

# **Høgskolen i Innlandet**

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Ricke Brandmo

Kandidatnummer 102

## **Masteroppgave**

### **Helsesykepleieres erfaring med voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen**

The experiences of public health nurses, gained to  
their work with violence prevention at the health  
center for children

Master i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier

TBU4901

**2024**

Ricke Brandmo

# «Helsesykepleieres erfaring med voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen»

Erfaringer fra voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen.

Masteroppgave i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier

Veileder: Agneta Anderzén-Carlsson

Mai 2024

Høgskolen i Innlandet

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Institutt for sosialvitenskap og veiledning



**Høgskolen  
i Innlandet**

## Sammendrag

Tema for denne masterstudien er «Voldsforebygging i helsestasjonen». Jeg ønsket å se på helsesykepleieres egne erfaringer med denne jobben og har brukt kvalitativ forskning og semistrukturerte intervju som metode. Utvalget var seks helsesykepleiere og dataene ble analysert med systematisk tekstkondensering. Studiens problemstilling er å belyse hvilke erfaringer helsesykepleiere har gjort seg med å jobbe voldsforebyggende i helsestasjonen. Forskningsspørsmålene vil kartlegge hva helsesykepleierne oppgir som verdifullt i dette forebyggende arbeidet, men også hva de tenker kan være utfordrende. Videre ser jeg på om helsesykepleierne selv mener at de har god nok kompetanse til å utføre denne jobben og om de har noe støttende nettverk på arbeidsplassen sin, om de synes at jobben blir vanskelig?

Resultatene viser at helsesykepleierne var samstemte i at de hadde en verdifull og samfunnsmessig viktig jobb. Det mest verdifulle var å få være med å forebygge at barn blir utsatt for vold. De syntes likevel det var utfordrende å finne mot til å stille de direkte spørsmålene om vold, spesielt der antakelsene om vold var diffuse. Generelt syntes de det var vanskelig å ikke avdekke flere voldshendelser. De ønsket seg derfor mer kunnskap om vold og høyere kompetanse til å snakke med barn og foreldre om dette. De etterlyste også muligheter til å henvise familiene videre til andre instanser, dersom det var behov for det.

Det var viktig for helsesykepleierne at de kunne formidle til foreldrene at de ikke jobbet voldsforebyggende fordi de mistenkte at akkurat de foreldrene var voldelige. Til dette trengte de gode, forebyggende verktøy. Helsesykepleierne var likevel redde for å bryte tillitten de hadde hos foreldrene, dersom de måtte sende bekymringsmelding til Barneverntjenesten.

Videre kom det frem at helsestasjonene er ulikt organisert og at de ønsket seg mer like ordninger, på tvers av kommunene. De ga uttrykk for at de hadde for mange arbeidsoppgaver, og fortalte at de ikke hadde mulighet til å komme gjennom alle oppgavene. Det ble da litt tilfeldig hvordan oppgavene ble prioritert. Det voldsforebyggende arbeidet måtte i flere tilfeller da vike for de mer ordinære helsestasjonsoppgavene som amme- og søvnveiledning, hørselstester eller utredning av språk. Flere helsesykepleiere mente at kompetansen de fikk gjennom utdanningen sin, ikke ga kompetanse nok til å jobbe voldsforebyggende i helsestasjonen. Dette mente de man måtte lære i arbeidspraksis, gjennom kursing eller ekstra utdanninger. Samtlige var fornøyde med den støtten de daglig fikk gjennom sine kollegaer. De fleste hadde også faste veiledningspunkt for helsesykepleierne, noe de var fornøyde med.

## Forord

Da var jeg altså ved veis ende med denne masteroppgaven i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier. Det kjennes som det er veldig kort tid, men også lenge siden jeg møtte til første dag ved Høyskolen på Lillehammer. Vi var kun fire helsesykepleierstudenter som ble tatt opp gjennom helsefaglig studieretning. Deler av undervisningen hadde vi sammen med andre, blant innovasjons-studenter. En spennende sammensetning i klasserommet. Det jeg likevel er mest takknemlig for, er at vi fikk gjennomføre vårt studieløp, selv om vi var så få. Ett semester var vi kun to studenter, men hadde likevel undervisning med egen foreleser. Snakk om privatundervisning! Jeg vil derfor rette en stor takk til Høyskolen Innlandet for at de brukte så mye ressurser på oss, selv da vi var bare to studenter.

Prosessen med å skrive en masteroppgave har vært krevende, tatt mye tid og til tider vært ganske ensom. Ensomt har det også vært for familien, når mor har forsvunnet inn i sin «master-verden». Men det har likevel vært spennende og lærerik, og jeg er virkelig glad for at jeg tok denne utdanningen. Det jeg har lært i prosessen vil jeg ta med meg videre, når jeg må jobbe strukturert og fokusert over lengre tid for å nå et mål. Jeg har byttet jobb underveis i arbeidet. Da jeg startet studiet ledet jeg en Helsestasjons- og skolehelsetjeneste. Tverrfaglig arbeid var da høyst aktuelt, da vi samarbeidet mye med andre, til det beste for barn og unge. Nå har jeg byttet jobb til et Sped- og småbarnsteam ved BUP. Der jobber vi enda mer tverrfaglig i hverdagen og denne masteren har føltes veldig aktuell for arbeidshverdagen min. Jeg kjenner meg også litt solt, når jeg kan si at jeg har en master i tverrfaglig arbeid.

Jeg vil rette en stor takk til min veileder Agneta Anderzén-Carlsson, som har vært på tilbudssiden og gitt meg flere veiledningstimer enn det jeg har hatt rett på. Du har alltid møtt meg på en vennlig måte, stilt gode spørsmål og ledet meg gjennom prosessen. Jeg vil også takke de seks dyktige helsesykepleierne som deltok i undersøkelsen. Uten deres opplevelser og bidrag, ville jeg ikke hatt en oppgave å skrive. Så vil jeg takke de som har fulgt meg på veien og som mer eller mindre frivillig, har måttet lytte når jeg engasjert har fortalt om arbeidet mitt. Dette gjelder både ved ny og gammel arbeidsplass, mine ledere, men også mine venner. Den største takken går likevel til de hjemme, som har ventet tålmodig på denne dag! Min mamma og min mann Rune, for at de har hørt på alle mine frustrasjoner, og mine herlige barn Emma, Erik, Elias og Noel. Nå skal vi få tid til å være sammen!

Kristiansand – Mai 2024

Ricke Brandmo



## Innholdsfortegnelse

Kapittel 1: Innledning .....	1
1.1 Presentasjon av tema .....	1
1.2 Problemstilling .....	3
1.2.1 Forskningsspørsmål.....	3
1.3 Avgrensing av oppgaven.....	3
1.4 Egen forforståelse .....	4
1.5 Relevante områder og begreper .....	5
1.5.1 Helseesykepleiers mandat .....	5
1.5.2 Vold i nære relasjoner .....	6
1.5.3 Forebyggende arbeid .....	6
1.5.4 Tverrfaglig arbeid .....	7
1.5.5 Opptappingsplan mot vold og overgrep, 2017 – 2021 .....	7
1.5.6 FNs Barnekonvensjon.....	8
1.6 Oppgavens oppbygning.....	9
Kapittel 2: Kunnskapsstatus .....	10
2.1 Relevant og aktuell forskningslitteratur .....	10
2.2 Egen forskning som bidrag til forskningsfeltet.....	16
Kapittel 3: Teoretisk rammeverk .....	17
3.1 Vold og voldsforebygging.....	17
3.2 Relasjonskompetanse.....	18
3.2.1 Tillit.....	19
3.2.2 Relasjonelt mot.....	19
3.2.3 Avhengighet .....	19
3.2.4 Dialogen i den vanskelige samtalen .....	20
3.3 Utviklingsstøttende kommunikasjon .....	20
3.4 Maktubalanse .....	21
3.5 Arnold Sameroffs transaksjonsmodell .....	21
3.6 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell .....	22
Kapittel 4: Metode .....	25
4.1 Kvalitativ forskningsmetode .....	25
4.2 Vitenskapsteoretisk ståsted .....	26

4.2.1 Fenomenologi.....	26
4.2.2 Hermeneutikk.....	27
4.3 Utvalg og gjennomføring.....	28
4.4 Semistrukturert intervju.....	30
4.5 Transkribering .....	31
4.6 Tematisk analyse.....	31
4.6.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer.....	32
4.6.2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige koder til koder og sortering.....	32
4.6.3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold .....	33
4.7 Forskeren som fortolker .....	34
4.8 Reliabilitet og validitet.....	35
4.9 Forskningsetiske retningslinjer .....	35
4.10 Styrker og svakheter i arbeidet.....	36
Kapittel 5: Diskusjon av funn .....	39
5.1 Vanskelig tema .....	39
5.1.1 Mot til å spørre .....	39
5.1.2 Reaksjoner fra foreldrene .....	44
5.1.3 Kompetanse .....	48
5.1.4 Veiledning og kollegastøtte.....	53
5.2 Varierende struktur .....	55
5.2.1 Mangel på struktur .....	55
5.2.2 Kompetansemiljø og andre kommuner .....	59
5.2.3 «I trygge hender» .....	60
5.3 Voldsforebygging – Én av mange arbeidsoppgaver.....	63
5.3.1 Nasjonale retningslinjer .....	64
5.3.2 For mange arbeidsoppgaver?.....	66
5.4 Verdifull jobb .....	69
5.4.1 Formidle mestring og være en hjelper.....	70
5.4.2 Forebygge vold mot barn.....	71
5.5 Behov for videre forskning .....	72
Kapittel 6: Konklusjon.....	74

# Kapittel 1: Innledning

De aller fleste nybakte foreldre tar med seg babyen sin til kontroller ved helsestasjonen. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten, også kalt Helsesykepleiertjenesten, er en lovpålagt kommunal helsetjeneste (Lovdata, 1997). Her utfører helsesykepleier arbeidet sitt etter den nasjonale faglige retningslinjen "Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom» (Helsedirektoratet, 2023). Helsesykepleiere er sykepleiere med spesialistutdanning for å kunne jobbe forebyggende og helsefremmende med barn og unge, 0 – 20 år. Tjenesten er en lavterskel populasjonstjeneste og tilbyr regelmessige og standardiserte konsultasjoner for å forebygge, avdekke eller avverge barn og unge som er i risiko for utviklingsavvik, mistrivsel, overgrep, vold og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2023).

Positiv samhandling med våre nærmeste er viktig for oss alle, men spesielt viktig for barn som er helt avhengige av at foreldrene behandler de på en omsorgsfull måte. Vold mot barn er et alvorlig samfunnsproblem og kan være med på å forstyrre deres utvikling, deres selvbilde og deres evne til å stole på andre mennesker (Politiet, 2019).

## 1.1 Presentasjon av tema

Hvert år utsettes sped- og småbarn i Norge for vold i nære relasjoner, ofte i eget hjem. De som skulle være deres nærmeste og tryggeste omsorgspersoner, blir i stedet de som utsetter barna for størst fare. I rapporten «Alvorlig vold mot små barn» (Politiet, 2019) har Kripos gått gjennom 90 straffesaker fra 2015 – 2018, som omhandler alvorlig vold mot små barn under fire år. Kripos hevder at dette er en type vold som er vanskelig å forebygge, avdekke og etterforske, da volden ofte skjer i eget hjem, uten vitner til stede. De yngste barna har også begrensede språkferdigheter, og derfor liten eller ingen mulighet til å fortelle trygge voksne hva som har hendt dem. Over halvparten av barna i rapporten var under fem måneder da volden ble oppdaget. En fjerdedel av barna var under to måneder (Politiet, 2019).

I barnets første leveår er helsestasjonen den eneste offentlige instansen og helsesykepleier den eneste fagpersonen som systematisk og regelmessig observerer barnets helse og utvikling, og som jevnlig har kontakt med barnets omsorgspersoner. Dette gir både unike muligheter og et særskilt ansvar for å avdekke og avverge vold og omsorgssvikt mot de aller yngste barna. I 2023 hadde 97, 8 % av alle spedbarn i Norge vært til helseundersøkelse på helsestasjonen



innen åttende leveuke (SSB, 2024). Dette gjør Helsestasjonen til en mye brukt helsetjeneste, hvor de aller fleste barn får sine undersøkelser av helsepersonell. Helsestasjonsarbeidet består av 14 faste konsultasjoner, beskrevet i «Helsestasjonsprogrammet 0 – 5 år» (Helsedirektoratet, 2022b). I Helsestasjonsprogrammet er det presisert at helsesykepleier skal observere tegn til vold, overgrep eller omsorgssvikt ved alle konsultasjoner. Ved samtlige konsultasjoner, bort sett fra ved seks uker, står det også at helsesykepleier skal gi foreldreveiledning eller helseopplysning om vold, overgrep og omsorgssvikt eller om samspill med barnet (Helsedirektoratet, 2022b).

Foreldrenes samspill med barnet og barnets tilknytning til foreldrene, er vesentlig i forebygging av vold. Tømmerås og Kjøbli (2022) viser til intervensjoner hvor man trener foreldre til å gi sensitive responser, også i stressede situasjoner, slik at de greier å følge barnets initiativ og ikke opptre skremmende i samspill med barnet sitt. De sier også at sensitivitet og oppmerksomt nærvær er viktig for å fremme trygg tilknytning hos barnet og for å fremme barnets reguleringsevne i stressede situasjoner (Tømmerås & Kjøbli, 2022). Noen foreldre er følelsesmessig og psykisk voldelig mot barna sine, noe som ifølge psykolog Elena Sanz (2022) kan gjøre stor skade for et barns utvikling, med konsekvenser langt inn i det voksne liv. Dette er vold som ikke er lett for utenforstående å oppdage, men som er like skadelig som å bli utsatt for fysisk vold (Sanz, 2022). Tømmerås og Kjøbli (2022) hevder også at det ofte er fokus på tilknytning i intervensjoner for barn, da man ser at det er en sammenheng mellom miljøet innad i familier, tilknytningsvansker og psykiske vansker hos barn og unge. Forebygging og intervensjon for å forhindre at barn utsettes for vold, overgrep og omsorgssvikt er nødvendig for at helsestasjonen skal kunne oppfylle formål i tjenesten; å fremme psykisk og fysisk helse, fremme gode sosiale og miljømessige forhold, samt forebygge sykdommer og skader (Helsedirektoratet, 2023). Dette er et stort ansvar som krever høy kompetanse fra de som jobber i helsestasjonen. Men hvordan oppleves dette arbeidet for helsesykepleieren selv? Vold mot barn er et alvorlig tema som det kanskje kan være vanskelig å forestille seg at skjer. Ved å være helsepersonell i den eneste tjenesten som ser barnet jevnlig, i de første og avgjørende årene av barnets liv, kan muligens oppleves overveldende.

