



Masteroppgave

Helsesykepleie, master i helsevitenskap

Mai 2024

*Helsesykepleiere sitt arbeid med forebygging av vold mot
småbarn*

Kandidatnavn: Eva Marie Røsholt Hansen og Helene Eikeskog Burger

Emnekode: MAVIT5910

Antall ord: 14966

Fakultet for helsevitenskap

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET

Forord

Det er med ydmykhet og stolthet at vi presenterer denne masteroppgaven innen helsesykepleie ved OsloMet – storbyuniversitetet. Masteroppgaven representerer et viktig skritt i vår faglige utvikling og personlige engasjement for å bidra til å forbedre helsesektoren, spesielt når det gjelder forebygging av vold mot småbarn.

Vi ønsker å rette en spesiell takk til våre veiledere Turid Kristin Bigum Sundar (førsteamanuensis, hovedveileder) og Astrid Midtsund (doktorgradsstipendiat, biveileder). Tusen takk til deg Astrid, som har muliggjort prosjektet, ved å la oss benytte datamateriale fra ditt doktorgradsprosjekt. Takk til dere begge for støtte, veiledning og oppmuntring gjennom hele prosessen med å utvikle og fullføre masteroppgaven. Dere har vært en verdifull ressurs, og vi er takknemlige for deres engasjement og tålmodighet.

Masteroppgavens hensikt, "Hvordan jobber helsesykepleiere på helsestasjon med forebygging av vold mot småbarn 0 - 5 år og hvilke erfaringer har de med det voldforebyggende arbeidet", har vært drivkraften bak vårt arbeid. Gjennom masteroppgaven har vi forsøkt å kaste lys over og bidra til en økt forståelse av helsesykepleiere sin rolle i å forhindre vold mot småbarn.

Vi vil også takke hverandre for det gode samarbeidet. Den gjensidige støtten, ulike ferdighetsbidrag, konstruktive diskusjoner, samt muligheten til å dele utfordringer og feire milepæler sammen, har skapt motivasjon til å fullføre prosjektet og gitt et stort læringsutbytte.

Vi håper at denne oppgaven kan bidra til videre diskusjon, forskning og handling på området, og at den kan være til nytte for helsepersonell og beslutningstakere som arbeider med å beskytte og fremme helsen til småbarn og deres familier.

Innholdsfortegnelse

Forord	1
Sammendrag	4
Summary	5
Begrepsavklaringer og forkortelser	6
Bidrag i oppgaven	7
1. Introduksjon	8
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	8
1.2 <i>Tidligere forskning</i>	10
1.3 <i>Studiens hensikt og problemstilling</i>	11
1.4 <i>Avgrensninger</i>	12
2. Teori	13
2.1 <i>Voldsförebyggende helsearbeid og tidlig innsats</i>	13
2.2 <i>Risiko- og beskyttelsesfaktorer</i>	14
2.3 <i>Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell</i>	16
2.3.1 <i>Et økologisk perspektiv på vold</i>	18
3. Metode	19
3.1 <i>Design</i>	19
3.2 <i>Utvalg og rekruttering</i>	19
3.3 <i>Datainnsamling</i>	20
3.4 <i>Analyse</i>	21
3.5 <i>Forskningsetiske vurderinger</i>	24
3.6 <i>Troverdighet i kvalitativ forskning</i>	25
4. Resultater	28

<i>4.1 Struktur og system</i>	29
4.1.1 Tidlig innsats og voldsforebygging som en del av hverdagen	29
4.1.2 Tematisering ved konsultasjoner.....	30
4.1.3 Tematisering og oppfølging basert på kartlegging og vurdering av risiko	31
4.1.4 Bruk av, og behov for, ressursmateriell	31
4.1.5 Hjemmebesøkets mulighet for tidlig innsats.....	33
<i>4.2 Tørre og tåle</i>	34
4.2.1 Trygghet i rollen gjennom erfaring og kollegastøtte	34
4.2.2 Kunnskap og kompetanseheving	35
4.2.3 Begrenset tid til stort ansvar	36
4.2.4 Tabubelagt.....	36
<i>4.3 Styrke og støtte</i>	38
4.3.1 Betydningen av tillit og relasjon.....	38
4.3.2 Kommunikasjonsferdigheter i møte med foreldrene.....	38
4.3.3 Styrke foreldrene i foreldrerollen	39
4.3.4 Normalisere frustrasjon og bygge mestringsstrategier	40
4.3.5 Samspill som utgangspunkt for veiledning	41
5. Diskusjon	42
5.1 <i>Struktur og system på det voldsforebyggende arbeidet</i>	42
5.2 <i>Tørre og tåle å jobbe med forebygging av vold</i>	47
5.3 <i>Styrke og støtte familiene</i>	52
5.4 <i>Studiens styrker og svakheter</i>	56
5.5 <i>Overførbarhet og relevans</i>	59
6. Konklusjon	60
7. Referanser	61

Sammendrag

Bakgrunn: Vold mot små barn er et alvorlig samfunnsproblem med betydelige konsekvenser for både individet og samfunnet. Voldsforebyggende arbeid er i fremvekst og har bred politisk støtte. Et av formålene med helsestasjonstjenesten er å bidra til å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. De nasjonalfaglige retningslinjene beskriver overordnet hvordan det forebyggende arbeidet skal utføres i praksis. Det finnes imidlertid begrenset forskning på hvordan helsesykepleiere jobber for å forebygge vold og effekten av metodene som benyttes.

Hensikt: Utforske hvordan helsesykepleiere på helsestasjoner jobber med å forebygge vold mot små barn, og helsesykepleiernes erfaringer i det voldsforebyggende arbeidet.

Teoretisk perspektiv: Risiko og beskyttelsesfaktorer, voldsforebyggende helsearbeid og tidlig innsats, Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell

Metode: Studien bygger på semistrukturerte kvalitative intervjuer av 14 helsesykepleiere gjennomført i forbindelse med doktorgradsprosjektet "Helsesykepleier sitt arbeid med vold mot barn", ved OsloMet. Intervjuene ble gjennomført i perioden august - november 2021. Dataene ble analysert med hjelp av konvensjonell innholdsanalyse, med induktiv metode. Denne masteroppgaven er skrevet ut som en monografi og ble utført i samarbeid mellom Eva Marie Røsholt Hansen og Helene Eikeskog Burger.

Resultat: Analysen resulterte i tre hovedkategorier: 1. "*Struktur og System*", 2. "*Tørre og Tåle*", 3. "*Styrke og Støtte*".

Konklusjon: Voldsforebyggende arbeid er en sentral del av helsesykepleiere sitt arbeid. Fokuset er rettet mot å tidlig identifisere risikofaktorer for utøvelse av vold og styrke beskyttende faktorer gjennom dialog og veiledning. Relasjonsbygging og trygghet i rollen vektlegges, samtidig som arbeidet bærer preg av utfordringer knyttet til struktur, ressurser og retningslinjer.

Nøkkelord: *Vold, småbarn, helsesykepleier, forebygge, erfaringer*

Summary

Background: Violence against young children is a serious societal issue with significant consequences for both the individual and society. Preventive efforts against violence are on the rise and have broad political support. One of the objectives of the health centre services is to play a role in the prevention, identification, and cessation of violence, abuse, and neglect. National guidelines outline in general terms how preventive work should be carried out in practice. However, there is limited research on how public health nurses work to prevent violence and the effectiveness of the methods used.

Purpose: To explore how public health nurses at health center services work to prevent violence against young children, and the experiences of public health nurses in the violence prevention efforts.

Theoretical Perspective: Risk and protective factors, Violence prevention in Public health and early intervention, Bronfenbrenner's ecological systems model.

Method: The study is based on semi-structured qualitative interviews with 14 public health nurses conducted as part of the doctoral project "The work of public health nurses with violence against children" at OsloMet. The interviews were conducted between August and November 2021. Data were analyzed using conventional content analysis with an inductive approach. The thesis is presented as a monograph and is carried out in collaboration between Helene Eikeskog Burger and Eva Marie Røsholt Hansen.

Result: The analysis resulted in three main categories: *1. Structure and System, 2. Endure and Tolerate, 3. Strength and Support*

Conclusion: Preventive work against violence is a central aspect of the public health nurses work, emphasizing early identification of risk factors and reinforcement of protective factors through dialogue and guidance with parents. Public health nurses prioritize establishing relationships and fostering a sense of security in their role. However, the work faces challenges related to structure, resources, and guidelines.

Keywords: *Violence, young children, public health nurse, prevention, experiences*

Begrepsavklaringer og forkortelser

Begrepet **“vold”** er gjennomgående i masteroppgaven. Som bakgrunn for vår forståelse av begrepet, har vi tatt utgangspunkt i World Health Organization (WHO, 2022) sin definisjon av barnemishandling:

“Overgrep og omsorgssvikt som rammer barn under 18 år. Dette inkluderer alle former for fysisk og/eller psykisk mishandling, seksuelt misbruk, omsorgssvikt, uaktsomhet og kommersiell eller annen utnyttelse, som resulterer i faktisk eller potensiell skade på barnets helse, overlevelse, utvikling eller verdighet i et forhold preget av ansvar, tillit eller makt.”

“Småbarn” benyttes i problemstillingen, og viser til barn 0 - 5 år. Disse er valgt da dette er alderen på brukergruppen til helsestasjonen.

“Helsestasjon” er et nasjonalt, gratis og lovpålagt helsetilbud til barn i alderen 0 - 5 år, og deres familier. Via helsestasjonen tilbys helsekontroller, vaksinasjon, hjemmebesøk, helseopplysning og veiledning (Helsenorge, 2023).

“Konsultasjoner”: Gjennom helsestasjonsprogrammet tilbys alle norske barn og deres familier 14 konsultasjoner, i form av hjemmebesøk, individuelle- og gruppesamtaler på fastsatte tidspunkt. Det tilbys også ekstra oppfølging ved behov (Helsedirektoratet, 2022)

“Nye familier” er en del av Oslo kommunes helsestasjonstilbud, hvor helsesykepleiere tilbyr hjemmebesøk og tettere oppfølging fra svangerskapsuke 28 til barnet er 2 år (Oslo kommune, u.å)

“I trygge hender” er et samtaleverktøy utviklet av Landsgruppen for helsesykepleiere, som skal bidra i helsestasjonens voldsarbeid. Materialet består av en film med tilhørende refleksjonsspørsmål (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

“H1”, **“H2”**, **“H3”** og så videre, viser til Helsesykepleier (nummer) og brukes når det henvises til sitater.

Bidrag i oppgaven

Begge forfattere har deltatt likeverdig i alle fasene av å skrive denne masteroppgaven. Dette inkluderer problemformulering, gjennomgang av relevant litteratur, metodevalg, analyse av data, tolkning av resultater, samt utarbeidelse av konklusjon og diskusjon. Bidragene fra begge har vært gjensidige og likestilt gjennom prosessen. Vi har opplevd det som en fordel å være to og at samarbeidet har fungert godt.

1. Introduksjon

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Omfanget av vold i nære relasjoner har de seneste tiårene hatt økt oppmerksomhet, og regjeringens målsetting er å skape et trygt samfunn der vold og overgrep mot barn ikke forekommer (Kripos, 2019, s. 6; Moen et al., 2018, s. 20). Barn som i utgangspunktet skal kunne få trøst og beskyttelse hos sine foreldre, blir satt i en paradoksal situasjon, når de utsettes for vold fra sine nærmeste omsorgspersoner (Hansen & Holme, 2016, s. 152). Vold tidlig i livet kan medføre store negative konsekvenser for barnet og er blant de mest skadelige risikofaktorene for utvikling av helseproblemer og dårlig sosial funksjon senere i livet (Kvello, 2022, s. 163). I tillegg til virkningene på enkeltpersoner, representerer vold i nære relasjoner en stor samfunnsøkonomisk byrde, som i 2021 ble beregnet til å være 92,7 milliarder kroner i Norge (Pedersen et al., 2023, s. 6).

Det er vanskelig å fastslå omfanget av vold i nære relasjoner, da det er store mørketall og forståelsen av vold endres over tid (Moen et al., 2018, s. 39). Småbarn, og spesielt spedbarn, er risikoutsatt da de har liten evne til å motsette seg eller unngå voldshandlinger, samtidig som begrensede språkferdigheter gir redusert mulighet til å fortelle om volden (Kripos, 2019, s. 8-9). I perioden 2015-2018 ble det registrert 90 straffesaker i Norge som omhandlet mistanke om vold mot barn under 4 år, og som resulterte i alvorlig skade, varige men eller død. Over halvparten av disse barna var under 5 måneder (Kripos, 2019, s. 6). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) undersøkte omfanget av vold i den norske befolkningen og rapporterte at en av fire voksne ble utsatt for til dels alvorlig vold i oppveksten (Dale et al., 2023, s. 21). Videre konkluderte en landsomfattende UEVO-studie med at barn og unge er for dårlig beskyttet mot vold og overgrep (Hafstad & August, 2019, s. 17). Menneskerettighetene beskriver barns rett til beskyttelse mot vold, og norske myndigheter er derfor forpliktet til å gjøre alt i sin makt for å forhindre voldsutøvelse mot barn (Norges institusjon for menneskerettigheter, 2022).

Forebyggende helsearbeid omfatter tiltak for å unngå eller redusere påvirkbare risikofaktorer for sykdom, skade eller død (Kvarme, 2016, s. 32). Tiltakene retter seg mot tre ulike målgrupper, basert på risikonivå. *Universelle* tiltak sikter mot hele populasjoner uavhengig av risikoeksponering, og *selektive* tiltak innretter seg mot avgrensede grupper i høy risiko. Begge disse tiltaksnivåene har som mål å forhindre problemutvikling. *Indikative* tiltak rettes mot enkeltindivider som har vært utsatt for risiko, med mål om å redusere eller hindre følgene (Moen et al., 2018, s. 31; Mæland, 2021, s. 16).

I Norge har kommunene det overordnede ansvaret for helsefremmende og forebyggende tjenester, herunder helsestasjonstjenesten. Kommunene skal tilrettelegge for at helsestasjonstjenesten er i stand til å oppfylle sine lovpålagte plikter (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-2, §3-3a). Et av formålene med helsestasjonstjenesten er forebygging, avdekking og avverging av vold, overgrep og omsorgssvikt (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §5, bokstav d). Forebygging av vold er samtidig en nødvendighet for å oppnå de andre formålene til tjenesten, som å forhindre skade og sykdom, og fremme psykisk og fysisk helse, samt gode sosiale og miljømessige forhold (Helsedirektoratet, 2019a). Helsestasjonstjenesten skal bidra i det forebyggende arbeidet gjennom opplysning, råd og veiledning via rutinemessige undersøkelser, samt identifisere risikofaktorer for utvikling av fysiske og psykiske helseproblemer (Myhre, 2018, s. 301).

Regjeringens handlingsplan for å bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024, trekker frem helsestasjonen som viktig i dette arbeidet. Begrunnelsen er at de aller fleste barn i Norge følger helsestasjonsprogrammet og at helsestasjonen har stor tillit i befolkningen. Videre er helsestasjonen en av få offentlige instanser som systematisk og regelmessig observerer barnets helse og utvikling det første leveåret. Helsesykepleiere er dermed i en særegen posisjon til å forebygge vold (Helsedirektoratet, 2019a; Justis og beredskapsdepartementet, 2021, s.26). Helsestasjonsprogrammet, som er beskrevet i de nasjonalfaglige retningslinjene for helsestasjon, består av en omfattende liste over tematikker og observasjoner helsesykepleier skal gjøre på hver enkelt konsultasjon (Helsedirektoratet, 2022). Med tanke på vold beskriver programmet at helsesykepleier skal gjøre generelle

observasjoner ved samtlige kontroller. På hjemmebesøket står det at helsesykepleier skal informere/veilede omkring vold, herunder tematisere filleristing, barnegråt og stress. Disse temaene er også nevnt som aktuelle å ta opp i gruppekonsultasjon ved 4 uker. Foruten nevnte tidspunkt er det ikke spesifisert hvilke kontroller vold skal tematiseres. Vår egen erfaring fra praksis er at voldsforebygging praktiseres ulikt mellom helsestasjoner og helsesykepleiere. Vi ønsket derfor å utforske hvordan helsesykepleier jobber med å forebygge vold og hvilke erfaringer de har på området.

1.2 Tidligere forskning

I Moen et al. (2018, s. 124) sin kunnskapsoversikt over det voldsforebyggende arbeid i Norge, ble det vist til begrenset kunnskap om hvordan helsestasjoner jobber med forebygging av vold og effekten av tiltakene som iverksettes. Dette samsvarer med våre forskningssøk, i databasene Cinahl, PubMed, Medline, Sykepleien forskning, Web Of Science og Oria. I søkene ble det benyttet flere kombinasjoner av søkeord som; “Public health nurse”, “Public health care”, “Community health nurses”, “experiences”, “prevention”, “prevent”, “intervene”, “Child maltreatment”, “Child abuse”. Søkene resulterte i studier omkring avdekking og forebygging av gjentakende vold, samt tiltak rettet mot familier i høyrisiko. Det ble også funnet flere effektstudier over enkelttiltak, men begrenset mengde studier relatert til hva helsesykepleiere gjør og hvilke erfaringer de har. I en “scoping review” av Lines et al. (2018) ble det undersøkt hvordan sykepleiere jobbet for å beskytte barn mot vold. Funnene tydet på at sykepleierne hovedsakelig jobbet forebyggende, og at dette ble gjort på flere ulike måter, eksempelvis på hjemmebesøk i barseltid, foreldreopplæring rundt hodetraumer og foreldregrupper (Lines et al., 2018, s. 77). Oversikten konkluderte med at det foreligger begrenset forskning på sykepleieres rolle i voldsforebygging og tidlig intervensjon, og at det trengs ytterligere forskning på området. Lines et al. (2024) kom nylig med en oppfølgingsstudie rundt sykepleierne og jordmødrenes erfaringer med det voldsforebyggende arbeidet rettet mot barn. Funnene tydet på at strukturelle faktorer utfordret arbeidet, eksempelvis høyt arbeidspress, og mangel på støtte og samarbeid (Lines et al., 2024, s. 5)

I Norge benyttes ulike tiltak for å forebygge vold og overgrep mot barn, men få er evidensmessig vurdert, og det finnes lite forskning på hvilke og hva slags forebyggende tiltak som er mest effektive (Hestevik et al., 2020, s.44; Moen et al., 2018, s.161-162; Reneflot et al., 2020). Utilstrekkelige evaluerings- og effektstudier av tiltak, spesielt av universell og selektiv karakter, vanskeliggjør kvalitetssikring, effektiv forebygging og reduserer muligheten til å lære av erfaringer (Moen et al., 2018, s. 152-153). I oversiktsartikkelen til Mikton og Butchart (2009) over effektive voldsforebyggende intervensjoner, oppgis tidlig innsats mot risikofamilier, samt hjemmebesøk og foreldrestøtte, spesielt når barna er små, som evidensbaserte tiltak. På helsestasjoner i Norge benyttes foreldrestøttende tiltak, som for eksempel Circle of security (COS) og International Child Development Program (ICDP). Programmene har dokumentert effekt på foreldrekompentanse, tilknytning, samspill og psykisk helse hos barn og foreldre, men få studier har kartlagt programmenes effekt på forebygging av vold (Moen et al., 2018, s. 106-108). Samtidig har en oversiktsartikkel av Chen og Chan (2015) omkring den voldsforebyggende effekten av foreldreveiledningsprogrammer generelt, indikert at foreldreveiledningsprogrammer kan ha en langsiktig positiv effekt. Dette ved å effektivt redusere risikofaktorer og å styrke beskyttende faktorer for utøvelse av vold.

