttert like etter en parsamtale. Dette fordi det kan oppleves som en ekstra belastning i en sårbar periode, og en ønsker å unngå at noen kan kjenne seg presset til å delta, av frykt for å miste kontakten med poliklinikken eller i den tro at deltakelse kan påvirke behandlingen. Etiske utfordringer kan også oppstå på bakgrunn av den informasjonen kvinnen deler. Det kan til eksempel oppstå situasjoner der de kjenner seg illojale fordi de deler opplysninger om volden de er utsatt for av sin partner. Begrepet «informert samtykke» innebærer at informasjon om fordeler og ulemper ved deltakelse i studien blir gitt informantene, og at de passivt eller aktivt gir sitt samtykke til å delta (Kvale & Brinkmann, 2019). Ivaretagelse av informantens konfidensialitet og anonymitet innebærer at forskeren ikke går offentlig ut med opplysninger som kan avsløre deltakernes identitet.

For å ivareta etiske krav ble det sendt søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) da lydband av intervju skal lagres mens prosjektet pågår. De transkriberte dataene ble aidentifisert slik at de ikke kan knyttes til intervjuobjektene. En vurdering fra Regional

komite for medisinsk forskningsetikk (REK), Midt- Norge, ble også innhentet, i samråd med forsker Berg Nettet. Alle informanternes samtykket skriftlig, og dette ble så skannet og lagret i en kryptert lagringsenhet, mens papirutgaven ble makulert. Informantene ble informert om at de når som helst i prosjektperioden kunne trekke samtykket uten å måtte oppgi årsak, og be om at innhentet data slettes. Informantene ble informert om muligheten for en samtale etter intervjuet ved behov, da det antas at situasjonen kan oppleves som emosjonelt krevende. Det ble gitt mulighet til å snakke med psykiatrisk sykepleier Meisingset ved Sinnemestingspoliklinikken.

Jeg opplevde at deltagerne var interessert i min fagbakgrunn og at de verdsatte kunnskapen min om vold i nære relasjoner. Jeg reflekterte likevel over mulige forforståelser som kunne følge med min bakgrunn, siden forventninger om data, funn, tolkninger og konklusjoner gjerne oppstår i en større sammenheng (Malterud, 2021).

5 RESULTAT

Studiens hensikt var å finne forventinger og erfaringer som kvinnelige voldsutsatte pårørende hadde i kontakt med Sinnemeststringspoliklinikken. Dette kapitlet presenterer funnene etter analysearbeidet. Informantene omtales her med fiktive navn. Jeg skal presentere tre hovedkategorier (presentert i grå sirkler i bilde under), som alle tre har to funn (presentert i farge i bilde under). Hovedkategoriene blir ved slutten av hvert kapittel oppsummert med min analytiske tolkning av hovedfunnene. Kapitlene munner ut i noen spørsmål som jeg tar med meg videre til diskusjons kapitlet. Bildet under viser en visuell presentasjon over kategoriene og funnene som skal presenteres nærmere i kapitlet:

Figur 2: Bilde av studiens hovedkategorier og funn



5.1 «Innenfor husets fire vegger»

5.1.1 Alene med skammen

I analysen kom det frem forventinger og opplevelse av å være alene. Flere påpeker at vold i nære relasjoner er vanskelig og sårt dele med andre. Mari beskrev at erfaringer med tilbakemeldinger fra omgangskrets om hvor vellykket familie de hadde førte til en opplevelse av usynlighet og en forventning om at det var hun selv som burde ta seg sammen og endre sin væremåte til det bedre. Flere av kvinnene beskrev også at å

forholde seg til volden de var utsatt for hadde gjort at de opplevde skyld og skam. Hilde og Silje trakk frem skam og skyld for at en kunne tillate at det skjedde. Mari belyste at det hadde gitt henne redusert selvtillit.

Jeg hadde følt meg så alene, ikke sant... For det er... det med psykisk vold det er så vanskelig å oppdage... og det er så tungt å stå i det... og jeg var jo så vellykket på utsiden.

Flere hadde erfart innsnevring av hva de deltok på, og isolasjon og usynlighet var erfart. Silje og Lone belyste at kontakt med familie og venner kunne forbindes med ubehag. Noen trakk frem at en dro alene på aktiviteter med barna. Noen trakk frem innskrenket rolle i arbeidslivet for å ivareta familien, og takk frem det å være sykmeldt på bakgrunn av belastning med å være pårørende. Noen sa også at varig kutt av kontakt med kollegaer og arbeidsplass kom på bakgrunn av volden. Hilde trakk frem at det å være utsatt for vold i nære relasjoner før med seg en redsel for konsekvensen av å «slarve», og beskrivelser av å leve i et forhold å være utsatt for vold vet du at du ikke skal snakke om det til andre. Hilde og Mari beskrev at det ble unngått på bakgrunn av forventning om sinneutbrudd. Silje synliggjorde at det handlet om at hun selv følte på skyld og var redd for andres reaksjon. Flere uttrykte at en ikke ønsker å sverte inntrykket til sin partner, og for noen barnas far. Lone trakk frem det at en ikke ønsker å gi dårlig inntrykket av sin partner til resten av familien. Lone og Silje beskrev at det å snakke med familie eller venner medførte forventning og erfaring om oppfordring om å forlate partner. Beskrivelser av at ingen som de kjente visste om volden som foregikk hjemme viste til erfaringer med å stå alene. Noen av kvinnene belyser en parallell prosess med spørsmålet om en skal bli i parrelasjonen eller dra. Flere beskrevet en opplevelse av å være alene uten sosial støtte i parrelasjonen og noen også en forventning om å være alene og mangle sosial støtte om de brøt ut av forholdet.

... iallfall jeg da, sa ingenting til noen. Og dette er noe som er såpass vondt og vanskelig at en snakker ikke med familie og venner om det heller... for da er det jo å gå... gå fra han!

Analytisk fremstod erfaringer med å være alene også i møte med helsetjenesten. Mangelfull involvering synliggjøres i analysen av flere. Erfaring av å ha vært lite involvert ga følelsen av å være på sidelinjen for noen. Lone fremhever det som vanskelig når en ikke får tidlig informasjon, og nok underveis. For noen hadde spørsmål om involvering kommer fra partner og ikke ansatte i tjenesten, dette førte til usikkerhet på hvordan de skulle forholde seg til partner, og hva de kunne forvente seg videre fra tjenesten. Noen erfarte det som ubehagelig å komme til samtale med lite anelse om hva en skulle delta på. Analytisk anser jeg at på bakgrunn av erfaringene med å være alene og mangle sosial støtte over tid gjør det særdeles krevende å skulle uttrykke problematikken til helsetjeneste. Kompleksiteten fører til at det blir særdeles vanskelig å finne ord.

som regel så snakker jeg sånn at ordene kommer bare, men da så var det sånn ...jeg måtte fiske dem litt ut selv ... og det tror jeg kom av at jeg ikke visste hvor dem var... jeg visste ikke hva vi skulle snakke om... jeg visste ikke hva det var forventet at jeg skulle si... for jeg hadde ingen forutsetninger.

For noen var lesing erfart som hjelp for å få kunnskap og støtte i situasjonen de stod i. Det å lese mye om psykologi og vold hadde vært en hjelp. For Lone ble mye tid brukt for å søke litteratur som kunne være relevant og hjelpsom, og ble beskrevet som en ensom og pågående alenesyssel. Det ble ikke referert til skriftlig materiale fra helsetjenesten. Det fremstod for meg i analysen som lesing ble brukt som hjelpemiddel i mangel av informasjon og kontakt med helsetjenesten.

Jeg leste ganske mye selv da, så har jeg lest mye om det før og har en del erfaring med det sånn. Så for min del har det gått greit at jeg var så lite involvert da. Fordi jeg har gjort på en måte gjort arbeidet på siden av liksom. Hadde jeg ikke gjort det, hadde jeg vært helt 'lost'. Og det er synd!

5.1.2 Krav og urettferdighet

Analysen av dataene viste forventning om endring ved at flere av kvinnen satte krav for behandling. Dataen viser at kvinnene ønsket at partner skulle oppsøke hjelp for sitt sinneproblem, noe som hadde vedvart over tid. Flere av kvinnen sa at det var et krav fra deres side at det skulle skje. Å stille noe som kunne beskrives som et ultimatum ble trukket frem som erfaring, dette var både i form av å stille krav om at partner skulle ta imot hjelp, men også krav om ending for at de skulle kunne bli i forholdet. Flere beskrev at erfaringer fra behandlingsperioden kunne være et bevis på om det var mulig eller ikke for dem å være i parforholdet. Mari og Hilde trekker frem opplevelser med at partner ikke tok til seg råd fra andre. For noen ble det mer et fokus på forebygging og være i forkant av det som kunne bli problematisk i en farsrolle. Silje synliggjorde at det ikke var bare henne, men flere ytre påvirkninger som førte til kravet. Flere beskriver at de opplevde seg selv som sinte og at de merket at de var urettferdig behandlet. Mari og Hilde beskrev at på det tidspunktet en kom for partners sinnemestring hadde de prøvd så mye for å forbedre situasjonen, flere hadde vært i flere hjelpetjenester. Slik jeg tolker beskrivelsene kommer sinne på bakgrunn av å måtte forholde seg til volden, men også at det tok lang tid for å motta merkbar hjelp og riktig hjelp. Flere trakk frem at de i møte med helsetjenesten andre plasser i helsesystemet hadde flere opplevd å få avslag for egen helsehjelp. Lone og Mari trakk frem en økende visshet om det ikke var deres egen skyld, og et økende behov for at noe måtte skje formidles av flere. Opplevelse av at det var vanskelig og urettferdig at det var pasienten sin helsehjelp og ikke deres hjelp kom frem av flere. Lone trakk frem at spørsmålene fra terapeuten styrte samtalen på en måte som ikke fremmet hennes perspektiv. Det ga erfaring om å være der kun for partner sin del. For noen handlet det om at det ikke ble satt av tid til å få komme med spørsmål.

Jeg syntes det var så urettferdig at han som voldsutøver hadde fått hjelp med sinnemestring, men jeg fikk ingenting. For som jeg sa til terapeuten at visst han får hjelp, kommer han hjem og har det bedre, men jeg står i kaoset som henger igjen lenge... Jeg burde også fått hjelp.

Flere trakk frem at de fikk inntrykk av at taushetsplikten var styrende for involveringen og de lurte på hva som var gjort for å motivere pasienten for pårørendeinvolvering. De forventet at det var strengt i forhold til hva som kunne deles og ikke på bakgrunn av

taushetsplikten. Noen sa at selv om de forstod at taushetsplikten var essensiell for partners behandling, men at de samtidig så på pårørende som så involvert i problematikken at de burde involveres i større grad. Når hjelpen er rettet mot vold i nære relasjoner anså flere seg som så involvert at det var på flere områder en jobb for dem som par. For noen av kvinnen handlet dette om at de så på behandlingen som en paroppgave der de måtte forstå og få innsikt i hva pasienten jobbet med for å kunne kjenne seg tryggere.

Til syvende og sist så er det faktisk han som bestemmer. For det er han som har rett til behandlingsopplegg... jeg er jo bare berørt av det fordi vi var kjæresten og bodde sammen... men jeg synes han skulle vært oppfordret til å dele mer, fortelle mer.

Analytisk forstår jeg «innenfor husets fire vegger» som kvinnenens erfaring med å stå alene i en låst situasjonen på bakgrunn av mangel av sosial støtte over tid. Emosjonelle uttrykk analyseres i sammenhengen og pekte ut opplevelser av konteksten med voldens dimensjoner, som tolkes til å oppleves som ensom. Datamaterialet i studien som omhandlet å være alene inneholder flere dimensjoner. En dimensjon var å se behovet for å søke hjelp, en annen dimensjon var alene i parforholdet, og innad i familien, og i kontakt med poliklinikken. På tross av dette ble krav og erfaring om urettferdighet beskrevet som en mobilisering av å sikre seg fra volden som ikke var snakket om med andre. Funnet fremstår som essensiell bakgrunnsinformasjon som er nødvendig i møte med kvinnene som pårørende. Å hvordan det å erfare å stå alene i en kompleks situasjon med vold i nære relasjoner blir av betydning i møte med helsetjenesten. I lys av dette oppstod dilemmaer og spørsmål om å kunne definere kvinnene som pårørende. Jeg ble undrende over i det hele tatt om et begrep som pårørende er dekkende på noen måte, eller om det står i en slags konflikt mellom kvinnen og tjenesten.