## 1.2 Problemstilling

Det jeg ønsker å finne ut av i denne oppgaven, er hvilken erfaring helsesykepleier har gjort seg i forhold til forebygging av vold mot de minste barna. Jeg har derfor utarbeidet følgende problemstilling:

***Hvilke erfaringer har helsesykepleiere gjort seg i arbeidet med  
voldsforebygging på helsestasjonen?***

### 1.2.1 Forskningsspørsmål

Jeg ønsker å finne mer ut av hva helsesykepleierne oppgir som verdifullt i dette forebyggende arbeidet, men også hva de tenker kan være utfordrende. Synes helsesykepleierne selv at de har god nok kompetanse til å utføre denne viktige jobben? Og har de et støttende nettverk på arbeidsplassen sin, om de synes at dette blir vanskelig? Dette vil jeg se mer på i denne oppgaven.

## 1.3 Avgrensning av oppgaven

Ved årsskiftet til 2019 gikk tittelen Helsesøster over til Helsesykepleier. Dette hadde vært jobbet med i mange år, da man både ønsket en kjønnsnøytral tittel for å rekruttere flere menn til yrket, men også for å gi en bedre assosiasjon til fagkompetansen helsesykepleier innehar (Helsedirektoratet, 2019a). Jeg vil i denne oppgaven bruke tittelen Helsesykepleier, selv om Helsesøster er brukt i forskning og teori, skrevet før 2019. Selv om man nå har fått flere menn i yrket, vil jeg også bruke «hun» når jeg omtaler helsesykepleieren. For å få bedre flyt i språket vil jeg kalle informantene mine både for informanter og for helsesykepleiere.

En helsesykepleier ansatt i Helsesykepleiertjenesten kan jobbe både i helsestasjon, skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, i flyktningehelsetjeneste eller de kan jobbe med smittevern. Når jeg omtaler helsesykepleier i denne oppgaven, henviser jeg til helsesykepleiere ansatt i helsestasjonen, hvor de jobber med barn fra nyfødt til fem år.

Barn vokser opp i forskjellige familier og i forskjellige omsorgssituasjoner. Noen bor i omsorgsinstitusjoner, noen bor hos biologiske foreldre og andre bor i delte hjem med

steforeldre eller andre. Barnets foresatte vil i denne oppgaven bli omtalt som foreldre, selv om vi vet at ikke alle barn vokser opp hos egne biologiske foreldre.

I enkelte land er det mer vanlig å bruke oppdragervold, enn det det er i Norge. Jeg vil i denne oppgaven ikke gå spesifikt inn på dette, eller snakke om foreldreveiledning spesielt utviklet for foreldre av andre nasjonaliteter. Jeg vil skrive om foreldre, uavhengig av hvilket land eller kultur de kommer fra.

## 1.4 Egen forforståelse

Jeg var ferdig utdannet helsesykepleier i 2008 og har siden jobbet i alle delene av helsesykepleierfaget. Helsestasjonsarbeidet har likevel alltid stått mitt hjerte nærmest og jeg er opptatt av at babyen skal få en god og trygg tilknytning til foreldrene sine. Dette er vesentlig i barnets videre utvikling. Jeg har over flere år også vært leder i en Helsestasjons- og skolehelsetjeneste og da blitt opptatt av helsesykepleiernes arbeidsvilkår. Jeg hadde derfor lyst til å vinkle denne oppgaven, slik at jeg kunne se på helsesykepleiernes egen opplevelse av å jobbe voldsforebyggende på helsestasjonen.

Når jeg som helsesykepleier intervjuer andre helsesykepleiere, er det en fare for at min forforståelse fører til at jeg ikke stiller nok oppfølgingsspørsmål i intervjuene. Dette fordi vi kanskje bruker samme begreper og kjenner til felles fagterminologi, uten å tenke på at disse begrepene kanskje ikke brukes eller forstås av andre. Det er viktig å være dette bevisst, slik at jeg stiller nok oppfølgingsspørsmål til å få frem det helsesykepleierne ønsker å si. Også i analysearbeidet kan egen forforståelse komme i veien for informantenes budskap, dersom jeg farges av egne erfaringer og dermed ikke beskriver disse.

Som helsesykepleier har også jeg jobbet med å forsøke å avdekke hvilke barn som utsettes for eller har blitt utsatt for vold. Jeg har selv opplevd frustrasjonen over å vite at det statistisk sett finnes barn jeg snakker med, som utsettes for vold, uten at jeg fatter mistanke. Det betyr at jeg har møtt barn som var i behov av min hjelp, uten å få den. Dette er noe jeg er bevisst og som jeg ikke må la meg farge av, i samtalene med helsesykepleierne. Jeg skal få frem deres stemme, uten iblanding av egne meninger eller egne erfaringer.

## 1.5 Relevante områder og begreper

Jeg vil nå legge frem relevante områder og begreper i denne oppgaven. Jeg vil først si litt mer om hva helsesykepleiers mandat er, og hva vi legger i begrepet «Vold i nære relasjoner». Videre vil jeg se på begrepene «Forebyggende arbeid» og «Tverrfaglig arbeid», to viktige arbeidsformer for helsesykepleier. Relevant for det forebyggende arbeidet på helsestasjonen er også «Opptrappingsplanen mot vold og overgrep» og «FNs Barnekonvensjon», som vil omtales til sist i dette kapitlet.

### 1.5.1 Helsesykepleiers mandat

Helsestasjonen er en tverrfaglig helsetjeneste hvor helsesykepleier jobber sammen med jordmor, helsestasjonslege, fysioterapeut og eventuelt kommunepsykolog. Ved helsestasjonskonsultasjonene skal helsesykepleier altså blant annet observere barnet og familien for å avverge og avdekke vold. Helsesykepleier skal også observere og veilede samspill og tilknytning mellom barnet og omsorgspersonene, da vold vanskelig kan inngå i et godt samspill (Neumann & Snertingdal, 2013). I det statlige mandatet ligger det en forventning om at helsesykepleier skal oppdage alle avvik hos barn, ikke bare somatiske og psykiske, men også avvik som skyldes svikt i barnets psykososiale miljø. Det skal tilbys ekstra helsestasjonskonsultasjoner dersom foreldrene viser tegn til psykiske vansker, ved bekymring rundt amming, kosthold, vekst, søvn, trivsel og samspill, til familier som trenger ekstra veiledning eller støtte, og til barn som ikke går i barnehage (Helsedirektoratet, 2023).

Helsesykepleier skal bidra til at foreldrene får økt helsekompetanse og at de opplever mestring i foreldrerollen (Helsenorge, 2023). I Helsestasjonsprogrammet er det listet opp at helsesykepleier skal ha fokus på motorisk, emosjonell, sosial, seksuell, språklig, fysisk og psykisk utvikling hos barnet. Andre tema helsesykepleier skal ha fokus på er amming og ernæring, søvn, tannhelse, vekt og lengde, familiesituasjon, skjermbruk og sosiale medier, kjønnslemlestelse, syn og hørsel, vaksiner, barns miljø og sikkerhet, foreldrenes fysiske og psykiske helse, rus, søsken, barnehage, skolestart med mer. Flere av disse områdene har egne veiledere som skal følges. Dette er svært mange tema som skal tas opp på kort tid og som helsesykepleier skal ha bred kunnskap om (Helsedirektoratet, 2022b).

Før Kommunehelsetjenesteloven fra 1984 trådte i kraft (Lovdata, 1984) og før Helsesykepleierstudiet ble en høyskoleutdanning, gjennomgikk helsesykepleierne

etterutdanningskurs hvert tiende år. Dette var i tråd med datidens Helsesøsterlov. Det var også Fylkeslegene, nå Statsforvalteren, som hadde ansvaret for etter- og videreutdanning av helsesykepleierne, og de arrangerte i tillegg årlige kurs. Etter at studiet ble en høyskoleutdanning og kommunene overtok ansvaret, har faglig oppdatering vært preget av mer tilfeldige etter- og videreutdanninger for helsesykepleierne, ut fra hvordan hver enkelt kommune har prioritert dette (Glavin & Kvarme, 2003).

### 1.5.2 Vold i nære relasjoner

En mye brukt definisjon på vold, både i Norge og internasjonalt er utarbeidet av Per Isdal (2018). Han sier følgende: «Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, 2018, s. 7).

I 2018 lanserte Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, NKVTS, «Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner» (NKVTS, 2018). Denne ble utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet for å øke kunnskap og handlingskompetanse hos offentlig ansatte som møter personer som utøver eller utsettes for vold. Denne veilederen sier at vold i nære relasjoner er vold mellom nåværende eller tidligere familiemedlemmer, samt når barn bevitner slik vold. Vold i nære relasjoner kan utøves på mange måter og har ofte pågått over tid. Den preger ofte hele relasjonen og det kan være svært skadelig for et barn å vokse opp i et hjem med vold i nære relasjoner (NKVTS, 2018).

### 1.5.3 Forebyggende arbeid

Forebyggende og helsefremmende arbeid er hyppig omtalt i mange sammenhenger og er begreper som går hånd i hånd. I problemstillingen min har jeg kun brukt forebyggingsbegrepet. Dette for å spisse oppgaven. Olav Garsjø (2018) sier i sin bok om forebyggende og helsefremmende arbeid, at forebygging ikke må forstås for snevert, og at begrepet i stor grad også handler om politikk. Dette fordi folkehelse ikke bare er et privat anliggende, men også et offentlig hvor stat og kommune har et stort ansvar. Forebygging handler som oftest om å forhindre uønskede eller negative fenomener. Kunnskap om hva som kan gå galt, er derfor viktig i det forebyggende arbeidet. For å jobbe forebyggende, bør man altså prøve å se de negative konsekvensene før de oppstår, og sette inn tiltak, slik at de ikke

får utvikle seg eller bli større (Garsjø, 2018). I denne oppgaven er det vold i nære relasjoner som skal forebygges gjennom helsesykepleier på helsestasjonen.

#### 1.5.4 Tverrfaglig arbeid

Dette er en masteroppgave i utdanningen «Master i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier» ved Høgskolen i Innlandet (INN, 2024b). Tverrfaglighet er derfor viktig begrep i denne oppgaven. Kari Glavin og Bodil Erdal (2018) sier i sin bok om tverrfaglig samarbeid, at det er nødvendig å samarbeide på tvers av profesjoner og etater, for å gi barn og unge best mulige oppvekstvilkår. Et av hovedprinsippene for denne arbeidsmetoden, er at man skal se barnet med ulike «fagbriller» på og dermed sammen greie å gi barnet og familien best mulig kvalitet i hjelpen. Dette kan være samarbeid mellom flere yrkesgrupper ved samme arbeidsplass eller samarbeid på tvers av sektorer (Glavin & Erdal, 2018). Tverrfaglig arbeid er et prioritert arbeid i Norge. Mange barn og unge er i behov av et sammensatt tjenestetilbud med oppfølging fra flere aktører samtidig. For å styrke oppfølgingen av disse, ble det fra 1. august 2022 vedtatt bestemmelser om samarbeid, samordning, barnekoordinator og individuell plan, som utgjorde endringer og bestemmelser i 14 velferdstjenestelover. Dette er lover som for eksempel Helse- og omsorgstjenesteloven (Lovdata, 2016), Barnevernloven (Lovdata, 2023), Barnehageloven (Lovdata, 2006) og Spesialisthelsetjenesteloven (Lovdata, 2021). Arbeidet ble til den nasjonale veilederen «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier» (Helsedirektoratet, 2022a). I januar 2022 trådte den nye Oppvekstreformen, tidligere kalt Barnevernsreformen, i kraft. Med denne har kommunene fått et større faglig og økonomisk ansvar for Barneverntjenesten. Men reformen omhandler også hele oppvekstsektoren og skal hjelpe kommunene med å styrke arbeidet med tidlig innsats og forebygging. Grunnpilarene i reformen er forebygging og tidlig innsats, samarbeid på tvers av sektorer, helhetlig tjenestetilbud, kommunal styring og samarbeid på tvers av kommunene (KS, 2021).

#### 1.5.5 Opptrappingsplan mot vold og overgrep, 2017 – 2021

28. oktober 2016 fremmet den sittende regjeringen i Norge en opptrappingsplan mot vold i nære relasjoner, gjeldende fra 2017 – 2021 (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

Denne slo fast at samfunnets viktigste oppgave er å beskytte egne borgere, og at mennesker

som blir utsatt for vold og overgrep er noe som angår oss alle. Vold gir først og fremst følger for de som rammes, men det er også et folkehelseproblem og et samfunnsproblem som kan gi store samfunnskostnader i form av blant annet økte behov for hjelpetiltak, helsehjelp, politiressurser og krisesentertilbud. Regjeringen mente arbeidet med å forebygge og bekjempe vold må prioriteres høyt og oppdages tidlig for å gi riktig hjelp både til voldsutsatt og voldsutøver (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

Mange voldsutsatte forteller aldri hva de har opplevd. Det kan være vanskelig å snakke om vold, særlig når denne er utøvet av noen som står deg nær eller noen man er i et avhengighetsforhold til. Ifølge opptrappingsplanen kan voksne vegre seg for å spørre barn om vold. I flere saker har voksne hatt mistanke om at barn har vært utsatt for vold, men valgt å ikke gjøre noe i forhold til det. Dette fordi de ikke hadde tilstrekkelig kunnskap til å avdekke vold, handle ved mistanke eller kompetanse til å snakke med barn om vanskelige ting. Å øke denne type kunnskap var derfor ett av målene i Opptrappingsplanen mot vold og overgrep. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten blir i opptrappingsplanen beskrevet som et viktig satsningsområde og som det viktigste tjenestetilbudet av forebyggende og helsefremmende arbeidet for de minste barna. Helseesykepleier er i en posisjon hvor hun har mulighet til å oppdage barn og unge som direkte utsettes for vold og som lever med dette i hverdagen. Opptrappingsplanen mot vold og overgrep, er klar på Norges forpliktelse til å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner gjennom vår tilslutning til internasjonale menneskerettighetskonvensjoner, som for eksempel FNs Barnekonvensjon (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

### 1.5.6 FNs Barnekonvensjon

Ifølge artikkel 19 i FNs barnekonvensjon, også kalt Barnas grunnlov, står det at alle barn skal beskyttes mot fysisk og psykisk vold, skade og misbruk (Barne- og familiedepartementet, 1989). Artikkel 19 består av følgende to bestemmelser:

1. Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnytting, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet.

2. Slike beskyttelsestiltak bør omfatte effektive prosedyrer for utforming av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for barnet, samt andre former for forebygging, påpeking, rapportering, viderehenvisning, undersøkelse, behandling og oppfølging av tilfeller av barnemishandling som tidligere beskrevet og, om nødvendig, for rettslig oppfølging (Barne- og familiedepartementet, 1989, s. 16).

## 1.6 Oppgavens oppbygning

Jeg vil nå legge frem kunnskapsstatus for relevant og aktuell forskningslitteratur, samt si noe om egen forskning som bidrag til forskningsfeltet. I teoridelen vil jeg først utdype voldsbegrepet mer, før jeg går over til Jan Spurkelands forståelse av relasjonskompetanse og hvilke faktorer han mener er viktig når man skal utvikle en god relasjonskompetanse. Videre vil jeg se på Sameroff sin transaksjonsmodell og Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell, som begge er sentrale når det kommer til samhandling mellom mennesker, og mellom mennesker og samfunnet de lever i. I metodekapitlet vil jeg si noe om kvalitativ forskningsmetode, metoden jeg har benyttet i denne studien. Videre vil jeg si noe om vitenskapsteoretisk ståsted, samt hvordan jeg har forholdt meg til utvalg og gjennomføring. Jeg vil så ta dere med gjennom analyseprosessen, forskningsetiske retningslinjer og styrker og svakheter med arbeidet mitt, før jeg viser til funnene i forskningen. Funnene vil jeg så diskutere opp mot tidligere forskning og teori. Oppgaven konkluderes til slutt.