1.3 Studiens hensikt og problemstilling

Med bakgrunn i begrenset forskning på helsesykepleieres voldsforebyggende arbeid, er hensikten med masteroppgaven å få kunnskap om hvordan helsesykepleiere på helsestasjoner jobber med å forebygge vold mot småbarn. Videre er hensikten å utforske hvilke erfaringer de har med det voldsforebyggende arbeidet. Studiens problemstilling er:

“Hvordan jobber helsesykepleiere på helsestasjonen med forebygging av vold mot småbarn 0-5 år og hvilke erfaringer har de med det voldsforebyggende arbeidet?”

1.4 Avgrensninger

Masteroppgavens fokus er avgrenset til universell og selektiv forebygging, med fokus på tiltak som gjøres før vold oppstår. Denne avgrensningen er gjort fordi vi tolker indikativ forebygging til å være mer relatert til avdekking av vold. Indikative forebyggende tiltak er noe som settes inn etter at vold har oppstått, med mål om å hindre gjentakelse eller ytterligere vold (Moen et al., 2018, s. 32). Samtidig viser Kvello (2022, s. 270) til at involverte tjenester på indikativt nivå hovedsakelig er barnevern og spesialisthelsetjeneste, noe som er utenfor denne masteroppgaven sitt fokus. Det samme gjelder andre aktuelle samarbeidspartnere for tjenesten.

2. Teori

I dette kapittelet redegjøres det for teori som kan bidra til å belyse og forstå forebygging av vold mot barn, og som benyttes til å fortolke og drøfte egne resultater i studien.

2.1 Voldsforebyggende helsearbeid og tidlig innsats

Verdens helseorganisasjon hevder vold er sosialt og kulturelt skapt, og dermed mulig å forebygge (Sethi et al., 2013, s. 10). Det voldsforebyggende helsearbeidet innebærer innsatser som iverksettes *før* vold oppstår, og bygger på kunnskap om faktorer som påvirker forekomst av vold. Fokuset er å identifisere risikofaktorer, og videre endre problematiske aspekter, slik at sannsynligheten for at vold skjer begrenses (Moen et al., 2018, s. 25). Effektiv forebygging av vold kan spare både enkeltpersoner og samfunnet store kostnader, ved å redusere risiko for at vold og overgrep skjer, stoppe pågående vold og redusere behovet for senere inngripende tiltak (Justis og beredskapsdepartementet, 2021, s. 25; Prop. 12 S, 2016-2017, s. 30).

Å forebygge vold mot barn forutsetter tidlig innsats, med tiltak som tilpasses barna og familiens behov (Justis og beredskapsdepartementet, 2021, s. 26). Begrepet "tidlig innsats" handler om å identifisere problemer, sårbarheter og risikoforhold, slik at tiltak iverksettes så tidlig som mulig. Tidlig innsats er relevant innenfor alle nivåene av forebygging. Eksempelvis kan dette være universelle voldsforebyggende tiltak som treffer alle norske barn eller selektive tiltak overfor barn med høyere risiko for vold (Granone et al., 2022, s. 7-8). Tidlig oppmerksomhet rettet mot barn som lever i risiko er særlig viktig i voldsforebyggende helsearbeid, da det er de vedvarende risikofaktorene barnet tar størst skade av, selv om konsekvensene ikke nødvendigvis blir synlig før senere (Kvello, 2022, s. 246). Studier har vist at de første 1000 dagene i livet, inkludert tiden i fosterlivet, har stor betydning for barnets og hjernens utvikling (Granone et al., 2022, s. 7-8). Videre kan voldsopplevelser i barndommen gi varige endringer i hjernens struktur og funksjon, og medføre

livslange fysiske, psykologiske og atferdsmessige konsekvenser. Ettersom hjernen blir mindre formbar med alderen og det lettere å påvirke små barns utvikling, enn å reparere skader i ettertid (Valla & Olavesen, 2016, s. 386). Jo tidligere voldsforebyggende tiltak iverksettes for å styrke familier, desto større er fordelene for barnets utvikling (WHO 2015, s. 4).

2.2 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

Årsakene til at barn utsettes for vold er mange og sammensatte, og det er sjeldent at én risikofaktor alene forklarer hvorfor (Helsenorge, 2021; Myhre, 2018, s. 304). Foreldre som utøver en type vold, har betydelig økt risiko for å utøve andre former for vold (Kvello, 2022, s. 218). Vold mot barn er et resultat av komplekse forhold, hvor både samfunn, kultur, ytre stress og samlivsforhold, samt personlige egenskaper hos foreldre og barnet spiller inn (Killén, 2012, s. 89). Sårbarhetsfaktorer hos foreldrene, som rusproblemer, psykisk sykdom, samt at de selv er blitt utsatt for vold og overgrep, er gjentakende faktorer som ofte spiller inn. Stressbelastende faktorer i familien, som arbeidsledighet og fattigdom er også vesentlige sårbarhetsfaktorer (Hafstad & Augusti, 2019, s. 34-35). Kvello (2022, s. 237) presenterer en oversikt over karakteristikk ved barnet, foreldrene og familien som øker risikoen for vold. Ettersom vår studie retter seg mot helsesykepleiere i møte med småbarn og deres omsorgspersoner, fremstilles aktuelle faktorer knyttet til både barnet (0-5år) og foreldrene i tabell 1.

Tabell 1

Kjennetegn ved foreldrene/familien	Kjennetegn ved barnet /situasjonen
<ul style="list-style-type: none"> → Svak emosjonsregulering → Lav selvoppfatning knyttet til omsorgsrollen → Lite utviklede ferdighet i konflikthåndtering → Opplever livet styrt av ytre forhold → Selv oppvokst med vold → Høyt/langvarig konfliktnivå i familien og/eller miljø → Psykiske lidelser (Depresjon, psykose eller personlighetsforstyrrelse) → Rusmisbruk → Ung /psykisk umoden → 1. eller 2. generasjons innvandrere → Urealistiske forventninger til barnet ut fra utviklingsnivå og alder → Lite empati, preget av negative indre arbeidsmodeller og dermed dårlig forutsetninger for å knytte seg til barnet → Lav utdanning, står eller har over lengre tid stått utenfor jobb/utdanning → Sosialt isolert med begrenset tilgang på sosial støtte → Økonomiske vansker <p><i>Har gjerne mange risikofaktorer til stede</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> → Prematuritet, med mye stress og store belastninger for familien → Langvarige/kroniske helseplager. Spesielt barn under 6 år i familier med lav SØS → Vanskelig temperament (både pågående og unnvikende) → Autisme → Forsinket utvikling/lavt intellektuelt nivå → Trasser, setter seg i opposisjon og utfordrer foreldrene → Vedvarende gråt som ikke roes ved trøst.

Der risikofaktorer er aspekter som øker sannsynligheten for et uønsket resultat, er beskyttelsesfaktorer forholdene som reduserer sannsynligheten for et slikt resultat når det foreligger risiko (Kvelling, 2022, s. 246). Younas og Gutman (2022) fant i sin oversiktsartikkel 11 signifikante beskyttelsesfaktorer mot at foreldre utøver vold mot sine barn. Disse er presentert i tabell 2.

Tabell 2

Beskyttelsesfaktorer for voldsutøvelse fra foreldre mot barn
<ul style="list-style-type: none">• Å være to i foreldreskapet (gift eller samboer)• Amming i 4 måneder eller lengre• Positiv omsorgsutøvelse• Godt fungerende parforhold• God tilknytning til barnet, med positive samspill• Engasjerer seg positivt i barnets daglige aktiviteter• Omsorgsfull relasjon mellom far og barn• Passende forventninger til barnet ut fra utvikling og alder, samt empati• Godt samarbeid med sosiale tjenester• Øke foreldrene kunnskap i foreldrerollen• Sosial støtte

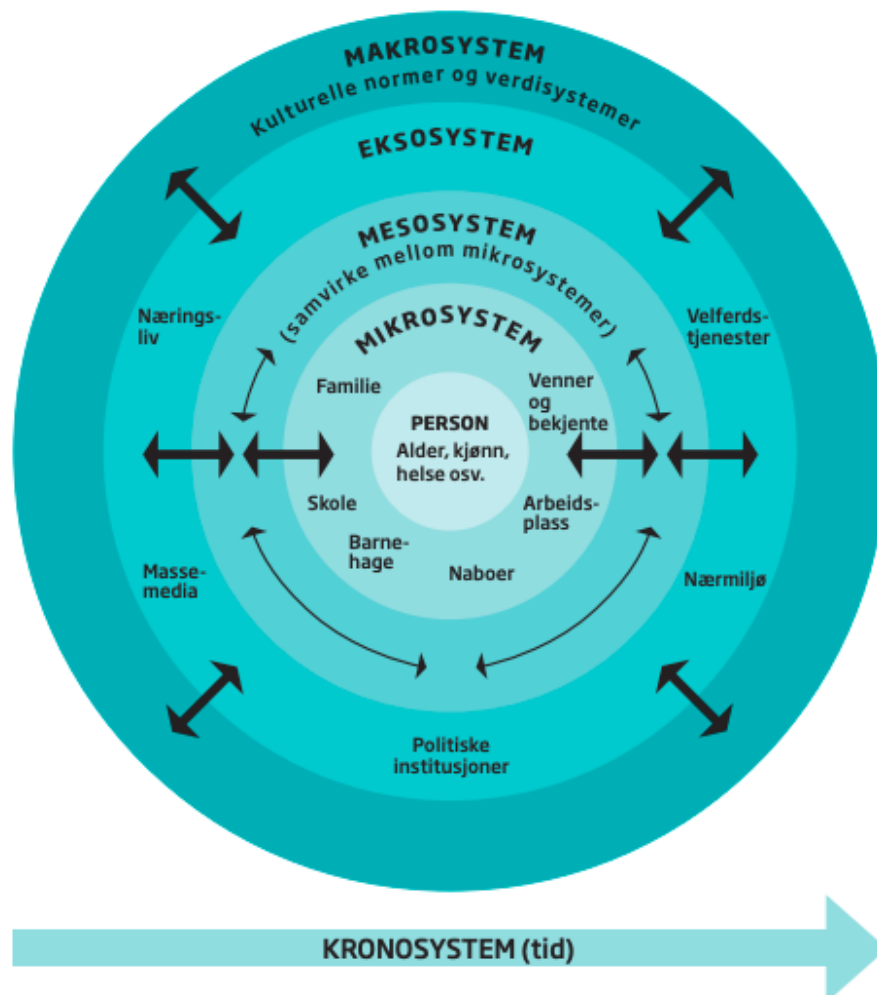
Kunnskap om risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer er helt sentralt for å kunne sette inn tiltak tidlig i barnets liv, og tiltakene kan rettes mot tre ulike hovedstrategier (Kvillo, s.246 & 264):

1. Fjerne eller betydelig redusere risiko
2. Styrke omfanget av eller intensiteten i eksisterende beskyttelsesfaktorer
3. Etablere beskyttelsesfaktorer for å redusere effekten av risikofaktorene

2.3 Bronfenbrenners økologiske utviklingsmodell

Urie Bronfenbrenners presenterte i 1979 sin økologiske utviklingsmodell, basert på utgangspunktet om at barn påvirker og blir påvirket av sosiale og kulturelle sammenhenger (Tetzchner, 2020, s. 54). Modellen består av fire økologiske nivåer som samlet sett danner barns oppvekstmiljø: mikro-, meso-, ekso- og makrosystemet. *Mikrosystem* består av arenaer der barnet er til stede og aktivt deltakende med omgivelsene, ansikt til ansikt. Relasjonen til omsorgspersoner, og kvaliteten på barnets omsorgsmiljø, utgjør det viktigste mikrosystemet. *Mesosystem* viser til hvordan ulike arenaer på mikronivå er forbundet og påvirker barnet. Eksempelvis hvordan hjemmeforhold, barnehagen og venner påvirker hverandre. *Eksosystem* omhandler sosiale arenaer der barnet sjeldent eller aldri er til stede, men som indirekte påvirker miljøet rundt barnet og familien. Dette er eksempelvis

foreldrenes arbeidsplass, familiens sosiale nettverk og offentlige institusjoner, som helsestasjonen. *Makrosystem* er det overordnede nivået og utgjøres av storsamfunnets kultur, politikk, lovverk og verdier. I henhold til forebygging av vold kan dette eksempelvis være lovkrav, politiske handlingsplaner, beslutninger og retningslinjer. De ulike nivåene påvirker hverandre i begge retninger, eksempelvis har landets lover, på makrosystemnivå, påvirkning på foreldrenes omsorg for barna på mikrosystemnivå (Tetzchner, 2020, s. 54-55). I senere tid la Bronfenbrenner til et femte system, kronosystemet. Dette systemet viser til tidsaspektet i modellen, ved at den gjensidige påvirkningen mellom barnet og miljøet leder til utvikling over tid (Kvello, 2022, s. 27).



(Bilde: Helsedirektoratet, 2015, s. 14)

2.3.1 Et økologisk perspektiv på vold

En økologisk forståelse av vold handler om å anerkjenne at årsaken til at noen foreldre tyr til vold, grunner i mange og komplekse faktorer, på ulike nivåer. De individuelle årsakene virker sammen med situasjonsbestemte, kulturelle og strukturelle forklaringer (Kruse & Bergman, 2014, s. 145). Eksempelvis kan risikofaktorer ligge både hos barnet, i foreldrenes manglende kompetanse, lite sosialt nettverk eller samfunnsøkonomiske rammer (Aakvaag et al., 2016, s. 267). I tråd med Bronfenbrenners utviklingsmodell, blir vold dermed ansett som et resultat av *samspeillet* mellom risikofaktorer i individer, relasjoner, nærmiljø og samfunn (Bjørnholt, 2019, s. 37). Perspektivet anerkjenner at samfunnsmessige faktorer rundt et barn og deres familie, som foreldre selv ikke har kontroll over, påvirker deres muligheter til å utøve god foreldreomsorg (Kruse & Bergman, 2014, s. 145). Familien kan dermed anses som en enhet i et større sosialt system, som både kan øke eller begrense risikofaktorer for vold. Basert på denne tankegangen, kan samfunnet og institusjoner ha en sentral rolle både som årsak til vold, og i det voldsforebyggende arbeidet (Bjørnholt, 2019, s. 37). Tilgang på, og kvaliteten på helse- og velferdstjenester, som eksempelvis helsestasjonen, kan derfor være medvirkende faktorer for om barn opplever vold eller ikke (Aakvaag et al., 2016, s. 267)

3. Metode

I metodekapittelet beskrives design, utvalg, datainnsamling og analysemetode. I tillegg legges det frem forskningsetiske vurderinger og troverdighet i kvalitativ forskning.

3.1 Design

Målet for masteroppgaven er å få en dybdeforståelse av hvordan helsesykepleiere på helsestasjoner jobber med forebygging av vold og deres erfaringer med dette. Som masterstudenter fikk vi tilbud om å benytte datamateriale samlet inn i forbindelse med doktorgradsprosjektet til Astrid Midtsund, "Helsesykepleier sitt arbeid med vold mot barn", ved OsloMet . Vi fikk muligheten til å fordype oss i den delen som gikk på det voldsforebyggende arbeidet som utføres av helsesykepleiere. I doktorgradsprosjektet ble det benyttet et kvalitativt utforskende design med dybdeintervjuer for å utforske hvordan helsesykepleiere jobber for å forebygge og avdekke vold. For å analysere dybdeintervjuene har vi benyttet innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004).

3.2 Utvalg og rekruttering

Midtsund et al. (2023) benyttet en målrettet utvelgelse av deltakere for å rekruttere aktuelle deltakere. Målgruppen var helsesykepleiere som hadde konsultasjoner med barn 0-5 år ved helsestasjonen. I rekrutteringsprosessen ble det sendt ut en e-post til teamledere ved femten helsestasjoner, hvorav 13 ledere stilte seg positive til studien og videreformidlet invitasjonen til aktuelle helsesykepleiere. Tolv helsesykepleiere tok kontakt med ønske om deltakelse. Ytterligere to deltakere fra Nord-Norge ble rekruttert gjennom faggruppen, Landsgruppen av Helsesykepleiere (LaH). Til sammen ble 14 helsesykepleiere fra 11 helsestasjoner og fem ulike landsdeler intervjuet. Helsesykepleierne som deltok var av ulik alder, hadde forskjellig grad av erfaring fra helsestasjonen, og jobbet ved helsestasjoner av varierende størrelse, i byer med ulik andel sosioøkonomisk status. Tabell 1 presenterer karakteristikk ved informantene. Utvalget ble vurdert som tilstrekkelig,

da nye informanter ikke la til ny informasjon, men gjentok erfaringer eller uttrykk som allerede var rapportert.