5.2 «Å gå på eggeskall»

5.2.1 Frykt og begrenset

Analysen viste at erfaringer med frykt og begrensinger var noe kvinnene hadde. Flere dimensjoner av det ble vist til. Flere hadde opplevd av å være begrenset grunnet frykt for å uttrykke seg kom frem, noen trakk frem at det handlet både om å si for mye eller feil ting i møte med helsetjenesten. Silje belyste at det var frykt for andre skulle finne ut hvordan det var. Flere refererte til opplevelsen av et overtak i samtalekonteksten med helsetjenesten som førte til at en ikke hadde noe de skulle ha sagt. Klinisk kontekst ført til vanskeligheter med å uttrykke seg og være presis i beskrivelsene for noen. Lone belyste den kliniske konteksten og at rommet var mørkt som begrensende. Mari og Hilde beskrev at en kunne føle på en sykeliggjøring av komme til et institusjonspreget bygg. Plassen i seg selv ga for noen opplevelse av stigmatisering. Lone så derimot på det som et «vanlig offentlig bygg».

en er svak når en møter opp på ting, og en svarer ut ifra det en tror andre vil at en skal si, for når du sitter ved den personen som er der for å få behandling så vil du beskytte han, samtidig vil du passe på at du ikke skal bli kjeftet på når du kommer hjem å.... Så det er blandede følelser... man møter opp og vil gjerne delta, men en vil være forsiktig også for å ikke trække feil da.

Frykten kunne for noen handle om at partner ikke skulle få hjelp, eller være villig til å følge opp behandlingen. Frykt for at partner skulle trekke seg fra behandlingen ble belyst av Hilde, eller at behandlingen ikke førte til endring. Flere av kvinnene formidlet at i møte med helsetjenesten forholdte de seg med å trå forsiktig frem. Dette handlet for flere om å si det de tenkte både partner og terapeut trengte å høre. Lone nyanserte også med at en måtte klare å finne ut hvor partner og terapeut «var» i sitt prosjekt. Flere var opptatt av at pasienten ikke skulle bli såret og flere ville være en støtte for partner i behandlingsforløpet. Noen av kvinnen trakk frem at det også var viktig for ikke å ta motet fra partner.

Jeg gjør alt for å hjelpe! For jeg visste at han trengte å gå der, så handlet det også om å vise at jeg støttet så han kom til å stå i det, og holde ut, og å ikke hoppe av. For det er det som er litt av skrekken også- at dem skal hoppe av å ikke fullføre. Du tror jo, man håper jo at det skal hjelpe.

Frykten for en konsekvens fra partner i etterkant av å åpne seg om volden til terapeuten var til stede, men flere sa at det ikke hadde blitt konsekvens som de hadde fryktet i etterkant av samtalen. Det hadde vært frykt for at det de hadde sagt skulle bli brukt mot dem ved hjemkomst, og usikkerhet på hva konsekvensen kunne være. Flere trakk frem ubehagelig stemning som oppstod i etterkant, og for noen en hverdagslig stemning. Den ubehagelige stemningen inneholdt for noen at partner trengte trøst fordi det var tøft å høre om seg selv. Noe trakk frem at det opplevdes paradoksalt og urettferdig å måtte trøste noen som fikk hjelpetilbud og utøvde vold. Flere opplevde det som trist og ubehagelig om partner hadde kommentarer om mangel av tro på behandlingen selv.

Jeg måtte passe på å ikke gjøre han sint... gå litt sånn på eggesskall rundt han. Svelge mange kameler. Ikke si hva som plaga meg ikke sant.... Fordi alt sånne ting kunne trigge. Det var ikke verd det å prøve å løse mine problemer eller ønsker da.

Erfaring med unngåelse av å snakke om pårørendesamtalen med partner i etterkant ble belyst av flere. Flere trakk frem at pasienten selv var i liten grad meddelsom om behandlingen sin, noen satt det i sammenheng med opplevd skam fra partner. Flere sa at de også var usikker på om de kunne spørre og når de kunne spørre partner om behandlingen. Flere opplevde å ikke få høre så mye om hva som skjedde i behandlingen underveis. For noen ga det en opplevelse av usikkerhet hva partner tok opp i behandlingen, og at en som pårørende satt igjen med inntrykk av å overdrive og bli bagatellisert.

Jeg føler jeg ikke har vært en del av løpet i det hele tatt... da skulle jeg ønske det var mer. For da har jeg forstått mer om hvor han var og at jeg lettere kunne ha hjulpet til da. Og

har jeg vært en større del, har det kanskje vært lettere å snakke på hjemmebane som har vært hjelpsomt for begge.

Flere formidlet en forventning om individuelle samtaler med behandleren så de ikke trengte å oppleve seg like forsiktige som når partner var til stede. Flere trakk frem at dette var særlig viktig når det var psykisk vold som var problemet. Silje og Mari betraktet at de kunne gi mer direkte tilbakemeldinger, og kunne bidratt til at pasienten og behandleren hadde mer innblikk i situasjonen. Lone og Silje trakk frem behovet for å kunne dele mer av sitt perspektiv av volden, for at det kunne bidra til større effekt av behandlingen.

Jeg skulle kommet i møte for meg selv, vi kunne godt ha kommet samtidig, men i to forskjellige rom. Dette fordi den personen har så mye makt over hva jeg kommer til å si, så da vil jeg svare annerledes når han ikke er i rommet og ikke vet hva jeg sier.

5.2.2 Mangelfullt tilbud til barn som pårørende

Et tydelig tema som kom frem i analysen er barn som pårørende. Flere legger vekt på at barna har hørt og fått med seg volden i hjemmet direkte eller indirekte. Opplevelser noen har av at barna er redde trekkes frem som det verste. Beskyttelse av barna når det er vanskelig å forstå hva som skjer selv erfares som tungt og utrolig vanskelig.

Og dersom det aldri er noen som snakker med barna på en grei måte da, så vil de nok ikke tenke ordentlig igjennom hva som er greit og ikke greit. En må stoppe et mønster som kanskje har gått igjennom flere generasjoner. Hvorfor skal en da bare behandle den voksne? En må også tenke på barna som har bodd i det huset tenker jeg. For vi levde på tå hev, vi var redd for alt han kom til å si eller gjør i ulike hendelser.

At barna fortjener bedre og trygge rollemodeller i foreldre av flere. Samtaler med barna om at mor selv har åpnet seg og fått hjelp er erfaringer som gir tanker om å kunne være støttende og god rollemodell. Flere hadde fokus på å ikke selv snakke nedlatende om far til barna, og ble ansett som viktig for barneperspektivet. Kompetansen om vold og viktigheten av at barna kunne snakke med fagpersoner trekkes frem å ha stor betydning. Flere mente at barna var i behov av noen å snakke med om volden, spesielt for lojaliteten til begge foreldre. Skyldfordeling og ansvarsfordeling har flere av kvinnen hatt mye fokus på til barna selv.

Det er kjempeviktig at de får høre det fra andre voksne fagpersoner. At det ikke er godtatt, at det ikke er bra å vær sånn sint som pappa er. Det er hans problem og ikke deres feil. Det er det viktig å forklare barna.

Noen av informantene beskrev frykt for at barna skulle få problemer, skulle bli tatt fra dem eller få dårlig relasjon til far, eller seg selv. Press fra barnevernet kom også frem

som en erfaring som påvirket pårørendes følelser. Det handlet om at pårørende selv kunne miste omsorg for barna om hun valgte å leve videre med partner. Samtidig som det ble vurderte det til at barnas beste var videre relasjon med sin far, som hadde gode kvaliteter i farsrollen.

Jeg var kjemperedd for at noen skulle ta fra meg barna mine. Og at det skulle gå utover barna og meg at vi skulle fortsette å leve i samme hus som han. For dersom jeg hadde vært i hans situasjon da, så må det vel være bedre å få hjelp når en lever i den situasjonen enn at en skal bli dratt bort fra barn og samboer. Så skal en få hjelp ved siden av liksom, fordi det er mye bedre å hjelpe hverandre sammen. Og prøve å ha forståelse for hverandre da tenker jeg. Da får man også mer utbytte av behandlingen.

Erfaringer av fraværende og mangelfullt tilbud til barn som pårørende trekkes frem. Viktigheten av at sinnemestring som forebyggende tiltak i barsels- og spebarnstiden ble belyst av noen. Erfaring med å i etterkant selv forøke å motivere barna inn i hjelpegrupper for barn når barna ikke ønsket ble opplevd som vanskelig for kvinnene. Flere ga eksempler på at initiativene og informasjon bør komme fra helsetjenesten.

Hele familien blir jo pårørende i en sårn situasjon, og barna har aldri fått noe oppfølging knyttet til det faglige da. Og nå som de er eldre har jeg oppfordret dem til å ta kontakt med skolehelsetjenesten.

Analytisk fremstår det for meg at «å gå på eggesskall» handlet om kvinnenes begrensning i møte med tjenesten. Den forsiktige fremtoningen som nyanseres reduserer deres mulighet for å bringe inn eget perspektiv, noe som kan forsterkes av mangel på individuell kontakt med terapeutene. Å gå på eggesskall tolkes som et pågående dilemma som påvirker pårørendes muligheten for åpenhet rundt partner og terapeut, for å kunne ta opp sine egne utfordringer og barnas situasjon. Kompleksiteten ved fenomenet er med å begrense kvinnens handlingsrom, hvordan kan tjenesten imøtekomme at pårørende skal «få eie det litt» som noen av informantene uttrykte?

5.3 «Å vifte med det hvite flagget»

5.3.1 Å bli sett

Analysen synliggjorde erfaring om å bli sett av helsetjenesten. Flere belyste å ha kommet i kontakt tidlig i behandlingsforløpet, og det ble refererte til følelse om å endelig skulle få hjelp fra noen andre. Hilde og Silje beskrev det som en lettelse å vite at noe skulle skje. Og poengterer videre en lettelse av å bli satt i en kontekst med fagpersoner som hadde kunnskap om vold, tok opp temaet og kunne bidra til trygghet. Å bli involvert ga noen følelse av å bli tatt på alvor. Lone poengterte at det var bra at det ble satt av tid for å kunne snakke sammen, fordi det kunne være vanskelig å ta opp temaet i hverdagen. Flere beskrev det som en positiv opplevelse å komme i kontakt med tjenesten. Det å møte i samtalen hadde gitt flere erfaringer om at tjenesten hadde tålt å høre.

Det er godt å si det til noen som hører på. Og tåler å høre det. For det er mange som ikke tåler å høre slike ting. Så er det jævlig flaut. For det er så mye skam over det. Det vet jeg at jeg ikke skal ha, men jeg skammer meg fortsatt.

Opplevelse av å møte fagperson som lyttet og bekreftet at det er tøft for pårørende fremheves som viktig erfaring for flere av kvinnene. For noen var det tilbakemelding på alvorligheten rundt eksemplene som de delte som opplevdes som bekreftelse, samt oppfølgingsspørsmål og interesse. Silje belyste bekreftelse ved å bli gitt informasjon om problematikken, og hva partner skulle igjennom og lære. Mari trakk frem at terapeuten hadde en mild og tillitsvekkende fremtoning. Noen beskrev det som behagelig at terapeuten hadde en ikke partisk stil. Hilde trakk frem at det følte som trygt å snakke i rommet.

Jeg følte ikke at det var noe partisk. For det kan man være stresset for, at man skal føle at terapeuten var der for min partner, og ikke være der for å høre på meg da. Jeg følte at han tok oss begge to seriøst, og det var veldig ok. Jeg har ingen negativ feeling....

Jeg husker at han behandleren sa at det var vel langt over streken og bli sint for en sånn filleting. Og da...jeg husker at jeg følte meg bekreftet i alle fall. Så tenkte jeg at det var så deilig at noen andre sa det til han.

Erfaring rundt at partner trengte å høre hvor stor påvirkningskraft volden hadde ble beskrevet av flere. Opplevelse av usikkerhet i forhold til om partner var klar over det eller tålte å høre det kom frem i dataen. Flere av kvinnene beskrev betydningen av at partner viste en anerkjennelse for sitt sinneproblem og økte sin forståelse for kvinnens perspektiv, det kunne for noen handle blant annet om å få unnskyldning fra sin partner. Silje og Lone belyste følelsen av tro og håp om at behandlingen fungerte, og at det kunne føre til å stå videre i parforholdet. Det å ikke ha noen tro og håp om at partner kom til å få bedring rundt sinnemestringen kom også frem som erfaring fra noen, men behandlingen ble sett på som bidrag til å finne veien ut av parforholdet.

Han må tåle å høre hvordan jeg har følt det... jeg forstår at det har vært utrolig tøft... for han, men samtidig så tenker jeg at det er utrolig tøft å stå i det og ikke si det til noen... hvis det er noen som virkelig trenger å høre hvilken påvirkning det har, så et det den det gjelder da... den personen som gjør at situasjonene går for langt.

Flere av kvinnene kjente behov for å kunne ha en plass å henvende seg for kontakt med fagpersoner. Samtidig kunne partner ha en plass å søke støtte. Silje beskrev det som meningsfylt å bli kontaktet på telefonen av tjenesten for spørsmål om involvering, det ga inntrykk av engasjement og faglighet til terapeuten. Flere uttrykte det som vanskelig og utydelig å vite om en skulle ta kontakt selv. Flere beskrev at det kan hende det lå til rette for at de kunne ringe og ha videre kontakt med tjenesten selv, men på bakgrunn av å trå forsiktig tok ikke Silje kontakt. For noen handlet dette om at de ikke ville være til bry, mens noen tok kontakt.

Jeg følte at jeg turte å sende en mail der jeg skrev hjelp meg... Hvis ikke hadde jeg ikke hatt noe menneske å spørre om hjelp. Det var sånn hvitt flagg – kan du hjelpe meg vær så snill.