## Kapittel 2: Kunnskapsstatus

I kapittel to vil jeg vise til tidligere forskning på det feltet som er relevant for denne masteroppgavens tema og problemstilling; Hvilke erfaringer har helsesykepleiere gjort seg i arbeidet med voldsforebygging på helsestasjonen? Jeg vil både se på forskning om vold mot barn og forskning som sier noe om selve arbeidsoppgavene til helsesykepleier.

### 2.1 Relevant og aktuell forskningslitteratur

Carolina Øverlien (2012) som har forsket på barn og vold i nære relasjoner i en årrekke, hevder at når det kommer til forskning, er det noen som tenker tanker først og publiserer disse. Så kan vi som kommer etter få ta del i det og så forske videre på temaet. Jeg har derfor lyst til å starte med å se på litt eldre forskning før jeg går over til vår tid.

Else Christensen (1988) var tidlig ute i Norden, med forskning på barn og vold. Hun studerte barn på kritesenter og var opptatt av hvordan barn utvikler psykologiske mekanismer for å takle traumatiske hendelser og beskytte seg selv. I 1988 publiserte Haldis Leira (1988) en rapport som ble viktig for videre forståelse av barn og beskrev en intervensjonsmodell for gruppearbeid med barn og unge som ble utsatt for vold i hjemmet. Etter hvert kom Turid Midjo (1992) med sin forskning «Barn på kritesenter for mishandlede kvinner». Denne var viktig både fordi forskningsfeltet på barn og vold fortsatt var nytt, men mest fordi hun hadde et tydelig barneperspektiv i sin forskning. I 1995 publiserte Margareta Hydén (1995) en svensk avhandling om menn som er voldelige mot kvinner. Hun ønsket å tydeliggjøre barnets rolle her og introduserte begrepet «deltakende vitne». Dette var en viktig tydeliggjøring av at barn som lever i et voldelig hjem, befinner seg midt i volden. Også utenfor Norden begynte man å se på hvordan vold påvirket barn og dets utviklingsmuligheter. I Canada var Peter Jaffe (1990) ved «Centre for Research on Violence Against Women & Children» ledende på feltet og en viktig bidragsyter til forskningen. Sammen med David Wolfe og Susan Wilson publiserte han forskning som så på familievoldens ødeleggende innvirkning på barns utvikling (Jaffe et al., 1990). Disse forskningsbidragene var med på å starte og inspirere til nyere forskning om barn som utsettes for vold, og har vært med på å gjøre disse barna mer synlige i samfunnet vårt. Det finnes i dag mange vitenskapelige studier som hjelper oss til å forstå hvordan det er for et barn å vokse opp i et hjem med vold. (Øverlien, 2012) har over mange år gått gjennom denne forskningen, som viser at barn som opplever vold i hjemmet risikerer

alvorlige psykiske vansker som angst, depresjon og aggresjon, samt ulike former for atferdsvansker. Men hun er også klar på at vanskene varierer stort og avhenger både av barnet selv og dets situasjon. Det ikke er lett å beskrive eksakte reaksjoner eller symptomer som kjennetegner et barn utsatt for vold. Noen barn viser uro og utagerende atferd, mens andre tilsynelatende ikke viser noen tegn til at de bor i et hjem hvor det utøves vold (Øverlien, 2012).

Fra tidlig 2000-tallet kom det mer forskning på hva vold kan gjøre mot det ufødte, nyfødte og de aller minste barna. (Macy et al. (2007) fant i sin forskning at babyen i mors liv kan bli negativt påvirket av vold, allerede før det er født. Bogat et al. (2006) sin forskning rapporterte mødre traumesymptomer på spedbarn som hadde hørt eller vært vitne til vold mellom foreldrene. Dette på barn helt ned i ettårsalder. Det var en signifikant sammenheng mellom barnets og morens traumesymptomer, noe Bogat et al. (2006) kalte relasjonell PTSD. DeJonghe et al. (2005) fant i sin forskning at små barn også kan ta skade av verbale konflikter som høylytt krangling. Barna som opplevde dette viste symptomer på aggressiv atferd, dårlig tilpasningsevne, stress og negativ sinnstemning, som igjen påvirket deres videre utvikling. De minste barna er spesielt sårbare, da de har vanskeligere for å forstå og sette ord på det de opplever, samt at de ikke kan distansere seg fra volden på egen hånd. Graham-Bermann og Edleson (2001) mener derfor at yngre barn har større risiko for å få negative reaksjoner av vold, enn eldre barn gjør. I en annen studie, utgitt av Graham-Bermann og Levendosky (2011), sier de at barn under skolealder ofte er til stede i det rommet hvor volden utføres. De små barna er altså ofte fysisk nærmere omsorgspersonen sin, og blir noen ganger også et fysisk skjold mellom voldsutøver og voldsoffer. Små barn er svært avhengige av fysisk og psykisk omsorg fra sine foreldre. Når dette svikter, kan skadene hos barnet bli svært store. I Graham-Bermann et al. (2009) sier de også at barnets tilpasningsdyktighet i stor grad avhenger av foreldrenes fungering. De så at de best tilpasningsdyktige barna, hadde mindre voldseksponering, færre bekymringer og mødre med god mental helse og gode foreldreferdigheter.

Mellom 1995 og 1997 ble det gjort en storskala befolkningsstudie av ca. 17 000 personer, for å undersøke sammenhengen mellom negative barndomserfaringer og påfølgende helse i voksen alder, kalt «ACE-studien» (Koball et al., 1998). ACE står for Adverce Childhood Experience, og selv om studien ble publisert for over 25 år siden, tar jeg den med fordi den er vel kjent og også brukes i dag for å forstå sosiale forhold og helseatferd. Ett av studiens hovedfunn sier at dersom man har opplevd én negativ opplevelse i barndommen, er det stor

sannsynlighet for at man også har andre negative barndomsopplevelser. Studien viser også en rettlinjert sammenheng mellom negative barndomsopplevelser og problemer i voksen alder. Dette vil si at jo flere negative barndomsopplevelser man har, jo større sannsynlighet er det for sosiale og helserelaterte problemer i voksen alder. Anda et al. (2006) så at funnene fra ACE-studien også sammenfalt med deres nevrobiologiske forskning. Denne viser at ekstremt stress fra traumer kan gi vedvarende endringer i hjernen og at jo flere negative barndomsopplevelser man har, jo mer sensitivt kan stressresponsystemet vårt bli. Dette kan føre til sosiale, kognitive og emosjonelle forstyrrelser, samt helseskadelig atferd (Anda et al., 2006). Hashemi et al. (2021) anerkjenner at negative barndomsopplevelser kan gi problemer i voksen alder. De mener likevel at man mangler kunnskap for å kunne forstå hvordan negative barndomsopplevelser samhandler med positive. Deres funn viste at personer med mange negative barndomsopplevelser, hadde økt sannsynlighet for å rapportere uheldige utfall og fokuserte mindre på de positive opplevelsene de hadde hatt. Hashemi et al. (2021) ønsker å fokusere på gode opplevelser og finne forebyggende tiltak som kan redusere de skadelige konsekvensene av negative barndomsopplevelser.

En annen storskalastudie er TOPP-studien (Trivsel og Oppvekst – barndom og ungdomstid). Dette er et pågående prosjekt helt fra 1993, planlagt fullført i 2040, hvor man søker kunnskap om norske barns utvikling, trivsel og psykiske helse (Mathiesen et al., 2007). Kunnskapen man får, ønsker man blant annet å bruke til å sette hjelpeinstansene i stand til å hjelpe barn og familier på en best mulig måte. Selv om det er en pågående studie, har den likevel kommet med noen foreløpige hovedfunn (Universitetet i Oslo, 2022). Så langt har man blant annet sett at forstadier til psykiske vansker vises tidlig, allerede fra barnet er halvannet år. Problematferd hos ettåringer henger primært sammen med mødrenes symptomnivå på psykiske vansker, og mødrenes psykiske fungering henger igjen sammen med hvilken sosial støtte og barnepassordninger hun har. Man bør ifølge denne studien rette langt mer oppmerksomhet mot mødres psykiske helse, slik at man kan forebygge psykiske vansker også hos barna. Studien har også gjort funn som tilsier at barns problematferd kan reduseres dersom barnet får et mer positivt oppvekstmiljø og mødre mer positiv støtte. Foreløpige funn fra TOPP-studien indikerer altså at barns psykiske helse kan bedres dersom oppvekstmiljøet deres gjennomgår positive endringer (Universitetet i Oslo, 2022).

Det finnes altså mye forskning som samstemmer i at det er skadelig for et barn å vokse opp i et hjem med vold, og at det kan gi store negative helseutfordringer både på kort og på lang sikt. Men forskningen viser også at barn profeterer på positive oppvekstmiljø og at det derfor

er vesentlig å gi familien god hjelp tidlig. Jeg skal nå se mer på forskning som sier noe om helsesykepleiers rolle. Det pågår nå en større studie om helsesykepleiers voldsforebyggende arbeid, et prosjekt som startet i juni 2021 og ventes ferdig i løpet av juli 2024 (Storbyuniversitetet, 2024). Her skal de undersøke helsesykepleiers holdninger, kunnskap og praksis, og hvordan helsesykepleiere jobber med å forebygge og avdekke vold mot barn. Storbyuniversitetet (2024) hevder at seksuelle overgrep er mest utbredt i ungdomsårene, mens dødelig fysisk mishandling rammer langt flere spedbarn. Spedbarns tidlige erfaringer påvirker hjernen i stor grad og det er derfor svært viktig med forebyggende tiltak. Studiet ventes å bli et viktig grunnlag også for fremtidige artikler om vold mot barn i Norge (Storbyuniversitetet, 2024).

I 2019 publiserte Hansen et al. (2019) artikkelen «Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold». I denne undersøkelse kom det frem, som tittelen sier, at det ofte ikke var gode nok rutiner for å spørre om foreldrene var voldelige mot barna sine. Det ble likevel spurt om dette dersom helsesykepleier hadde mistanke om vold eller ved å indirekte spørre om grensesetting og sinnemestring. De fleste helsesykepleierne i undersøkelsen ønsket mer kunnskap om fysisk vold, samt om symptomer og tegn på at barn har vært utsatt for vold. Mange ønsket også at helsestasjonsprogrammet kunne inneholde faste spørsmål om vold, slik at alle var nødt til å spørre. De ønsket også mer kunnskap om hvordan man bør kommunisere rundt temaet. Flere helsesykepleiere svarte at liten tid var en faktor for hvorfor de ikke greide å avdekke fysisk vold mot barn, noe Hansen et al. (2019) selv hadde observert i praksis. Der så de at konsultasjonene på helsestasjonen ofte var korte, men arbeidsoppgavene mange. Da det var vanskelig å stille spørsmål om fysisk vold, opplevde mange av helsesykepleierne at de «tradisjonelle» helsestasjonsoppgavene tok det meste av tiden. Helsesykepleierne mente likevel at faren for å bryte en opparbeidet tillit fra foreldrene, var en vanskeligere barriere for dem enn det tiden var (Hansen et al., 2019).

Mariann Nicolaisen Gaathaug (2020) skrev i sin artikkel «Slik kan helsesykepleiere avdekke vold og overgrep» at mange helsesykepleiere synes det er vanskelig å snakke om vold og overgrep, og flere unngår også å ta opp temaet med foreldrene. Hun hevder at barn ofte ønsker en anledning til å få fortelle hva de har opplevd, gjerne med direkte og tydelige spørsmål. Helsesykepleierne kunne derimot oppleve å ha manglende kompetanse på barn og vold, og kunne bli usikre på når eller hvordan de skulle ta opp temaet. Noen helsesykepleiere kunne også bli usikre på egen reaksjon på det barna fortalte. Gaathaug (2020) sine funn viste også at noen helsesykepleiere tar opp temaet, men at de kunne bli for vage eller diffuse, og dermed

for lite konkrete når de snakket med barn og foreldre om vold. Da ble det vanskelig å avdekke vold. Funnene viste også at det kunne råde usikkerhet i forhold til hva de skulle gjøre videre, dersom barnet eller foreldrene fortalte om vold. Gaathaug (2020) ønsket seg tryggere helsesykepleiere med mer kompetanse og som turte å stille de direkte spørsmålene. Dette avhenger av at helsesykepleierne får nok opplæring, god implementering av nye anbefalinger og rom for faglige diskusjoner, slik at helsesykepleierne blir trygge nok til å ta opp temaet (Gaathaug, 2020).

Informantene i min forskning snakket alle om «I trygge hender» som et godt verktøy i det voldsforebyggende arbeidet. Hanne Søreng Engen (2021) så i sin masteroppgave «Foreldres erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet «I trygge hender» på helsestasjonen» at foreldrene opplevde møtet med dette verktøyet som positivt. Foreldrene rapporterte at det hadde gitt dem større begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet i sin foreldrerolle, samt styrket deres mestringsopplevelser sammen med barna sine. Dette fortalte de kom av ny kunnskap, mulighet til å dele opplevelser i grupper med andre foreldre og følelsesmessige oppdagelser de hadde hatt av barnet sitt og seg selv. De rapporterte også at de fikk tilgang til nye handlingsmåter i samspillet med barnet sitt. Flere hadde selv kjent på sinne og frustrasjon og kunne forstå at vold kunne skje. De fikk derimot nye perspektiver på vold mot barn og økt kunnskap om hvor de kunne søke hjelp og støtte om de trengte det. De foreldrene som så på filmen sammen med sin partner, oppga at det kunne gi dem en felles foreldreforståelse de ellers kanskje ikke ville fått. Resultatene fra denne studien indikerer at «I trygge hender» kan bidra til voldsforebygging mot små barn (Engen, 2021).

Elisabeth Hagen (2022) ønsket å undersøke helsesykepleiers erfaringer med «I trygge hender», hvor hun ville se på om de syntes det var et godt samtaleverktøy. Hennes funn viser at helsesykepleierne syntes den forebyggende dialogen med foreldrene ble lettere, samtidig som foreldrenes mestring ble styrket gjennom økt kunnskap og bevisstgjøring. Foreldrene synes også at filmen formidlet det voldsforebyggende budskapet på en lett forståelig måte. «I trygge hender» ble brukt både individuelt og i grupper. Individuelt syntes helsesykepleierne at de ble bedre kjent med familiene, og at verktøyet kunne brukes både til å bygge relasjoner og til å gi tilpasset hjelp og veiledning til den enkelte. I gruppene ble voldstemaet tatt opp på et mer generelt grunnlag. Foreldrene kunne der dele sine erfaringer med hverandre, men fikk ikke like store muligheter til å få tilpasset veiledning bare til seg selv. Hagen (2022) fant at «I trygge hender» bidro positivt til rutinesamtalene helsesykepleierne skulle ha med foreldrene.