Tabell 3 - Informant karakteristikk (Midtsund et al., 2023, s.4664)

Helsesy kepleier (H)	Alder	Erfaring fra helsestasjon (år)	Erfaring fra barneavdeling	Lokalisering av helsestasjon, innbyggertall	Populasjon flertall av sosioøkonomisk status (SØS)
H1	>50	>15	Ja	Storby, >600 000	Høy SØS
H2	30-40	<2	Nei	Storby, >600 000	Høy SØS
H3	>50	5-10	Ja	Storby, >600 000	Lav SØS
H4	30-40	2-5	Ja	Storby, >600 000	Høy SØS
H5	40-50	5-10	Ja	Storby, >600 000	Lav SØS
H6	30-40	5-10	Ja	Storby, >600 000	Lav SØS
H7	40-50	10-15	Ja	Storby, >600 000	Høy SØS
H8	<30	<2	Ja	By, 40-45 000	-
H9	30-40	5-10	Ja	Storby, >600 000	Lav SØS
H10	30-40	10-15	Ja	By, 40-45 000	-
H11	>50	10-15	Ja	Tettsted, 2-5000	-
H12	40-50	>15	Nei	Tettsted, <2000	-
H13	>50	10-15	Nei	Tettsted, 5-10000	-
H14	30-40	5-10	Ja	By, 10-15 000	-

3.3 Datainnsamling

Midtsund samlet inn data ved bruk av en semistrukturert intervjuguide med åpne spørsmål. For å utforske informantenes synspunkter og utsagn ble det stilt oppfølgingsspørsmål som “kan du fortelle mer om..” og “hva mener du med..”. Før intervjuguiden ble vurdert som tilfredsstillende, ble den pilottestet og det ble lagt til et avsluttende spørsmål. Intervjuene foregikk i tidsperioden august til november, 2021, og ble utført av samme forsker. Deltakerne valgte lokalisering for intervjuet, hvorav syv ble gjort på helsestasjonen, fire i private hjem og tre over Zoom. Intervjuene

hadde en varighet på 40 til 90 minutter. Det ble tatt lydopptak av intervjuene, og transkriberingen ble utført kort tid etter at intervjuene var avsluttet. Observasjoner og situasjoner rundt intervjuene, som ansiktsuttrykk og gestikulasjoner, ble notert i forbindelse med intervjusituasjonen. Ifølge Midtsund snakket flere av deltakerne mer fritt og åpent i etterkant av intervjuet, og dette ble notert ned i tilleggsnotater. Intervjueren hadde personlig arbeidserfaring fra helsestasjonen, og beskrev at hun forholdt seg bevisst og kritisk til egen forforståelse ved å skrive ned egne tanker etter intervjuer og transkribering. Vi fikk tilgang til både Midtsund sine tilleggsnotater og refleksjonsnotater.

3.4 Analyse

For å analysere dybdeintervjuene som vi fikk tilgang til, benyttet vi innholdsanalyse basert på Graneheim og Lundman (2004). Dette er en fremgangsmåte tiltenkt forskningsfeltet innen sykepleie, og beskrives som en egnet metode for studenter med begrenset forskererfaring (Graneheim & Lundman, 2004). Målet med en innholdsanalyse er å produsere kunnskap og forståelse av et fenomen gjennom en systematisk klassifisering og identifisering av temaer og mønstre i tekstmateriell (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1278). Tekstmateriale fra dybdeintervjuer er ofte ordrike og lite kondensert, med gode muligheter for forskeren til å trekke ut og fortolke (Lindgren et al., 2020, s. 2). Basert på ovennevnte ble kvalitativ innholdsanalyse derfor vurdert som en passende metode for å analysere de transkriberte dataene.

Graneheim og Lundmans (2004, s. 111) fremgangsmåte muliggjør fokus på både subjekter og kontekst, identifisering av variasjon i data og en systematisk analyse av både tekstens konkrete innhold, samt fortolkende innhold (latent). Fremgangsmåten kan klassifiseres som en konvensjonell innholdsanalyse med induktiv metode, der koder og kategorier genereres fra dataene heller enn forhåndsbestemt teori eller forskning, og er velegnet for å få en rik forståelse av et fenomen (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1286). Selve innholdsanalysen kan gjøres på

ulike måter ut fra studiens formål, men resulterer i kategorier og/eller temaer (Lindgren et al., 2020, s. 2)

For å få et overblikk og bli kjent med de transkriberte tekstene, leste begge forfatterne gjennom hele tekstmaterialet fra samtlige 14 intervjuer, noterte ned førsteinntrykk og markerte deler av interesse. Det var ønskelig å få et helhetlig inntrykk av datasettet, og vi forsøkte derfor å forholde oss åpne til hva helsesykepleierne faktisk sa uten å la vår teoretiske forkunnskap overstyre fokuset, i tråd med Malterud (2011, s. 98). I første del av analyseprosessen jobbet vi individuelt med å identifisere meningsbærende enheter som var relevante i henhold til helsesykepleiers voldsforebyggende arbeid. Meningsbærende enheter viser til ord, setninger eller avsnitt som hører sammen i innhold eller kontekst (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106). Aktuelle meningsbærende enheter ble tatt ut av teksten og samlet i en egen tabell. De meningsbærende enhetene ble kondensert, som ifølge Graneheim og Lundman (2004, s. 106) handler om å forkorte tekst samtidig som man bevarer kjerneinnholdet. Vi hadde i utgangspunktet planlagt å benytte Nvivo, men opplevde analyseverktøyet som uhensiktsmessig for å lage kondensert meningsbærende enheter, og valgte derfor å lage tabeller i et delt tekstdokument.

De kondenserte meningsenhetene ble videre kodet på et manifest nivå, noe som viser til at kodene blir navngitt tett opptil det respondentene faktisk sier, og med liten grad av fortolkning (Graneheim & Lundman, 2004, s. 106; Lindgren et al., 2020, s. 4). Da alle intervjuene var ferdig kodet gikk vi i fellesskap gjennom hverandres koding og sammenlignet hver enkelt kode, ved å sjekke om den meningsbærende enheten dekket konteksten og at de kondenserte enhetene samsvarte med sitatene. Gjennom diskusjon og en nøyte frem-og-tilbake prosess ble koder rekodet, kondenserte enheter endret og meningsbærende enheter utvidet eller kuttet ned. Ved flere aktuelle koder for samme meningsbærende enhet, ble det enten laget flere koder til samme enhet, eller så ble den meningsbærende enheten delt opp i mindre deler, i tråd med Lindgren et al. (2020, s. 4). Intervjunotatene til Midsund, som ble tatt i etterkant av intervjuene, ble brukt som støtte og bidro til refleksjon i analyseprosessen. Midsund ble kontaktet når vi hadde spørsmål rundt intervjuene, ved eksempelvis uklare utsagn.

Koder med relatert innhold ble gruppert og det ble utviklet tentative deskriptive kategorier med underkategorier, basert på likheter og ulikheter. Kategoriene besto av innhold som hadde noe til felles, og ble navngitt på et beskrivende nivå som reflekterte betydningen av innholdet i teksten (manifest innhold), i tråd med Graneheim & Lundman (2004, s. 107). Samtidig var kategoriene på et høyere nivå av abstraksjon enn underkategorier og koder, noe som viser til at teksten gradvis ble overført og klassifisert på et høyere logisk nivå (Lindegren et al., 2020, s. 2). Dannelsen av kategoriene og underkategorier var en stor prosess, der vi gjennom flere diskusjoner endret, slo sammen eller delte subkategorier, samtidig som vi kontinuerlig gikk tilbake til transkripsjoner og koder for å sjekke at kodene faktisk var relatert og at navnet på kategorien var dekkende. Gjennom revideringen av kategorier og underkategorier ble det tydelig at flere av kodene ikke var relevante med tanke på problemstillingen. Eksempelvis ble det tydelig at flere av kodene var vinklet mer mot avdekking enn forebygging. Disse ble derfor lagt til side. Dette gjaldt koder rundt observasjoner av tegn på vold, bruk av direkte spørsmål for å avdekke vold, samarbeid med barnevern ved pågående voldssaker, meldeplikt, og handlinger og erfaringer helsesykepleierne hadde når de mistenkte vold eller var bekymret for et barn. Uttrykksfulle og relevante koder, men som skilte seg fra flertallet av respondentene, ble plassert i tilhørende underkategorier for å sikre variasjon og bredde i dataene. Prosessen fra meningsbærende enheter til kategorier er illustrert i tabell 4.

Tabell 4.

Meningsbærende enhet	Kondensert meningsbærende enhet	Kode	Subkategori	Kategori
H2: "Undersøker litt hvilken oppvekst forelderen har hatt, har de opplevd noe... fordi det er jo også det at hvis du selv har blitt utsatt for vold så er det større sjanse for at du utøver det til barnet ditt"	Undersøker foreldrenes erfaringer fra oppveksten og om de har opplevd vold. Bevisst at voldserfaring øker sjansen for voldsutøvelse	Kartlegger og er bevisst voldserfaring som risiko	Tematisering og oppfølging basert på kartlegging og vurdering av risiko	Struktur og system
H8: "Og så er det jo klart at jo flere ganger jeg har snakket om vold, jo lettere blir det jo.....For nå er jeg ikke så redd for å tråkke feil... eller stille feil spørsmål".	Jo flere ganger hun tar opp temaet vold, jo lettere blir det. Er nå mindre redd for å trå feil eller stille feil spørsmål	Erfaring letter tematisering og reduserer redsel for å si noe feil	Trygghet i rollen gjennom erfaring og kollegastøtte	Tørre og tåle
H5: "Mitt poeng med at jeg tar det opp. Er at jeg vil normalisere de vanskelige følelsene. Og «hvis du noen gang kommer dit, og du skjønner at du kommer dit, så be om hjelp. Legg babyen fra deg, sitt i hjørnet og drikk en kopp kaffe og la ungen din skrike i tjue minutter...det er mye bedre."	Poenget med å ta opp temaet (shaken baby), er et ønske om å normalisere de vanskelige følelsene og informere om at hvis de kommer dit, så må de be om hjelp, legge fra seg barnet og ta en kopp kaffe. Heller det enn å skade barnet.	Normaliserer vanskelige følelser og snakker om mestringsstrategier	Normalisere frustrasjon og bygge mestringsstrategier	Styrke og støtte

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Forskningsprosjektet ble godkjent av Sikt - kunnskapssektorens tjenesteleverandør (ref. 510861). Muntlig og skriftlig samtykke ble samlet inn av Midtsund før intervjuene ble gjennomført, og deltakere ble informert om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien uten noen form for konsekvenser. Alle dataene ble anonymisert og behandlet konfidensielt (Midtsund et al., 2023).

Pålitelighet, ærlighet, respekt og ansvarlighet er grunnleggende for god forskningspraksis (All European Academies, 2019, s. 4). Vi har jobbet for å utføre vår masteroppgave i tråd med god forskningsetikk og god forskningspraksis, ved å etterstrebe forskning av høy kvalitet, med en nøye og strukturert analyseprosess, respektfull håndtering av data og unngåelse av plagiering. Sekundæranalyse av foreliggende data har flere etiske implikasjoner som forskere bør reflektere over (Skilbrei, 2019, s. 75). Med hensyn til samtykke og personvern, var hensikten med masteroppgaven tilsvarende den opprinnelige studien, og det ble avklart med SIKT at det ikke var nødvendig å søke endringsmelding, da intervjuene og notatene vi fikk tilgang til var fullt ut anonymisert. Lyddoptak av intervjuer ble ikke delt, grunnet ivaretagelse av deltakernes konfidensialitet, samt av praktiske årsaker. De transkriberte dataene ble oppbevart i henhold til Oslo Mets lagringsguide (Oslo Met, 2024), med passordbeskyttet fil på privat PC. Det ble inngått en muntlig avtale om å ikke spre data eller risikere at uvedkommende fikk tilgang ved å eksempelvis skrive dem ut. De transkriberte intervjuene og notater vi har fått vil bli slettet når masteroppgaven er godkjent. Vi har vært bevisste på å respektere opphavsretten til datamaterialet, og ivareta både vår egen og Midsunds integritet. Herunder har vi vært påpasselige med å skille mellom våre egne funn og funn fra den opprinnelige studien. Der vi har funnet likheter har vi bevisst unngått å benytte tilsvarende språk, samtidig har vi forholdt oss kritisk til data.

3.6 Troverdighet i kvalitativ forskning

Troverdighet omhandler kvalitative studiers gyldighet (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 334). Tekster inneholder meninger som kan tolkes ulikt, og funn i kvalitative studier vil alltid ha med seg en grad av fortolking fra forskeren. Ifølge Graneheim og Lundman (2004, s. 109-110) handler troverdighet om å argumentere for den mest passende fortolkningen, og fordrer at funn blir presentert på en måte som tillater leseren å se etter alternativer. Graneheim og Lundman (2004, s. 109) oppfordrer til å benytte konseptene *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet* ved rapportering av troverdighet i kvalitativ innholdsanalyse. Det presiseres at aspektene må betraktes

som gjensidig påvirkbare og sees i sammenheng. Nedenfor forklares innholdet i de ulike delene av troverdighet, og hvordan dette gjør seg gjeldende i masteroppgaven.

Gyldighet handler om i hvilken grad datainnsamlingen og analyseprosessen passer til forskningsfokuset og reflekterer deltakernes virkelige opplevelser og perspektiver. Graneheim og Lundman (2004, s. 110) viser til at en viktig del av gyldigheten til en studie handler om relevant valg av deltakere for forskningsspørsmålet, samt datainnsamlingsmetode og datamengde. Disse faktorene har vi hatt liten mulighet til å påvirke. Et annet viktig bidrag til gyldighet i kvalitativ innholdsanalyse omhandler valg av meningsbærende enheter. Det optimale er å velge relevante meningsbærende enheter av en størrelse som dekker konteksten, men samtidig ikke flere perspektiver (Graneheim og Lundman, 2004, s. 110). Masteroppgaven illustrerer hvordan meningsbærende enheter er blitt behandlet for å bidra til at leseren kan vurdere gyldigheten av funnene. Vi har gjennom en nøye frem og tilbake prosess etterstrebet å kun inkludere relevant data, holde oss på samme abstraksjonsnivå i de ulike stegene, samt tydeliggjøre likheter og forskjeller innad og mellom kategoriene. Ifølge Graneheim et al. (2017, s. 33) er dette viktige steg for å øke analysens gyldighet, og er forsøkt fremstilt for leseren gjennom representative og beskrivende sitater i resultatdelen.

Pålitelighet viser til nøyaktighet i arbeidet og konsistens. For å øke påliteligheten har vi etterstrebet en grundig beskrivelse og nøye dokumentasjon av hele forskningsprosessen, i tråd med Drageset & Ellingsen (2010, s. 335). En utfordring med tanke på pålitelighet ved bruk av kvalitativ innholdsanalyse, er å velge hvilke koder som skal inkluderes i de ulike kategoriene (Graneheim et al., 2017, s. 33). I vårt analysearbeid støtte vi også på denne utfordringen, som ble løst ved å danne flere underkategorier og ha et kritisk blikk på differensiering mellom hovedkategoriene. Pålitelighet kan også bli utfordret av forskerens forforståelse i intervjusituasjonen, og i fortolkningen av perspektiver og utsagn. Bevissthet og åpenhet rundt forforståelse, herunder bakgrunn, erfaring og perspektiv, er en nødvendighet (Graneheim et al. 2017, s. 33). Vi har kontinuerlig etterstrebet å kritisk reflektere over egen påvirkning, både gjennom valg av metoder, tolkning av data og presentasjon av funn. Vi har vært bevisste på vår begrensede erfaring fra

helsestasjonstjenesten og som forskere. Bevissthet overfor egen rolle, forforståelse, antakelser og påvirkning i forskningsprosessen og resultater, omtales ofte som *refleksivitet* (Drageset & Ellingsen, 2010, s. 334). For å styrke studiens pålitelighet har vi gjennom prosessen vært åpne for å utfordre og revidere egne, og hverandres, handlinger, synspunkter og perspektiver, i tråd med (Malterud, 2011, s. 18).

Overførbarhet omhandler i hvilken grad funn kan overføres til andre enn de personene som er blitt intervjuet, og om funnene er relevante og anvendbare (Drageset og Ellingsen, 2010, s. 335). Ifølge Graneheim og Lundman (2004, s. 110) kan en tydelig presentasjon av utvalget, datainnsamlingen og analyseprosessen, samt en rik fremstilling av funn med sitater, bidra til å øke overførbarheten. Videre vises det til at forskeren kan foreslå grad av overførbarhet, men at det er opp til leseren å vurdere om funnene er overførbare til andre kontekster.

4. Resultater

Resultatkapittelet presenterer studiens funn gjennom kategoriene “*Struktur og system*”, “*Tørre og tåle*” og “*Styrke og støtte*”, med tilhørende underkategorier.

Funnene er illustrert i tabell 5.

Tabell 5

Underkategori	Kategori
Tidlig innsats og voldsforebygging som en del av hverdagen	Struktur og system
Tematisering ved konsultasjoner	
Tematisering og oppfølging basert på kartlegging og vurdering	
Bruk av, og behov for, ressursmaterieill	
Hjemmebesøkets mulighet for tidlig innsats	
Trygghet i rollen gjennom erfaring og kollegastøtte	Tørre og tåle
Kunnskap og kompetanseheving	
Begrenset tid til stort ansvar	
Tabubelagt	
Betydningen av tillit og relasjon	Styrke og støtte
Kommunikasjonsferdigheter i møte med foreldrene	
Styrke foreldrene i foreldrerollen	
Normalisere frustrasjon og bygge mestringsstrategier	
Samspill som utgangspunkt for veiledning	

4.1 Struktur og system

Kategorien “struktur og system” innebærer at helsesykepleierne integrerer voldsforebyggende arbeid som del av sitt daglige arbeid, selv om graden av struktur varierer. Voldsforebygging skjer både på planlagte tidspunkter, og gjennom løpende vurderinger og kartlegginger av risikofaktorer. Hjemmebesøket, to- og fireårskontroll fremheves som gode anledninger til å snakke om vold. For å komme i posisjon til tematisering benytter helsesykepleierne ulike ressursmaterieell som inngangsport. Flertallet opplever samtidig å savne flere og bedre verktøy for å lette dialogen og sikre en felles tilnærming.