Det å ikke klare å dele mye i første møte trekkes frem, selv om de opplevde det som meningsfylt å få muligheten. Lone trakk frem at det var fint å bli hilst på, at terapeuten ga uttrykk for å være kjent med henne via partner, og få et innblikk at hun hadde vært en del av det partner og behandler hadde jobbet med, selv om hun ikke var klar over det i forkant selv. Noen belyste at tjenesten hadde oppfordret og gitt informasjon om å ha parallelt hjelpetilbud selv videre, som ble beskrevet som viktig.

Jeg var med og snakket litt om min opplevelse, og da... det som var veldig bra da var ... og som jeg tror nesten reddet livet mitt, for det hadde klikket for meg dersom jeg ikke hadde fått hjelp da, det som skjedde var at jeg fikk tilbud om samtaler med ei i en samarbeidende tjeneste... hun var helt fantastisk og fikk meg til å forstå hva jeg sto i.

5.3.2 En periode som bør utnyttes i større grad

Erfaring med å miste kontakt med helsetjenesten etter behandlingen ble ansett som vanskelig i forbindelse å bli overlatt til seg selv av noen. Tanker videre rundt barnas utvikling og behov for ny kontakt med hjelpeapparatet senere skapte bekymring for flere. Å ringe rundt og forhøre seg om hvilke tilbud som fantes var uforutsigbart og urovekkende for flere og det ble belyst at tilbud kommer an på hvor du bor. Det å skulle kontakte lokale helsetjenester for barn om dette problemer på mindre plasser oppleves vanskelig av noen. Opprettholdelse av system rundt for pårørende som barnegrupper så de på som viktige, å kunne møte andre barn, så barna ikke tror at de er alene om å ha det vanskelig. Flere av kvinnene hadde ønsket tydeligere føringer fra helsetjenesten med flere evalueringsmøter som inkluderte dem som pårørende. Ved start, midtveis og ved avslutning av oppfølgingen så de som nødvendig. Det å sitte igjen med mange spørsmål og usikkerhet rundt veien videre ved avslutning og at det da var spesielt behov for å ha informasjon om hvor en kan henvende seg igjen. Silje og Lone belyste usikkerhet ved avslutning, og anså det som sårbart at oppfølgingen skulle avsluttes.

Så tenker jeg at når et opplegg er ferdig så bør man i alle fall ha sånn...en kan ikke kutte ut helt. Så bør det ikke være sånn at den som er i behandlingen har valget, en bør bli innkalt. Må rett og slett kalle inn til en samtale – la oss si noen måneder etter gruppa er avslutta da. Da har det også gått så lang tid at en har fått bearbeidet ting tenker jeg, og så visst det holder på å skli ut da, så er det mulighet å ta det opp. Og få det på riktig kjørløp igjen, istedenfor at det sklir ut og så er det ingen som bryr seg noe mer for da, for da gjør man ikke mer med det heller.

Pårørenderollen beskrives som tilstedeværende i større eller mindre grad selv om systemet med helsetjenester er i kontakt eller ikke. Noen av beskrev at familien er pårørende videre i livet, uansett om en holder sammen eller ikke. Noen pekte på at dette kunne handle om å føle seg kontrollert, for noen ble barn bindeleddet, og en ble en hjelper fordi en ønsket at far til barna skulle ha det best mulig. Perioden med sinnemestring ble beskrevet av flere som en roligere periode i forhold til sinne og vold, og noen påpekte at denne tiden var viktig å få utnyttet bedre for en mer helhetlig hjelp

til familien. Analytisk fremstod for meg som at alle kvinnene uttrykte like stort behov for oppfølging. Kvinnene formidlet nyanser av å bli vevd inn i en virkelighet med vold som førte til at de mistet seg selv og ble forsiktig i det de skulle foreta seg, og det var vanskelig å oppdage hva de stod i. Flere opplevde tiden før, under og etter behandlingen som en kaotisk og emosjonell periode.

Analytisk forstår jeg «Å vifte med det hvite flagget» som å bli sett, eller oppdaget fra noe som kan hjelpe. Fra å være alene, til at noen vet. Flere påpekte at det er nødvendig at videre initiativ og at hjelpen kommer «utenifra», noe som jeg i denne konteksten var Sinnemestringspoliklinikken. Kvinnene som hadde mottatt veiledning for kontakt og videre hjelp i eget tilbud beskrev det som livreddende. Å ikke bli sett og møtt med parallelle løp for egen støtte parallelt og i etterkant ble beskrevet som mangelfullt og slett når en står i en så kompleks situasjon. «Å vifte med det hvite flagget» anser jeg handler om at tjenesten må ha fokus på et familieperspektiv, og ha samhandlingsferdigheter for familiens del. Kompleksiteten og erfaring med å skulle «vifte med det hvite flagget» blir også utfordrende slik jeg ser det når hjelpen er underlagt både tjenester i flere helsesektorer og i noen tilfeller rettsvesenet.

6 DISKUSJON

I dette kapitlet løftes de sentrale funnene i studien frem og diskuteres i lys av bakgrunnskunnskap og forskning som er tidligere presentert i oppgaven. Diskusjonen skal belyse studiens problemstilling om hvordan voldutsatte kvinners erfaringer fremstod som pårørende ved Sinnemestringspoliklinikken. Analysen av resultatene har munnet ut i noen spørsmål som jeg vil forøke å ta inn i diskusjonen. Dilemmaet om å kunne definere kvinnene som pårørende står i en slags konflikt mellom kvinnen og tjenesten. Kompleksiteten ved fenomenet er med å begrense kvinnens handlingsrom, det fikk meg til å lure på hvordan tjenesten kan imøtekomme at pårørende får økt handlingsrom og kontroll i møte, slik at de kan «få eie det litt» som noen av informantene uttrykte?

6.1 «Å slippe ensomheten»

I lys av empowerment-perspektivet viser funnene i studien at kvinnen har levd et liv preget av avmakt, og det er også nærliggende å tro at av den grunn gjelder også det barna deres. Kvinnenes livshistorier og bakgrunn før de kom i kontakt med tjenesten ga bilde på hvor mye krefter som var mobilisert for å jobbe situasjonen til å bli bedre «innenfor husets fire vegger». Sett i tråd med Gudmund Hernes (1975) forståelse av avmakt kan dette samsvare med at kvinnen ikke lengre opplevde sine handlinger i situasjoner med partner nådde frem. Eksempler på dette kan være at de opplevde at de hadde stått på lenge, «prøvd alt» og at veien inn til tjenesten krevde mobilisering av mye styrke og kraft. Samtidig kan opplevd kontrolltap, opplevelse av redusert trygghet eller sikkerhet som de beskrev å være utsatt for øke tilstand av maktesløshet og avmakt (Isdal, 2016). En studie gjort av rusmisbrukeres pårørende viser til at mestringsantagelser ikke alltid får ønsket utfall, og de pårørende opplevde heller ikke alltid at omfattende bruk av problemfokuserede strategier er mest adaptivt med tanke på å ivareta egen helse når belastningsfaktorene er utenfor ens egen kontroll. Den høye belastningen forklares delvis med ved at pårørende forsøker å endre og løse problemer, som de ikke kan løse (Hoel & Geirdal, 2016). Det er nærliggende å tro at dette samsvarer med kvinnene i min studie sine erfaringer.

Erfaring med å føle seg alene og sosial isolert er et tydelig funn i studien. Kvinnenes helse og sosiale vansker kan ikke frikobles fra konteksten de fremkommer i, så et kritisk blikk på empowerment-tilnærmingen fra tjenesteutøveren er relevant å ha med seg. I dette legger jeg for eksempel at kompleksiteten i fenomenet vold i nære relasjoner vil være preget av samfunnsmessige barrierer grunnet manglende deltagelse, åpenhet og samt strukturelle forhold. De blir ikke borte gjennom opplæring eller ressursmobilisering av den enkelte (Askheim, 2012). Å betro seg til andre om voldsutøvelse i familien beskrives av informanten som vanskelig, dette handlet for kvinnen om forventning om å stå alene, og opplevelse av skam og redsel. Steinsvåg m.fl. (2012) understøtter dette og påpeker at samfunnets syn på voldsutsatte kvinner som velger å bli i parforholdet gjøre det i større grad vanskelig å betro seg til noen. Uttaler som hentyder at en må forlate kan oppleves krenkende, ydmykende og umulige (Heltne & Steinsvåg, 2012). Dette samsvarer også med studie gjort av Feder m.fl. (2006) der kvinner rapporterer om

positiver erfaringer med å ikke bli presset til å utlever informasjon eller forlate forholdet av klinikere, men at kvinnen kunne dele i eget terapeutisk tempo (Feder et al., 2006).

I følge Hetne m.fl. (2012) vil det å vite at en ikke kan dele erfaringer, smerte og sorg med andre føre til en økende grad av ensomhets-, avmakts- og utrygghetsfølelse og gjøre at en kjenner seg alene. Videre sier de at dette er faktorer som svekker kvinnens selvbilde og gir usikkerhet til egen mestring, noe som understøtter min studie. I tillegg påpeker de at på bakgrunn av redselen for fordømmelse og det å ikke bli forstått, kan isolering oppleves tryggest (Heltne & Steinsvåg, 2012). I følge Østby er ensomhet det verste stresset du kan utsette kroppen for (Østby, 2022). Å være alene og isolert på denne måten kan gjøre at en ikke har satt ord på sin opplevelse, og i resultatdelen kom det frem at det ble vanskelig å finne ord i møte med tjenestestedet. Det ble også beskrevet at flere av kvinnen ikke hadde snakket med andre om sin situasjon med vold. Så fra stillhet til å skulle dele med helsetjenesten og partner, kan antas å være en stor omveltning.

Et tydelig funn i studien var viktigheten av at barna ble snakket med av fagpersoner. I følge Holden m.fl. (1998) har nesten halvparten av kvinner som er mishandlet aldri snakket med barna om det som har skjedd, selv om barna har vært tilstede i mishandlingssituasjonen (Isdal, 2016). Forskere trekker frem at skyld- og skamfølelsen er utbredt blant voldsutsatte uansett voldsform, at skamfølelsen øker med voldsbyrden, og at den hindrer i å søke hjelp, og at den skaper psykiske vansker (Mevik et al., 2017). Lillevik m.fl. beskriver at tabuer overføres til barn (Lillevik et al., 2019). Osen m.fl. skriver om barn som pårørende i psykisk helsevern og poengterer at det kan dreie seg om barn som har levd lenge i en tabubelagt livssituasjon og som møter tjenesteutøver som fremmed voksen, på et fremme sted. Informasjonen og inntrykk tar tid for barna å ta innover seg (Osen et al., 2015). Ifølge Øvreeide (2009) er det først når barnet nærmer seg ungdomsalder at det mer selvstendig kan formulere at det har sosiale eller psykologiske vansker, og kan forstå sammenheng mellom livsbetingelser og opplevde problemer. Videre påpeker Øvreeide at selv med en slik forståelse er det vanskelig for dem å ta initiativet til å snakke om sine smertefulle opplevelser (Osen et al., 2015). Dette samsvarer med funnene i studien som beskrev om manglende involvering av barna og behov for at initiativet kom fra tjenestestedet.

Empowerment prosessen handler om å gi økte betingelser som sikrer best mulig liv. For kvinnen kan dette være opprettelsen av kontakt med tjenesten og forklares med opplevelsen av lettelse, å bli tatt på alvor og håp som kan være eksempler på deres forventninger i startfasen av kontakt med tjenesten. En forutsetning er ifølge empowerment perspektivet tilstrekkelig kontroll, noe som også kan sees i denne sammenhengen med å søke sosial støtte som mestringsstrategi, dette kan knyttes til deler av stressmestringsmodellen. Ved bruk av stressmestringsmodellen som eksempel vil kvinnens kognitive vurderinger ha ført til å søke sosial støtte for å mestre, og igjen sikre helse, velvære eller bedre funksjon. Det Lazarus og Folkman (1984) har kaldt for sekundære vurderingene handler om vurderinger om hva som kan gjøres for å håndtere en situasjon, og motivere for kontakten med tjenesten anser jeg kan være et eksempel på en sekundær vurdering. Som det fremkommer i analysen var kontakten etablert for sin egen del, men også for familien som felleskap. Tjenesten kan dermed anses å gi mere rimelige betingelser for å kunne utvikle evner og ferdigheter som vil sikre et best mulig liv for kvinnen og familien. Tjenesteutøverens førkunnskap om voldsdynamikk og belastninger for den voldsutsatte vil være vesentlig for å kunne tilrettelegge for økt grad av åpenhet for kvinnen, samt hatt utforskende holdning til stressmestringsmodellen.

Å undersøke hvilke forventninger kvinnen har til tjenestestedet, og innhold i hennes virkelighetsforståelse vil være av betydning for å kunne handle i tråd med empowerment tilnærmingen (Askheim, 2012).