Neumann og Snertingdal (2013) evaluerte i 2013 opplæringsprogrammet «Kunnskap, kartlegging og tidlig intervensjon ved helsestasjoner». De ønsket å se på hvordan jordmødre og helsesykepleiere kunne trenes i å benytte kartleggingsverktøy, for å avdekke risikoatferd som alkoholforbruk, fødselsdepresjon eller vold i nære relasjoner. Funnene viste at gjennomføringen av opplæringsprogrammet bare var delvis vellykket. Dette fordi de ansatte allerede var pålagt så mange arbeidsoppgaver, at de ikke greide å gjennomføre tidlig intervensjon, dersom ikke arbeidssituasjonen deres ble omstrukturert og tverrfaglig samarbeid tilrettelagt. Det oppsto også spørsmål om kartleggingsverktøy og samtalemetodikk i det hele tatt er egnet til tidlig intervensjon, da det ofte kan være uklarerheter om kartleggingsverktøyet skal avdekke etablerte problemer eller risiko for å utvikle et problem. Neumann og Snertingdal (2013) påpekte at implementering av universelle verktøy først og fremst treffer den store gruppen av foresatte, de som i utgangspunktet kanskje ikke trenger hjelp. Utfordringen blir da at man kan ende opp med å kontrollere de som ikke trenger å kontrolleres og verktøyene kan være med på å legitimere økt kontroll, uten at man vet om de som faktisk trenger hjelp, får den hjelpen de trenger (Neumann & Snertingdal, 2013).

Anderzén Carlsson et al. (2021) har sett på svenske barnesykepleieres, heretter kalt helsesykepleieres, kliniske erfaringer fra møter med mødre utsatt for vold. Studien viser helsesykepleierens sterke engasjement for voldsutsatte mødre på helsestasjonen, men også deres faglige og følelsesmessige belastning i disse møtene. Det var eksempelvis utfordrende når mor ikke var villig til å ta imot hjelp, til tross for at barnet ikke hadde det bra. Den følelsesmessige belastningen hos helsesykepleier kunne også øke arbeidsbelastningen, i en allerede anstrengt timeplan. Med mer erfaring i møte med voldsutsatte mødre, og med skreddersydd utdanning og gode veiledere, følte helsesykepleierne seg tryggere når de skulle snakke om vold. Evnen til å opprettholde den profesjonelle relasjonen til disse mødrene, var truet av manglende støtte og manglende samarbeid med andre faggrupper. Denne svenske studien viste at det var en utfordring å få etablert god støtte for helsepersonell som jobbet med voldsutsatte mødre. Et støttende miljø, inkludert kollegial støtte og støtte fra arbeidsgiver, kunne lette helsesykepleiers følelsesmessige belastning. Det viste seg også å være utfordrende å etablere et godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid rundt disse familiene. Et slikt samarbeid kunne vært positivt både for mor og barnets trivsel og trygghet, men også for de ansatte i helse- og sosialtjenestene rundt disse familiene (Anderzén Carlsson et al., 2021).

## 2.2 Egen forskning som bidrag til forskningsfeltet

I denne masteroppgaven har jeg valgt å skrive om en kommunal helsetjeneste for barn. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er i høyeste grad et tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier, som dette studiet omhandler (INN, 2024b). Helseesykepleierstudiet er i startgropa når det kommer til å bli en mastergrad. Ved noen studiesteder, som for eksempel ved NTNU i Trondheim (NTNU, 2024), er det ikke mulig å ta helseesykepleierstudiet, uten at det er en del av et masterprogram. Ved andre studiesteder, som for eksempel ved Høyskolen i Innlandet (INN, 2024a), tilbyr de Helseesykepleierutdanningen som en videreutdanning, hvor man ikke trenger å gå videre til masterutdanning. Man kan likevel velge å fullføre et masterløp også der. Landsgruppen av Helseesykepleiere (LaH) i Norsk sykepleierforbund (NSF) har i 2020 gitt sitt høringssvar på «Forskrift om nasjonal retningslinje for helseesykepleierutdanningen» (LaH, NSF, 2020). Her er LaH klar på at de ønsker at Helseesykepleierutdanningen skal være en masterstudie. Dette begrunner de blant annet med at man ønsker mer forskning på helseesykepleierfaget. Dette bidrar altså min forskning også til nå, selv om det er en master i tverrfaglig arbeid.

Helseesykepleiertjenesten er en lovpålagt helsetjeneste og er derfor etablert i alle landets kommuner. Som vi har sett bruker stort sett alle foreldre helseesykepleiertjenesten til helsekontroller av sine barn. Forskning innenfor dette faget vil derfor potensielt kunne komme til nytte for svært mange barn i landet vårt. Ikke minst vil min forskning kunne være viktig for barn og unge som opplever vold og overgrep, dersom min forskning bidrar til at man forbedrer arbeidet man i dag gjør i helsestasjonene. Bråten og Sønsterudbråten (2016) hevder i «Foreldreveiledning - virker det?» at det ikke er gjort mange undersøkelser for å se på behovet for en universell foreldreveiledning til alle. I min forskning får helseesykepleierne anledning til å si noe om hva de tenker om eller trenger av universell foreldreveiledning, når de jobber med voldsforebygging i helsestasjonen. Dette ser jeg på som et positivt bidrag inn i forskningsfeltet, hvor vi kanskje har noen hull i dag. At det nå pågår en større studie om helseesykepleier sitt arbeid med vold mot barn (Storbyuniversitetet, 2024), sier meg at jeg har sett på et høyaktuelt tema man ønsker mer kunnskap om. Min søken etter relevant forskning til denne oppgaven, viste meg at mye forskning ser på hvordan vold er skadelig for barn og hvordan foreldre blir møtt på helsestasjonen. Storbyuniversitetet (2024) ser på hvordan helseesykepleier jobber med temaet, mens jeg undersøker helseesykepleiers egen erfaring i forhold til å jobbe voldsforebyggende på helsestasjonen. Dette tenker jeg derfor er et viktig bidrag til forskningsfeltet.

## Kapittel 3: Teoretisk rammeverk

Målet med et teoretisk rammeverk, er ofte å være et forklaringsystem, slik at man kan skape oversikt og innsikt i spesifikke fenomener. Dette skal hjelpe oss til å forstå sammenhengen i det vi skal sette oss inn i. Selv om teori skal gi oss større forståelse, må man passe på at man ikke «ser seg blind» på disse, og plukker ut deler av teksten sin, slik at den passer inn i teorien. Da kan teorien i stedet bli selvbekreftende, og diskusjonen komme til å berettige teorien i for stor grad. I tillegg til å bruke teori, skal vi også åpne sinnet vårt for større forståelse. Vi må derfor prøve å balansere disse, slik at teorien hjelper oss til å forstå, men ikke blir sannheten alene. Teorien skal både gi oss et overblikk og være enkel nok til at vi forstår kompleksiteten i et fenomen. Samtidig skal vi ikke bli for overfladiske. Dette kan ifølge Kvello (2015) være en balansegang.

### 3.1 Vold og voldsforebygging

Voldsbegrepet definert av Per Isdal (2018) er gjengitt i kapittel "1.5.2 Vold i nære relasjoner». Vold mot barn kan være både fysisk, psykisk og seksuell vold, samt neglisjering eller omsorgssvikt. Dersom et barn forsømmes slik at det ikke får dekt sine grunnleggende behov, kan det utsettes for fysisk eller psykisk skade. De ulike formene for vold eller omsorgssvikt glir ofte over i hverandre. Et barn kan derfor oppleve flere typer vold, enten samtidig eller til ulike tider i barndommen. Eksempelvis kan et barn bli utsatt for fysisk vold, samtidig som det opplever trusler, maktmisbruk, understimulering, urimelige krav eller mangel på trygghet og stabilitet (NKVTS, 2018b). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, også kalt NKVTS, sier at vold mot barn ofte er et skjult fenomen i helse- og omsorgstjenesten. Det er derfor viktig at helsepersonell har god kompetanse om temaet, slik at de kan gi best mulig hjelp og støtte til de barna de møter i hverdagen (NKVTS, 2018a).

Elena Sanz (2022) sier at de fleste fordømmer fysisk og seksuell misbruk av barn. Man må derimot være observante i forhold til psykisk eller følelsesmessig vold, da disse ikke er like lett å oppdage. Dette kan være foreldre som ofte kritiserer barna sine, som krever mer av barnet enn det barnet er i stand til, som ugyldiggjør eller latterliggjør barnets følelser, som ydmyker det eller som ikke er følelsesmessig tilgjengelig for barnet sitt. Dette kan være atferd som går ubemerket hen, hvor den som blir utsatt for volden, heller ikke alltid forstår at det er dette som skjer. Noen barn vokser opp i utrygge eller fiendtlige hjem, hvor følelsen av



trygghet avhenger av den voksnes humør. Dette kan resultere i at barnet går i konstant beredskap, slik at det ikke skal oppføre seg på en måte som skaper harme hos forelderen. Å vokse opp i en slik usikkerhet er også skadelig for et barn, og kan prege deres samspill og tilknytning til forelderen og til andre (Sanz, 2022).

Sjøvold og Furuholmen (2020) er tydelige på at små barn ikke tåler å vente, dersom de lever i skadelige omsorgssituasjoner. Små babyer formes og utvikles fra øyeblikk til øyeblikk i relasjonen til sine omsorgsgivere. Barn med belastninger i sitt omsorgsmiljø, både før og etter fødsel, trenger derfor god hjelp helt fra starten av. De minste barna, som ikke kan snakke ennå, er derfor avhengige av at helsepersonell får tak i deres stemme. Sjøvold og Furuholmen (2020) mener også at dersom man kommer tidlig inn, og får gitt systematisk endringsarbeid over tid, vil man kunne hjelpe foreldrene selv til å gi barnet god nok omsorg. Godt voldsforebyggende arbeid vil derfor være å sikre at foreldrene selv greier å gi god omsorg til barnet sitt (Sjøvold & Furuholmen, 2020).

## 3.2 Relasjonskompetanse

Store deler av helsesykepleiers arbeidshverdag skjer i relasjoner med andre. I tillegg til å være i relasjon med arbeidsgiver og kollegaer, skjer arbeidsoppgavene i relasjon med foreldre og barna som kommer til helsestasjonen. I følge Spurkeland (2017) som har jobbet med relasjonsledelse i over 30 år, blir vi alle født med sosiale evner og starter byggingen av relasjonskompetanse i egen familie. Relasjonskompetanse handler om hvilke ferdigheter, evner og holdninger vi trenger i møte med andre mennesker, og som er viktig både for å etablere, utvikle, vedlikeholde og reparere samspill med andre. Dette mener han er kjernen i all sosial kontakt. Likevel er relasjonskompetanse mer enn bare samarbeidsevner eller samarbeidsferdigheter. Spurkeland (2017) sier at det også er læren om spenningsfeltet mellom mennesker, hvordan vi påvirker hverandre og gjør hverandre gode eller dårlige.

Relasjonskompetanse tar utgangspunkt i et positivt menneskesyn, hvor man tenker at partene har til hensikt å gjøre sitt beste overfor hverandre. For å inneha en god relasjonskompetanse, er det vesentlig å ha interesse for mennesker generelt og ikke minst for det mennesket du skal være i relasjon med (Spurkeland, 2020).

### 3.2.1 Tillit

Tillit er en primærfølelse i slekt med kjærlighet, men som utvikles av repeterende og gode samspillserfaringer med andre. Tillit er avgjørende i møte med andre mennesker og kan sees på som en bærebjelke i relasjonskompetansen. Evnen til å kunne bygge tillit er viktig generelt, men spesielt i vanskelige situasjoner eller vanskelige samtaler. Samtidig er tillit skjørt, og oppbygd tillit kan knuses igjen på et øyeblikk. Tillit er ikke konstant, men beveger seg på en skala, ut fra begge partenes opplevelse av spillet i relasjonen. Tillit trenger ikke å bety at man er enig med den andre part, men at man opplever ærlighet fra den andre, og har en forventning om at personen vil innfri og ikke sabotere den samhandlingen man har i relasjonen til hverandre (Spurkeland, 2020). Man må også ha med seg i arbeidet at vi påvirkes av de relasjonserfaringene vi har fra tidligere. Er foreldrene vant til å være i gode relasjoner? Eller har de opplevd mange brudd og kanskje noen svik? Dersom vi har kunnskap om dette, kan det hjelpe oss å forstå og å komme i en god relasjon med foreldrene.

### 3.2.2 Relasjonelt mot

Relasjonelt mot er evnen og viljen til å møte andre mennesker ansikt til ansikt, mer enn det er dristighet. Mens dristighet er en type mot man trenger for å gjøre utfordrende ting, handler relasjonelt mot mer om å ha psykisk styrke til å møte andre mennesker, selv når dette er ubehagelig. Dette krever bevissthet om hva som er vanskelig og likevel vilje og mot til å ta kontakt med den andre. Relasjonelt mot handler om å mobilisere en indre kraft til å kunne gjennomføre vanskelige samtaler, håndtere konflikter eller være en del av andre vanskelige, relasjonelle møter (Spurkeland, 2017).

### 3.2.3 Avhengighet

Spurkeland (2017) er som vi har sett, opptatt av relasjonsledelse. Han sier at relasjonsledelse innebærer en positiv avhengighet, hvor relasjonelt mot og nettopp avhengighet er hovedpremissen. Her ser man ikke på avhengighet som noe som hindrer handlefriheten, men heller et aktivt og kreativt samarbeid med de menneskene du er i relasjon med. At man er avhengig av hverandres bidrag inn i relasjonen, ser man ikke bare i relasjonsledelse, men også i andre typer relasjoner. Ofte kan sammensetningen av mennesker i en bestemt situasjon, være forhåndsbestemt av noen andre enn deltakerne selv. Dette ser vi for eksempel på hvem

du går i klasse med, hvem som er naboene dine eller hvilke foreldre du får på helsestasjonen. Da er det viktig å kunne være fleksibel og profesjonell i møte med disse menneskene. Å forstå at man er avhengig av andre, er en viktig del av relasjonskompetanse (Spurkeland, 2017).

### 3.2.4 Dialogen i den vanskelige samtalen

«Dialog» er et stort begrep som det er sagt og ment mye om. Jeg skal her bare berøre begrepet litt, vel vitende om at jeg ikke skal forklare hva dialog er. Begrepet er likevel viktig innenfor relasjonskompetanse, og er vesentlig å ha med seg i samhandling med andre. Dialogen mellom to mennesker kan være både komplisert og uforutsigbar. Å forstå denne interaksjonen og vite hva man skal gjøre for å komme i best mulig posisjon overfor den andre, kan være vanskelig. Det vi vet i dag, er at relasjonen mellom hjelper og mottaker må være positiv og preget av tillit, dersom man skal greie å gi fortrolig hjelp til et annet menneske (Spurkeland, 2017). Som hjelper kan man ha nytte av å bruke en undersøkende dialog, hvor man på forhånd ikke har alle svarene selv, men gir god plass til den andre. Med å stille anerkjennende spørsmål, kan man vise respekt og ærbødighet til den andre. Dette kan åpne opp for spørsmål som går noe dypere og som gjør oss bedre kjent med den andre part. Det kan være utfordrende å ikke skulle komme med alle svarene selv, dersom man har en tilbøyelighet for det. Men om hjelperen tar for stor plass, kan det virke dominerende, og dermed legge lokk på det den andre ønsker å formidle. Når man skal være en hjelper, må man heller legge vekt på medvirkning, og med interesse ta imot det den andre kommer med (Spurkeland, 2017). Vi vil alle oppleve tilfeller og grader av psykologisk eller relasjonell distanse i møte med andre mennesker. Dette kan komme av manglende interesse fra én av partene, manglende øyekontakt, fraværende kroppsspråk eller relasjonell likegyldighet. Mottakeren av slike inntrykk, kan kjenne seg skjøvet vekk fra samtalen eller føle på en avstand eller isolasjon fra den andre. Iblant er det kun høflighet som er bindeleddet i dialogen, noe Spurkeland (2015) kaller for «kunstig åndedrett» i en samtale.