4.1.1 Tidlig innsats og voldsforebygging som en del av hverdagen

Flere helsesykepleiere beskriver vold som et underliggende tema, ved alle konsultasjoner i helsestasjonstjenesten, og at voldsforebyggende arbeid er en integrert del av arbeidshverdagen. Vold er både fastsatt tematikk, og noe som kontinuerlig vurderes av helsesykepleierne. Flere helsesykepleiere forteller at de hovedsakelig jobber forebyggende, ved å tematisere vold på et tidlig tidspunkt, og er bevisste sine muligheter til å forebygge vold. H3 forteller:

“Jeg tror bare at vi er i en unik posisjon og det vet vi at vi som helsesykepleiere er. Vi ser alle [...] Vi har en heldig mulighet til å så disse frøene. Før man kommer helt skjevt ut i en familie”.

Noen helsesykepleiere beskriver at det kan være frustrerende å jobbe voldsforebyggende, da effekten av innsatsen som legges ned, ikke nødvendigvis er synlig : *“For det er jo forebyggende vi jobber. Det kan være frustrerende noen ganger, for det er ikke så synlig... det vi gjør”* (H2). Likevel trekker helsesykepleierne frem at mulighetene til å forebygge vold, gjør arbeidet verdt det: *“Så vet jeg at jeg ikke kommer til å finne alle, men hvis jeg klarer å forebygge én, så tenker jeg at da er det verdt det”* (H8).

4.1.2 Tematisering ved konsultasjoner

Helsesykepleierne forteller at de tar opp temaet vold i konsultasjoner, både på hjemmebesøk før og etter fødsel, og når de møter foreldrene på helsestasjonen. Tidspunkt og hyppighet for tematisering av vold varierer, men hjemmebesøket, to- og fireårskontroll peker seg ut som fremtredende tidspunkter. Med unntak av én helsesykepleier, forteller samtlige at de tar opp vold på hjemmebesøket og de fleste sier de tar det opp på fireårskontrollen. Noen helsesykepleier oppgir å ha tydelige prosedyrer, mens andre viser til lite systematikk på når vold tematiseres. H12 forteller: *“Det skal jo egentlig være en rød tråd gjennom alle konsultasjoner, men [...] Jeg har ikke fått inn systematikk i det, sånn at det blir sånn...hva skal du si...tilfeldig.”*

Flere helsesykepleiere trekker frem toårskontrollen som egnet for å adressere seksuell vold, hvor de gjennom dialog med foreldrene tar opp barns seksualitet, snakker om grenser for egen og andres kropp, samt utforsker barnets kunnskap om kroppsdelene.

H10 uttrykker: *“Så har vi jo toårskontroll, da snakker vi jo om..barns seksuelle utvikling og overgrep og sånn.”* Noen nevner at de oppfordrer foreldrene til å snakke om kropp og grenser med barnet hjemme, på toårskontrollen. Kun et par helsesykepleiere sier at de tematiserer seksuell utvikling og seksuelle overgrep, og oppfordrer foreldrene til å snakke om dette hjemme, på fireårskontrollen. Flertallet av helsesykepleierne henvender seg direkte til fireåringen ved å tematisere følelser og veilede barnet omkring fysisk vold. H4 sier: *“På fire år så spør jeg direkte barnet, hva barnet gjør når det blir sint og hva mor og far gjør når de blir sinte.”*

Helsesykepleierne oppgir å veilede på vonde hemmeligheter, informerer om at voksne ikke har lov til å skremme eller slå barn, og at de må si ifra til en trygg voksen hvis det forekommer. En helsesykepleier forteller at hun opplever fireårskontrollen som omfattende og ugunstig lagt opp, da hun opplever at barnet lukker seg og at det er lettere å henvende seg til de voksne, fremfor barnet.

4.1.3 Tematisering og oppfølging basert på kartlegging og vurdering av risiko

Helsesykepleierne oppgir at tematisering av vold også er situasjonsbetinget, eksempelvis i situasjoner hvor det faller seg naturlig å snakke om det: *“Vi...ikke sånn at det er noe sånn fast. At akkurat den konsultasjonen snakker vi om det. Men det er jo hvis det...blir naturlig å snakke om det”* (H14). Flere helsesykepleiere tematiserer vold ved observasjoner som vekker bekymring i forbindelse med samspill eller uhensiktsmessig håndtering av barnet, som at en mor tar barnet hardt i armen. Flertallet formidler at de er bevisste og kartlegger risikofaktorer, blant annet aleneforeldre, foreldres erfaringer med vold fra barndommen, sosialt nettverk, konflikter i hjemmet samt tidligere rus eller psykisk sykdom. Flere av helsesykepleierne sier de er bevisste på kulturelle forskjeller og har fokus på å kartlegge innvandreres forhold til oppdragervold, for å eventuelt veilede på alternative oppdragelsesmetoder.

Ved utfordrende barseltid, eksempelvis ved mye gråt hos barnet, kolikk, søvnutfordringer, suboptimale samspill eller tegn på psykiske utfordringer hos foreldrene, forteller flertallet av helsesykepleierne at de tematiserer vold. H5 sier: *“hvis jeg merker at det er barn som har kolikk, gråter mye...slitne foreldre, da er jeg veldig på å prøve å liksom snakke om det da...”*. Videre forteller flere at de setter opp ekstra konsultasjoner for å følge opp familiene tettere ved utfordringer.

4.1.4 Bruk av, og behov for, ressursmaterieill

Helsesykepleierne oppgir å bruke flere typer ressursmaterieill i sitt voldsforebyggende arbeid. Flertallet benytter “I trygge hender”, men når og hvordan, varierer. Noen bruker verktøyet på hjemmebesøk før fødsel, andre på første møtet etter fødsel eller på 4-ukers kontroll der denne er individuell. En helsesykepleier forteller at filmen vises i barselgruppe på 6 ukerskontroll, mens en annen forteller at lenke til filmen kun blir sendt hjem til foreldrene som nyhetsbrev for å inkludere begge foreldrene. “I trygge hender” blir omtalt positivt av samtlige helsesykepleiere, men to helsesykepleiere har erfart at verktøyet ikke egner seg i grupper, og et par uttrykker at “I trygge hender” er uegnet ved første samtale etter fødsel, da foreldrene

ofte har et annet fokus. Verktøyet beskrives som en bevisstgjørende, håndfast og matnyttig inngangsport for tematisering av vold, ved å skape en naturlig flyt i samtalen: *“I trygge hender,den synes jeg faktisk er kjempesfin, og det er veldig god inngangsport synes jeg, til å snakke om vold.”* (H10). Videre forteller helsesykepleierne at verktøyet kan få foreldrene til å åpne seg omkring erfaring fra egen barndom, gi en oppdatering til flergangsførelde og skape dialog om temaer som kan følges opp senere.

Flertallet av helsesykepleierne sier de benytter brosjyrer om vold, både egne brosjyrer utarbeidet av helsestasjonen, og fra eksempelvis Stine Sofie Stiftelsen. Brosjyrene fungerer som en påminnelse om tematisering og et utgangspunkt for samtale, ved å deles ut på ulike tidspunkt; hjemmebesøk, 8 måneder, 10 måneder, 2 og 4-årskontroll. Det eksisterende ressursmaterialet beskrives som nyttig for dem selv og foreldrene. SPRÅK4 (Kartleggingsverktøy for språk) blir omtalt som et viktig verktøy for å tematisere vold sammen med barnet på 4-årskontroll. H7 forteller: *“Og så snakker vi jo med fireåringene.. Baker det inn i SPRÅK4 med den jenta som ser litt trist og lei seg ut, eller sint...snakker om følelser og hva som ikke er lov og hva de skal gjøre”*.

Flere helsesykepleiere uttrykker at de savner universelt materiale som er aktuelt å etter hvert som barnet blir eldre. H1 forteller:

“[...]I trygge hender. Den er liksom laget til den første tiden, og da viser vi den fram. Hvis det hadde vært flere slike filmer, eller materiell som hadde vært naturlig å sende med foreldrene eller vise fram [...] at det var en rutine da. Man gjør dette på alle ... barn.”

Flertallet av helsesykepleierne ønsker seg flere og bedre verktøy for å lette tematisering av vold og sikre en felles tilnærming. Helsesykepleierne nevner eksempelvis konkrete kartlegging- og samtaleverktøy, med predefinerte, åpne og gode spørsmål.

4.1.5 Hjemmebesøkets mulighet for tidlig innsats

Helsesykepleierne anser hjemmebesøk, spesielt før fødsel, som nyttig for å bli kjent, skape relasjon med familien, og forberede foreldrene til foreldrerollen. Flere av helsesykepleierne opplever foreldrene som mer åpne når det snakkes om vold i et forebyggende perspektiv, og at foreldrene er mer mottakelige for temaet før fødsel, da fokuset ikke er på det nyfødte barnet. De helsesykepleierne som har erfaring med programmet “Nye familier” og møter foreldrene før fødsel, forteller at de ønsker dette fast inn i helsestasjonsprogrammet. Videre forteller helsesykepleierne at “Nye familier” bidrar til å tidlig kartlegge risiko i familien og muliggjør tettere oppfølging av risikofamilier.

Hjemmebesøk generelt trekkes frem som en sentral mulighet for helsesykepleierne til å jobbe voldsforebyggende. Helsesykepleierne forteller at de på hjemmebesøk informerer om helsestasjonens tjenestetilbud, slik at foreldrene vet at de kan ta kontakt dersom det skulle oppstå problemer og utfordringer. H11 uttrykker: *“Det er liksom omdømmebygging i forhold til helsestasjonstjenesten. Slik at de er trygge på å komme med ting hvis det skulle være noe”*. På hjemmebesøk uttrykker flere helsesykepleiere at de etterstreber dialog rundt foreldrenes erfaringer fra egen barndom, for å få foreldrene til å reflektere over egne barndomsopplevelser og over hvilke verdier de ønsker å overføre til egne barn. Samtidig bevisstgjør helsesykepleierne foreldrene på konsekvenser av vold, eksempelvis shaken baby syndrom.

4.2 Tørre og tåle

Kategorien “tørre og tåle” belyser hvordan helsesykepleierne trekker frem betydningen av å tørre å tematisere, samt å tenke at vold kan skje, som sentralt for å jobbe forebyggende med vold. For å tåle arbeidet bli opplevelse av trygghet, gjennom erfaring, kompetanse og kollegastøtte, trukket frem som viktig. Samtidig blir arbeidet utfordret av at det finnes begrensede ressurser, spesielt tid, sammenlignet med ansvaret, og at vold er et tabubelagt tema.

4.2.1 Trygghet i rollen gjennom erfaring og kollegastøtte

Flere helsesykepleiere sier de må tørre å tematisere vold ved å spørre foreldre om utfordringer, informere om at vold kan skje, og være ærlige rundt temaet fra start, for å kunne jobbe forebyggende. H3 uttrykker det følgende: *“At noen faktisk kan si at [...]det er sånn at det kan skje hvem som helst...egentlig...bare man blir sliten nok eller føler seg låst.’ At noen har turt å si det høyt, det tror jeg er forebyggende...”*. En annen helsesykepleier uttrykker hvordan hun kjenner en personlig forpliktelse til å tørre å tenke at vold kan skje: *”....For jeg tenker at jeg velger å jobbe med barn, ...og da er det faktisk min oppgave å tørre og tro på at det her faktisk kan skje” (H8)*. Erfaring blir trukket frem som sentralt for å oppleve trygghet ved tematisering av vold, da det bidrar til å senke terskelen og redusere redsel for å si noe feil. Videre forteller flere at man med erfaring lettere fletter vold inn i samtalen på en naturlig måte, og en beskriver hvordan hun benytter sin profesjonelle erfaring til å bevisstgjøre foreldrene:

“I og med at jeg har jobbet med de tingene jeg har gjort tidligere. Så hender det at jeg sier at jeg har...sett de barna som har blitt ristet. Og det er ikke av de foreldrene som jeg har trodd skulle gjøre det.” (H8)

Organisert veiledning på arbeidsplassen blir trukket frem som en mulighet til å øve på å ta opp tema vold med foreldrene på de ulike konsultasjonene, dele erfaringer og lære av hverandres fremgangsmåter. Flertallet av helsesykepleierne oppgir å ha veiledning på arbeidsplassen med eksterne veiledere, mens andre

savner en felles veiledningsplattform for å utveksle erfaringer og samkjøre arbeidsmetoder. Dialog og støtte fra kollegaer, samt mulighet til erfaringsutveksling og refleksjoner mellom nyutdannede og erfarne helsesykepleiere, blir beskrevet som ”*alfa og omega*” for opplevd trygghet.

4.2.2 Kunnskap og kompetanseheving

Flertallet av helsesykepleierne påpeker at god kompetanse om temaet vold bidrar til trygghet i å ta det opp med foreldrene. Videre påpeker flere at helsesykepleiernes kompetanse varierer, eksempelvis rundt samspill. Kunnskap om samspill mellom foreldre og barn blir beskrevet som viktig for å gjøre gode observasjoner og vurderinger i møte med familiene. Noen av helsesykepleierne forteller at kunnskapen de hadde om vold som nyutdannet, var mangelfull, og H12 uttrykker: *“Det har ikke vært noe sånn spesielt god opplæring i å snakke om vold...eh...når du har utdanning på ett år, så er du så vidt innom temaet”*. Kompetansehevende tiltak som kursing og opplæring beskrives som viktig for å bidra til økt bevissthet og motivasjon, samt sikre fagutvikling i en hektisk hverdag:

“Stadig vekk kurs, for jeg tror det er viktig å holde det varmt, at vi blir jo liksom...veldig motivert, når du kommer fra en kongress eller ett eller annet og har hatt gode foredragsholdere og hørt hva de eller folk gjør og hva du...hva faktisk folk er villig til å gjøre med barna sine da, sant.” (H10).

Et par helsesykepleiere viser til mangel på ressurser til, og prioritering av kompetanseheving innen vold ved sitt arbeidssted, mens flertallet av helsesykepleierne rapporterer at de blir tilbudt kurs og fagdager jevnlig. Kursene tilbys eksempelvis innen temaer som støttesamtaler, trygghetssirkel, tilknytning og vold. En av helsesykepleierne understreker betydningen av å selv ta initiativ til å holde seg faglig oppdatert.

4.2.3 Begrenset tid til stort ansvar

Et gjentagende uttrykk blant helsesykepleierne er opplevd mangel på tid. Helsesykepleierne viser til at vold er et sensitivt tema og at gode samtaler fordrer tilstrekkelig med tid: *“Det er jobben vår, å ta opp de tingene vi trenger..men det føles mange ganger litt sånn vanskelig å gå inn i såre ting når du ser at jeg har en ny en om fem minutter.”* (H8). Samtidig trekker flere helsesykepleier frem begrenset tid til å følge opp den enkelte og lite tid til å observere samspill, som utfordrende. Flere helsesykepleiere oppgir at det er mange temaer som skal tas opp i konsultasjonene, og at det er risiko for at vold ikke tas opp, til tross for at flere helsesykepleiere beskriver det som noe av det viktigste å snakke om. H5 uttrykker det slik: *“Ting koker litt bort. Det er mye du skal snakke om, det er mye du skal observere”*. Kun én helsesykepleier rapporterer å ha god tid i konsultasjoner og at dette gir rom for forebygging.

Et par helsesykepleiere forteller at forebyggende tiltak ikke blir gjennomført, og at verktøy som “I trygge hender” og Stine Sofies foreldrepakke brukes i ulik grad grunnet mangelfull bemanning og lite tid. H10 viser til hvordan mangel på tid, spesielt i starten, utfordrer muligheten for forebygging av vold: *“Det som jeg tenker mangler...generelt da...i jobben vår, er tid, og særlig i starten.[...] tenk hvis vi kunne komme inn veldig tidlig”*. Noen helsesykepleiere kan oppleve å grue for å ta opp temaet vold grunnet tidspress, mens andre forteller at de har unngått å ta opp vold i frykt for svar som krever merarbeid. For å sikre tilstrekkelig oppfølging av barn og familier, forteller flere helsesykepleiere at de gjør seg tilgjengelige utenfor arbeidstiden og strekker seg utover fastsatte tider.

4.2.4 Tabubelagt

Helsesykepleierne rapporterer ulik grad av ubehag ved å ta opp temaet vold. Mens noen helsesykepleiere forteller at de opplever det som uproblematisk, beskriver andre et ubehag og kan kjenne på en følelse av feighet når vold skal snakkes om. Flere viser til redsel for å bli misforstått av foreldrene, ved å ta opp

temaet. H8 uttrykker hvordan det er utfordrende å ta opp vold og å stille spørsmål på en skånsom måte overfor foreldre:

“det er et vanskelig tema...fordi du går inn på så såre punkter, at det er noe med hvordan du formulerer deg, sånn at du... stiller spørsmål, men de føler seg ikke angrepet...du må tørre å trække, men du må likevel trække varsomt”

Flere forteller at ubehag kan føre til unngåelse av tema, og en sier det er en risiko for at vold aldri blir tematisert: *“Jeg tror...jeg tror nok at mange kan gå på helsestasjonen og ikke har fått spørsmålet noen gang...eller blitt spurt om strategier de har”* (H3). Flere helsesykepleiere uttrykker at vold er viktig å snakke med alle om, og at det ikke burde være tilfeldig om temaet blir tatt opp. H8 forteller hvordan muligheten til å forebygge vold trumfer ubehaget: *“Jeg synes det er skummelt å prate om selv også[...] Men hvis jeg kan bidra til at en ikke rister den ungen...så er det verdt det”*.

Helsesykepleierne forteller også at rutinemessig bruk av materiale som deles med alle skaper økt trygghet og gjør det enklere å ta opp temaet, da de kan vise til at vold er noe de snakker med alle om. H1 forteller: *“Det er derfor jeg tar opp på SPRÅK4 [...] Det er en del av det hele. Da er det veldig mye tryggere for meg... Enn at jeg bare liksom tilfeldigvis hadde lyst til å snakke om det.”* Samtidig opplever flere helsesykepleiere at universelle tilnærminger gjør at foreldrene ikke føler seg mistenkeliggjort eller angrepet.

4.3 Styrke og støtte

Kategorien “styrke og støtte” viser til hvordan helsesykepleierne i det voldsforebyggende arbeidet jobber med å styrke og støtte familiene. Tillit, relasjon og kommunikasjonsferdigheter blir trukket frem som sentralt for å ivareta foreldrene, skape dialog og sikre at de tar kontakt ved utfordringer. Helsesykepleierne jobber for å styrke foreldrene gjennom å informere, normalisere og veilede, samt hjelpe til å bygge gode mestringsstrategier. Samspillsveiledning blir omtalt som et godt utgangspunkt for veiledning.