Individuelle samtaler med behandlere ved tjenestested kom frem som særdeles viktig behov for kvinnene, de beskrev å være preget av en forsiktighet og utsagnet «jeg hadde jo egentlig ikke noe jeg skulle sagt» beskrev at ord og kommunikasjon ble holdt tilbake. I følge Stark (2012) blir trusler bruk for å holde volden hemmelig og skape frykt, avhengighet, lojalitet og skam (Stark, 2012). Rygh ser på påføring av skyld og skam som et kraftig og giftig våpen, og oppleves som et brudd på samfunnets forventning, men også brudd med egen selvopfatning (Rygh, 2017). Dette er i tråd med beskrivelser fra resultatene. Ramsay (2009) viser til at studier som peker på viktigheten av allianse ved intervensjoner, og for at paret skal utvikle nye interaksjoner. Understøttet av dette kan alliansen fremmes i den individuelle kontakten med kvinnen. Svake allianser hindrer ifølge Ramsay (2009) å uttrykke følelser i terapi, og dermed ikke gi rom for adressering av dysfunksjonell relasjonsmønster i parforhold (Ramsay et al., 2009). Rygh poengterer at skam er svært vanskelig å snakke om, også med helsetjenesten, men en følelse som bør snakkes mer om (Rygh, 2017). Det bør tilrettelegges for en allianse som gir økt grad av trygghet og mulighet for å kunne dele. Kvinnen så det som nyttig å bli kontaktet i forkant av oppmøte og at fagperson beskrev hva det handlet om. Som en av kvinnen sa, «jeg kunne blitt spurt direkte av tjenesteutøver om jeg vil komme i samtale sammen med han».

Tilrettelegging for individuell samtale kan føre til at kvinnen kunne hatt mer fokus på seg selv og bli mindre påvirket av kontrollen. Sett i lys av stressmestringsmodellen kan det antas at kvinnen får en økt emosjonsfokuseret mestring av tilrettelegging for begrensnings av kontroll. Som igjen kan forhindre stress knyttet til situasjonen med tjenesten. Fortolkende anser jeg at noen av kvinnene hadde opplevd økt stress i samtalene med terapeut og partner. Kvinnenes formål var å dele informasjon som kunne bidra til mer effekt av behandlingen, for alle i familien sin del, men det opplevdes enklere om de slapp å vurdere om partner ble såret av det som ble sagt. Dette kunne gjort bekymringene rundt konsekvensen i mindre grad betydelig i rommet. I lys av kontrollteorien beskrevet av Stark (2012) kan disse truslene også ha ført til at kvinnen er begrenset selv om partner ikke er fysisk til stede. Uansett vil jeg ut ifra kvinnens beskrivelser anse individuelle kontakt som en mer avslappet kontekst for å kunne uttrykke seg i, noe som også ble uttrykt av kvinnen i min studie. Ved å reflektere ut ifra kvinnens beskrivelse rundt det individuelle behovet de hadde for å kunne snakke anser jeg det som en kunnskap tjenesteutøver kan tilrettelegge for i samhandlingen. Ved faglige forklaringer om formålet kan dette bli ansett som viktig av pasienten. Sett i lys av stressmestringsmodellen bør psykologiske prosesser som kan skape stress undersøkes fordi de skaper individuelle forskjeller i reaksjonsmønster (Vågan et al., 2018).

6.2 «Å oppdage og bli sett»

Analysen av dataene viste forventning om endring ved at flere av kvinnene satte krav for behandling. Sett i sammenheng med Paulo Freires (1974) beskrivelse av oppdagelsen av egen undertrykking kan bidra til å forstå kvinnens erfaringer som har ført til økt bevissthet på hva de står i og hva som må til for egen endring i livssituasjon. Krav og ultimatum om at partner trenger hjelp, endring og behandling kan ved betraktninger av Freires teori sees på som at kvinnen har funnet årsaken til opplevelse av

undertrykkingen. Dette ble uttrykt som at effekten av behandlingen var for noen en siste sjanse for om de kunne være sammen. Erfaringer kvinnene trakk frem har gitt økt bevissthet om hvordan undertrykkingen har artet seg. Å etablere krefter og mobilisere ressurser ble av kvinnene beskrevet som pågående prosess samtidig som de opplevde perioden som kaotisk og emosjonell, med begrensede handlingsrom. Isolasjonen og kvinnens partner som primærkilde i kontrollsammenheng (Stark, 2012) kan vanskeliggjøre oppdagelsene hos kvinnene. Som en av kvinnene sa i forhold til kontakten med tjenestestedet «det lå til rette for at jeg kunne ringe, men hva skulle jeg ringe å si?».

Vetlesens (2009) anvendelse av frihetsbegrepet betrakter frihet som noe konkret, og som et potensial for selvbestemmelse der graden av konkret realisering bestemmes av samspillet mellom individet og individets omgivelser (Askheim, 2012). Ved bruk av Vetlesens betraktning av frihetsbegrepet kan en se for seg at andre kan bidra i oppdagelsen av hva kvinne står i av vold. Dette fremkommer i resultatene når det refereres til at det var «befriende» for kvinnen at tjenesteutøver sa til partner at hans adferd var å gå langt over streken. Ved å knytte dette til Lazarus og Folkmans primære vurderinger kan fokuset rettes mot det de to forskerne definerer som «stress appraisal»-stressende vurderinger. Et eksempel fra en situasjon ble brukt i kontakten med tjenesten. Situasjonen representerer en trussel eller fare kvinnen kan forvente vil føre til skade eller tap i fremtiden eller en utfordringer som for eksempel begrenser henne. Det kan også innbefatte hendelse som fører til tap og skade av sosiale relasjoner eller ens egen selvtillit. Slik jeg forstår stressmestringsmodellen kan bruk av utforskning av situasjoner som har vært føre til kognitive- vurderinger av fremtidige situasjoner. Ved at tjenesten benytter stressmestringsmodellen i kontakten med pårørende kan det forsterke eller justere kvinnens kognitive- vurderinger, jeg anser at dette kan være med å gi støtte til «å oppdage hva jeg stod i» som noen av kvinnene sa var av betydning (Vågan et al., 2018).

Et annet eksempel kan være at funnene i resultatene beskriver at tjenesteutøver merket dynamikken som «lå i lufta mellom oss». Beskrivelse av at tjenesteutøver som hadde kunnskap til å fange opp dette, selv om det ble uttrykt lite konkret med ord var verdifullt i her og nå situasjonen for kvinnen. Tjenesteutøveren hadde satt ord på volden, noe som fortolkes av meg som viktig dersom kvinnen «går på eggskall». Her kan det tenkes at en kvinnen opplever seg oppdaget. Osen (2012) trekker frem at å bryte tabu krever at det som ikke er snakket direkte om innad i familien, tematiseres og settes ord på. Videre knyttes dette til at en slipper å «holde maska» og late som at alt er bra (Osen et al., 2015). Å sette ord på begreper om volden, og voldens funksjon kan gi anerkjennelse og føre til at en kjenner seg igjen i det som beskrives. Tjenesteutøveren kan på en slik måte betraktes med mulighet for å øke oppdagelsen til kvinnen og at hun kan føle seg mindre alene. I følge Østby (2022) kan ensomhet sees på som kroppens sult etter andre mennesker, og hjernenes behov for andres bekreftelse. Videre påpeker hun at dette er livsviktig og noe som må bekjempes i felleskap (Østby, 2022). Dette understøtter at kvinnene i min studie hadde behov på bekreftelse på at det var tøft å stå i situasjonene de hadde erfart. At tjenesteutøver fremstod upartisk, men med direkte budskap om volden anså kvinnene som behagelig.

Funn i studien viser erfaringer med flere nyanser av frykt og begrensinger. Det hevdes ut fra forskning at sikkerhetsarbeidet kan ivareta både anbefalinger om risikovurderinger, og ha fokuset på kontroll som essensiell risikofaktor i konteksten (Myhill & Hohl, 2019). I følge Vatnar (2017) får man en bedre risikovurdering om en kombinerer strukturerte

voldsrisikovurderingsinstrument og individuelle risikovurderinger (Vatnar et al., 2017). Opplysninger og kontakt med kvinnene kan være eksempel på del av den individuelle risikovurderingen. Som nevnt tidligere i oppgaven har forskning advart og vært kritisk om at parterapi utilsikt kan spre ansvaret til begge medlemmene av paret, noe som øker risikoen for ytterligere manipulering eller tvang av utsatte partnere (Taft & Murphhy, 2007). Jeg anser at risikovurdering og fokus på sikkerhetsarbeid til paret ikke vil bli ansett som en forventning om parterapi, men er mer i tråd med behandlingsstrategi som kan engasjere partnere inn i sporadiske økter (Taft & Murphhy, 2007). Ved å benytte sikkerhetsplan med paret kan den påvirke det Gudmund Hernes (1975) definerer som indre betingelser, eksempelvis økt opplevd kontroll og sikkerhet til kvinnen (Lillevik et al., 2019). Jarwson (2022) påpeker at ivaretagelse av sikkerhet kommer i første rekke ved samtaler med partnere ved kurs i sinnemestring (Berge & Repål, 2022). Skriftliggjøring av sikkerhetsarbeid kan bidra til å tydeliggjøre plan for tryggere rammer. Sett i lys av stressmestringsmodellen kan sikkerhetsarbeidet være med å fange opp kognitive vurderinger, som igjen kan si noe om kvinnes intensitet og varighet av stressopplevelser. Tjenesteutøvers utforskning av emosjonelle og atferdsmessige reaksjoner vil igjen kunne ha fokus på det Lazarus og Folkman (1984) kaller primære og sekundære vurderinger, de skyldes egenskaper ikke bare ved den enkelte, men også egenskaper ved situasjonen. De sekundære kan være med å uttrykke hva kvinne gjør for å håndtere en risikosituasjon, de primære vurderingen en gjør av en gitt situasjon avhenger av graden av opplevd kontroll kvinnen har over utfallet. (Vågan et al., 2018).

Funn fra resultatdelen peker på at å få veiledning og bli henvist til eget parallelt hjelpetilbud hadde stor betydning og ble beskrevet som «livreddende». Den henvisende hjelpetjenesten repeterte og støttet til å øke forståelse av situasjonen. Veiledning for å imot eget hjelpetilbud førte til følelsen av økt styrke og selvtillit til å avklare egne ønsker og behov. Det ble beskrevet at det følte trygt at de selv kunne avgjøre når partner skulle orienteres om hjelpen de kunne ha parallelt fra andre tjeneste. Kvinnen i min studie frem snakket både det som ble beskrevet som parallelle løp, men også mer støtte sammen fra tjenesten. Jeg tolket kvinnen med en forventning om at de parallelle løpene var forventet å være «på samme plass».

I tråd med empowerment tilnærmingen skal fagpersoner medvirke til at individet kan heve seg over sin individorienterte forståelse av sin situasjon og få forståelse for hvordan samfunnsforholdene påvirker eller medvirker til vanskeligheter. Her kan kunnskap om at det handler om bevisstgjøring av samhandling av tjenester trekkes inn fra tjenesteutøver. Det er i tråd med behovet kvinnene uttrykte for å kunne ha parallelle løp selv når partner var i behandlingen. Dette kan bidra til at kvinnen sikres et gruppenivå for egen mobilisering. Grupper for kvinner som har opplevd vold i nære relasjoner er eksempler på dette (Sørensen et al., 2002). På bakgrunn av kvinnevoldsutvalgets seminar i 2003 ble to faktorer trukket frem som viktige for å lykkes med tverrfaglig samarbeid; at hjelpen er tilgjengelig, og at hjelpen er kompetent (NOU 2003:31, 2003). Ved å samhandle med andre tjenester og gi informasjon om samarbeidende tjenester kan det tilrettelegges for at kvinnen får et eget individuelt hjelpetilbud. Tjenestene som er relevante for kvinnen å ta kontakt med ligger ofte organisert i kommunal sektor. Hvordan hver enkelt tjeneste er organisert vil variere ut i fra lokale forhold, som kan ha stor variasjon. Noen av kvinnene i studien trakk frem at det følte bra å henvende seg til poliklinikk i spesialisthelsetjenesten på bakgrunn ubehag for å henvende seg lokalt. Forventinger kunne også handle om at de ønsket å komme til en spesialisert tjeneste med kunnskap om vold, analytisk kan det tenkes at var andre forventninger som lå til

grunn ved bruk av begrepet spesialist helsetjeneste. Utvalget som beskriver samarbeid på tvers i NOU rapporten i «Retten til et liv uten vold» trekker frem at det bør legges til rette for at en kan søke hjelp utenfor egen kommune, uten at det belastes den som henvender seg (NOU 2003:31, 2003).

6.3 «Å få økt kunnskap»

Funn i studien viste at kvinnene erfarte å være i en begrenset posisjon i møte med helsetjenesten, og at støtten var mangelfull. Dette samsvarer med funn gjort av SINTEF (Ådnanes et al., 2021) der flere pårørende i psykisk helsevern mente at det hadde vært for lite oppfølging av pårørende, og de uttrykte et ønske om mer jevnlig kontakt med tjenesten. Videre viste delstudiene blant pårørende at det ofte var vanskelig å få informasjon, og at det er de pårørende selv som må «presse» seg på både for å få den informasjonen de trenger, og for å bli involvert i tilstrekkelig grad (Ådnanes et al., 2021). I min studie ble det også beskrevet at kvinnen måtte selv ta kontakt for å få mer oppfølging og informasjon videre, som samsvarer videre med studien.