## 3.3 Utviklingsstøttende kommunikasjon

Foreldreveiledning på helsestasjonen kan foregå gjennom ulike foreldreveiledningsprogram, tilpasset familiens utfordringer. Uavhengig av dette, har utviklingsstøttende kommunikasjon vist seg å være viktig for hvordan familien har det sammen og for hvordan barnet kan støttes i

dets utvikling. I utviklingsstøttende kommunikasjon er det viktig å rette foreldrenes oppmerksomhet mot de opplevelsene, behovene og signalene barnet viser dem. Videre er det viktig å hjelpe foreldrene til å tolke disse signalene fra barnet, og på den måten øke foreldrenes sensitivitet for barnet (Glavin et al., 2007). Det kvantitative aspektet av utviklingsstøttende kommunikasjon sier noe om hva og hvor ofte foreldrene gjør noe sammen med barnet sitt. Mens det kvalitative aspektet handler om hvordan foreldrene formidler glede og positive følelser over barnet sitt. Dette kan de formidle gjennom blikk, vennlighet og ansiktsuttrykk, tålmodighet, smil, aksept og omsorg. Dette kvalitative aspektet er med på å avgjøre klimaet og atmosfæren av kjærlighet, toleranse og aksept, barnet har sin utvikling i (Glavin et al., 2007).

### 3.4 Maktubalanse

Det er viktig å være observant den maktubalansen som kan oppstå mellom helsepersonell og foreldre, i den grad helsepersonell har en veiledende rolle overfor foreldrene (Tveiten, 2007). På helsestasjonen skal helsesykepleier både undersøke og vurdere barnets utvikling, svare på spørsmål om barnets helse og observere familiens samspill. Kanskje vil helsesykepleier også se eventuelle tegn til vold. Dette blir en maktubalanse, både fordi helsesykepleier har en profesjonell kompetanse og en kunnskap som brukeren trenger, men også fordi samspillet skjer på helsesykepleiers arbeidsplass. Her er helsesykepleier allerede kjent, og hun kan også bestemme hvordan konsultasjonen skal gjennomføres. Disse tingene skaper en ubalanse, hvor likeverdigheten i dialogen og samspillet kan bli problematisk. Det er derfor viktig at helsesykepleier vet dette og gjør det hun kan for at møtet med foreldrene preges av respekt, tillit, likeverdighet og fortrolighet (Tveiten, 2007).

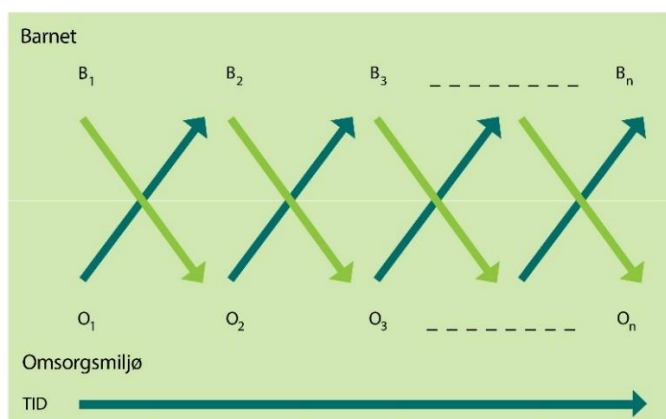
### 3.5 Arnold Sameroffs transaksjonsmodell

Arnold Sameroffs transaksjonsmodell er en teori innenfor utviklingspsykologien, som beskriver hvordan barn og miljøet rundt barnet påvirker hverandre gjensidig og over tid (Sameroff & Chandler, 1975). Denne modellen har utviklet seg over tid siden 1975, men essensen i modellen er fortsatt aktuell. Det er bred enighet om at et barn biologisk kan inngå i sosialt samspill helt fra fødselen av. Barnet og foreldrene er i et kontinuerlig samspill med hverandre. Gjennom dette samspillet bidrar barnet aktivt og er på den måten med å skape

mening i egen verden. Transaksjonsmodellen viser altså prosessen hvor barnet påvirkes av miljøet rundt det, og omsorgsmiljøet påvirkes av barnets individuelle egenskaper. Dette former og utvikler både barnet og omgivelsene (Vonheim, 2014).

Kvello (2015) hevder at diskusjonen rundt om en person er «født sånn» eller «blitt sånn» ikke lenger er aktuell. Menneskets komplekse utvikling kan ikke reduseres til enten arv eller miljø, men er i stadig utvikling, påvirket av både arv og miljø samtidig. Sjøvold og Furuholmen (2020) sier at biologiske og miljømessige faktorer er i gjensidig påvirkning allerede fra før barnet er født. Dette kan være avgjørende for både gode og dårlige transaksjonssirkler mellom barnet og omgivelsene, helt fra begynnelsen av.

Transaksjonsmodellen blir også sett på som en teoretisk modell, en modell som også andre teoretikere innlemmer i sine teorier. Et eksempel på dette er Bronfenbrenner som bruker forståelsen fra transaksjonsmodellen inn i sitt økologiske system (Kvello, 2015).



*Figur 1.* Transaksjonsmodellen. Fra «Biologisk slektskap og utvikling av relasjoner» av Kristin Vonheim (2014), Utdanningsforskning.no ([Biolgisk slektskap og utvikling av relasjoner \(utdanningsforskning.no\)](http://Biolgisk_slektskap_og_utvikling_av_relasjoner_(utdanningsforskning.no))). Copyright 2014 ved Spesialpedagogikk 8/2014.

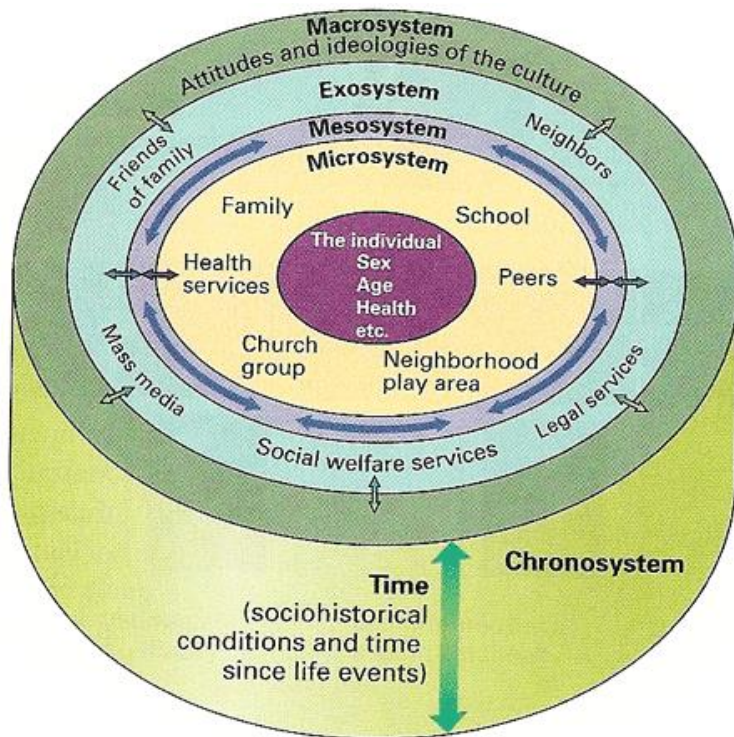
### 3.6 Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell

Utviklingspsykologen Urie Bronfenbrenner utfordret i 1981 måten psykologer hadde studert barns utvikling på. Han mente at «laboratorieobservasjoner» hvor man ønsket for mye eksperimentell kontroll og analytisk strenghet, ikke ga oss den kunnskapen vi ønsket oss. Måten vi studerte barn på, ga oss bare en vitenskap om den merkelige oppførselen barn viser i merkelige situasjoner, med fremmede voksne og i kortest mulig periode. Det ga oss på ingen måte det vi egentlig ønsket å vite noe om, om barns utvikling eller barns naturlige atferd.

Bronfenbrenner var derfor klar på at om man skulle forstå hvordan et barn faktisk utviklet seg, ville det være nødvendig å se et barn og observere deres oppførsel og atferd i naturlige omgivelser, mens de samhandlet med trygge og kjente voksne, over lengre perioder (Bronfenbrenner & Cole, 1981).

Bronfenbrenner ser barnet som en del av en større sammenheng i en modell der samspillet mellom barnet, familien og samfunnet vektlegges. Han beskriver barnets nære og fjerne omgivelser og deler disse inn i fire systemer, hvor endringer i ett system, også vil påvirke de andre (Glavin & Kvarme, 2003). Bronfenbrenner argumenterer for at miljøet du vokser opp i, påvirker alle fasetter i livet ditt. Modellens første system kaller Bronfenbrenner *Mikrosystemet*. Dette omhandler barnets nærmeste omgivelser, som barnet har kontakt med; familien, skolen og venner. Det andre systemet er *Mesosystemet*. Dette består av relasjonene mellom gruppene i det første systemet, for eksempel relasjonen mellom hjem og skole. Hvordan denne relasjonen er, vil direkte påvirke barnet. Det tredje systemet heter *Eksosystemet*. Eksosystemet involverer også faktorer som påvirker barnet, men som ikke er i direkte kontakt med barnet selv. Dette kan for eksempel være foreldrenes jobb, som barnet ikke er i kontakt med, men som påvirker barnet gjennom foreldrenes synspunkter, trivsel på jobb, eller foreldrenes fritid. Det fjerde systemet har Bronfenbrenner kalt for *Makrosystemet*. Dette systemet inneholder de kulturelle elementene av samfunnet rundt barnet. Dette kan være verdier eller den offisielle religionen i landet man bor i. Selv om barnet ikke kan påvirke hvilken offisiell religion landet skal ha, kan religionen påvirke barnet. Etter noen år la Bronfenbrenner til et system som ikke hadde vært inkludert fra starten av. Dette var *Tidssystemet*, som refererer til det stadiet i livet en person er i, under situasjonen det går gjennom. Her trekkes det frem at det virker annerledes på deg, hvilken alder en person du er glad i, er når personen dør. Vi påvirkes annerledes om det er et lite barn som dør, enn når det er et gammelt menneske (Utforsk Sinnet, 2019).

Bronfenbrenner legger til at barnet også blir påvirket av og påvirker sosiale og kulturelle sammenhenger. Vi påvirkes altså av mange faktorer og på flere nivåer, som vi både har kontroll over og ikke har kontroll over, fra egen kjernefamilie, lokalsamfunnet man lever i og til både nasjonale og internasjonale bestemmelser. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell er en av de mest aksepterte modellene, for påvirkning fra sosiale miljøer på menneskets utvikling. Teorien argumenterer for at miljøet man vokser opp i påvirker alle deler av livet ditt. Sosiale faktorer kan påvirke både måten du tenker på, følelsene du kjenner på og det du liker eller misliker (Ringereide & Stai, 2022).



Figur 2. Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell. Fra «Child Development. Twelfth edition» av J. W. Santrock (2008), Copyright 2008 ved McGraw-Hill Companies, Inc.

## Kapittel 4: Metode

I metodekapittelet vil jeg vise hvilket forskningsdesign jeg har valgt for oppgaven min og si noe om hvorfor jeg tenker at det er den beste metoden for å finne svar på mine forskningsspørsmål. Hvilket vitenskapsteoretisk ståsted jeg har, vil ha betydning for utformingen av denne oppgaven, og jeg vil derfor si noe om dette. Jeg vil så gjøre rede for hvordan jeg har foretatt utvalget av informantene til undersøkelsen og hvordan jeg har samlet inn datamaterialet jeg har brukt. Videre vil jeg si noe om hvordan jeg har analysert datamaterialet jeg har samlet inn. I dette kapittel er det også naturlig å si noe om egen forskerrolle og oppgavens reliabilitet og validitet. Avsluttende vil jeg si noe om etiske retningslinjer.

For å velge hvilken forskningsmetode jeg ønsket å bruke, måtte jeg finne ut av hvordan jeg skulle finne svar på min problemstilling og mine forskningsspørsmål. Jeg ønsket å undersøke og få frem den enkelte helsesykepleiers erfaring med jobben de gjør for å forebygge vold mot barn i helsestasjonsalder. Jeg hadde også et ønske om å forstå den enkelte helsesykepleier jeg snakket med og hvordan hverdagen utspiller seg for dem. Da måtte jeg tenke på å få frem nyanser og subjektive erfaringer, samt være åpen for betraktninger og mangfold som jeg nødvendigvis ikke hadde tenkt på i det tidlige masterarbeidet (Malterud, 2021).

### 4.1 Kvalitativ forskningsmetode

I følge Malterud (2021) kan kvalitativ forskningsmetode være én av veiene som fører til vitenskapelig kunnskap. Helsefaglig kunnskap kan blant annet dreie seg om menneskers erfaringer og opplevelser av egen helse, sykdommer eller møte med helsevesenet. Ved kvalitativ forskningsmetode kan man beskrive, analysere og fortolke karaktertrekk, kvaliteter eller egenskaper ved det man skal studere. Man tar blant annet i bruk tekst fra intervjuer eller observasjoner, slik at forskningen kan være med å belyse et mangfold, flere nyanser av et tema eller subjektive erfaringer fra informantene. Den kvalitative forskningsmetoden ønsker å forstå et fenomen, ikke bare forklare det. Den ønsker også å beskrive det man forsker på, i stedet for å predikere resultatet av det. Ingen forskningsmetode kan bevise noe fullt og helt, men man kan være med på å beskrive og sannsynliggjøre det man forsker på (Malterud, 2021). Jeg har derfor valgt kvalitativ forskningsmetode.



## 4.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Forskningen til denne oppgaven kan plasseres innenfor et fenomenologisk og et hermeneutisk ståsted. Gjennom både fenomenologisk og hermeneutisk ståsted kan man få en forståelse av hvordan menneskers meninger, følelser, tanker og atferd kan formes i sosiale sammenhenger, eller som et sosialt fenomen (Nyeng, 2012). Ettersom jeg ønsker å få frem hva helsesykepleierne mener om det voldsförebyggende arbeidet de gjør, vil fenomenologien og hermeneutikken ligge som en grunnleggende plattform gjennom hele prosessen.