4.3.1 Betydningen av tillit og relasjon

Flere helsesykepleiere forteller at de er opptatt av å skape tillit og god relasjon med foreldrene, for at de skal stole på dem. For å opparbeide en god relasjon vektlegger helsesykepleierne kontinuitet i oppfølgingen av familien, samt en åpen og ikke-fordømmende ivaretagelse av foreldrene. H8 forteller:

“Jeg tror at det ligger mye forebygging og god relasjonsbygging i å tørre å prate om de tingene som er vanskelig. jeg tror det handler mye om åpenhet...og så tror jeg det handler litt om det å...hvordan man tar ting når de faktisk forteller det da. At de ikke føler seg dømt”.

Tillit og relasjon beskrives som nyttig for å skape dialog, og flere opplever at en god relasjon gjør at foreldrene ikke føler seg mistenkeliggjort, samtidig som det gjør det enklere å ta opp temaet vold. H1 sier: *“Det er helt klart at desto bedre man kjenner foreldrene ... Så er det lettere ... altså det er på en måte lettere å ta det opp”*. Videre sier flere helsesykepleiere at en god relasjon er sentralt for at foreldrene tør å ta kontakt ved utfordringer knyttet til barnet eller familiesituasjonen.

4.3.2 Kommunikasjonsferdigheter i møte med foreldrene

Flere helsesykepleiere vektlegger gode kommunikasjonsferdigheter som viktig i møte med foreldre, når temaet vold skal tas opp. H3 sier: *“Da kan man jo nesten*

spørre om hva som helst...bare man spør på en allright måte...og vi vil jo vel”.

Helsesykepleierne viser til at det handler om hvordan man tar opp temaet, og hvordan kommunikasjonen tilpasses situasjonen. Noen av helsesykepleierne tilstreber å tematisere vold, uten at det nødvendigvis tar stor plass i konsultasjonen. I tillegg er flere opptatt av at helsesykepleiere ikke skal være belærende overfor foreldrene, men stille åpne spørsmål for å få en god dialog. H3 forteller hvordan hun bruker foreldrenes frustrasjon som en invitasjon til samtale rundt temaet vold: *“Men selvfølgelig hvis de er veldig slitne, frustrerte eller irriterte, så ser jeg på det som en invitasjon til å kunne spørre mer rundt det [...] Da er det lett for meg å spørre...”* ja, hvordan er det for deg?”. Helsesykepleierne oppgir ulike utfordringer i kommunikasjonen. Noen viser til at egen dagsform kan påvirke om man tar opp temaet eller ikke, samtidig som man har ulike kjemi med foreldrene. Videre forteller noen helsesykepleiere at det er utfordrende å ta opp vold når det ikke passer inn i samtalen. Flere har opplevd situasjoner hvor de har planlagt tematisering, men ikke kommer inn på tema fordi foreldrene har et annet fokus.

4.3.3 Styrke foreldrene i foreldrerollen

Helsesykepleierne forteller at de gjennom foreldreveiledning etterstreber å styrke foreldrenes evne til å håndtere ulike utfordringer i foreldrerollen, og balansere deres forventninger. I den sammenheng nevner flere at de tilbyr foreldrene kurs og veiledning som blant annet COS og ICDP eller henviser til andre instanser. Flertallet viser til viktigheten av å sette i gang refleksjoner hos foreldrene, og H3 forteller:

“For meg er det viktig å snakke med foreldrene om å være en trygg forelder. Det er det vi starter med helt fra begynnelsen av. “Hvordan vil du at barnet ditt skal oppleve deg...i ulike settinger og hvordan kan du være en trygg omsorgsperson for barnet ditt”.

Flere av helsesykepleierne trekker frem viktigheten av å sette inn aktuelle tiltak tidlig og oppfordrer foreldre til å ta kontakt med en gang det oppstår utfordringer. Videre understreker flere betydningen av å gi støtte og oppmuntring til foreldrene fra

starten av, gjennom å anerkjenne det som fungerer godt og veilede på det som kan forbedres. H14 forteller:

“Vi må støtte dem på at de er gode foreldre. For det er jo det de fleste ønsker å være. Men så er det ting som gjør at det kan bli vanskelig og da må vi være der og veilede dem. På rett vei igjen og støtte dem på det som er bra”.

I konsultasjonene vektlegger flere av helsesykepleierne betydningen av å utforske hvordan foreldrene har det sammen og veileder på foreldrenes relasjon. Flere forteller at de tenker at å ta opp temaet samliv kan ha en voldsforebyggende effekt.

4.3.4 Normalisere frustrasjon og bygge mestringsstrategier

Helsesykepleierne forteller at de forsøker å normalisere og anerkjenne vanskelige følelser, som frustrasjon og sinne ved utfordrende sped- og småbarnstid. Dette eksempelvis i forbindelse med søvnmangel eller fastlåste situasjoner med mye gråt og uro. Videre beskriver helsesykepleierne at de eksemplifiserer og tar opp vonde tanker som kan dukke hos foreldrene. H8 uttrykker følgende:

“det er ikke tankene som gjør dere til dårlige foreldre, det gjør dere til mennesker. Det er hvordan du handler på de tankene...som sier noe om hvordan foreldre du er ...og ofte så synes jeg at jeg får veldig fine samtaler ut av det.”

Flere helsesykepleiere snakker også om viktigheten av å bevisstgjøre foreldrene om at det kan oppstå utfordringer, og at det da handler om å være “større og klokere” enn barnet. Som en del av arbeidet kartlegger de foreldrenes mestringsstrategier og utarbeider en plan sammen med dem. Det kan for eksempel være at foreldrene skal legge fra seg barnet et trygt sted i noen minutter, gå ut av rommet, ringe etter avlastning eller hvordan de skal møte vanskelige tanker.

4.3.5 Samspill som utgangspunkt for veiledning

Flertallet av helsesykepleierne beskriver samspillsobservasjoner som verdifull informasjon om hvordan barnet og foreldrene har det sammen. Eksempelvis forteller helsesykepleierne at de vurderer hvordan foreldrene trøster, grensesetter, og imøtekommer barnet, og om barnet søker mor og/eller far. Flertallet oppgir at de bruker samspill som et utgangspunkt for veiledning omkring barnets utvikling, hvordan lese barnets signaler, ta barnets perspektiv og imøtekomme barnets behov. Flere helsesykepleiere beskriver at de aktivt bruker kunnskap fra foreldreveiledningsprogrammer, eksempelvis trygghetssirkelen, i forbindelse med barnets egenvilje, positiv grensesetting, trøst og gråt. Andre viser til at de roser godt samspill, og veileder på alternativer:

“Hvis jeg ser noe i timen her som er fint, så påpeker jeg det og så er det noen ganger jeg tenker at «åh, kanskje du kunne løst den situasjonen på en annen måte»...være litt konkret på akkurat det da. Snakke litt rundt det.” (H9)

5. Diskusjon

I diskusjonsdelen blir studiens funn og metodikk diskutert. De viktigste funnene fra hver kategori vil bli fremhevet og sett i kontekst av teoretisk rammeverk, eksisterende forskning og faglitteratur. Studiens metodiske styrker og svakheter, samt relevans og overførbarhet blir lagt frem til slutt.

5.1 Struktur og system på det voldsforebyggende arbeidet

Funnene beskriver hvordan helsesykepleierne underliggende har med seg forebygging av vold, inn i alle observasjoner og vurderinger de gjør i møte med barn og foreldre. Det voldsforebyggende arbeidet beskrives som motiverende og givende, men også utfordrende da en ikke nødvendigvis ser effekten av innsatsen som legges ned. Erfaringene samsvarer med funn i Lines et al. (2018, s. 81) om at helsesykepleiere kan jobbe forebyggende med vold og overgrep på måter som ikke er målbare. Samtidig er det kjent at voldsforebyggende arbeid ofte er vanskelig å vurdere på kort sikt, da virkningen av tiltaket ofte ikke er synlig før langt frem i tid, og da ofte i andre sektorer enn der tiltaket gjennomføres (Moen et al., 2018, s. 152; Prop. 12 S (2016-2017), s. 30). Sett i lys av disse faktorene, er det naturlig at helsesykepleierne kan oppleve det utfordrende å vite om det de gjør har en voldsforebyggende effekt. Helsesykepleierne i denne studien rapporterer å være bevisste på at vold kan skje i alle familier og at muligheten til å forebygge er motiverende. I tråd med helsesykepleiernes beskrivelser, har en tidligere metasyntese av helsepersonells erfaringer med å snakke om vold mot barn, trukket frem at arbeidet oppleves verdifullt (Albæk et al., 2018, s. 238).

Funnene tyder på at flertallet av de intervjuede helsesykepleierne anser voldsforebygging som en sentral del av deres arbeid og at de er bevisst sitt ansvar om å snakke med alle om vold. Vold er fast tematikk på enkelte konsultasjoner, men på hvilke konsultasjoner, og hvor hyppig vold blir tematisert, varierer. Fastsatt tematisering av vold, kan sees på som et universelt tiltak, da det etter planen skal snakkes om med *alle* foreldre på bestemte tidspunkter. Funnene antyder at helsesykepleierne i større grad tematiserer vold når det eksplisitt står at det bør

gjøres på den enkelte konsultasjon i veilederen, som på hjemmebesøket. Vår tolkning er at helsestasjonsprogrammet legger opp til at den enkelte helsestasjon kan og bør lage egne rutiner for når vold skal tematiseres. Samtidig viser funnene at helsestasjonene har ulik grad av struktur på det voldsforebyggende arbeidet. I situasjoner hvor det mangler rutiner for når temaet vold skal tas opp, kan det tenkes at det i stor grad blir opp til den enkelte helsesykepleier å sikre at tematikken blir dekket. Strand (2018) beskrev i sin fagartikkel at personlige holdninger som er bevisste eller ubevisste hos helsesykepleiere kan hindre det voldsforebyggende arbeidet, eksempelvis ved å tro at en kan gjenkjenne om personer utøver vold eller ikke, og dermed kun tematiserer vold ut ifra egen vurdering. I tillegg har en nyere studie pekt på at personlige fordommer knyttet til familiens sosioøkonomiske status og barnets kjønn kan påvirke helsepersonells vurdering av utsatthet for vold, og dermed om de tar opp tematikken (Alfandari et al., 2022). Subjektive vurderinger av om og når vold skal tas opp, kan med andre ord være en risiko for at temaet blir unnlatt.

Nasjonalfaglige retningslinjer for helsestasjonen, som i Brofenbrenners modell (1979) ligger på et makronivå, legger føringer for hvordan helsestasjonen og helsesykepleier skal jobbe for å forebygge vold mot barn. Imidlertid er retningslinjene lite spesifikke på hvordan det voldsforebyggende arbeidet skal gjennomføres i praksis, da det kun omtales overordnet (Helsedirektoratet, 2019a). Glavin (2016, s. 431) understreker at det til tross for nasjonalfaglige retningslinjer er variasjon i innhold og kvalitet på arbeidet ved den enkelte helsestasjon. Basert på variasjon i rutiner og systematikk i forhold til når og hvordan vold skal tas opp, samt risikoen ved å legge opp til subjektive vurderinger, fremstår det som at de nasjonalfaglige retningslinjene burde være noe mer spesifikke for det praktiske arbeidet.

Det foreligger en sterk anbefaling om at helsesykepleiere veileder foreldre omkring barns seksuelle utvikling på to- og fireårskontroll. Anbefalingen er begrunnet med at foreldre skal være rustet til å snakke med barnet sitt om grenser, kropp, seksualitet og trygghet, som igjen kan bidra til at barnet klarer å skille på positiv og problematisk berøring, og bli i stand til å si ifra hvis de er i fare for å bli utsatt for seksuelle overgrep (Helsedirektoratet, 2019c). Flere av helsesykepleierne forteller at

de snakker med foreldrene om seksuell utvikling på toårskontrollen, mens fåtallet oppgir å gjøre det samme ved fireårskontrollen. En kan stille spørsmål til hvorfor så få av helsesykepleierne rapporterer å tematisere seksualitet ved fireårskontrollen, til tross for en sterk anbefaling. En mulig forklaring kan ligge i den ene helsesykepleieren sin beskrivelse av konsultasjonen som omfattende og ugunstig lagt opp. En annen potensiell forklaring kan ligge i helsesykepleiernes rapporterte mangel på universelt ressursmaterieell etterhvert som barnet blir eldre, og at de mangler et godt verktøy for å tematisere og veilede foreldrene omkring barns seksuelle utvikling.

På fireårskontrollen henvender flertallet av helsesykepleierne seg direkte til barnet, og benytter SPRÅK4 som inngangsport for dialog og veiledning omkring fysisk vold. Denne måten å jobbe på, vil med utgangspunkt i Bronfenbrenners modell (1979), være voldsforebyggende tiltak som retter seg direkte mot barnet. Med unntak av én helsesykepleier, blir samtalen oppfattet som nyttig, til tross for at SPRÅK4 i utgangspunktet er laget for å gjøre en faglig vurdering av barnets språkutvikling (Horn & Dalin, u.å, s.3), og ikke er tiltenkt voldsforebygging. At SPRÅK4 brukes for å tematisere fysisk vold, kan tyde på at helsesykepleierne har tatt i bruk dette verktøyet, i mangel på noe annet. Det er positivt at helsestasjoner utarbeider egne lokale brosjyrer, men det kan samtidig utgjøre en risiko for at temaet får ulik dekning på hver enkelt helsestasjon. Med bakgrunn i ønsket om flere og bedre universelle verktøy, indikerer funnene at det foreligger et forbedringspotensial i tilgjengelige verktøy for voldsforebygging på helsestasjon, både når det gjelder seksuell og fysisk vold.

Flertallet av helsesykepleierne benytter "I trygge hender", og har god erfaring med samtaleverktøyet. Erfaringene om at verktøyet fungerer som en inngangsport, gjør det enklere å tematisere vold og skaper naturlig flyt, samsvarer med tidligere funn i en masteroppgave om helsesykepleieres erfaringer med "I trygge hender" (Hagen, 2022, s. 38). I tråd med hvordan helsesykepleierne i vår studie bruker "I trygge hender" er det anbefalt å vise filmen så tidlig som mulig i barnets liv, eksempelvis på hjemmebesøk, i barselgruppe eller på 6 ukerskontroll. Videre er det beskrevet at man bør etterstrebe å ha begge foreldrene til stede (Norsk

sykepleierforbund, u.å). En av helsesykepleierne viser til at nyhetsbrev er gunstig for å inkludere alle foresatte. Samtidig er nyhetsbrev ingen garanti for at hverken en eller begge foreldre ser filmen, og potensialet for forebygging ved bruk av "I trygge hender" kan bli borte. I en masteroppgave av Engen (2022, s. 50-51) rapporterte foreldre hjemmebesøket som det mest gunstige tidspunktet å se filmen, både for å sikre at begge var til stede, at filmen ble vist tidlig nok og at de fikk en felles forståelse. Erfaringene til noen av helsesykepleierne i vår studie, om at foreldrene da ofte står i andre utfordringer, ble også trukket frem som en barriere i studien til Hagen (2022). I Hagen (2022, s. 39) foretrakk helsesykepleierne å benytte verktøyet da barnet var 2-4 uker. På det tidspunktet er det likevel ikke gitt at begge foreldrene er til stede. Basert på mulighetene for å komme tidlig inn ved eventuelle utfordringer, foreldrenes ønsker om å benytte hjemmebesøket som tidspunkt for å se "I trygge hender", samt å sikre tilstedeværelse av begge foreldre, kan det virke hensiktsmessig at helsesykepleier likevel etterstreber å vise filmen nettopp på hjemmebesøk.

Flertallet av helsesykepleierne i denne studien beskriver hjemmebesøket som en sentral og betydningsfull del av det voldsforebyggende arbeidet. Funnene samsvarer med tidligere forskning om at hjemmebesøket er et effektivt voldsforebyggende tiltak, ved å gi en unik mulighet for etablering av tillit og relasjon, tidlig identifisere utfordringer og iverksette tiltak (Hjalmhult, 2009, s. 24; Mikton & Butchart, 2009, s. 357; Moen et al., 2018, s. 162). Helsesykepleierne forteller at de på hjemmebesøket arbeider både direkte og indirekte med voldsforebygging. Indirekte ved å etablere tillit og relasjon, slik at foreldre føler seg trygge på å ta kontakt ved utfordringer. Direkte ved kartlegging av risikofaktorer, utforsking av foreldrenes erfaringer fra oppveksten, og identifisering av verdier de ønsker å videreføre. I tråd med tidligere funn fra Hjalmhult (2009, s. 24) om at hjemmebesøkets trygge rammer kan åpne opp for emosjonelle samtaleemner, og for å veilede og støtte foreldrene. Videre oppgir helsesykepleierne å veilede omkring søvn og uro, og å informere om konsekvensene av vold, som "shaken baby syndrome". Tidligere forskning, som funnene i Dias' pionerstudie fra 2005 (s. 476) har indikert at informasjon om konsekvensene av å riste spedbarn har en

forebyggende virkning og kan bidra til å minske antall tilfeller av hodetraumer. Mikton og Butchard (2009, s. 354) viser til at støtte, veiledning og informasjon som gis tidlig via hjemmebesøket, kan øke foreldrenes omsorgsevne og dermed være en bidragsyter til å forebygge vold. Basert på ovennevnte artikler fremstår det som at helsesykepleierne jobber i tråd med hva forskningslitteraturen har vist som effektivt når det gjelder voldsforebygging på hjemmebesøk.

De helsesykepleierne som har erfaring med "Nye familier", som inkluderer hjemmebesøk før fødsel, rapporterer at programmet oppleves som svært nyttig. Nye familier baseres på Nurse Family Partnership (NFP), som tidligere har vist en signifikant voldsforebyggende effekt (Hjälmhult, 2016, s. 420; Miller, 2016, s. 773). Samtidig har en longitudinell studie av Eckenrode et al. (2017, s. 96) indikert at familier som mottar hjemmebesøk før og etter fødsel har betydelig mindre risiko for å utsette barna for vold. Gitt den positive erfaringen til helsesykepleierne, samt funn i studier som undersøker programmet NFP, tyder det på at hjemmebesøk før fødsel også bør inkluderes i helsestasjonsprogrammet.