Kvinnene snakker om å inneha flere roller, som mor, partner og voldsutsatt. Rollen som mor kom tydelig frem som den viktigste og mest sårbare rollen i livet. I helsetjenesten har de blitt gitt rollen som pårørende og partner som pasient. Jeg reflekterte rundt at denne «rolle merkingen» fra helsetjenesten var noe kvinnene undret seg over. Mik-Meyer og Villadsen (2007) påpeker at et systemteoretisk perspektiv viser til hvordan de organisatoriske rammene har stadig blitt mer differensiert og spesialisert og dermed kjennetegnet av ulike mer eller mindre lukkede sosiale systemer, med egne logikker og rasjonaliteter. De skapes ut ifra omgivelsene de skal forholde seg til og hvilke sider ved personen som er relevant for organisasjonen å forholde seg til. Mik-Meyer og Villadsen (2007) beskriver videre at organisasjoner fungerer i så måte med et rollegalleri med «filter» for hvilken rolle tjenestemottakeren kan gå inn i (Askheim, 2012). Slik jeg har fortolket dataen hadde kvinnene en forventning om at de ønsket hjelp selv og ble møtt med begrensninger i forhold til «rollen» som voldsutsatt, et eksempel på dette er at organisasjonen «betjener dem som pårørende». Som eksempelvis førte til få møter med kvinnen. Ved en slik måte kan filtreringen av hjelpetrengende voldsutsatt og pårørende filtreres av tjenestestedet. Denne type filter kan også forsterke følelsen å være alene. Dette er i tråd med utredninger fra pårørendestrategien, som også beskriver at pårørenderollen innebærer vanskelige følelser og at pårørende får helseplager selv grunnet den krevende situasjonen se står i (Helse- og Omsorgsdepartementet, 2020). Rollen som mor og foreldre var det som opptok kvinnene i størst grad. Opplevelsen av filtrering kan anees å ha ført til avstand og mangelfull oppfølging. Grunnet behandlingstilbudets vinkling bør det gås ut ifra at pårørende er i særskilt behov for støtte på bakgrunn av konfliktfylt familieforhold.

I følge Engelstad (2005) stilles alle ovenfor maktforhold, fordi en er underlagt normer og krav, påbud og forbud. Videre vil det bety at når en handler, skjer at hver enkelt utøver makt (Askheim, 2012). Kvinnes beskrivelser ga meg spørsmål og etiske dilemma om det i hele tatt er mulig å skille mellom rollene. Rolle filteret, eller en rolleavklaring skjer gjennom språk og begreper som brukes av ansatte. Et eksempel fra resultatene viser til at det ble svært vanskelig å forholde seg til noe langt ute i forløpet når en ikke hadde fått kontakt med tjenesten tidlig i oppstartsfasen og dermed manglet språk og begrepsavklaringer: «Jeg måtte bare hive meg med der de var», noe som ble en negativ opplevelse og ga følelsen av «jeg var der bare for hans del da». Et annet eksempel var at

kvinnen hadde fått invitasjonen til deltagelse fra partner sin partner, noe som gjorde forventningene til hva hun skulle møte opp til mer usikker, «jeg hadde ingen forutsetning for å vite noe om stemningen som ville møte meg».

Askheim (2012) viser til at tjenesteutøveren har tilgang til ressurser, tiltak eller kunnskap den hjelpetrengende trenger (Askheim, 2012). I resultatdelen ble å lese seg opp på kunnskaps selv for kvinnen beskrevet som et veldig viktig for å klare å stå i prosessen, uten å gjøre det hadde kvinnen følt seg helt «lost». I analysen poengteres også at barna trenger fagkunnskapen presentert fra fagpersoner. Barna trengte å få tilpasset kunnskapen etter egne forutsetninger. I følge Getz m.fl. (2013) gjør det ikke skade å vise interesse for vanskelige og kan hende skambelagte livserfaringer, tvert imot kan det hjelpe barnet til å få forståelse for og få gyldig- gjort sine erfaringer og dermed hjelpe til å bearbeide dem (Lillevik et al., 2019). Dette er i samsvar med at kvinnen påpekte viktigheten av at fagfolk snakket med barna om volden. De trakk frem at det var viktig at kunnskapen om volden, og at informasjonen og tydelig tilbakemelding måtte komme fra fagfolk om at barna ikke skulle gå med skyld og skam. Kvinnen trakk frem at barna hadde behov for egne oppfølging som pårørende slik at de kunne få uttrykt følelser og oppdage at de ikke var alene. En styrket posisjon kunne vært at tjenesteutøveren informerer betydningen av å snakke sammen med barna, og tilbyr å bli med som en støtterolle inn i samtalen. Anbefalinger om videre pårørendegruppe til barn bør også informeres om (Osen et al., 2015). Kunnskap er en faktor som påvirker det individuelle nivået for mobilisering i en empowerment tekningen (Sørensen et al., 2002).

Kvinnene erfarte at taushetsplikten kunne være barriere for dem som pårørende. De var usikre på hva som var gjort for å motivere partner til å kunne velge å involvere dem mer, samtidig som de utalte respekt og forståelse for taushetspliktens funksjon. Dette samsvarer med Kjellevold (2008) som påpeker at det er grunn til å spørre hvorfor den rettslige reguleringen til pårørende i psykisk helsearbeid ikke er implementert i praksis. Videre hevder hun det fra flere hold går frem at pårørende opplever å bli møtt med argumentet taushetsplikt når de ber om informasjon og at det i liten grad legges til rette for dialog mellom pårørende og personell (Kjellevold, 2008). Taushetsplikten er et kommunikasjonshinder beskrevet i loven og er i stor grad pålagt helseprofesjoner (NOU 2003:31, 2003). Brudd på taushetsplikten blir gjentatt tematisert av helsepersonell (Osen et al., 2015). Askheim (2012) viser til at profesjonalisering innebærer og kunne sette grenser for hvor mye makt og myndighet de avmektige skal få og hva den skal innebære (Askheim, 2012). Sett i lys av dette kan tjenesteutøveres forståelse av taushetsplikten ubevist benyttes som maktutøvelse i kontakt med pasienten og pårørende. Det er problematisk dersom kvinnen kategoriseres som pårørende og dermed får en annen, «mer sekundær» prioritet av helsetjenesten. Osen m.fl. (2015) hevder at å få gjennomføre samtaler med pårørende handler om motivering av pasienten, og det kan være nødvendig å motivere foreldre til å gjennomføre barnesamtaler. Kunnskap til foreldre om barns behov ved vold i nær relasjoner vil være av betydning, og hvorfor det er viktig å snakke med barna om temaet (Osen et al., 2015). Det vil være individuelt i hvor stor grad motivering benyttes. Formålet er å kunne gi en parallell støtte i foreldrerollen som tiltak, som barna som pårørende har rett på (Osen et al., 2015). Kvinnen sa at å være pårørende som er voldsutsatt kunne ha og få store konsekvenser for alle i familien, og av den grunn burde partner oppfordres på det sterkeste av tjenesteutøver for inkludering av pårørende. Sett i lys av empowerment orientert tilnærming vil det være av betydning å være bevisst at makten er der og hvordan den

utspiller seg i praksis. Hva er gjort for å fremme tillit for å videre kunne inkludere pårørende?

Forutsigbarhet og grunninformasjon ble trukket frem som faktorer av kvinnene som kunne styrkes deres posisjon og trygghet fra starten. Hva ville forløpet inkludere for partners del, og for deres del. Det var også vanskelig å vite hvilke forventninger kvinnene kunne ha fra tjenestestedet. Noen av kvinnen ønsket å vite hva som var forventet av dem og at det var i stor grad viktig for dem å kunne være støttende for partner så behandlingsforløpet ble fulgt og kunne være hjelpsomt, dette er i tråd med pårørendealliansens (2019) beskrivelse av pårørendes behov, som er beskrevet tidligere i oppgaven. Å presentere bakgrunnen for tjenestetilbud og i den sammenheng fortelle om andre familier som helsetjenesten møter som er i lignende situasjon kan bidra til å generalisering som er en måte å redusere følelsen av å være alene, og kan også brukes med målsetning om å redusere stigmatisering (Osen et al., 2015).

Analysen viste at perioden behandlingen foregikk burde utnytted bedre for pårørende. Selv om kvinnene observerte at behandlingen hadde effekt og det ble roligere periode opplevdes det som viktig å få videre oppfølging som pårørende. Det trekkes frem at økt innsikt for deres del kunne vært nyttig for dem selv og for partners del. Den lange tiden med usikkerhet og lite tillit til partner kunne vært redusert dersom pårørende hadde fått mer støtte og informasjon underveis ble det uttrykt av kvinnene. Den rolige fasen kunne blitt utnyttet bedre. Jeg tolket analysen til at en roligere fase kan sees på som en bedre fase for å øke kunnskap og samhandling. Dersom en kan tenke seg at den roligere fasen har ført til en redusert avmaktsposisjon kan dette sees i sammenheng med sannsynlighet for mindre stress reaksjon. Sett i lys av Empowerment tenkning for å kunne styrket kvinnens posisjon ytterligere er en bevissthet om timing av å ha parsamtale i den rolige fasen nødvendig for å kunne bidra til å øke kunnskap og ferdigheter (Vågan et al., 2018).

Analysen viste både at det var vanskelig for kvinne å snakke i samme rom som partner og tjenesteutøver, men også faktorer som kunne være betydningsfulle erfaringer ved at en ble satt i en situasjon der en må snakke sammen. Det ble gitt beskrivelser av kvinnene om at det var trygt å kunne snakke i rommet på bakgrunn av at tjenesteutøver tålte å høre om volden, og viste interesse for temaet. Ifølge Lillevik m.fl. (2019) er samhandling et relasjonelt begrep som betyr at en står i samhandling med hverandre og gjennom det skapes et felles erfaringsgrunnlag. Erfaringer med å være sammen her- og nå situasjon bidrar til vekst og utvikling (Lillevik et al., 2019). Det ble trukket frem som en mulighet til å kunne vise støtte til hverandre, forstå hverandre, oppleve at partner tok seg tid og lyttet til dem, og at partneren trengte å høre hvilken påvirkningskraft volden har hatt på kvinnen. Stressmestringsmodellen er relasjonsorientert og innebærer å undersøke de kognitive vurderingene kvinnen gjør seg i situasjonen. Et begrep Lazarus og Folkman () trekker frem i modellen er kognitive revurderinger, som innebærer å få en ny fortolkning av den samme situasjonen på grunnlag av ny informasjon eller kunnskap. Å få ny kunnskap kan føre til en ikke lenger oppfatter en situasjon truende, endrer håndteringmåte på den og reduserer stressnivået. Et eksempel på dette kan være at en av kvinnen i studien beskrev behov for informasjon om at partner trengte en pause hjemme etter jobb for å stress ned, men dersom ikke dette var informert om hvorfor han gikk en tur kunne kvinnen oppleve emosjonelt stress fordi hun fikk tanker om å at noe var galt. Refleksjoner rundt kvinnes eksempel handlet også om at kompleksiteten i tema kan føre til at det blir kommunisert minimalt i hjemmet.

Det ble trukket frem at med mer informasjon ville bli enklere å forstå partners sårbarhet og hvordan de også kunne imøtekomme på nye måter, slik at gammelt vondt mønster mellom dem ble brutt. Som et eksempel en av kvinnene sa «jeg ble jo fraværende og var lite i kontakt». Kvinnene hadde tanker om at de selv uten å få denne forståelsen kunne hindret partners utvikling. Ifølge dataen kom det frem at det var behov for å få snakket og lære mer sammen, og hvordan de skulle forholde seg. Som for eksempel hva han øvet på, som igjen kunne gi en forståelse av hvordan de kunne forholde seg selv.

Sett i lys av frykten kvinnene beskrev å være preget av blir det relevant å trekke inn kontrollen som kan være til stede i slike parsamtaler. Frykten omhandlet hva som kunne skje om de snakket. Dersom dette sees i sammenheng med teori om avmakt og kontroll, kan en se for seg at slike samtaler kan inneha avmaktsfølelse. Sett i videre lys av stressmestringsmodellen er det nyttig med fokus på at kvinnen skal ha tilgang til indre kontroll og være preget av minst mulig stressfølelse i slike typer samtaler. Tjenesteutøver kan vise til en stress- avmakts bevisst praksis ved å spørre om hvordan kvinnen opplevde samtalen, hva blir viktig for henne når de drar, og skriftliggjøring av sikkerhetsplanen for videre periode. Å ha det skrevet ned kan være av betydning for å slippe å bruke energi på å huske detaljer av hva som blir avtalt i samhandlingen.