### 4.2.1 Fenomenologi

Fenomenologi er læren om det innlysende, altså virkeligheten slik den oppleves og erfares fra et menneskelig perspektiv. Forskning som legger fenomenologi til grunn, er derfor opptatt av hvordan vi sanser og erfarer virkeligheten. Det er avgjørende fra et fenomenologisk ståsted, å kunne se på hvordan mennesker opplever og sanser sin tilværelse, hva de er bevisste og hvordan deres tanker og refleksjoner er virkelige for dem (Nyeng, 2012). Malterud (2021) mener at fenomenologi handler om å forstå et menneskes subjektive erfaringer og bevissthet. En fenomenologisk forutsetning for forståelse, vil derfor være som å sette tidligere forskning i parentes, og heller rette oppmerksomheten mot den subjektive erfaringen personen du snakker med har (Malterud, 2021).

På samme måte som man i fenomenologien tilstreber å komme nær informantenes beskrivelse av sin virkelighet, ønsket jeg å forstå mest mulig av hva helsesykepleierne egentlig tenker og mener, og få formidlet deres beskrivelser på en god måte. Dette var til tider utfordrende, både på grunn av min forforståelse i å selv være helsesykepleier, men også ut fra en fenomenologisk forståelse. Denne sier at vi er sosialisert inn i bestemte måter å oppfatte situasjoner på, som former vår subjektive forståelse av verden (Nyeng, 2012). På grunn av at jeg og mine informanter har ulik oppfattelse av verden, har vi også ulike preferanser som gjør at vi kanskje ikke alltid forstår hverandre så godt som vi tror vi gjør. Forforståelsen min som helsesykepleier, kan kanskje dermed gi uttrykk for at vår oppfattelse av verden er mer lik enn den egentlig er, og dermed være mer til hinder enn til forståelse av hverandres verden.

## 4.2.2 Hermeneutikk

Hermeneutikk betyr fortolkningslære og står i nær forbindelse med fenomenologien, da også dette synet på vitenskap handler om meningsfenomener som må fortolkes (Nyeng, 2012). Denne teorien mener at man ikke umiddelbart forstår andre mennesker, men at man må fortolke det som skjer av for eksempel språk, bilder eller tekst. På grunn av at vi ikke umiddelbart forstår hverandre, men må fortolke det vi opplever fra den andre part, kan det også oppstå misforståelser. Den hermeneutiske sirkel viser oss at forståelse er en prosess som pendler mellom å forstå en helhet, via delforståelser, som igjen settes sammen til nye helhetsforståelser. På denne måten kan den hermeneutiske sirkelen gradvis vise oss en større forståelse for og en bedre oversikt over situasjonen (Anker, 2020). Fra hermeneutisk ståsted vil man påstå at både følelser og handlinger må sees på i en større sosial sammenheng og at vi ikke kan forstå disse, uten å sette de inn i en meningsgivende kontekst. Man kan først forstå dette når man tolker det i lyset av situasjonens helhet (Nyeng, 2012). Malterud (2021) legger vekt på at hermeneutikk handler om tolkninger i menneskelige uttrykk, som et utgangspunkt for å forstå hverandre. Når det kommer til å forstå en tekst, legger hermeneutikken vekt på forholdet mellom deler og helhet, som ved den hermeneutiske sirkelen, men også betydningen av kontekst og selvrefleksjon (Malterud, 2021).

I likhet med fenomenologien, vil også det hermeneutiske vitenskapssynet fortolke seg selv og sine handlinger, ut fra kultur og den sosiale sammenhengen den er en del av. Det kan derfor forstås som et menneskesyn (Anker, 2020). Helsesykepleiers egen forståelse av et møte på helsestasjonen, som er formet på bakgrunn av de tanker, følelser og meninger helsesykepleier sitter med, vil igjen påvirkes gjennom de sosiale sammenhengene som helsesykepleier er en del av, i møtet med barnet og foreldrene på helsestasjonen. I denne oppgaven vil det nettopp være viktig å få tak i denne informasjonen, slik at man kan bruke helsesykepleiers erfaringer i videre arbeid. Det er viktig å presisere at hverken fenomenologi eller hermeneutikk eier disse egenskapene, å forstå mennesket der det er. Samtidig skal vi huske at en forskningsmetode og filosofi ikke er det samme (Malterud, 2021). Denne masteroppgaven er derfor ikke et hermeneutisk-fenomenologisk prosjekt, men både fenomenologi og hermeneutikk vil brukes som en grunnleggende plattform gjennom gjennomføringen og ferdigstillingen av forskningen i denne masteroppgaven.

### 4.3 Utvalg og gjennomføring

Før jeg startet på masterløpet har jeg flere ganger mottatt forespørsler om å besvare spørreskjemaer til bruk i masteroppgaver. Jeg har som mange andre en svært hektisk arbeidshverdag og har de fleste gangene ikke prioritert å svare på disse, men hastet videre med de arbeidsoppgavene som ventet meg. Denne gangen var det jeg selv som skulle få erfare at det ikke er lett å få tak i informanter til forskningen min.

Etter at jeg hadde utarbeidet intervjuguide og informasjonsskriv, startet jeg jobben med å finne informanter. Jeg tok kontakt med rundt 20 kommuner i Norge og ønsket informanter fra ulike deler av landet, og fra både små og store kommuner. Dette skulle vise seg å bli vanskelig og jeg måtte også etterlyse svar fra mange av kommunene. Jeg rekrutterte noen informanter på denne måten, men langt fra mange nok. Jeg kontaktet så nabokommunene, i håp om at den nære geografiske tilknytningen, skulle gjøre det mer interessant å delta. Dette ga også noen informanter. I tillegg deltok jeg på fagdager for alle helsesykepleiere i Troms og fikk fra scenen der, lov til å fortelle om mitt masterarbeid. Jeg oppfordret helsesykepleierne til å ta kontakt med meg, dersom de kunne tenke seg å delta i undersøkelsen min. Herfra fikk jeg ytterligere én deltaker. Til slutt hadde jeg 6 helsesykepleiere som ønsket å delta, og som ble mine informanter. De er listet i tabellen under:

	Kjønn	Alder	Landsdel	Kommune	Ansatte	Erfaring	Intervjuet
<b>Informant 1</b>	Kvinne	40 år	Sør-Øst	Stor	7	8 år	52 minutter
<b>Informant 2</b>	Kvinne	49 år	Nord	Liten	5	18 år	58 minutter
<b>Informant 3</b>	Kvinne	43 år	Nord	Liten	3	8 år	51 minutter
<b>Informant 4</b>	Kvinne	52 år	Nord	Liten	2	20 år	39 minutter
<b>Informant 5</b>	Kvinne	40 år	Nord	Stor	20	4 år	56 minutter
<b>Informant 6</b>	Kvinne	41 år	Nord	Mellom	5	14 år	33 minutter

Selv om jeg tenkte at jeg ga deltakerne god informasjon i forkant av intervjuene, erfarte jeg at informasjonen kunne vært enda bedre. Informanten i det første intervjuet henvendte seg til meg som helsesykepleier og ikke som til en hvilken som helst person. Det vil si at hun ikke forklarte eller fortalte hvordan man jobber på en helsestasjon, da hun visste at jeg hadde den kunnskapen. Jeg måtte derfor flere ganger i intervjuet informere henne om at hun måtte forklare seg godt, selv om også jeg er helsesykepleier. Denne oppgaven skal kunne leses og forstås av hvem som helst, ikke bare av helsesykepleiere. Jeg erfarte også at jeg hadde informert for dårlig i forkant, da jeg skulle intervjuer den siste informant. Hun virket usikker

og jeg reagerte på at svarene hun ga, var forskjellige fra de andre informantene. Et lite stykke ut i intervjuet kom det frem at hun tenkte voldsforebygging som forebygging av vold på arbeidsplassen, altså mulig vold mot helsesykepleier. Dette fikk vi oppklart og kunne derfra starte intervjuet på nytt.

Jeg hadde i forkant utarbeidet en intervjuguide. Det jeg ønsket å få svar på fra informantene mine, var hva voldsforebyggende arbeid betydde for dem og hvilken erfaring de hadde med dette. Jeg ønsket også å vite om de syntes at helsesykepleier hadde nok kompetanse til å utføre denne jobben og om de hadde noen verktøy å hjelpe seg med. Jeg var også opptatt av om de hadde støtte på arbeidsplassen sin, dersom jobben ble for krevende, og om de hadde noen form for intern eller ekstern veiledning. Jeg lurte også på om det hendte at foreldre fortalte om vold mot barna sine. Avslutningsvis spurte jeg om hva som var verdifullt og hva som var utfordrende med å jobbe voldsforebyggende på helsestasjonen. Dette var utgangsspørsmålene, så la jeg til enkelte spørsmål underveis, etter hva som passet samtalen.

Jeg gjennomførte alle intervjuene elektronisk med verktøyet Microsoft Office Teams (Microsoft Office, 2024). Det gjorde at intervjuene hadde likt utgangspunkt, i forhold til at alle var elektroniske og foregikk over skjerm. Jeg gjennomførte intervjuene på egen arbeidsplass, hvor jeg hadde utstyr til å se personen på en større tv-skjerm, samtidig som jeg brukte både iPad og telefon til å ta opp lyd. Årsaken til at jeg tok opp lyden på to enheter, var for å forsikre meg at lyden ble tatt opp, selv om én av disse skulle svikte. Intervjuene ble lagret i «Nettskjema», et nettbasert verktøy hvor man kan lagre og administrere lyd. Denne har personlig pålogging og vil derfor ikke kunne brukes av andre (Universitetet i Oslo, 2024). Det er kun min veileder Agneta Anderzén Carlsson og jeg som har hatt tilgang til mine intervju i Nettskjema. Ved å kjøre alle intervjuene digitalt, var det like lett å intervju en helsesykepleier som befant seg 1 600 km unna, som en som var 100 km fra meg. Personlig har jeg hatt veldig mange møter over Microsoft Office Team, etter at koronapandemien brøt ut i 2020 (Tjernshaugen et al., 2023). Jeg kjente meg derfor trygg i å bruke dette verktøyet. Det var tydelig at også informantene var vant til å delta i elektroniske møter. Alle hadde også det tekniske utstyret de trengte for å delta, da elektronisk utstyr hadde blitt oppgradert på flere av arbeidsplassene deres, på grunn av koronapandemien.

Jeg oppdaget raskt at informantene var forskjellige i hvor mye de delte i intervjuene. Noen snakket mye og vi fikk til gode samtaler rundt temaet. Andre var raskt ferdige med å svare på hvert spørsmål og jeg måtte prøve å få de til å fortelle mer, utdype det de hadde fortalt eller gå

tilbake til tidligere spørsmål, slik at jeg fikk vite mest mulig om deres erfaringer. Etter intervjuene sa flere at det hadde vært fint å kunne delta.

#### 4.4 Semistrukturert intervju

Bruk av intervjuer er nokså vanlig i forskning til masterforløp, så også i mitt arbeide. Anker (2020) sier i sin bok om analyser for masterstudenter, at fordelene med intervjuer er at de er tidsavgrenset, og derfor også håndterbare som tekst. Under intervjuer kan man få frem informantenes meninger om en sak, hvordan de opplever en situasjon eller få ta del i informantenes erfaringsbaserte kunnskap. De kan også fortelle om hvordan de har erfart ulike situasjoner. Man kan likevel ikke si noe om hvordan informantene opptrer utenfor intervjuet. Dette er en viktig refleksjon å ha med seg, da mennesker ikke alltid opptrer slik de forteller at de gjør. Vi må også være bevisst at også vi selv påvirker intervjuet og den som blir intervjuet, og at vi derfor er med på å føre intervjuet den veien det tar (Anker, 2020). For meg ble det viktig å opptre på en tillitsvekkende, hensynsfull og respektfull måte, slik at informantene skulle oppleve intervjuene som hyggelig, og at de skulle få en følelse av at jeg møtte de på deres premisser. Dette er ifølge Nyeng (2012) viktig for å få til gode samtaler under intervjuene.

Det finnes ulike intervjuer man kan bruke når det kommer til kvalitativ forskning. Jeg har tidligere i denne oppgaven fortalt at jeg har et fenomenologisk ståsted i forskningen min. I fenomenologiske intervjuer, ønsker man å få frem informantenes opplevelser, noe som er viktigere i denne prosessen, enn å bruke en spesifikk form for intervju (Anker, 2020). Jeg har likevel forholdt meg til semistrukturerte intervjuer, som vil si at jeg hadde med en intervjuguide inn i møtet med informantene, men hvor mange av spørsmålene var relativt åpne. Jeg var heller ikke i behov av å følge denne guiden slavisk, men etterspørre mer på de punktene jeg kjente at jeg ikke fikk utfyllende nok svar. Ved bruk av semistrukturerte intervju er målet å skape en relativt fri samtale og komme dypere inn i informantenes meninger, tanker og erfaringer. Dette kaller Kvale og Brinkmann (2015) for informantenes livsverden. Ved å bruke nettopp åpne spørsmål, får informanten mulighet til å gå dypere inn i, og dele fra sin egen livsverden. Selv om informantene hadde denne muligheten, var det likevel noen som ikke fortalte veldig inngående om temaet, slik at jeg måtte konkretisere eller be de svare mer utfyllende.

## 4.5 Transkribering

Det kan virke overveldende å gå i gang med tematisk analyse. Mine seks intervjuer ble til omtrent fire og en halv timer lydfil, som skulle transkriberes. Dette utgjorde så 108 sider med ferdig transkribert skriftlig materiale. Dette var en omfattende, men også interessant jobb å ta fatt på. Når helsesykepleierne snakket utspilte det seg spesifikke temaer som jeg kjente igjen hos alle. Dette var spennende å følge med på, etter hvert som jeg arbeidet med materialet. Transkriberingen tok lang tid, men skapte ikke andre store utfordringer. I spesielt ett intervju var det stadig vekk vanskelig å høre hva informanten sa. Dette måtte jeg derfor bruke ekstra tid på, hvor jeg til slutt forstod det aller meste av det hun sa. Noen setninger greide jeg likevel ikke å tyde, fordi informanten snakket svært lavt. Jeg tror likevel ikke at det forringet forståelsen min, av det informanten ønsket å formidle. Det kan være vanskelig å transkribere et intervju slik det fremstår i virkeligheten. Dette fordi stemmeleie, kroppsspråk og annet abstrakt samspill, ikke lar seg gjengi på samme måte som med ordene (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg forsøkte likevel å få med tenkepauser, latter og andre relevante lyder og bevegelser, som ville være nyttig å ha med seg i videre tolkning og analyse.

## 4.6 Tematisk analyse

Til å analysere den transkriberte teksten, brukte jeg Malteruds (2021) systematiske tekstkondensering. Malterud (2021) hevder at det som skiller mellom overfladisk synsing og forskning, er at forskning utarbeides gjennom systematisk analyse av data, med forpliktende tolkninger og resultater som lærer oss noe nytt. Tematisk analyse er mye brukt i kvalitativ forskningsmetode og handler om å identifisere mønster og temaer i kvalitative data. Metoden er fleksibel og allsidig og kan brukes for å analysere data som for eksempel er samlet inn som intervju. Hovedoppgaven til tematisk analyse er å systematisk identifisere, analysere og rapportere mønster eller temaer i data, slik at man fanger opp den essensielle betydningen i materialet. Prosessen omfatter flere trinn, blant annet å gjøre seg kjent med dataene sine, lage de første kodene, søke etter tema, gjennomgå og forbedre temaene, samt å navngi disse. I prosessen skal man forsøke å identifisere det meningsfulle i mønstrene, slik at man kan besvare problemstilling og forskningsspørsmålene (Salomão, 2023).