Helsesykepleierne forteller at de er bevisste og kartlegger risikofaktorer for voldsutøvelse, og at de i møte med foreldre fra andre kulturer har økt fokus på å kartlegge oppdragervold. Funnene antyder at helsesykepleierne har et økologisk perspektiv i tråd med Bronfenbrenners modell (1979), ved å aktivt forholde seg til, og kartlegge faktorer også utover familien. Basert på kartlagte utfordringer forteller helsesykepleierne at de setter opp ekstra konsultasjoner, i samsvar med nasjonalfaglige retningslinjers anbefaling om å tilby tettere oppfølging til familier i sårbare livssituasjoner (Helsedirektoratet, 2019a). Dette kan defineres som selektive voldsforebyggende tiltak. Bevissthet om risikofaktorer er samtidig av vesentlig betydning for å iverksette tiltak tidlig, og kunne jobbe for å styrke eller etablere beskyttelsesfaktorer mot at vold forekommer (Moen et al. 2018, s.25). Det fremstår sannsynlig at helsesykepleiernes kunnskap om risikofaktorer kan ha avgjørende betydning for om de registrerer risiko for vold, og dermed om de klarer å hjelpe familiene på et tidlig tidspunkt. Samlet sett viser kategorien "struktur og system" at helsesykepleiernes voldsforebyggende arbeid er sentralt og omfattende, men bærer preg av ulik grad av struktur. Funnene tyder på at arbeidet retter seg både mot

universelle og selektive tiltak, og at helsesykepleierne har med seg en økologisk forståelse inn i møte med familiene.

5.2 Tørre og tåle å jobbe med forebygging av vold

Helsesykepleierne rapporterer at trygghet i rollen skaper mot til å jobbe forebyggende, og at tryggheten øker med erfaring, kompetanse og opplevd kollegastøtte. Tilsvarende funn ble gjort i Danielsen et al. (2016, s. 41) sin intervjuundersøkelse, der kunnskap, arbeidsrutiner og kollegastøtte var betydningsfullt for å øke tryggheten til norske helsesykepleiere i voldsarbeidet. Studien trakk frem at erfarne helsesykepleiere opplevde det lettere å snakke om vold og å stille direkte spørsmål. Studien spesifiserte at erfaring i form av antall år, ikke nødvendigvis økte tryggheten, men at det var avhengig av hvor mye man hadde jobbet med voldstematikk. I en annen studie om norske jordmødres erfaring med å tematisere vold, ble erfaring knyttet til trygghet og økte muligheter for å spørre uten en forhåndsplanlagt strategi (Henriksen et al., 2017, s. 5). Funnene samsvarer med helsesykepleierne i vår studie og deres opplevelse av at erfaring gjør det enklere å kommunisere med foreldre omkring vold. Kollegastøtte og muligheter til å øve seg på kommunikasjon har i tidligere forskning blitt rapportert som viktig for helsepersonells trygghet i håndtering av voldssaker (Albaek et al., 2018, s. 237; Danielsen et al., 2016, s. 41; Schols et al., 2013, s. 12). Våre funn tyder på at støtte og muligheter til å lære av kollegaer også gjør seg gjeldende i det voldsforebyggende arbeidet. Organisert veiledning beskrives som et godt utgangspunkt for å øve seg på tematisering, dele erfaringer, reflektere i fellesskap og lære av hverandres arbeidsmetoder. Dette støttes av fag- og forskningslitteratur som har påpekt at voldsforebygging fordrer at helsepersonell får tid til å øve seg på å tematisere vold, samt at kartleggingsverktøy kan øke helsesykepleieres trygghet i å snakke om tabubelagte temaer (Braarud & Nordanger, 2016, s. 144; Moen et al., 2018, s. 157). At arbeidsplassen tilrettelegger for opparbeidelse av erfaring, i form av øvelse på tematisering og samtalemotodikk, opplæring i eventuelle kartleggingsverktøy, samt muligheter for å oppleve kollegastøtte, kan således anses som viktig for å øke

helsesykepleiernes trygghet. Dette kan igjen bidra til at helsesykepleierne oftere og lettere tar opp temaet vold i et forebyggende perspektiv.

Et annet funn i studien er at helsesykepleierne rapporterer varierende kompetanse hos de ansatte, eksempelvis i forhold til samspill. Videre blir kompetanse om vold og hvordan man snakker med foreldre om vold, beskrevet som utilstrekkelig og mangelfull som nyutdannet. Frem til 2021, var helsesøsterutdanningen lagt opp ved at hver enkelt utdanningsinstitusjon bestemte det faglige innholdet utover rammeplanen (Forskrift til rammeplan for helsesøsterutdanning, 2005, §2). I dagens forskrift for helsesykepleierutdannelsen er det beskrevet at man ved endt utdanning skal kunne bidra til å forebygge vold, samt ha inngående kunnskap om beskyttelses- og risikofaktorer, tilknytning, samspill, familiers behov og konsekvenser av traumer (Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning, 2021, §2 og §7). De intervjuede helsesykepleierne ble utdannet før denne forskriften trådte i kraft. Det kan derfor være mulig at fremtidige helsesykepleiere opplever å ha noe mer dybdekunnskap om vold. Imidlertid beskriver helsesykepleierne kompetansehevede tiltak som kursing, til alle ansatte, som nyttig, motiverende og utviklende. Tilstrekkelig kunnskap og ferdigheter hos de ansatte, for å sikre at de blir i stand til å overholde sine plikter, er et lovpålagt ansvar for ledelsen av helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet, 2019d). Samtidig har helsesykepleiere en yrkesetisk plikt til å holde seg faglig oppdatert (Norsk sykepleierforbund, 2023). Likevel kom det frem i en rapport av SINTEF om helsesykepleiernes arbeidssituasjon, at 75% nedprioriterte egen kompetanseutvikling, og 67% nedprioriterte fagutvikling av tjenesten grunnet en hektisk hverdag (Lassemo & Melby, 2020, s. 35). Våre funn tyder på at det varierer i hvilken grad ledelsen prioriterer kompetanseheving. For å sikre tilstrekkelig og jevn kompetanse hos de ansatte, samt oppfylle sin lovpålagte plikt, fremstår det sentralt at helsestasjonsledelsen etterstreber å prioritere kurs og opplæring innenfor relevante temaer for voldsforebygging. Dette vil både kunne øke helsesykepleiernes trygghet, og øke tjenestens kvalitet og forebyggingsmuligheter.

Foruten kunnskap og opplæring, er tilstrekkelig tid og ressurser sentralt for at voldsforebygging integreres i praksis (Moen et al., 2018, s. 157). I likhet med funnene til Lines et al. (2024, s. 3) forteller helsesykepleierne i vår studie om et høyt arbeidspress, og at de opplever at mangel på tid vanskeliggjør tematisering av vold. Flere beskriver at tidspresset gjør at de gruer seg til å ta opp temaet, og at lite tid til mange oppgaver, samt frykt for merarbeid, utgjør en risiko for at vold ikke tas opp. Strand (2018) underbygger dette ved å argumentere for at tidsmangel i konsultasjoner, i kombinasjon med utrygghet, øker risikoen for at vold ikke tematiseres. I tilfeller der det mangler tid til å snakke om alle temaer som skal dekkes, eller tilrettelegge for gode samtaler omkring vold, tyder det på at helsesykepleierne må gjøre prioriteringer i møte med familiene. I tråd med tankegangen rapporterte 65% av helsesykepleierne i SINTEF-rapporten at de måtte prioritere hardt mellom arbeidsoppgaver for å få dagene til å gå opp. På spørsmål om hvilke arbeidsoppgaver som ble nedprioritert oppga flesteparten at forebyggende tiltak ble prioritert, mens 22% av helsesykepleierne nedprioriterte forebyggende tiltak mot vold og overgrep (Lassemo & Melby, 2020, s. 34-36). Våre funn tyder på at mangel på tid og bemanning utfordrer tidlig innsats, og gjør at forebyggende tiltak ikke alltid blir gjennomført eller at verktøy ikke utnyttes godt nok. Videre beskriver helsesykepleierne at de strekker seg utover arbeidstiden og fastsatte tider i konsultasjonene, for å ivareta familiene. Basert på ovennevnte funn, kan en stille spørsmål ved om arbeidsmengden til helsesykepleierne samsvarer med ressursene de har tilgjengelig til voldsforebyggende arbeid.

Nedprioritering av voldsforebyggende tiltak fremstår kontraintuitivt da et av formålene med å ha en helsestasjonstjeneste nettopp er å forebygge vold og overgrep (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §1, bokstav e). Det samme gjelder unngåelse av tematisering av vold, eller utilstrekkelig tid til å gjennomføre gode, forebyggende samtaler eller observasjoner av barn. Det overordnede ansvaret for å sikre at tjenesten er i stand til å forebygge vold, og å overholde lovpålagte plikter, ligger hos kommuneledelsen (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §3-3a). Hvis helsesykepleierne mangler tid i den grad

at de ikke kan utføre sitt arbeid i tråd med nasjonale retningslinjer og lovverket, må helsestasjonsledelsen argumentere for økt ressursbehov (Glavin, 2016, s. 431).

Helsestasjonen, som en institusjon, kan forstås som en del av eksosystemet i Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner, 1979). Politiske beslutninger på makronivå har direkte påvirkning på helsestasjonens forebyggende arbeid, og dermed indirekte barnet og familien på mikronivå. Hvordan helsestasjonstjenesten blir organisert og hvilke ressurser de får til rådighet i sitt voldsforebyggende arbeid, vil følgelig ha innvirkning på hvor godt de klarer å forebygge vold mot småbarn. En kjent utfordring ved forebyggende helsearbeid er at det ofte må vike for det akutte og behandlende (Justis og beredskapsdepartementet, 2021, s. 25). Eksempelvis ble kun 3 % av helsebudsjettet i 2021 brukt til forebygging (Hirsch, 2022). Samtidig beskriver Regjeringens opptrappingsplan mot vold og overgrep, et ønske om å styrke og utvikle helsestasjonstjenesten faglig og økonomisk, og det er foreslått å øke rammetilskuddet med 40 millioner i 2024 (Prop. 36S, 2023-2024, s. 52). Selvom midlene ikke er øremerket voldsforebyggende tiltak, kan en håpe på at kommunene prioriterer å benytte summen til nettopp det. Det fremkommer at for å “tørre og tåle” trenger helsesykepleierne nok ressurser, inkludert tid. Økt bemanning og mer tid, kan muligens bidra til at voldsforebyggende tiltak gjennomføres og mulig føre til at vold tas opp i større grad. Videre kan det potensielt bidra til å balansere arbeidsmengden til helsesykepleierne og sikre tettere oppfølging.

Helsesykepleierne rapporterer ulik grad av ubehag ved å snakke om vold i et forebyggende perspektiv, og flere bruker ordet “tørre” i sin omtale av det forebyggende arbeidet. Ifølge Moen et al. (2018, s. 157) er nasjonalfaglige retningslinjer og kunnskap om vold utilstrekkelig uten vilje og mot, samt tro på egen evne til å forebygge vold. Helsesykepleierne beskriver redsel for at foreldre skal føle seg mistenkeliggjort eller krenket, som en av grunnene til ubehagsfølelsen. Frykt for å krenke foreldre ved å snakke om sensitive temaer ble tidligere rapportert i en svensk implementeringsstudie om helsesykepleieres erfaring med å rutinemessig snakke med foreldre om vold (Nimborg et al., 2022, s. 446). Masteroppgaven til Johansen (2020) undersøkte foreldres opplevelser av hvordan vold tematiseres i et forebyggende perspektiv på helsestasjonen. Foreldrene var engstelige for at

helsesykepleier feiltolket utsagn som mangelfull omsorg, og lurte på om det var en årsak til at temperament og grensesetting ble tatt opp (Johansen, 2020, s.31). Sånn sett er helsesykepleiernes bekymring for å mistenkeliggjøre i tråd med foreldrenes bekymringer inn i samtalen. I likhet med funn fra Nimborg et al., (2022, s. 447) beskriver helsesykepleierne at universelle tilnærminger, i form av rutinemessig tematisering av vold, letter ubehaget både for dem selv, og foreldrene. Dette støttes av Strand (2018) som hevder rutinemessig tematisering ovenfor alle reduserer risiko for mistenkeliggjøring. Utvidet bruk av universelle tilnærminger, og informasjon til foreldre om at vold er noe som snakkes med alle om, kan dermed anses å være et viktig bidrag for å sikre gode samtaler omkring vold på helsestasjonen. Foreldrene i Johansen (2020, s.32-34) oppfattet et ubehag hos helsesykepleier da vold ble tatt opp, og sa at dette påvirket stemningen og samtalen negativt. Det kan antas at når helsesykepleiere opplever ubehag, eller er mindre trygge i sin rolle, påvirkes samtaledynamikken deretter. Samtidig kan det tenkes at helsesykepleierne som opplever tematisering av vold som uproblematisk, har en større trygghet i rollen.

Flere av helsesykepleierne beskriver at ubehaget ved å snakke om vold kan føre til at de unngår tematikken og noen har kjent på en følelse av feighet. Helsesykepleiernes bevissthet om at eget ubehag kan påvirke samtalen, samsvarer med tidligere forskningsfunn om at helsepersonell blir påvirket av egne følelser i utfordrende samtaler (Luff et al., 2016). I tråd med funn i Luff et al. (2016) oppgir flere helsesykepleiere at de er bevisste sitt ansvar og sier at muligheten til å gjøre en forskjell kan trosse ubehagsfølelsen. På en annen side viser Moen et al. (2018, s. 60) til at forebyggende samtaler kan være utfordrende, fordi det alltid innebærer en risiko for at foreldre eller barn åpner seg, og at man dermed avdekker vold. Emosjonelt ubehag, relatert til potensielt å avdekke vold, ble også i Albaek et al. (2018, s. 238) trukket frem som en risiko for unngåelse av temaet. På samme tid viser Braarud og Nordanger (2016, s. 144) til at vold kan være et vanskelig tema å adressere, fordi man kan oppleve å stå alene i situasjonen og ikke vite hva som skal gjøres videre, dersom vold blir avdekket. At kollegaer på helsestasjonen støtter opp under hverandres mot til å "tørre" å ta opp utfordrende temaer blir viktig i det forebyggende arbeidet (Moen et al., 2013, s. 60). Samtidig fremstår det helt sentralt at

helsestasjonen har godt etablerte og kjente rutiner for å støtte de ansatte ved en eventuell avdekking.

5.3 Styrke og støtte familiene

Gjennom veiledning ønsker helsesykepleierne i denne studien å tidlig styrke foreldrenes evne til å håndtere og reflektere over ulike utfordringer knyttet til foreldrerollen. Dette blir gjort gjennom å tilby foreldrene individuell veiledning eller universelle foreldreveiledningsprogrammer. Familien ansees som det viktigste mikrosystemet i barnets liv (Tetzchner, 2020, s. 54), og en positiv omsorgsutøvelse samt økte foreldrekunnskaper er kjente beskyttelsesfaktorer for vold (Younas & Gutman, 2022, s. 3697). Foreldreveiledning er samtidig viktig for å hjelpe foreldrene til å møte barnet på en måte som aktivt fremmer og støtter opp under utviklingen (Kvello, 2022, s. 268). Dersom helsesykepleierne kan bidra til å styrke og forbedre foreldrenes omsorgsevne gjennom veiledning og informasjon, kan dette derfor ha stor innvirkning på barnets omsorgssituasjon og utvikling.

Foreldreveiledning er et satsingsområde i regjeringens arbeid mot vold, og en av målsettingene er at alle kommuner skal kunne tilby kunnskapsbaserte foreldreveiledningsprogrammer (Prop. 36S, 2023-2024, s. 52). I nasjonalfaglige retningslinjer er det beskrevet at helsestasjonen kan tilby universelle foreldreveiledningsprogrammer, men anbefalingen er svak, grunnet manglende dokumentert effekt av programmene som brukes i Norge (Helsedirektoratet, 2019b). I 2020 rapporterte 55% av spurte helsesykepleiere, at de nedprioriterte universelle foreldreveiledningsprogram i arbeidshverdagen (Lassemo & Melby, 2020, s. 36). Imidlertid har flere studier vist at foreldreveiledningsprogrammer kan forbedre foreldrenes omsorgsutøvelse (Moen et al., 2018; Toreid og Sveaas, 2021; Yaholkoski et al., 2016). Dersom helsestasjonene tilbyr foreldreveiledningsprogrammer, og de bidrar til en positiv omsorgsutøvelse og økte foreldrekunnskaper, er det nærliggende å tenke at det kan samsvare med redusert voldsutøvelse (Moen et al., 2018, s. 108; Younas & Gutman, 2022, s. 3697). I tråd med dette indikerer Chen og Chan (2016) i sin oversiktsartikkel at

foreldreveiledningsprogram med intensjon om å styrke foreldrenes tilnærming til barnet, kan ha en langsiktig positiv effekt for å forhindre vold mot barn. Samtidig vises det til at jo tidligere foreldreveiledningsprogrammene tilbys, desto større effekt har intervensjonene (Chen og Chan, 2016, s. 88-90). Oversiktsartikkelen understøtter helsesykepleierne i denne studien sitt mål om å veilede foreldrene på et tidlig tidspunkt for å forebygge vold mot barn.

Helsesykepleierne i denne studien beskriver samspillsobservasjoner som en verdifull informasjonskilde og et godt utgangspunkt for veiledning av foreldre på barnets utvikling, behov og perspektiv. Tilsvarende funn ble oppgitt i studien til Limbodal et al. (2018) om hvordan helsesykepleiere kan hjelpe foreldre til et bedre samspill med barnet. De av helsesykepleierne i vår studie som har erfaring med foreldreveiledningsprogrammer, trekker frem kunnskapen som nyttig i samspillsveiledning. Tilsvarende kunnskapsoverføring er tidligere rapportert i en norsk studie av helsesykepleieres erfaringer med å bruke ICDP (Sandvik et al., 2018, s. 11). Funnene tydet på at helsesykepleiernes kunnskap fra ICDP ikke bare ble benyttet i strukturerte kurssammenheng, men også i det daglige arbeidet på helsestasjonen, som et ledd i samspillsveiledningen. Ettersom kunnskapen fra foreldreveiledningsprogrammer også gjør seg nyttig i individuelle veiledningssituasjoner, kan implementering av foreldreveiledningsprogrammer være et bidrag for å sikre felles kompetanse på samspill. I tråd med hva helsesykepleierne oppgir å gjøre, er det en sterk anbefaling i retningslinjene om å gi foreldrene veiledning på samspill for å blant annet bidra til å forebygge vold (Helsedirektoratet, 2019e). Samtidig har god tilknytning med et positivt samspill, samt realistiske forventninger til barnet, blitt rapportert som signifikante beskyttelsesfaktorer mot at foreldre utøver vold (Younas og Gutman, 2022, s. 3702). Samspillsveiledning, samt å sikre at foreldre har realistiske forventninger til barnet, kan dermed tolkes som effektive voldsforebyggende tiltak.