Forskning viser at kvinner som er mødre, blir lengre i et voldelig forhold enn de som ikke har barn (Vatnar & Bjørkly, 2010). Steinsvåg m.fl. (2012) referer til at mødre blant annet sier det er sikrere for barna at de blir i forholdet (Heltne & Steinsvåg, 2012). En studie viser at voldelige parforhold varer gjennomsnittlig mellom 5,5 og 7,3 år (Stark, 2012). Og sett i lys av tidslinjen deltageren presenterte har det gått flere år av livet som var preget av skyld og skam, også i ettertid der enkelte parforhold var avsluttet. Refleksjonen av kvinnens uttalelser fikk meg til å reflektere over at en kan være i pårørenderollen videre, selv for de som hadde avsluttet parforholdet. Dette var ikke bare på bakgrunn av felles barn, men også fordi opplevelsene sitter igjen i dem. Kontrollen hang igjen i lang tid for enkelte. Selv om parforholdet ikke ble avsluttet etter behandlingen ble det trukket frem at det å kjenne på trygghet rundt at voldssituasjoner ikke kom like hyppig og avtok, tok lang tid stole på. Pårørendestøtte og oppfølging over tid var av like stor viktighet for de kvinnen som beskrev seg motiverte og med tro på trygghet i forholdet.

Kvinnens erfaring hadde vært i liten grad å bli dratt inn i evaluering for hva det var behov for videre. Spesielt ved avslutning av behandlingsforløp opplevdes dette som utrykt og uavklart. Hva nå? Hva skjer videre? Kvinnen ga bilde på at dette kunne være en sårbar fase. Sett i lys av stressmestringsmodellen som en prosessorientert forståelse av mestring understreker funn ifølge Hoel m.fl. (2016) viktigheten av det å anerkjenne pårørendes mestringsforsøk, og samtidig tilby støtte, informasjon og hjelp, slik at de kan finne hensiktsmessige mestringsstrategier for å ivareta og bedre sin psykiske helse (Hoel & Geirdal, 2016). Som er i tråd med funn i min studie om behov for flere møter med tjenesten. Som en av kvinnene sa «jeg skulle ønske vi ble kaldt inn sammen et halvt år etter avsluttet behandling, for da har vi fått bearbeidet videre og vet at noen bryr seg». For å kunne være i tråd med WHO's (1998) definisjon av empowerment i helsefremmende sammenheng, bør helsetjenesten se på kontaktene med kvinnene som en prosess der de får større kontroll over forløpet som er med å beslutninger og handlinger, fordi de påvirker deres helse (WHO, 1998).

7 AVSLUTNING

7.1 Oppsummering

I denne kvalitative studien har jeg utforsket voldsutsatte kvinners forventninger og erfaringer som pårørende når deres partner har fått behandling ved Sinnemestingspoliklinikken, ved St.Olavs hospital. Friheten til å kunne bestemme over sitt eget liv står sentralt i vårt samfunn, likevel ser vi eksempler på hvordan friheten kan innskrenkes for personer som lever med vold i nære relasjoner (Kunnskapsdepartementet, 2021-2024). Og alle, har vi rett til et liv uten vold.

Resultatene fra de kvalitative intervjuene blir diskutert med bakgrunn i kunnskap om makt, der kontroll er benyttet som et nøkkelbegrep. Empowerment og stressmestringsmodellen blir benyttet som teoretisk forståelsesramme.

Kvinnene erfarte at det var av stor betydning å bli sett og inkludert av helsetjenesten, og at temaet vold ble tatt opp og tålt i samtaler med fagpersoner. Å få veiledning til parallelle hjelpetjenester ble trukket frem som en særdeles betydningsfull erfaring for støtte. Kvinnene hadde likevel forventninger om mer individuell oppfølging, spesielt i forhold til behov knyttet til barna. De ønsket at barna kunne snakke med fagpersoner om volden de hadde opplevd. Kvinnene følte seg alene på bakgrunn av sine erfaringer med sosial isolasjon og opplevde at vold i nære relasjoner er tabubelagt.

Funnene i studien peker i samme retning som tidligere kvalitative forskningsresultater. Imidlertid er det behov for videre forskning, også rettet mot menn som pårørende ved vold i nære relasjoner, og ikke minst barna. Funnene indikerer at kvinnen opplevde avmakt og at dette i liten grad ble fanget opp av helsetjenesten. At partner skulle i behandling så de på som en nødvendighet, noe de stilte som krav eller som ytre faktorer hadde påvirket til. Behandlingsperioden ble trukket frem som en roligere fase av forholdet, som burde blitt utnyttet med tettere oppfølging av familien, for å sikre god utvikling og trygghet over tid. Kvinnene anså at en tettere oppfølging av de pårørende kunne bidratt positivt til partnerens utbytte av behandlingen. Spesielt trakk kvinnene frem at avslutningen av behandlingsforløpet var en sårbar periode, og at det var nødvendig med en forutsigbar plan for helsetjenestens oppfølging av de pårørende etter at behandlingen var avsluttet.

7.2 Anbefalinger

Vold i nære relasjoner er et kompleks fenomen, og denne studien er et bidrag til kunnskapsutvikling for voldsutsatte i en pårørenderolle i helsetjenesten. Studiens funn har forhåpentligvis også gitt kunnskap til fagfeltet «barn som pårørende», ved at kvinnene snakket om sine erfaringer og observasjoner i forhold til barnas behov. Studien gir et innblikk i styrker og svakheter ved kontakten med helsetjenesten, og har et kritisk blikk på helsetjenestens systemmakt og ansvar i møte med pårørende som er utsatt for vold i nære relasjoner. Fremtidige studier av pårørende til personer som har utøvd vold mot sin

partner og barn, bør inkludere et fokus på familiens livssituasjon. Videre studier bør også se nærmere på individuelle og samfunnsmessige faktorer som bidrar til at det er vanskelig for pårørende å be om hjelp i helsetjenesten.

Noe av utgangpunktet for studien var ønsket om mer kunnskapsbasert praksis for voldsutsatte kvinner i en pårønderolle. Studien har belyst faktorer som kan være av betydning i oppfølgingen av pårørende i tjenester som jobber med Sinnemestring Brøsetmodellen. Funnene i studien er et relevant bidrag i en kontinuerlig utvikling av dette praksisfeltet. Min anbefaling for helsetjenestene som arbeider med voldsutøvere i nære relasjoner er at de fokuserer på sosial inkludering, og at de tilstreber god faglig kunnskap om hva som kan hemme dette i møtet med helsetjenesten. Med dette mener jeg bakgrunnskunnskap om voldens påvirkning, og individuell utforskning av den med de den enkelte. Videre anbefaler jeg at helsetjenesten har individuell kontakt med de pårørende, spesielt i en oppstartsfase. Et konkret eksempel på slik kontakt kan være at man har et «faseforløp» med informasjon og evalueringsmøter med de pårørende (eks. oppstartsfase, oppfølgingsfase, og avslutningsfase). Fasene bør ha strategier for innhold og tiltak og med mål om å sikre mestring, trygghet og stabilitet over tid. Helsetjenesten bør i samarbeid med de pårørende utarbeide en handlingsplan for oppfølging av familien etter behandlingsforløpets slutt.

Referanser

- Askheim, O. P. (2012). *Empowerment i Helse- og sosialfaglig arbeid. Floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi*. Gyldendal Norsk forlag AS.
- Berge, T., & Repål, A. (2022). *Håndbok i Kognitiv Atferdsterapi*. Gyldendal Norske Forlag
- Bredal, A., Eggebø, H., & Eriksen, A. M. A. (2020). *Vold i nære relasjoner i et mangfoldig Norge*. Cappelen Damm Akademisk
- Brinkmann, S. (2013). *Qualitative interviewing*. Oxford University Press.
- Burns, S. C., Kogan, C. S., Heyman, R. E., Foran, H. M., Smith Slep, A. M., Dominguez-Martinez, T., Grenier, J., Matsumoto, C., & Reed, G. M. (2020). Exploring Mental Health Professionals' Experiences of Intimate Partner Violence-Related Training: Results From a Global Survey. *Journal of Interpers Violence, 37* (1-2), 124-150. <https://doi.org/10.1177/0886260520908020> (886260520908020)
- Bøen, B. (2013). *Å få volden frem i lyset. Helsesøstres og fastlegers erfaringer fra arbeid rettet mot voldsutsatte jenter og kvinner* [Masteroppgave i psykososialt arbeid, Universitetet i Oslo].
- Carlson, B. E. (2000). Children exposed to intimate partner violence *Trauma, violence and Abuse 1* (4), 321-342. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/152483800001004002>
- Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory* (2. ed.). Sage
- Engelstad, F., Grenness, C. E., Kalleberg, R., & Malnes, R. (2005). *Introduksjon til samfunnsfag : vitenskapsteori, argumentasjon og faghistorie* (3. ed.). Gyldendal akademisk.
- Feder, G., Wathen, C. N., & MacMillan, H. L. (2013). An evidence-based response to intimate partner violence: WHO guidelines. *JAMA, 310*(5), 479-480.
- Feder, G. S., Huston, M., Ramsay, J., & Taket, A. R. (2006). Women Exposed to Intimate Partner Violence. Expectations and Experiences When They Encounter Health Care Professionals: A meta- analysis of Qualitative Studies. *Arch Intern Med., 166*, 22-37.
- Helse- og Omsorgsdepartementet. (2020). *Vi- de pårørende* (Pårørendestrategi 2021- 2025). Oslo Helse- og Omsorgsdepartementet Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/08948819b8244ec893d90a66deb1aa4a/vi-de-paerørende.pdf>
- Helsedirektoratet. (2014). Sammen om mestring. Veileder i lokalt psykisk helsearbeid og rusarbeid for voksne. Et verktøy for kommuner og spesialisthelsetjenesten. *IS- 2076, 03/2014*, Oslo. https://doi.org/https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/sammen-om-mestring-lokalt-psykisk-helsearbeid-og-rusarbeid-for-voksne/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20E2%80%93%20Veileder.pdf/_/attachment/inline/739b0cbe-9310-41c7-88cf-c6f44a3c5bfc:8f8b02ae7b26b730d27512d01420ec947d5ead97/Lokalt%20psykisk%20helsearbeid%20og%20rusarbeid%20for%20voksne%20E2%80%93%20Veileder.pdf
- Helsedirektoratet. (2019). *Pårørendeveileder. Nasjonal veileder*. (Helsedirektoratet). Helsedirektoratet Retrieved from <https://www.statsforvalteren.no/siteassets/fm-vestfold-og-telemark/helse-omsorg-og-sosial/helsetjenester/parørendeveileder-helsedirektoratet.pdf>
- Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (2012). *Barn som lever med vold i familien - Grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Universitetsforlaget
- Hoel, T. L., & Geirdal, A. Ø. (2016). Belastning, mestring og psykisk helse hos pårørende til mennesker med ruslidelse. *Sykepleien.no/ Forskning 10.4220/Sykepleienf.2016.59839* https://sykepleien.no/sites/default/files/pdf-export/pdf-export-59839_1.pdf
- Haaland, T., Clausen, S.-E., & Schei, B. (2005). Vold i parforholdet -ulike perspektiver. Resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge. *NIBR-rapport 2005:3, 3*.
- Isdal, P. (2016). *Meningen med volden*. (8. ed.). Kommuneforlaget.

- Johnson, M. P. (2006). Conflict and Control: Gender Symmetry and Asymmetry in Domestic Violence. *Violence Against Women* 12, 1003-1018.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1177/1077801206293328>
- Kjellevoll, A. (2008). Pårørende i psykisk helsearbeid *Tidsskrift for Psykisk helsearbeid* (4), 5, 355-365.
- Kloda, L. A., & Bartlett, J. C. (2013). Formulating answerable questions: question negotiation in evidence-based practice. *Journal of the canadian health libraries association*, 34(2), 55-60.
<https://doi.org/doi:10.5596/c13-019>
- Korstjens, I., & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274-279.
<https://doi.org/DOI:10.1080/13814788.2017.1375090>
- Kumar, A., Nizamie, S. H., & Srivastava, N. K. (2013). Violence against women and mental health. *Mental Health & Prevention*, 1(1), 4-10.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mhp.2013.06.002>
- Kunnskapsdepartementet. (2021-2024). Frihet fra negativ sosial kontroll og æresrelatert vold *Handlingsplan*
<https://www.regjeringen.no/contentassets/bf09aa64a96c4d5e8a69abd4c723f8e9/no/pdfs/f-4464-frihet-fra-negativ-sosial-kontroll-og-aeres.pdf>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. Gyldendal Akademisk.
- Lillevik, O. G., Salamonsen, J. S., & Nordhaug, I. (2019). *Vold i nære relasjoner*. Gyldendal Akademiske
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines *The Lancet* 358, (9280) 483- 488. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(01\)05627-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(01)05627-6)
- Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: a strategy for qualitative analysis. *Scand J Public Health*, 40(8), 795-805. <https://doi.org/10.1177/1403494812465030>
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* Universitetforlaget
- Mevik, K., Lillevik, O. G., & Edvardsen, O. (2017). *Vold mot barn*. Gyldendal Norsk forlag
- Moen, L. H., Bergman, S., & Øverlien, C. (2018). *Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner. Kartlegging av kunnskap for veien videre* (Rapport 2 fra Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress). https://www.nkvts.no/content/uploads/2018/06/Rapport_2-18_Forebyggende-tiltak.pdf
- Moulding, N., Franzway, S., Wendt, S., Zufferey, C., & Chung, D. (2020). Rethinking Women's Mental Health After Intimate Partner Violence. *Violence Against Women*, 27(8), 1064-1109.
<https://doi.org/DOI:10.1177/1077801220921937>
- Myhill, A., & Hohl, K. (2019). The "Golden Thread": Coercive Control and Risk Assessment for Domestic Violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 34(21-22), 4477-4497. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/0886260516675464>
- Myhre, M. C., Borchgrevink, C., & Sommerfeldt, M. B. (2015). *Oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner* (Rapport 4/2015. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress).
<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/oversiktrutineguiderkartleggingsverktoy.pdf>
- Narud, K. (2014). *Vold mot kvinner* Cappelen Damm.
- Nesset, M. B., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T. (2021). Does cognitive behavioural therapy or mindfulness-based therapy improve mental health and emotion regulation among men who perpetrate intimate partner violence? *International Journal of Nursing Studies*, 113(103795), 1-10. <https://doi.org/DOI:10.1016/j.ijnurstu.2020.103795>
- Nesset, M. B., Lara-Cabrera, M. L., Bjørngaard, J. H., Whittington, R., & Palmstierna, T. (2020). Cognitive behavioural group therapy versus mindfulness-based stress reduction group therapy for intimate partner violence: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 20(1), 178. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02582-4>
- Norvoll, R. (Ed.). (2013). *Samfunn og psykisk helse* (3. ed.). Gyldendal Akademisk