#### 4.6.1 Helhetsinntrykk – fra villnis til foreløpige temaer

I denne delen av prosessen sier Malterud (2021) at man skal bli godt kjent med materialet sitt og finne noen overordnede temaer å jobbe med. Når man transkriberer auditive intervju, erfarte jeg at det både var tidskrevende, men også at det gjorde meg veldig godt kjent med materialet mitt. Jeg vil tro at man blir det av å transkribere, og ikke bare ved å lese materialet sitt. Malterud (2021) sier også at man i dette steget skal prøve å sette egen forståelse og egne teoretiske referanser til side, slik at man bedre kan oppdage hva informantene virkelig sier. Samtidig må man ha med seg problemstillingen sin, slik at man kan «lytte» til teksten med denne som bakteppe. Når man er ferdige med å lese alt, skal man oppsummere sine inntrykk av teksten, mens analyseringen skal ventes med til senere. I Malteruds (2021) systematiske tekstkondensering skal man ikke gå bredt ut med mange temaer eller koder, men først gjenkjenne noen retninger i teksten. Jeg så fort at informantene snakket om at de hadde mange arbeidsoppgaver og en følelse av liten tid til å gjennomføre disse. De snakket også mye om at de ønsket seg gode verktøy til hjelp i arbeidet sitt. De syntes også det voldsforebyggende arbeidet kunne være vanskelig. Jeg listet derfor opp «mange arbeidsoppgaver», «liten tid», «gode verktøy» og «vanskelig jobb». Dette var ikke foreløpige resultater av forskningen, da de ikke var utviklet gjennom systematisk refleksjon og tolkning. De representerte kun et første intuitivt steg i analyseringsprosessen. Jeg brukte analyseverktøyet «f4a» til dette, anbefalt av Høyskolen i Innlandet (Charter et al., 2023).

#### 4.6.2 Meningsbærende enheter – fra foreløpige koder til koder og sortering

I analysetrinn to, organiserte jeg den delen av materialet som jeg skulle bruke. Jeg studerte dette nærmere og la resten til side. Jeg gikk nøye gjennom det jeg la bort, for å være sikker på at det ikke var noe der jeg skulle bruke videre. Jeg hadde også kommunikasjon med min veileder underveis i dette arbeidet. Ved å ta henne med inn i prosessen, kunne jeg få øye på detaljer jeg ikke så alene. Det var også fint å ha veilederen min med inn i dette arbeidet, da jeg ikke har gjort et slikt analysearbeid før. Sammen så vi på noen reviderte foreløpige temaer som vi brukte for å lage et grunnlag for kodegruppene.

I følge Malterud (2021) er det i systematisk tekstkondensering deretter tid for å skille relevant tekst fra irrelevant. Igjen gikk jeg gjennom all tekst, for å se hva jeg skulle ta med meg videre. Dette var en omfattende jobb og på dette punktet av analysen, følte jeg at jeg hadde all teksten i hodet. Dette fordi jeg hadde jobbet meg gjennom intervjuene mange ganger. Samtidig gjorde

det at jeg iblant blandet tekst fra to informanter, slik at jeg måtte konsentrere meg godt, slik at jeg greide å skille de forskjellige intervjuene og informantene fra hverandre. De første temaene ble i dette arbeidet til kodegruppene «vanskelig tema», «verktøy», «tid», «kompetanse» og «verdifullt». Under hver kodegruppe utarbeidet vi følgende meningsbærende enheter:

Kodegruppe 1	Kodegruppe 2	Kodegruppe 3	Kodegruppe 4	Kodegruppe 5
Vanskelig tema	Verktøy	Tid	Kompetanse	Verdifullt
Mot til å spørre	I trygge hender	Veilederen	Kurs og erfaring	Formidle mestring
Reaksjoner fra foreldre	Ønsker om nye verktøy	Helsestasjonens posisjon	Kompetansesenter Kompetansemiljø	Være en hjelper
Bekrefter foreldrene vold?	Før og etter verktøy	Støtte fra leder	Utdanning	Forebygge vold
Veiledning og kollegastøtte	Likt tilbud	Frustrasjon	Evidensbasert	
Bekymringsmelding		For mange arbeidsoppgaver		

I analyseprogrammet f4a kunne jeg samle de meningsbærende enhetene under hver enkelt kodegruppe og fargekode disse. Jeg synes programmet var enkelt å jobbe med og vil tro at jeg sparte mye tid på å slippe å gjøre dette arbeidet manuelt, med penn og papir. Det er ikke lett å skille trinnene i analysen like godt i praksis som i teori, og jeg følte at jobben med å gradvis gå fra tema til koder stadig var to skritt frem og ett skritt tilbake.

#### 4.6.3 Kondensering – fra kode til abstrahert meningsinnhold

I dette trinnet sier Malterud (2021) at man skal abstrahere og sortere informasjonen man har fra de foregående trinnene, ved å identifisere og kode de meningsbærende enhetene vi har kommet frem til. Vi skal også kondensere, eller fortette meningsinnholdet. Jeg måtte derfor prøve å hente ut meningen i det som var kodet sammen. De delene av teksten som ikke ga noen meningsbærende enheter ble lagt bort. Resterende ble da sortert i fem kodegrupper. Noen av disse gikk over i hverandre, mens andre ble åpenbart under arbeidet videre med analysen. Jeg måtte så gå gjennom hver kodegruppe og meningsbærende enhet, analysere disse og se hva som passet sammen. Av dette formulerte jeg videre fem resultat kategorier med til sammen 17 subgrupper. Kun én av resultat kategoriene hadde fem subgrupper. De andre hadde enten fire eller to subgrupper hver:



Sub-gruppe	Resultat-kategori 1	Resultat-kategori 2	Resultat-kategori 3	Resultat-kategori 4	Resultat-kategori 5
	Vanskelig tema	Variierende struktur	Én av mange arbeidsoppgaver	Kompetanse	Verdifull jobb
1	Mot til å spørre	I trygge hender	Nasjonale retningslinjer	Kompetanse fra utdanning eller arbeidserfaring	Formidle mestring/ Være hjelper
2	Reaksjoner fra foreldre	Før og etter «I trygge hender»	Helsestasjonens posisjon i samfunnet	Kompetansemiljø/Andre kommuner	Forebygge vold mot barn
3	Veiledning/ Kollegastøtte	Ønske om nye verktøy	Frustrasjon		
4	Bekymringsmelding	Likt tilbud til alle barn	For mange arbeidsoppgaver		
5		Mangel på struktur			

Da jeg så jobbet enda mer med innholdet, ble både resultatkategoriene og subgruppene redusert. Disse har jeg så gått videre med og de vil være analyseresultatene jeg presenterer:

	Resultat-kategori 1	Resultat-kategori 2	Resultat-kategori 3	Resultat-kategori 4
	Vanskelig tema	Variierende struktur	Én av mange oppgaver	Verdifull jobb
Subgruppe 1	Mot til å spørre	Mangel på struktur	Nasjonale faglige retningslinjer	Formidle mestring/ Være en hjelper
Subgruppe 2	Reaksjoner fra foreldre	Kompetansemiljø/ Andre kommuner	For mange arbeidsoppgaver?	Forebygge vold mot barn
Subgruppe 3	Kompetanse	Verktøyet «I trygge hender»		
Subgruppe 4	Veiledning og kollegastøtte			

## 4.7 Forskeren som fortolker

Frode Nyeng (2012) hevder at det ikke bare er vitenskapelig kunnskap, men også mennesket selv, som er av hermeneutisk størrelse. Han sier at mennesket forholder seg til seg selv og fortolker både seg selv og sine handlinger. Dette gjør det ut fra både den kulturen og de sammenhengende det er en del av. Dette gjelder også forskeren og den som skal forske kan derfor ikke hevde å ha en objektiv og nøytral rolle. Forskeren og informantene står midt i sin egen kultur og samtid, noe som påvirker dem og derfor vanskeliggjør et uavhengig og nøytralt ståsted (Nyeng, 2012). Dette kan man hverken se bort fra eller gjøre noe med. Det er derfor viktig at man er dette bevisst, og selv er klar over at man gjør egne tolkninger ut fra forkunnskaper og forventninger som man tar med seg inn i arbeidet.

## 4.8 Reliabilitet og validitet

Reliabilitet og validitet er to hyppig brukte, men også svært nødvendige begreper, som sier noe om kvaliteten i forskningsarbeidet. Reliabilitet handler om at forskningen skal fremstå pålitelig, at den skal være robust og at dataene skal være til å stole på. Reliabilitet sier noe om nøyaktighet og om forskningen svarer på det den var tenkt til å svare på (Nyeng, 2012). I mitt forskningsarbeid har jeg forsøkt å gi detaljert beskrivelse av hvordan jeg har foretatt datainnsamlingen min, hvordan jeg har gått frem under analyseringsprosessen og presentert teori jeg skal bruke som redskap for å tolke mine funn. Jeg vil også presentere eksempler fra materialet mitt og synliggjøre refleksjon opp mot de resultatene jeg har avdekket. På denne måten ønsker jeg at forskningen min vil vise reliabilitet.

Et annet viktig kriterium for god kvalitet på forskning, er validitet. Validitet, eller gyldighet, skal vise til hvor vidt funnene i det empiriske materialet svarer på det problemstillingen spør om (Anker, 2020). Nyeng (2012) bruker ordet «begrepsvaliditet» og sier at dette handler om å måle det man ønsker å måle, og ikke noe annet. Han sier likevel at det er sjelden man oppnår 100 % valide resultater, men at det likevel er et ideal man bør strebe etter, da empiriske data kan ha en verdi selv om de ikke er fullkommen. Kvale og Brinkmann (2015) hevder at validitet ikke bare omhandler en del av en oppgave, men at validitet er avhengig av god kvalitet gjennom hele forskningsarbeidet. Et av områdene de viser til her, er spørsmålet om objektivitet og om kunnskap gjennom intervju kan være objektiv. I mitt møte med informantene vil jeg være preget av min forforståelse, som igjen påvirker hvordan jeg presenterer spørsmålene i intervjuene, hvordan jeg analyserer materialet og hva jeg velger å legge vekt på i analyseringsarbeidet. Det er også min forforståelse som innvirker på hvilken teori jeg har valgt og hvordan jeg fremfører dette skriftlig. Dette er viktig å vite om og være observant, slik at man greier å holde forskningsprosessen så valid som mulig, hele veien mot presentering av funnene.

## 4.9 Forskningsetiske retningslinjer

Akademisk frihet er et grunnleggende prinsipp og viktig for å fremme uavhengig og pålitelig forskning. Samtidig er det viktig at vi kan stole på forskere og at de følger etiske prinsipper for forskning. For å tydeliggjøre dette og sette det i et system, er det utarbeidet et normsystem og en Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (Lovdata, 2017). Den enkelte forsker er

selv ansvarlig for å følge disse forskningsetiske normer, i alle ledd av arbeidet sitt (Regjeringen.no, 2022). De anerkjente prinsippene for etisk god forskning er sannhet, respekt, gode konsekvenser, rettferdighet og habilitet (Universitetet i Oslo, 2023).

Når informanter skal bidra inn i et forskningsarbeid, stilles det krav om fritt og informert samtykke. Man skal ivareta deltakernes personlige autonomi, de skal vite hva de takker ja til og de skal selv få bestemme om de vil være med i forskningen eller ikke (Nyeng, 2012). For å ivareta dette, fikk informantene mine denne informasjonen både muntlig og skriftlig, i tråd med retningslinjene fra Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt, 2024).

Informantene ble også informert om at de kunne trekke seg underveis i forløpet, dersom de ikke lenger ønsket å delta i det videre forskningsarbeidet (Nyeng, 2012). Jeg forklarte de også hvordan jeg tok opp og lagret lydopptakene, og hvordan disse ble ivaretatt for at deres anonymitet ikke skulle komme på avveie.

Det er viktig at jeg som forsker er i stand til å reflektere over prinsippene for etisk god forskning, gjennom alle delene av forskningen. Jeg må behandle både informantene mine og informasjonen de gir meg med respekt og rettferdighet. Under intervjuene kommer man tett på informantene sine og jeg tenker at det er viktig at man forsøker å skape en trygg atmosfære og opptre på en tillitsvekkende måte, slik at det ikke blir ubehagelig eller belastende å la seg intervju. Det er også viktig med denne tilliten, for at informantene skal tørre å si det de tenker på og ikke oppleve situasjonen som vanskelig. Informantene må også kunne være trygge på at jeg behandler informasjonen jeg får på en slik måte at den ikke bidrar til å skade eller gjøre det vanskelig for noen mennesker, slik at de kan snakke fritt.

## 4.10 Styrker og svakheter i arbeidet

Dette er min første masterutdanning, noe som preger hele min prosess. Det har vært ting jeg har vært usikker på underveis og jeg tenker at jeg allerede ved ett masterløp til, ville ha forbedret både planlegging, gjennomføring og analysering. Etablerte forskere med flere artikler og som er trygge prosessen, vil selvsagt bli bedre og finne flere styrker i arbeidet sitt, enn det jeg som nybegynner har fått til. Jeg har likevel gjort mitt beste for å sette meg inn i det jeg skal gjøre og gjennomføre dette med et godt resultat. I utgangspunktet ønsket jeg flere informanter enn de seks jeg fikk tak i. Det var tidkrevende å rekruttere informanter og jeg måtte på et tidspunkt være fornøyd med de seks jeg fikk. I ettertid tenker jeg likevel at jeg burde brukt enda mer tid og kreativitet for å rekruttere flere. Jeg ønsket å komme i kontakt

med helsesykepleiere fra hele landet. Jeg fikk også informanter både fra sør og nord, fra små og fra større kommuner. Men jeg ser at det ble en overvekt av informanter fra Nord-Norge. Samtidig er Nord-Norge stort geografisk og informantene kom derfor ikke fra samme område. Jeg har valgt å bruke semistrukturert intervju. Dette fordi jeg ønsket å lede samtalen inn på de temaene jeg ville vite mer om, samtidig som jeg ville at de skulle føle seg frie til også å snakke om andre ting. I begynnelsen av arbeidet vurderte jeg om jeg skulle bruke fokusgruppeintervju. Ett intervju med alle informantene, hvor de sammen kunne snakke om felles arbeidserfaringer, ville gitt meg langt mindre data å transkribere og analysere. Dette ville være tidsbesparende. Samtidig ønsket jeg ikke å gå på kompromiss med det jeg ønsket å finne ut av, kun for å spare tid. I en gruppe kan det være vanskelig for noen å ta ordet, slik at man hører mest fra de informantene som er utadvendte. Samtidig kan man få en spennende diskusjon i gruppa og synspunkter de kanskje ikke hadde kommet frem til én og én. Det hadde også vært interessant å høre på diskusjonene i et fokusgruppeintervju, om de var enige i hva som var helsesykepleiers rolle i dette arbeidet, og om det ville blitt en diskusjon og et engasjement rundt dette. Jeg landet likevel på at det viktigste for meg var å finne frem til den enkeltes erfaringer og grave litt dypere i det, og gikk derfor for å intervjuer de hver for seg. Praktisk ville det også vært vanskelig å samle informantene, selv om jeg i utgangspunktet ikke fikk så mange. Ved å intervjuer dem elektronisk, tok jeg så lite som mulig av tiden deres, da de ikke måtte bruke tid på å reise, møte opp i god tid og naturligvis snakke sammen før og etter intervjuet. Ved å bruke elektroniske intervju, trengte de kun å bruke selve tiden intervjuet tok. Jeg ønsket også å få frem opplevelsen til helsesykepleiere rundt om i landet. Det ville vært vanskeligere og økonomisk dyrere om jeg skulle fly alle inn til mitt kontor, for å møtes til fokusgruppeintervju der. Jeg la derfor raskt fra meg tanken om et slikt intervju, og gikk for semistrukturert intervju, som passet mer til mine intensjoner for intervjuene.