Helsesykepleierne i vår studie vektlegger betydningen av relasjon og tillit i sitt voldsforebyggende arbeid, da det letter dialog og redusere mistenkeliggjøring. For å bygge en god relasjon trekker helsesykepleierne frem viktigheten av å tilpasse kommunikasjonen, ha en undrende, ikke-belærende holdning, og å lete etter

løsninger sammen med foreldrene. I tråd med beskrivelsene rapporterte foreldre i Clancy og Svensson (2010, s. 6) at en respektfull tilnærming, med nysgjerrighet og undring fra helsesykepleiers side, bidro til god relasjon. Helsesykepleierne i studien beskriver samtidig at kontinuitet er viktig for å opparbeide tillit i relasjonen, og at det igjen påvirker om foreldrene tar kontakt, tør å åpne seg og dele utfordringer. Funnene samsvarer med resultatene i masteroppgaven til Johansen (2020, s. 34), hvor foreldrene oppga tillit til helsesykepleier som en forutsetning for åpenhet og ærlighet rundt utfordringer. Hvordan helsesykepleier tilnærmer seg foreldrene, og grad av kontinuitet, kan dermed antas å være viktige faktorer for å bygge tillit og god relasjon med foreldrene. Dette kan igjen bidra til et godt samarbeid med tjenesten, som er en kjent beskyttelsesfaktor for at foreldre utøver vold (Younas og Gutman, 2022, s. 3697)

Helsesykepleierne trekker frem at de ønsker å tidlig støtte og oppmuntre foreldrene. I Younas og Gutman (2022, s. 3697) sin oversiktsartikkel var sosial støtte en signifikant beskyttelsesfaktor for foreldreutøvd vold. Samtidig har en studie av Negash og Maguire (2016, s. 559) indikert at opplevd tilgang på støtte fra sosiale tjenester kan fungere som en buffer for familier med lite sosialt nettverk. At helsesykepleierne støtter og er tilgjengelige for disse familiene, kan dermed tenkes å i seg selv være av betydning for foreldrenes omsorgsutøvelse. Videre beskriver helsesykepleierne at de forsøker å anerkjenne det foreldrene mestrer og veilede der det er forbedringspotensial, for å styrke dem i foreldrerollen. Tilnærmingen er i tråd med funn i Sandvik et al. (2018) sin studie omkring foreldreveiledning på helsestasjon. Helsesykepleierne i Sandvik et al. (2018, s. 8) erfarte at å anerkjenne, samt poengtere det foreldrene mestret, var viktig for å komme i posisjon til å kunne veilede. At foreldrene opplever støtte og anerkjennelse, samt tilgjengeligheten av tjenesten kan følgende ansees som viktige faktorer for å komme i posisjon til effektiv veiledning.

I konsultasjonene beskriver helsesykepleierne at de utforsker hvordan foreldrene har det, normaliserer utfordringer og bygger mestringsstrategier. Lindberg og Hvatum (2016, s. 290) understreker betydningen av at helsesykepleiere validerer foreldrenes følelser. I studien til Johansen (2020, s. 43) beskrev foreldrene at å bli

møtt med forståelse fra helsesykepleier samtidig som sinne og frustrasjon ble normalisert, var beroligende. Ved å bli møtt med forståelse opplevde foreldrene seg ivaretatt, samtidig som de fikk konkrete råd om mestringsstrategier for å håndtere følelsene på en konstruktiv måte. Resultatet av samtalene var at foreldrene følte seg bedre rustet til å takle situasjoner der frustrasjonen kunne eskalere. Dette ble beskrevet som potensielt voldsforebyggende. I tråd med Kvello (2022) er et kjennetegn ved situasjoner der vold forekommer, høyt frustrasjonsnivå hos foreldrene grunnet eksempelvis vedvarende gråt eller trass fra barnet. Hvis helsesykepleierne klarer å styrke foreldrenes evne til å takle situasjoner med høy frustrasjon, gjennom normalisering og mestringsstrategier, kan dette dermed tenkes å være voldsforebyggende.

Videre forteller helsesykepleierne at de kartlegger relasjonen mellom foreldrene. I samsvar med sistnevnte skriver Røsand (2016, s. 103) at foreldrenes relasjon er viktig for barna, og at det er en tydelig sammenheng mellom hvordan foreldrene har det sammen, og barns utvikling. Samtidig skriver Killèn (2021, s. 291) at kvaliteten på samlivet påvirker foreldrenes interaksjoner med barnet og at samlivssituasjonen kan bidra til å utløse eller forsterke vold. Et godt fungerende parforhold er en dokumentert beskyttelsesfaktor for foreldres voldsutøvelse (Younas & Gutman, 2022, s. 3697). Helsesykepleiernes innsats for å adressere og styrke foreldrenes samlivsdynamikk, og dermed bidra til et tryggere og mer stabilt oppvekstmiljø, kan derfor antas å være et godt tiltak i det voldsforebyggende arbeidet.

Faglitteraturen hevder evnen til å ta barnets perspektiv og å se seg selv utenfra (mentaliseringsevne) er grunnleggende for følelsesmessige og kognitive foreldrefunksjoner (Killen, 2021, s. 223; Kvello 2022, s.120; Lindberg og Hvatum, 2016, s. 294). Samtidig skriver Kvello (2022, s. 222) at sensitivitet er spesielt viktig for foreldre med dårlige barndomserfaringer. Helsesykepleierne i vår studie beskriver hvordan de veileder alle foreldre på å tolke barnets signaler og å ta barnets perspektiv. Fremgangsmåten støttes av Hansen og Holme (2016, s. 156) som hevder at å øke foreldrenes sensitivitet overfor barnet er et viktig voldsforebyggende tiltak. For å styrke foreldres mentaliseringsevne og sensitivitet overfor barnet, samt å

bryte negative mønstre, understreker Lindberg og Hvatum (2016, s.296) betydningen av at helsesykepleiere toner seg inn og undrer seg sammen med foreldrene. Videre påpekes viktigheten av at foreldre med dårlige omsorgserfaringer, møtes av forståelsesfulle helsesykepleiere som gir dem rom til å reflektere over egen barndom. Helsesykepleierne i denne studien forteller at de etterstreber refleksjon omkring foreldrenes erfaringer fra egen barndom, og hvilke verdier de ønsker å overføre til egne barn og ikke. Strategien er i tråd med Kvello (2022, s. 220-222) som fremhever at å adressere foreldrenes barndomserfaringer, kan redusere risikoen for overføring av vold. Refleksjonsarbeidet kan anses som en måte å begrense risikofaktorer hos foreldre med dårlig erfaring, eller å stryke beskyttelsesfaktorer ved gode barndomsopplevelser. Hvis arbeidet bidrar til å bryte generasjonsoverføringen, kan dette også bidra til å forebygge vold i et langsiktig perspektiv. Samlet sett kan det tenkes at refleksjoner, og veiledning på barnets signaler og perspektiver, fremmer et trygt og omsorgsfullt oppvekstmiljø for barnet, og at det kan ha en voldsforebyggende effekt.

5.4 Studiens styrker og svakheter

Studien bidrar med kunnskap på et felt med lite eksisterende forskning, ved å belyse hva helsesykepleierne faktisk gjør i sitt voldsforebyggende arbeid, og erfaringer de har med dette arbeidet. Det var utfordrende å finne forskning som var overførbar til norske forhold. Samtidig ble diskusjonen utfordret av manglende forskning på helsesykepleieres erfaring med å snakke om vold i et forebyggende perspektiv. Vi har likevel forsøkt å belyse problemstillingen ved å trekke inn forskning som indirekte bidrar til å diskutere funnene.

Å benytte innholdsanalyse kan ansees som et passende valg av flere grunner. Først og fremst tilbyr Graneheim og Lundman (2004) en strukturert fremgangsmåte med tydelige trinn, som gjorde det mulig å følge metodikken til tross for begrenset forskningserfaring. De tydelige stegene ble opplevd som nyttig da vi ønsket å utforske og analysere dataene grundig. Ettersom tilnærmingen er en form for

tekstanalyse, og vi ikke har intervjuet og transkribert dataene selv, anser vi at metodevalget var riktig.

Studiens funn bygger på en analyse gjennomført av to personer. Det å jobbe i tospann har beriket analysen og tolkninger, da vi har bidratt med ulike perspektiver, kunnskaper og erfaringer. Vi har kontinuerlig etterstrebet å kvalitetssikre hverandres arbeid, for å redusere unøyaktigheter i analysen. Eksempelvis har vi kryssjekket hverandres koder opp mot meningsbærende enheter og kategorier opp mot hva kodene faktisk sa. Vi har utfordret og validert hverandres innspill, og gjennom konstruktive diskusjoner kommet til enighet, eksempelvis rundt likheter og forskjeller innad og mellom kategorier. Å være to har også muliggjort refleksjoner over egen forforståelse og perspektiver, og hvordan dette kan påvirke analysen og tolkningen. Målet var aldri at vi skulle navngi og sortere data likt, men sammen bli enige om hvordan dataene ble systematisert og forstått, i tråd med Graneheim og Lundman (2004).

Masteroppgaven bygger på transkriberinger og intervjuer gjort av en annen, og kan by på flere utfordringer med hensyn til analysearbeidet. Først og fremst vil gyldigheten av vår analyse være avhengig av at kvaliteten på intervjuene og transkriberingen var av tilstrekkelig kvalitet. Videre representerer datainnsamling og transkriberinger utført av en annen, en potensiell risiko for at vi har mistet noe av helheten i intervjuene, da intervjuet i seg selv kan forstås som en interaktiv prosess mellom forskeren og intervjuobjektet i en gitt kontekst (Tjora, 2021, s. 213-214). At vi ikke fikk mulighet til å lytte til intervjuene kan ha ført til tap av viktig kontekstuell informasjon, og påvirket vår tolkninger eller begrenset vår forståelse av helsesykepleiernes beskrivelser. På samme tid har det vært nyttig å lese tilleggsnotater som ble tatt i etterkant av intervjuene, hvor en større del av konteksten ble beskrevet. Muligheten til å kontakte Midtsund for oppklaringer rundt tvetydigheter og få en større forståelse av hvordan det var å holde intervjuet, har vært en fordel.

At datainnsamlingen ikke ble gjort av oss, kan også ha påvirket vår forståelse og tolkning. Intervjueren var en erfaren helsesykepleier, og hadde følgelig med seg sin egen forforståelse inn i intervjusituasjonen, som kan ha påvirket eksempelvis

oppfølgingsspørsmål. Ingen av studiens forfattere hadde arbeidserfaring fra helsestasjonen, annet enn 10 uker praksisperiode, da analysen ble gjennomført. Begge hadde flere års erfaring med barn og familier på sykehus, men ikke direkte erfaringer med voldsforebyggende arbeid. Dette kan ha påvirket vår analyse i form av at vi hadde lite kunnskap om forebygging av vold på forhånd, og dermed muligens har oversett nyanser. Samtidig kan dette ha bidratt til at vi har gått inn i dataene med en mer åpen tilnærming enn om vi selv hadde hatt mye praktisk erfaring på feltet.

En siste utfordring ved å gjøre en sekundær dataanalyse er at vi har hatt lite mulighet til å tilpasse datainnsamlingen, eksempelvis ved å stille oppfølgingsspørsmål med tanke på vårt forebyggende fokus. Vi visste i liten grad om dataene var tilstrekkelige til å besvare forskningsspørsmålet, til tross for at vi på forhånd var forespeilet rike data. Denne usikkerheten kunne vært redusert hvis vi hadde utarbeidet intervjuguiden og gjennomført intervjuene selv. Dersom intervjuguiden var rettet kun mot forebygging, kunne vi muligens fått mer detaljinformasjon om det forebyggende arbeidet. Dette kunne eksempelvis vært rundt samarbeidet med jordmødre og barnehager, eller mer konkrete beskrivelser omkring forebygging av de ulike formene for vold. Samtidig er det lite sannsynlig at vi hadde vært i stand til å samle tilsvarende mengde data med den demografiske bredden utvalget besto av, til vår masteroppgave. Å benytte ferdig transkriberte data har i så måte vært tidsbesparende og har muliggjort en grundig analyse. Hensikten med denne studien tilsvarte i stor grad hensikten som lå bak genereringen av de opprinnelige dataene, og er en styrke med tanke på relevansen til utvalget, datainnsamlingsmetoden og datamengden til Midtsund.

Bredden og dybden i dataene medførte nødvendige begrensninger og avgrensninger både før og underveis i analyseprosessen. Eksempelvis ble det bestemt å velge bort fokus på indikativ forebygging. Det ble også valgt bort å ha fokus på helsesykepleiernes samarbeidspartnere, da vi vurderte dette som mer aktuelt når man er bekymret for pågående vold eller det er avdekket store utfordringer i familier. Samtidig ble samarbeidspartnere i hovedsak kun nevnt i intervjuene, og hvordan det forebyggende samarbeidet fungerte ble ikke utdypet.

Ovennevnte avgrensninger medførte at vi ikke fikk utforsket alle aspekter ved det voldsforebyggende arbeidet på helsestasjonen, og er en svakhet ved oppgaven.

5.5 Overførbarhet og relevans

Studien har belyst hvordan helsesykepleierne jobber forebyggende med vold fra første møte med foreldrene, gjennom støtte, veiledning og oppfølging, med mål om å styrke foreldrene i deres omsorgsrolle. Videre belyser funnene at arbeidet krever kompetanse, erfaring og trygghet for å ha mot til, og klare å stå i det voldsforebyggende arbeidet. Studien legger frem styrker og forbedringspotensial ved dagens praksis, og kan gi helsesykepleiere og beslutningstakere bedre innsikt omkring hensiktsmessige måter å jobbe med forebygging av vold. Studiens funn er først og fremst overførbare til helsesykepleiere som jobber på helsestasjonen. Deler av funnene er muligens overførbare til helsesykepleiere i skolehelsetjenesten, da det voldsforebyggende arbeidet handler om å tørre å tematisere vold, uavhengig av barnets alder. Det er rimelig å anta at erfaringene omkring betydningen av tillit og relasjon, samt erfaring og trygghet i rollen, er like viktig i skolehelsetjenesten. Funnene er også relevante overfor ledere ved helsestasjoner, ved å belyse viktigheten av å tilrettelegge for veiledning og å prioritere kompetanseheving. Samtidig er behovet for strukturering av det voldsforebyggende arbeidet trukket frem som sentralt. Tydelige prosedyrer kan redusere tilfeldigheter og mistenkeliggjøring av foreldre, og samlet sett bidra til mer effektiv voldsforebygging. Studien peker mot et behov for tydeligere retningslinjer for når og hvordan det forebyggende arbeidet skal gjennomføres, samt et behov for mer universelt ressursmateriell. Funnene har videre antydning av et behov for økte ressurser som kan bidra til å sikre tilstrekkelig tid, ansatte og kompetansehevende tiltak, samt veiledningsmuligheter. Å øremerke midler til det voldsforebyggende arbeidet kan føre til at helsestasjoner i større grad blir i stand til å forebygge vold mot små barn.

6. Konklusjon

Voldsforebyggende arbeid er en integrert del av helsestasjonstjenesten og følger helsesykepleierne som et bakteppe i møter med barn og deres familier. Helsesykepleierne har med seg en økologisk forståelse av vold da de kartlegger og vurderer faktorer både hos barnet, foreldre, øvrig nettverk og kulturell bakgrunn. Fokuset er i hovedsak rettet mot mikronivået ved at helsesykepleierne forsøker å styrke og etablere beskyttende faktorer som; positiv foreldrestil, gode samspill, mestringsstrategier, økt foreldrekunnskap og å være en arena for sosial støtte. For å komme i posisjon til å forebygge vold vektlegges relasjonsbygging, tillit, kontinuitet og kommunikasjon. Helsesykepleierne utfører universelle tiltak overfor alle foreldre, men også selektive tiltak i møte med familier med vurdert økt risiko for utøvelse av vold. Arbeidet er omfattende, motiverende og tidvis utfordrende. Spesielt blir det forebyggende arbeidet utfordret av ulik grad av struktur, begrensede ressurser, og behov for tiltak som øker helsesykepleierne trygghet, herunder erfaring, kompetanse og støtte. Videre fremkommer det et behov for mer konkrete felles retningslinjer og universelt ressursmateriale til ulike aldersgrupper.

Gjennom mastergradsprosjektet ble det funnet lite forskningslitteratur om forebyggende samtaler om vold på helsestasjonen, som vitner om et behov for mer forskning på feltet. Samtidig ville forskning på helsesykepleiernes tverrfaglige samarbeid, eksempelvis med barnevernet, barnehage og jordmødre, vært et interessant bidrag til forståelse av hvordan helsesykepleiere forebygger vold mot risikoutsatte barn. Våre funn er sparsomme i henhold til forebygging av seksuell vold mot småbarn, men det kan ikke utelukkes at det gjøres mer enn hva studien har avdekket. Mer forskning på forebygging av seksuell vold kan bidra til større forståelse og eventuelt belyse om helsestasjonen burde og kunne gjort mer. Det fremkommer begrenset effektstudier av tiltak som gjøres, noe som tyder på et behov for flere longitudinelle studier, eksempelvis rundt effekten av relasjonsbygging, i trygge hender og andre universelle tiltak. Dette kan belyse om dagens fremgangsmåter faktisk er voldsforebyggende.