- NOU 2003:31. (2003). *Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Oslo Statens forvaltningstjeneste. Informasjonsforvaltning Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/63e114ce782044d5b472546dfd102c35/no/pdfs/nou200320030031000dddpdfs.pdf>
- Osen, N. L., Relling, M. H., Overvik, M., & Glørstad, T. (2015). *Barne- og familiesamtaler i psykisk helsevern for voksne*. Kommuneforlaget
- Ramsay, J., Carter, Y., Davidson, L., Dunne, D., Eldridge, S., Feder, G., Hegarty, K., Rivas, C., Taft, A., & Warburton, A. (2009). Advocacy interventions to reduce or eliminate violence and promote the physical and psychosocial well-being of women who experience intimate partner abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*(3), CD005043. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005043.pub2>
- Rienecker, L., Jørgensen, P. S., Hedelund, L., Hegelund, S., Kock, C., & Strømsnes, H. (2006). *Den gode oppgaven: håndbok i oppgaveskriving på universitet og høyskole*. Fagbokforlaget.
- Rygh, O. (2017). Skyld og skam. *Tidsskrift for Den norske legeforening nr. 7-8:137*.
- Skjørten, K., Bakketeig, E., Bjørnholt, M., & Mossige, S. (2019). *Vold i nære relasjoner - Forståelser, konsekvenser og tiltak*. Universitetsforlaget
- Stark, E. (2012). Looking Beyond Domestic violence: Policing Coercive Control *Journal of Police Crisis Negotiations* 12, 199-217. <https://doi.org/10.1080/15332586.2012.725016>
- Stets, J. E. (2012). *Domestic violence and control*. Springer Science & Business Media.
- Sørensen, M., Graff-Iversen, S., Haugstvedt, K.-T., Enger- Karlsen, T., Narum, I. G., & Nybø, A. (2002). "Empowerment" i helsefremmende arbeid *Tidskrifte Norsk Lægeforening* 24, 2379- 2383.
- Taft, C. T., & Murphhy, C. M. (2007). The Working Alliance in Intervention for Partner Violence Perpetrators: Recent Research and Theory. *Springer Seminars in Immunopathology*, 22, 11-18. <https://doi.org/10.1007/s10896-006-9053-z>
- Thoresen, S., & Hjemdal, O. K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv* (Rapport 1/2014). https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/11/vold_og_voldtekt_i_norge.pdf
- Trabold, N., McMahon, J., Alsobrooks, S., Whitney, S., & Mittal, M. (2020). A Systematic Review of Intimate Partner Violence Interventions: State of the Field and Implications for Practitioners. *Trauma, Violence & Abuse*, 21(2), 311-325. <https://doi.org/10.1177/1524838018767934>
- Trabold, N., Swogger, M., McMahon, J., Cerruli, C., & Poleshuck, E. (2020). A Brief Motivational Intervention to Address Intimate Partner Violence Victimization: A pilot study. *Sage*, 30 (6), 633- 642. <https://doi.org/DOI: 10.1177/1049731519900652>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative quality: Eight "big-tent" criteria for excellent qualitative research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851.
- Vatnar, S. K., & Bjørkly, S. (2008). An Interactional perspective of intimate partner violence: An In-depth Semi- structured Interview of a Representative Sample og Help- seeking Women *Springer Seminars in Immunopathology*, 23, 265-279. <https://doi.org/10.1007/s10896- 007-9150-7>
- Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2010). Does it make any difference if she is a mother? An interactional perspective on intimate partner violence with a focus on motherhood and pregnancy. *Journal of Interpersonal Violence*, 25(1), 94-110.
- Vatnar, S. K. B., Friestad, C., & Bjørkly, S. (2017). Intimate partner homicide in Norway 1990–2012: Identifying risk factors through structured risk assessment, court documents, and interviews with bereaved. *Psychology of Violence*, 7(3), 395.
- Vatne, M., Lohne, V., & Nåden, D. (2021). "Embracing is the most important thing we can do" Caring for the family members of patients at risk of suicide. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16:1(1996682), 2-12. <https://doi.org/https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1996682>
- Vågan, A., Olsson, A. B. S., Artntzen, C., Grue, J., Haugeland, T., Langeland, E., & Rise, M. B. (2018). *Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse* (NKLMH 1/2018).

https://mestring.no/wp-content/uploads/2018/06/Rapport-begreper-og-teorier_ENDELIG.pdf

- WHO. (1998). Health promotion glossary. Health Education and Health Promotion Unit (HEP). . *World Health Organization, Geneve, 13(4)*. https://www.researchgate.net/profile/Don-Nutbeam/publication/12979284_The_WHO_health_promotion_glossary/links/542022590cf203f155c2aa6e/The-WHO-health-promotion-glossary.pdf
- Ørke, E. C., Vatnar, S. K. B., & Bjørkly, S. (2018). Risk for revictimization of intimate partner violence by multiple partners: A systematic review. *Journal of Family Violence, 33(5)*, 325-339.
- Østby, H. (2022). *Kart over ensomheten*. Cappelen Damm
- Ådnes, M., Høiseth, J. R., Magnussen, M., Thaulow, K., & Kaspersen, S. L. (2021). Pakkeforløp for psykisk helse og rus –brukere, pårørende og fagfolks erfaringer. *Sintef rapport(2021:00090)*, 125.

Vedlegg

Vedlegg 1: Pico- skjema og litteratursøk

Vedlegg 2: Forskriv til deltagere

Vedlegg 3: Intervjuguiden

Vedlegg 4: Godkjenning fra Norsk senter for forskning (NSD)

Vedlegg 5: Tilbakemelding fra Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)

Vedlegg 6: Informasjonsskriv til deltagere

Vedlegg 1: Pico- skjema og litteratursøk

Tema: Voldsutsatt og pårørende

Foreløpig problemstilling: Hvordan fremstod voldsutsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende til en partner som får hjelp med sinnemestring?

Pasienter/ Populasjon/ Problem Hvem?	Pasienter/ Populasjon/Prob lem Hvem?	Intervensjon/ Eksposisjon Hva?	Intervensjon Hva?	Outcome Resultat?
Kvinner ----- Woman Women Female	Pårørende ----- Family Next of kin Relatives Partner Partners Domestic partner Domestic partners Spouses [MESH] Sexual partner Sexual partners Wife Wives Cohabitant Cohabitation Live-in partner Common-law wife Common-law partner	Partnervold ----- Domestic violence [MESH] Domestic abuse Female domestic abuse Intimate partner violence [MESH] Partner violence Spousal violence Marital violence Family violence Psychological violence Material violence Economic violence Spouse abuse [MESH] Physical abuse Psychological abuse Emotional abuse	Behandling Sinnemestring ----- Domestic violence intervention/s Intimate partner violence intervention/s Prevention & control Anger management Anger control Anger control training	Forventninger Opplevelser Erfaringer ----- Experience Experiences Expectation Expectations Expected Expecting

Vedlegg 2: Forskriv til deltagere

VIL DU BIDRA I FORSKNINGSPROSJEKTET:

«Vold i nære relasjoner:

Utsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer som pårørende i poliklinisk helsetjeneste»

FORMÅLET MED PROSJEKTET OG HVORFOR DU BLIR SPURT

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt ved NTNU. I prosjektet spør vi kvinner om forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende når partner mottar sinnemestringsbehandling. Du blir spurt fordi din mening er viktig, og at du tidligere har samtykket til å bli kontaktet innen fem år etter en tidligere studie du deltok i ved St Olavs Hospital, Avdeling Brøset. Denne studien var Merete Berg Nasset prosjektleder for, den ble avsluttet i 2018.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om pårørendes perspektiv knyttet til sinnemestringsstilbudet. Resultatene fra denne studien kan bidra til å forstå og utvikle tilnærmingen til pårørende i sinnemestringsprogrammet, og vite mer om hva som er behovet til kvinnene som er pårørende.

Alle kvinner som samtykker til deltakelse vil bli bedt om å bli intervjuet (tar ca. 45 minutter å gjennomføre). Det blir gjort lydopptak av intervjuet. Alt vil være anonymisert; Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennerende opplysninger.

Intervjuet vil inneholde spørsmål om;

- dine forventninger til pårørenderollen i møte med helsetjenesten
- uro og bekymring
- og hvordan du opplevde å delta på samtale mellom deg, din partner og terapeut da partner skulle delta i sinnemestringsgruppe
- Erfaringer som du har betraktet ved behandlingen og avstandskontakt med helsetjenesten over telefon eller video vil også inngå i spørsmålene.

FRIVILLIG DELTAKELSE OG MULIGHET FOR Å TREKKE DITT SAMTYKKE

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen etter muntlig informasjon fra prosjektleder Siv Sæther. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

KONTAKTOPPLYSNINGER

Dersom du kan være interessert og ønsker mer informasjon, gir du tilbakemelding om at det er greit at prosjektleder Siv Sæther kan få dine kontaktopplysninger, for å så kunne kontakte deg. Det er fint om tilbakemeldingen gis innen tre uker når du mottar dette skrivet.

Du kan også ta kontakt selv med Siv Sæther, telefon: 93421230, epost: siv.sether@stolav.no eller send inn vedlagte ferdigfrankerte konvolutt med svarskjema.

JEG ØNSKER Å BLI KONTAKTET AV PROSJEKTLEDER Siv Sæther
for mer informasjon om prosjektet.

Navn: _____

Tlf/mobil nr: _____

Dato/signatur: _____

Vedlegg 3: Intervjuguiden

INTERVJUGUIDE

Jeg skal skrive masteroppgave om forventinger, opplevelser og erfaringer ved det å være pårørende i poliklinisk helsetjeneste når partner mottar sinnemestringstilbud.

Har forberedt noen spørsmål jeg har lyst til å snakke om, men bare si fra hvis det er noe du ikke ønsker å svare på. All informasjon som kan knyttes til deg som person vil utelates fra oppgaven, og ingen andre enn meg vil ha tilgang til lydopptaket. Hvis du vil avslutte eller ta en pause, bare si fra!

Intro

Kan du begynne med å si litt om deg selv?

(Hvor gammel er du – Har du familie/ Hvem bor du sammen med nå)

I hvilken periode hadde du kontakt som pårørende ved poliklinikken?

Før din kontakt

Kan du beskrive hvordan ble du invitert med som pårørende?

Hva tenkte du om å skulle delta i samtale?

Når du kom første gangen som pårørende – Kan du beskrive hvordan var det å komme?

På hvilken måte opplevde du å bli møtt? (Kan du gi noen eksempler?)

Under

Hvordan var det for deg å delta i samtale? (det beste/det verste)

Hvor mange samtaler deltok du i? (fysisk/telefon/video?)

Kan du beskrive hva du opplevde å få ut av samtalen(e)?

Hva mener du kunne vært gjort annerledes i en slik samtale? Kan du gi noen eksempler?

Hvilken betydning opplevde du at parsamtalen hadde for videre kontakt med partner? Kan du gi noen eksempler?

Hvilken betydning opplevde du at parsamtalen hadde for videre kontakt med terapeutene? Kan du gi eksempel? Noe du hadde behov for når du dro? Manglet informasjon om

Etter

Hvis du skal se på hele perioden du har vært pårørende – Hvordan var det for deg å være med?

Hva er det viktigste du har lært?

Kan du gi noen eksempler på hva som kunne vært gjort annerledes i denne perioden?

Noe du skulle ønsket deg underveis?

Avslutning:

Er det noe mer du ønsker å ta opp, som jeg ikke har spurt om?

Tusen takk for at du stilte opp, det var til god hjelp!