7. Referanser

- Aakvaag, H.F., Thoresen, S. & Øverlien, C. (2016). Vold og overgrep mot barn og unge - definisjoner og typologisering. I C. Øverlien, M-I. Hauge, J-H. Schulz (Red.) *Barn, vold og traumer: møter med barn og unge i utsatte livssituasjoner* (s. 265-280). Universitetsforlaget
- Albaek, A. U., Kinn, L. G., & Milde, A. M. (2018). Walking children through a minefield: How professionals experience adverse childhood experiences. *Qualitative Health Research*, 28(2), 231-244.
<https://doi.org/10.1177/1049732317734828>
- Alfandari, R., Enosh, G., Nouman, H., Dolev, L., & Dascal-Weichhendler, H. (2022). Judgements of physicians, nurses, and social workers regarding suspected Child maltreatment in community health care services. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 4782-4792. <https://doi.org/10.1111/hsc.13885>
- All European Academies. (2019). Europeiske retningslinjer for forskningsintegritet. Hentet 6.Mars 2024 fra:
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/europeiske-retningslinjer-for-forskningsintegritet/>
- Bjørnholt, M (2019). Vold i parforhold - fortsatt et likestillingsproblem. I K. Skjørten, E. Bakketeig, M. Bjørnholt & S. Mossige (Red.), *Vold i nære relasjoner: Forståelse, konsekvenser og tiltak* (s. 33-48) Universitetsforlaget.
<https://doi.org/10.18261/9788215032320-2019-02>
- Braarud, H. C. & Nordanger, D. Ø. (2016). Når vold og overgrep infiltrerer omsorgen for små barn. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s.139-149). Gyldendal.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.

Chen, M., & Chan, K. L. (2016). Effects of parenting programs on child maltreatment prevention: A meta-analysis. *Trauma, violence, & abuse, 17*(1), 88-104.
<https://doi.org/10.1177/1524838014566718>

Clancy, A., & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations: tacit understanding of the importance of relationships. *Primary Health Care Research & Development, 11*(4), 363-373.
<http://dx.doi.org/10.1017/S1463423610000137>

Dale, M. T. G., Aakvaag, H. F., Strøm, I. F., Augusti, E. M. & Skauge, A. D. (2023). *Omfang av vold og overgrep i den norske befolkningen* (NKVTS rapport 1/2023). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.
https://www.nkvts.no/content/uploads/2023/11/NKVTS_Rapport_1_23_Omfang_vold_overgrep.pdf

Danielsen, E.M., Solberg, A., Grøvdal, Y. (2016). *Kommunal helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervjuundersøkelse*. (Rapport 8/2016). NKVTS
https://www.nkvts.no/content/uploads/2016/09/NKVTS_Rapport_8_2016_Kommunale-helse-og-omsorgstjenesters.pdf

Dias, M. S., Smith, K., DeGuehery, K., Mazur, P., Li, V., & Shaffer, M. L. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based, parent education program. *Pediatrics, 115*(4), 470-477.
<https://doi.org/10.1542/peds.2004-1896>

Drageset, S., & Ellingsen, S. (2010). Å skape data fra kvalitativt forskningsintervju. *Sykepleien forskning, 5*(4), 332-335.
<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2011.0027>

Eckenrode, J., Campa, M. I., Morris, P. A., Henderson Jr, C. R., Bolger, K. E., Kitzman, H., & Olds, D. L. (2017). The prevention of child maltreatment through the nurse family partnership program: Mediating effects in a long-term

- follow-up study. *Child maltreatment*, 22(2), 92-99.
<https://doi.org/10.1177/1077559516685185>
- Engen, H.S. (2022, 15. Februar) *Foreldres erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet «I trygge hender» på helsestasjonen* [Masteroppgave, VID vitenskapelige høyskole]. VID:Open.
<https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/2979131?show=full>
- Forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten. (2018) *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten*. (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning. (2021) *Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning*. (FOR-2021-04-09-1146). Lovdata <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2021-04-09-1146>
- Forskrift om rammeplan for helsesøsterutdanning. (2005). *Forskrift til rammeplan for helsesøsterutdanning*. (FOR-2005-12-01-1381). Lovdata
<https://lovdata.no/dokument/LTI/forskrift/2005-12-01-1381>
- Glavin, K. (2016). Nurse Family Partnership: Teorigrunnlag. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s.425-433). Gyldendal.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse education today*, 24(2), 105-112.
<https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Graneheim, U. H., Lindgren, B. M., & Lundman, B. (2017). Methodological challenges in qualitative content analysis: A discussion paper. *Nurse education today*, 2017(56), 29-34. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.06.002>
- Granone, F., Reikerås, E., Sæbø, J., Solheim, K., Kaltvedt, E., Ree, M., Esmaeeli, S., Furusko-Risa, E. C. & Dybvig-Joner, M. (2022). *Tidlig innsats, tidlig i livet*. FILIORUM, senter for barnehageforskning, Universitet i Stavanger.

<https://www.ks.no/fagomrader/innovasjon/partnerskap-for-radikal-innovasjon/rapport-om-de-1000-forste-dagene-i-et-individs-liv/>

Hafstad, G. S. & Augusti, E.-M. (2019). *Ungdoms erfaring med vold og overgrep i oppveksten: en nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12-16 år* (NKVTS Rapport nr. 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf

Hagen, J.E. (2022, 2.November) *I trygge hender - et godt samtaleverktøy? : En kvalitativ studie om helsesykepleierens erfaringer knyttet til bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender» for å forebygge vold mot sped- og småbarn* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet]. UiT Munin. <https://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/32142/thesis.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

Hansen, M. B. & Holme, H. (2016). Helsestasjon i møte med barnemishandling. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: barns psykiske helse og utvikling* (s. 151-158). Gyldendal.

Helsedirektoratet. (2015). *Trivsel i skolen* (Rapport IS-2345). Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/trivsel-i-skolen/Trivsel%20i%20skolen.pdf/> /attachment/inline/9e76ad2b-14eb-4c5f-bf8b-e157f5efcc06:176ea3b766b3d06407dbd9395c3b1776682c5ab7/Trivsel%20i%20skolen.pdf

Helsedirektoratet. (2019a, 11.november). *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Vold, overgrep og omsorgssvikt: helsestasjonen skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#vold-overgrep-og-omsorgssvikt-helsestasjonen-skal-bidra-til-a-avverge-og-avdekke-vold-overgrep-og-omsorgssvikt>

Helsedirektoratet. (2019b, 11.november). *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Foreldreveiledningsprogrammer: Helsestasjonen kan tilby universelle, primærforebyggende foreldreveiledningsprogrammer.* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#foreldreveiledningsprogrammer-helsestasjon-kan-tilby-universelle-primærforebyggende-foreldreveiledningsprogrammer>

Helsedirektoratet. (2019c, 11.November) *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helsestasjon 0-5 år: Seksuell utvikling: Foreldre bør få veiledning om barns naturlige seksuelle utvikling.* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#seksuell-utvikling-foreldre-bor-fa-veiledning-om-barns-naturlige-seksuelle-utvikling-begrunnelse>

Helsedirektoratet. (2019d, 11.November) *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Fellesdel: Ledelse, styring og brukermedvirkning. Kompetanse: Ledelsen skal sikre tilstrekkelig fagkompetanse i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom.* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-ledelse-styring-og-brukermedvirkning#kompetanse-ledelsen-skal-sikre-tilstrekkelig-fagkompetanse-i-helsestasjon-skolehelsetjeneste-og-helsestasjon-for-ungdom>

Helsedirektoratet. (2019e, 11.November). *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Helsestasjon 0-5 år: Samspill: Foreldre bør få veiledning om samspill i alle konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet.* Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og->

[skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#samspill-foreldre-bor-fa-veiledning-om-samspill-i-alle-konsultasjoner-i-helsestasjonsprogrammet](#)

Helsedirektoratet. (2022, 10. Mai) *Nasjonalfaglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten. Helsestasjonsprogrammet: Alle barn 0–5 år bør få tilbud om regelmessige konsultasjoner på helsestasjonen.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#helsestasjonsprogrammet-alle-barn-05-ar-bor-fa-tilbud-om-regelmessige-konsultasjoner-pa-helsestasjonen>

Helsenorge. (2023, 28. august). *Hjelpetilbud i kommunene: Helsestasjon for barn 0-5 år.* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/hjelpetilbud-i-kommunene/helsestasjon-0-5-ar/>

Helsenorge. (2021, 21. Juni. 2021). *Vold og overgrep mot barn og unge.* Helsenorge. <https://www.helsenorge.no/psykisk-helse/vold-og-overgrep-mot-barn-og-unge/>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Henriksen, L., Garnweidner-Holme, L., Thorsteinsen, K. & Lukasse, M. (2017) 'It is a difficult topic' – a qualitative study of midwives' experiences with routine antenatal enquiry for intimate partner violence. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(165), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1352-2>

Hestevik, C. H., Steiro, A., Smedslund, G. & Harboe, I. (2020) *Norsk forskning om forebyggende tiltak og hjelpetiltak mot vold i nære relasjoner: Et forskningskart.* (Rapport 2020). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2020/norsk-forskning-om-forebyggende-tiltak-og-hjelpetiltak-mot-vold-i-nare-rela/>

Hirsch, E. H. V. (2022, 21. juni. 2022). *Sterk oppgang i helseutgiftene i 2021.* Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og->

[konjunkturer/nasjonalregnskap/statistikk/helseregnskap/artikler/sterk-oppgang-i-helseutgiftene-i-2021](#)

Hjälmhult, E. (2016). Hjemmebesøk som metode: innledning. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s.413-421). Gyldendal.

Hjälmhult, E. (2009). Skal helsesøster tilby hjemmebesøk til alle foreldre med nyfødt barn? *Sykepleien forskning*, 4(1), 18-26.

<https://doi.org/10.4220/sykepleienf.2009.0018>

Horn, E. & Dalin, A.L (u.å) *Språk 4: Brukerveiledning* [Brosjyre].

Hsieh, H. F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277-1288.

<https://doi.org/10.1177/1049732305276687>

Johansen, M. M. (2020, 5.Mai). *Foreldres opplevelse av å samtale om vold og overgrep* [Masteroppgave, UiT Norges arktiske universitet] UiT Munin.

<https://munin.uit.no/handle/10037/25009>

Justis- og beredskapsdepartementet (2021). *Frihet fra vold*. Justis- og beredskapsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/9c4fb648c66c4c1eb2e58f645eb870b8/209755-jd-frihetfravold-web.pdf>

Killén, K. (2012) *Sveket 1 : Barn i risiko- og omsorgssituasjoner* (4.utgave). Kommuneforlaget AS.

Kripos (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Politiet.

<https://www.politiet.no/globalassets/tall-og-fakta/vold/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>

Kruse, A.E. & Bergman, S. (2014) *Jeg kan jo ikke kalle det noe annet enn vold: En forskningsoversikt og intervjustudie om mødres vold mot barn (nr.4/2014)*.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress.

<https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/jeg-kan-jo-ikke-kalle-det-noe-annet-enn-vold.pdf>

- Kvarme, L. G. (2016). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I K. Glavin, S. Helseth & L. G. Kvarme (Red.), *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (s. 28-34). Akribe.
- Kvello, Ø. (2022). *Barn i risiko: skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* (3. utg.). Universitetsforlaget.
- Midtsund, A. D., Garnweidner-Holme, L., Valla, L., Lukasse, M., & Henriksen, L. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in primary care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4660-4671. <https://doi.org/10.1111/jan.15761>
- Mikton, C., & Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(5), 353–361. <https://doi.org/10.2471/blt.08.057075>
- Miller, T. R. (2015). Projected outcomes of nurse-family partnership home visitation during 1996–2013, USA. *Prevention Science*, 16(6), 765-777. <https://doi.org/10.1007%2Fs11121-015-0572-9>
- Moen, L. H., Bergman, S. & Øverlien, C. (2018). *Forebyggende tiltak mot vold i nære relasjoner* (nr.2/2018). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/forebyggende-tiltak-mot-vold-i-naere-relasjoner-kartlegging-av-kunnskap-for-veien-videre/>
- Myhre, M. C. (2018). Vold, overgrep og omsorgssvikt. I N. Misvær & P. Lagerløv (Red.), *Håndbok for helsestasjoner* (4. utg., s. 301-318). Kommuneforlaget.
- Mæland, J. G. (2021). *Forebyggende helsearbeid: Folkehelsearbeid i teori og praksis* (5. utg.). Universitetsforlaget.
- Negash, T., & Maguire-Jack, K. (2016). Do social services matter for child maltreatment prevention?: Interactions between social support and parent's

- knowledge of available local social services. *Journal of Family Violence*, 2016(31), 557-565. <https://doi.org/10.1007/s10896-015-9788-5>
- Nimborg, J., Lindskog, U., Nordgren, L. & Annerbäck, E.-M. (2022). Routine conversations about violence conducted in Swedish child health services - A mixed methods study of nurses' experiences. *Acta Paediatrica nurturing the child* 2023, 112(3), 442-451. <https://doi.org/10.1111/apa.16355>
- Norges institusjon for menneskerettigheter (2022). *Rapport: Barns rett til beskyttelse mot vold, overgrep og omsorgssvikt*. Norges institusjon for menneskerettigheter. <https://www.nhri.no/rapport/vold-og-overgrep/>
- Norsk sykepleierforbund. (2023. mai). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Norsk sykepleierforbund. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer-sykepleiere>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å). *I trygge hender*. Norsk sykepleierforbund. Hentet 20.Mars 2024 fra: <https://www.nsf.no/fg/helsesykepleiere/i-trygge-hender-0>
- Lassemo, E. & Melby, L. (2020). *Helsesykepleiere i helsestasjon og skolehelsetjenesten: status utvikling og behov* (SINTEF Rapport 2020:01346) https://www.sintef.no/globalassets/sintef-digital/helse/2020_01346_rapport-part-1---signert.pdf
- Lindberg, A & Hvatum, I. (2016). Møte med helsestasjonen - foreldre som aktive deltakere. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s.289-297). Gyldendal.
- Lines, L., Grant, J., & Hutton, A. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A Scoping Review. *Journal of pediatric nursing*, 2018(43), 75–84. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>
- Lines, L. E., Kakyo, T. A., Grant, J. M., & Hutton, A. (2024). 'We aren't valued for who we are': Australian nurses' and midwives' perceptions of challenges and

- barriers to safeguarding children. 2024 (in press, publisert på nett 7.Mars 2024) *Journal of Pediatric Nursing*. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.03.002>
- Limbodal, L., Lunner, R., Larsen, A. S., & Valla, L. (2018). Slik kan helsesøstre hjelpe foreldre til bedre samspill med barnet. *Sykepleien forskning*, 106(70336), Artikkel e70336. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70336>
- Lindegren, B-M., Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2020). Abstraction and interpretation during the qualitative content analysis process. *International journal of nursing studies*, 108(103632), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103632>
- Luff, D., Martin Jr., E.B., Mills, K., Mazzola, N.M., Bell, S.K. & Meyer, E.C. (2016). Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Education and Counseling*, 99(9), 1461-1466. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.06.017>
- Oslo kommune (u.å) *Helsestasjon for barn 0-5 år*. <https://www.oslo.kommune.no/helse-og-omsorg/helsetjenester/helsestasjon-og-vaksine/helsestasjon-for-barn-0-5-ar/#gref>
- Oslo Met (2024, 6.Mars) *Lagring*. Oslo Met. <https://ansatt.oslomet.no/lagring>
- Pedersen, S., Johansen, P. F. F., Hanno, I. L. V., Myrvol, T. & Stokke, O. M. (2023). *Samfunnskostnader av vold i nære relasjoner* (Nr. 15/2023). Menon Economics. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-samfunnsokonomisk-analyse-av-kostandene-ved-vold-i-nare-relasjoner/id2965015/>
- Prop. 12 S (2016-2017) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)*. Det kongelige barne- og likestillingsdepartement. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-12-s-20162017/id2517407/>
- Prop. 36 S (2023-2024) *Opptrappingsplan mot vold og overgrep mot barn og vold i nære relasjoner (2024-2028): Trygghet for alle*. Det kongelige justis- og beredskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-36-s-20232024/id3018905/>

- Reneflot, A., Stene-Larsen, K. & Myklestad, I. (2020). *Folkehelse rapporten: Vold og seksuelle overgrep*. Folkehelseinstituttet.
<https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/skader/vold/?term=#cdfbbd8b-ddbd-4b50-96c9-e05a4a1e848f-2>
- Røsand, G-M. B. (2016). Parforholdets betydning for psykisk helse hos voksne og barn. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s.99-109). Gyldendal.
- Sandvik, B. M., Dybdahl, R., & Hauge, S. (2018). Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis. *Sykepleien forskning*, 13(71217), Artikkel e71217. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2018.71217>
- Schols, M. W. A., de Ruiters, C. & Ory, F. G. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A 21 qualitative study. *BMC Public Health*, 13(1), 1-16.
<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-807>
- Sethi, D., Bellis, M., Hughes, K., Gilbert, R., Mitis, F., & Galea, G. (2013). *European report on preventing child maltreatment*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/326375>
- Skilbrei, M-L. (2019) *Kvalitative metoder: Planlegging, gjennomføring og etisk refleksjon*. Fagbokforlaget
- Strand, J. (2018). Helsepsykiatere må våge å spørre om vold og overgrep. *Sykepleien forskning*, 106(72233), Artikkel e72233.
<https://doi.org/10.4220/Sykepleienn.2018.72233>
- Tetzchner, S. V. (2020). *Utviklingspsykologi* (2.utg.). Gyldendal.
- Tjora, A. (2021) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4.utgave). Gyldendal
- Toreid, H. E., & Sveaas, K. K. (2021). Barns helse: Hvilken betydning har foreldreveiledning? *Sykepleien forskning*, 109(83767), Artikkel e83767.
[Doi:10.4220/Sykepleiens.2021.83767](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2021.83767)

Valla, L. & Olavesen, E. S. (2016). Bruk av kartleggingsmetoder i helsestasjonstjenesten. I H. Holme, E. S. Olavesen, L. Valla & M. B. Hansen (Red.), *Helsestasjonstjenesten: Barns psykiske helse og utvikling* (s. 385-396). Gyldendal.

World Health Organization (2015) *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020*. World Health Organization. Regional Office for Europe <https://iris.who.int/handle/10665/350142>

World Health Organization (2022, 19. september). *Child maltreatment*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Yaholkoski, A., Hurl, K., & Theule, J. (2016). Efficacy of the circle of security intervention: a meta-analysis. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 15(2), 95-103. <https://doi.org/10.1080/15289168.2016.1163161>

Younas, F. & Gutman, L.M. (2022) Parental Risk and Protective Factors in Child Maltreatment: Systematisk Review of the Evidence. *Trauma, Violence & Abuse* 24(5), 3697-3714. <https://doi.org/10.1177/15248380221134634>