Meldeskjema

Referansenummer

332882

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Fødselsdato
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer
- Helseopplysninger

Prosjektinformasjon

Prosjekttittel

Vold i nære relasjoner: Utsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer som pårørende ved poliklinisk helsetjeneste

Prosjektbeskrivelse

I prosjektet blir kvinner spurt om forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende når partner mottar sinnemestringsbehandling. Alle kvinner som samtykker til deltakelse blir bedt om å bli intervjuet. Intervjuet vil inneholde spørsmål om forventninger til pårønderollen i møte med helsetjenesten, uro og bekymring, og hvordan de opplevde å delta på samtale med sin partner og terapeut da partner skulle delta i sinnemestringsgruppe. Erfaringer som informant har gjort seg ved oppfølging og avstandskontakt med helsetjenesten over telefon eller video vil også inngå i spørsmålene.

Problemstillingen i prosjektet vil være;

«Hvordan fremstod voldsutsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende ved poliklinikk i psykisk helsevern?»

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om pårørendes perspektiv knyttet til sinnemestringstilbudet. Resultatene fra studien kan bidra til å forstå og utvikle tilnærmingen til pårørende.

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om pårørendes perspektiv knyttet til sinnemestringstilbudet. Resultatene fra denne studien kan bidra til å forstå og utvikle tilnærmingen til pårørende i sinnemestringsprogrammet, og vite mer om hva som er opplevelsen og behovet til kvinnene som er pårørende. Sinnemestring, Brøsetmodellen er et nasjonalt tilbud og resultatene fra denne studien vil derfor

kunne være av nytte for andre helsetjenester. Det er lite kunnskap om pårørendes opplevelser og erfaringer i intervensjoner fra helsetjenesten.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Siv Sæther , sivsather@gmail.com, tlf: 93421230

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH) / Institutt for psykisk helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Odd Morten Mjøen , odd.m.mjoen@ntnu.no, tlf: 95293114

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Kvinner som har vært i pårørende ved Sinnemestringspoliklinikken i perioden 2014-2018.

Rekruttering eller trekking av utvalget

33 kvinner har deltatt i en tidligere studie og samtykket til å kunne bli spurt om fremtidige studier. Prosjektleder fra denne studien velger tilfeldige blant disse og spør 5 og 5 kvinner i gangen, inntil jeg har ca 10 informanter, om de ønsker å bli kontaktet av Siv Sæther angående nytt prosjekt.

Alder

18 - 70

Personopplysninger for utvalg 1

- Navn (også ved signatur/samtykke)
- Fødselsdato
- Adresse eller telefonnummer
- E-postadresse, IP-adresse eller annen nettidentifikator
- Lydopptak av personer

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Hvordan?

Skriftlig informasjon (papir eller elektronisk)

Tredjepersoner

Skal du behandle personopplysninger om tredjepersoner?

Ja

Beskriv tredjepersoner

Partner, eventuelt tidligere partner som har vært i behandling ved sinnemestrings forløp.

Typer opplysninger om tredjepersoner

- Helseopplysninger

Hvilke utvalg avgir opplysninger om tredjepersoner?

- Utvalg 1: Kvinner som har vært i pårørende ved Sinnemestringspoliklinikken i perioden 2014-2018.

Samtykker tredjepersoner til behandlingen av opplysningene?

Nei

Mottar tredjepersoner informasjon om behandlingen av opplysningene?

Nei

Begrunn hvorfor tredjepersoner ikke mottar informasjon

Det er kvinnenes forventninger, opplevelser og erfaringer som er formålet å få tak i intervjuet. Ved å etterspørre eksempler kan informant dele tredjepersons måte å håndtere og kommunisere. Temaet vold i nære relasjoner er i seg selv avhengig av den andre part for å kunne beskrives, og det vil tas høyde for at slik informasjon deles. For å begrense informasjon om tredjepart vil den som intervjuer poengteres at personopplysninger om tredjepart ikke er relevant for oppgaven.

Dokumentasjon

Hvordan dokumenteres samtykkene?

Ikke utfyllt

Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

De tar kontakt med Siv Sæther og gir beskjed om at de ønsker å trekke seg.

Hvordan kan de registrerte få innsyn, rettet eller slettet opplysninger om seg selv?

Kontakte Siv Sæther eller Odd Morten Mjøen.

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Ikke utfyllt

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

Ikke utfyllt

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

Ikke utfyllt

Tilgjengeliggjøres opplysningene utenfor EU/EØS til en tredjestat eller internasjonal organisasjon?

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (koblingsnøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

Ikke utfyllt

Varighet

Prosjektperiode

01.09.2020 - 30.11.2022

Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?

Data anonymiseres (sletter/omskriver personopplysningene)

Hvor oppbevares opplysningene?

Internt ved behandlingsansvarlig institusjon

Hvilke anonymiseringstiltak vil bli foretatt?

Ikke utfyllt

Vil de registrerte kunne identifiseres (direkte eller indirekte) i oppgave/avhandling/øvrige publikasjoner fra prosjektet?

Nei

Tilleggsopplysninger

Vedlegg viser vedtak fra REK

Region: Saksbehandler: Telefon: Vår dato: Vår referanse:
REK midt Hilde Eikemo 73597508 13.11.2020 200591

Deres referanse:

Odd Morten Mjøen

200591 Vold i nære relasjoner: Utsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer som pårørende i poliklinisk helsetjeneste

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Odd Morten Mjøen

Søkers beskrivelse av formål:

I prosjektet spør vi kvinner om forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende når partner mottar sinnemestringsbehandling. Alle kvinner som samtykker til deltakelse vil bli bedt om å bli intervjuet. Intervjuet vil inneholde spørsmål om forventninger til pårønderollen i møte med helsetjenesten, uro og bekymring, og hvordan de opplevde å delta på samtale med sin partner og terapeut da partner skulle delta i sinnemestringsgruppe. Erfaringer som informant har er betraktet som nyttige ved behandlingen og avstandskontakt med helsetjenesten over telefon eller video vil også inngå i spørsmålene.

Problemstillingen i prosjektet vil være;

«Hvordan fremstod voldsutsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende ved poliklinikk i psykisk helsevern?»

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om pårørendes perspektiv knyttet til sinnemestringstilbudet. Resultatene fra studien kan bidra til å forstå og utvikle tilnærmingen til pårørende i sinnemestringsprogrammet, og vite mer om hva som skaper tilfredshet til kvinner som er i pårønderollen. Sinnemestring, Brøsetmodellen er et nasjonalt tilbud og resultatene fra denne studien vil derfor kunne være av nytte for andre helsetjenester.

Bakgrunnen for prosjektet og målet er å bidra til å forebygge og redusere vold i nære relasjoner. Ny kunnskap om pårørendes helse og sykdom er ikke målet for prosjektet og besvare. Det vil derfor ikke spørres om helseopplysninger.

REKs vurdering

Vi viser til fremleggingsvurdering mottatt 04.11.2020. Henvendelsen er vurdert på fullmakt av komiteens leder, med hjemmel i helseforskningsloven § 10 og forskrift om behandling av etikk og redelighet i forskning § 10 annet ledd.

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om pårørendes perspektiv knyttet til sinnemestringstilbudet. Det skal spørres om forventninger og opplevelser som pårørende,

men det skal ikke innsamles helseopplysninger. Komiteen mener at prosjektet framstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning. Prosjektet omfattes derfor ikke av helseforskningslovens saklige virkeområde, og kan gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at innsamling, oppbevaring og bruk av personopplysninger alltid krever et behandlingsgrunnlag. Dette bør avklares med egen institusjon.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor, dr.med.
Leder, REK midt

Hilde Eikemo
Sekretariatsleder, ph.d.
REK midt

Vil du bidra i forskningsprosjektet

«Vold i nære relasjoner:

Utsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer som pårørende i poliklinisk helsetjeneste»

Formål med prosjektet og hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt ved NTNU, en masterstudie. Du blir spurt fordi du tidligere har samtykket til å bli kontaktet innen fem år etter en tidligere studie du deltok i. Denne studien var Merete Berg Nettet prosjektleder for, den ble avsluttet i 2018. Det er prosjektmedarbeider i denne studien som har sendt ut forespørsel om informasjon og eventuell deltagelse i dette prosjektet.

Formålet er å spørre kvinner om forventninger, opplevelser og erfaringer med å være pårørende når partner mottar sinnemestringsbehandling.

Hensikten med prosjektet er å øke kunnskapen om pårørendes perspektiv knyttet til sinnemestringsstilbudet. Resultatene fra denne studien kan bidra til å forstå og utvikle tilnærmingen til pårørende i sinnemestringsprogrammet, og vite mer om hva som er behovet til kvinnene som er pårørende. Sinnemestring, Brøsetmodellen er et nasjonalt tilbud og resultatene fra denne studien vil derfor kunne være av nytte for andre helsetjenester. Resultatene kan derfor benyttes av ansatte som jobber med implementering av Brøsetmodellen til helsearbeidere andre steder i Norge. Forskningsspørsmålet som skal analyseres i studien er: «Vold i nære relasjoner: Utsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer som pårørende i poliklinisk helsetjeneste»

Før du bestemmer deg for å delta, er det ønskelig å informere om hva deltagelse vil innebære for deg. Vennligst ta deg tid til å lese det følgende dokumentet nøye før du bestemmer deg. Ta kontakt dersom noe er uklart eller om du ønsker mer informasjon.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

NTNU institutt for psykisk helse er ansvarlig for prosjektet.

Hva innebærer det for deg å delta?

Alle kvinner som samtykker til deltagelse vil bli bedt om å bli intervjuet. Intervjuet vil inneholde spørsmål om dine forventninger til pårørenderollen i møte med helsetjenesten, uro og bekymring, og hvordan du opplevde å delta på samtale mellom deg, din partner og terapeut da partner skulle delta i sinnemestringsgruppe. Erfaringer som du har betraktet ved behandlingen og avstandskontakt med helsetjenesten over telefon eller video vil også inngå i spørsmålene.

Det vil også bli spurt om noen konkrete opplysninger om din bakgrunn, for eksempel språket ditt, alder og hvem du bor med. Intervjuet tar ca. 45 minutter å gjennomføre. Det blir gjort lydopptak av intervjuet og notater, dette for å ikke gå glipp av viktig informasjon. Intervjuet blir gjennomført på avtalt sted, etter hva som passer best for deg. Intervjuet gjennomføres i henhold til aktuelle smittevernsregler for Covid-19.

Dersom du eller din partner har noen tilknytning til poliklinikken i dag, skal ikke deltakelsen i prosjektet påvirke tilbudet. Prosjektleder i dette prosjektet har taushetsplikt i forhold til ting du forteller om, men det er noen tilfeller der prosjektleder er forpliktet til å videreformidle ting som kommer frem. Det gjelder tilfeller der du forteller at det for tiden foregår alvorlig mishandling i hjemmet ditt, eller om du forteller om begrunnet redsel for at du selv eller eventuelle barn kan bli utsatt for alvorlig vold i nær fremtid.

Undersøkelsen inneholder spørsmål som du kan kanskje vil føle er sensitive. Som deltager trenger du ikke svare på spørsmål du føler er for personlige. Dersom noen av spørsmålene utløser en reaksjon hos deg som deltager, kan du ta kontakt med sykepleier Anne Meisingset (tlf 93858060) ved Sinnemestringspoliklinikken. Prosjektet har ingen direkte fordeler for deg som deltager, men vi håper studien vil kunne bidra til å bedre helsetilbudet for alle kvinner i lignende situasjon i Norge.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Dette vil ikke få konsekvenser for eventuell videre kontakt med helsetjenesten.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Du har rett til innsyn i hvilke opplysninger som er registrert om deg og rett til å få korrigeret eventuelle feil i de opplysningene som er registrert. Du har også rett til å få innsyn i sikkerhetstiltakene ved behandling av opplysningene.

Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun prosjektleder Siv Sæther og forskningsmedarbeider Bodil Stenkløv som har tilgang til denne listen med de som samtykker. Navnelisten og samtykkene vil holdes adskilt fra transkripsjonene og lydfiler. Tiltak om sikker lagring er i tråd med NTNUs retningslinjer om fortrolig data. Sikkert lagringsområde er det kun prosjektleder som kan logge inn i, og vil benyttes for sikker lagring av lydfiler, intervju og transkripsjoner. Lydfil vil bli slettet fra båndopptaker så raskt som mulig etter intervjuet er gjennomført og når den er overført til sikkert lagringsområde. Båndopptaker er kun disponert for prosjektleder frem til data er ferdig innsamlet.

Ved analysearbeid med veileder vil transkripsjoner bli kryptert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er november 2022. Opplysningene om deg vil bli anonymisert og slettes senest fem år etter prosjektslutt.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra NTNU har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk har vurdert at prosjektet ikke er framleggspliktig (REF. REK 200591).

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Siv Sæther E-mail: siv.sether@stolav.no tlf 93421230
- Odd Morten Mjøen (hovedveileder) ved Institutt for psykisk helse ved NTNU.
E- mail: odd.m.mjoen@ntnu.no
- Personvernombud ved Norges teknisk- naturvitenskapelige universitet, Thomas Helgesen; thomas.helgesen@ntnu.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Siv Sæther

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Vold i nære relasjoner: Utsatte kvinners forventninger, opplevelser og erfaringer som pårørende i poliklinisk helsetjeneste», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