Intervjuene mine ble gjennomført elektronisk, noe som i utgangspunktet ikke opplevdes som en utfordring. Samtidig blir det kanskje ikke samme kvalitet over kommunikasjonen elektronisk som når man er i samme rom, hvor man kan lese hverandres kroppsspråk bedre eller småsnakke i forkant av intervjuet. På den andre siden hadde jeg stor skjerm og god lyd, som var positivt i forhold til å få med seg ansiktsuttrykk, tonefall eller andre særegenheter i dialogen. Dersom jeg kun skulle snakket med informantene i telefonen, uten samtidig å kunne se de, tror jeg at det kunne blitt lettere å misforstå hverandre. Men dette er bare en antakelse fra min side. Det var en styrke at både jeg og informantene var blitt trygge på å bruke elektronisk kommunikasjon i jobbsammenheng og at kommunene hadde rustet opp det

elektroniske utstyret for å kunne håndtere arbeidsoppgavene sine, på tross av koronapandemien. Det jeg opplevde av misforståelser i kommunikasjonen, kom av for dårlig informasjon til informantene i forkant av intervjuene, som beskrevet i kapittel «4.3 Utvalg og gjennomføring». Dette var en erfaring jeg spesielt gjorde meg med første informant og som gjorde at jeg informerte de neste informantene grundigere.

Tjora (2021) sier at det er viktig å være bevisst et eventuelt forhold forskeren har til informantene sine. I min forskning hadde jeg møtt et par av informantene tidligere i jobbsituasjoner, men jeg hadde ikke et personlig forhold til noen av dem. Jeg merket at dette hadde noe å si for den ene informanten, hun som henvendte seg til meg som helsesykepleier, og ikke som hvilken som helst forsker. For uten dette tenker jeg ikke at det hadde noe å si for informantene, at de hadde sett meg før. Etter intervjuene sa flere at det hadde vært fint å kunne delta og bidra med sine synspunkt. Noen poengterte også at det var et viktig tema og at de var takknemlige for at jeg ville skrive om nettopp voldsforebygging i helsestasjonen. Dette var fint å høre og gjorde at jeg selv også reflekterte mer over hvor viktig det er å snakke høyt om dette temaet. Jeg ser det som en styrke i oppgaven å ha undersøkt et tema som helsesykepleierne ønsket å snakke om. Noen av funnene setter spørsmålstegn til hvordan vi organiserer Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i dag, og om det finnes bedre løsninger. Dette er store tanker fra helsesykepleierne, som jeg synes er fint å ha fått frem i lyset.

## Kapittel 5: Diskusjon av funn

I dette kapitlet vil jeg presentere mine funn og diskutere disse opp mot tidligere relevant forskning og teorien jeg har presentert i kapittel fire. Jeg vil presentere og diskutere disse enkeltvis, før jeg går videre til neste funn. Funnene har jeg kategorisert i fire resultat kategorier, med tilhørende subgrupper. Resultat kategoriene jeg vil legge frem er «Vanskelig tema», «Varierende struktur», «Voldsforebygging – Én av mange arbeidsoppgaver» og «Verdifull jobb».

### 5.1 Vanskelig tema

Den første resultat kategorien jeg vil presentere er «Vanskelig tema». Helse sykepleierne syntes voldsforebyggende arbeid kunne være et vanskelig tema å jobbe med. Det kunne være utfordrende å finne mot til å stille de direkte spørsmålene og de kunne oppleve at noen foreldre reagerte negativt på at helse sykepleier ville snakke om vold. Dersom en helse sykepleier blir bekymret for om foreldre ikke greier å gi barnet sitt nok omsorg eller de mistenker at barnet blir utsatt for vold, er de forpliktet til å sende en bekymringsmelding til Barneverntjenesten (Helsedirektoratet, 2019b). Dette syntes noen helse sykepleiere var utfordrende, da de følte de misbrukte tilliten foreldrene hadde gitt dem. Helse sykepleier faget er sort og bredt, og jeg var derfor nysgjerrig på om helse sykepleierne selv var trygge i faget sitt og følte at de hadde den kompetansen de trengte for å kunne jobbe voldsforebyggende. Her var det ulike erfaringer, som vi skal se i subgruppene under. Når helse sykepleierne syntes det var krevende på jobb, oppga de at det var viktig å ha gode kollegaer å støtte seg på, noe de fleste syntes de hadde. Under resultat gruppen «Vanskelig tema» vil jeg presentere subgruppene «Mot til å spørre», «Reaksjoner fra foreldre», «Kompetanse» og «Veiledning/kollegastøtte».

#### 5.1.1 Mot til å spørre

Alle informantene mine ga uttrykk for at voldsforebyggende arbeid i helse stasjonen var et viktig arbeid, men at det kunne være vanskelig å avdekke vold, samt finne gode måter å snakke med foreldrene om dette. Flere fokuserte på at man må tørre å snakke om det, selv om vold ble beskrevet som et tabu både å utøve og snakke om, og derfor var vanskelig å ta opp.

Om et barn kom på helsestasjonen med blåmerker, var det vanlig at helsesykepleier spurte hva som hadde skjedd barnet. Dette ble beskrevet som et enkelt spørsmål å stille. Om antakelsen var mer diffus og helsesykepleier for eksempel måtte spørre direkte om forelderen pleide å utøve vold mot barnet sitt, opplevdes det som vanskeligere. Ikke nødvendigvis fordi de var redde for hva forelderen ville svare, men fordi spørsmålet kunne være med på å skape avstand mellom helsesykepleier og foreldre. Dette kunne igjen bidra til at de senere ikke ville åpne seg til helsesykepleier om hva som kunne være vanskelig i foreldrerollen. Samtidig visste helsesykepleierne at dette var en tanke de måtte ha med seg i alle konsultasjoner, at noen foreldre er voldelige mot barna sine og at vold kan skje i alle sosiale lag i samfunnet vårt. Noen av helsesykepleierne syntes det var lettere å snakke om vold mens barnet enda var spedbarn, og at dette ble mer utfordrende jo eldre barnet ble. De visste ikke helt hvorfor de følte det slik, men poengterte at når barna ble eldre, ville de aller helst stille spørsmålene direkte til barnet. Dette kunne for eksempel være å spørre en fireåring om hun pleide å bli sint, hva som skjedde når hun blir sint, om foreldrene kunne bli sinte på henne og hva foreldrene gjorde da. Men flere syntes det var vanskelig å stille disse spørsmålene med foreldrene til stede i rommet. På toårskonsultasjonen kunne det være litt lettere, for der kunne helsesykepleier dreie samtalen inn på trassalder og grensesetting, noe som kunne gjøre det mer naturlig å trekke frem temaet vold. Men de opplevde at det likevel kom an på hvordan de stilte spørsmålene. Dersom helsesykepleier spurte foreldrene om de syntes grensesetting var en utfordring og foreldrene svarte nei, ble det vanskeligere å gå videre derfra og til å spørre om vold. Flere helsesykepleiere sa at de skulle ønske det var lettere å snakke om temaet. Især når de satt med en magefølelse av at ikke alt var som det skulle i familien. Noen ganger falt det seg naturlig å spørre, mens andre ganger ble det for vanskelig. Som den ene helsesykepleieren sa «*Det er jo egentlig bare å spørre, men det er likevel et eller annet som stopper meg*» (Informant nummer to)

Flere helsesykepleiere fortalte at siden det var så vanskelig å snakke om vold, kunne det ofte bli et glemt tema. Andre sa at de jobbet med seg selv, for å bli bedre på å ta det opp. Om de ikke greide å snakke om vold første gang foreldrene var der, prøvde de å kalle inn barnet til en ekstra konsultasjon, hvor de hadde forberedt seg bedre i forhold til det voldsforebyggende arbeidet. Om det var tiden som ikke strakk til og som resulterte i at de ikke fikk snakket om vold, var det noen helsesykepleiere som videreførte temaet til neste konsultasjon og informerte foreldrene om at «*Dette rakk vi ikke i dag, så det må vi snakke om neste gang.*» Noen helsesykepleiere presiserte at temaet vold ikke var noe de la til side, fordi det var

ubehagelig å snakke om. De kunne ikke ha god samvittighet, dersom de ikke fikk jobbet med voldsforebygging. Selv om veilederen (Helsedirektoratet, 2023) sier at helsesykepleier skal ha fokus på det foreldrene har behov for å snakke om, var det likevel viktig at helsesykepleier ledet samtalen inn på de viktige temaene i helsestasjonsprogrammet.

En annen faktor i forhold til om voldsforebyggende arbeid kunne være et vanskelig tema å snakke om, var dersom helsesykepleier jobbet i en liten kommune hvor «alle kjente alle». Å skulle stille de direkte og ubehagelige spørsmålene til for eksempel søsteren til venninnen din, en du har gått på skole med eller en familiebekjent, kunne gjøre det ekstra vanskelig. Dette kunne utfordre relasjonene og gjøre det vanskeligere å møtes på fritiden. Noen helsesykepleiere hadde blitt gode til å stille de direkte spørsmålene og synets det gikk fint å jobbe voldsforebyggende. Men de kunne likevel oppleve at det var vanskelig å avdekke hvilke barn som ble utsatt for vold hjemme.

*Jeg har vært veldig opptatt av, kanskje spesielt opptatt av dette temaet i mange år. Og har også vært deltaker i konsultasjonsteam og har opp igjennom vært på mange konferanser og kurs om vold. Men jeg følte at jeg, jeg ble ikke noe bedre til å spørre på helsestasjonen. Eller, til å tematisere temaet da. Så jeg har vært litt frustrert i mange år over at jeg har mye kunnskap, men jeg får egentlig ikke til å gjøre, å gjøre noe med det. For du kommer liksom ikke inn på temaet (Informant nummer fire).*

Det var liten tvil om at helsesykepleierne syntes vold var et vanskelig tema, selv om voldsforebyggende arbeid er en del av nesten alle konsultasjonene beskrevet i veilederen for Helsestasjonsarbeidet (Helsedirektoratet, 2023). Når vi også vet at de fleste familier i Norge i dag bruker helsestasjonen (SSB, 2024), skulle man tro at dette var et arbeid som var godt innøvd for helsesykepleierne. Min erfaring er at mødre snakker sammen om hva som skjer på helsestasjonen og på hvilken måte helsesykepleier har møtt deres behov. Om vold ble tatt opp ved alle konsultasjoner, ville det vært naturlig at også det ble snakket om mellom foreldrene, som da kanskje hadde hatt forventninger til at temaet skulle tas opp. Dette kunne igjen gjort det lettere for helsesykepleier. For noen år siden synes jeg det var det en holdning om at det som skjer innenfor husets vegger, ikke var noe utenforstående hadde noe med. Da var det nok mange barn som slet under vanskelige forhold, men som ikke ble fanget opp, fordi ingen turte å gripe inn. Min oppfatning er at dette heldigvis har blitt en endring på, slik intensjonen med Opptappingsplanen for vold og overgrep (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016) er. Denne sier at samfunnets viktigste oppgave er å beskytte egne borgere og at mennesker som blir utsatt for vold og overgrep, er noe som angår oss alle. Jeg har likevel ganske nylig hørt en



holdning om at man ikke skal blande seg for mye inn i hvordan familier har det hjemme, fra en barnehagestyrer. Dette sjokkerte meg og viser at vi fortsatt må jobbe for åpenhet og for at ingen barn skal måtte stå alene i vanskelige situasjoner hjemme. For å endre slike holdninger barnehagestyreren hadde, tror jeg det er viktig at alle foreldrene på helsestasjonen blir spurt om vold. Det bidrar til bevissthet i samfunnet og det vil bli vanskeligere å utøve vold mot barna sine, uten at noen fatter mistanke eller reagerer på dette. Dette kan vi forstå gjennom Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Bronfenbrenner & Cole, 1981). Dersom det blir endringer i makrosystemet, det samfunnet barnet lever i, hvor holdningene blir at vi skal ta vare på hverandre og reagere dersom vi tror noen utsettes for vold, vil det positivt påvirke barnet, dets helse og dets trivsel. Helsepsykepleier kan altså ha en svært viktig rolle i dette arbeidet og det er synd om vi går glipp av denne, fordi arbeidsoppgaven føles ubehagelig for helsepsykepleier.

Anderzén Carlsson et al. (2021) sier i sin studie at barnesykepleierne/helsepsykepleierne var engasjerte i sin jobb med voldsutsatte mødre, men at det også kunne gi følelsesmessige belastninger. Jeg undrer meg over om denne type jobb som gir følelsesmessige belastninger, noen ganger utsettes, bevisst eller ubevisst. Dette stemmer med det noen av mine informanter fortalte. Helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2022b) legger vekt på at helsepsykepleier skal spørre foreldrene om det er spesifikke tema de ønsker å ta opp, for så å tilpasse konsultasjonen etter dette. Om mye av tiden går til dette, kan det være utfordrende å avbryte temaet man snakker om, for heller å bruke tiden på ubehagelige, voldsforebyggende samtaler. Dette kan vi forstå som redusert relasjonelt mot, som Spurkeland (2017) beskriver som den psykiske styrken og indre kraften man må ha for å møte den andre, selv når det kan kjennes vanskelig. Om man hadde en bevissthet om å styrke det relasjonelle motet ved å øve seg på å gjennomføre flere slike samtaler, ville det kanskje bli lettere å finne de «riktige» ordene og den indre kraften man her trenger. I Hansen et al. (2019) sin artikkel, kom det frem at helsepsykepleiere ikke rutinemessig hadde spurt foreldrene om de hadde utøvet vold mot barnet sitt. Også denne artikkelen viser at vold er et vanskelig tema å snakke om. Her ble manglende rutiner nevnt som én av årsakene til dette. Men som også informantene mine sa, kommer det frem i Hansen et al. (2019) at helsepsykepleierne spurte foreldrene om dette i de tilfellene de hadde direkte mistanke om vold, eller ved å indirekte spørre om grensesetting og sinnemestring. Én av mine informanter la også til at de alltid spurte om blåmerker de så på barna. Hun reflekterte også over om det kunne ha seg slik at foreldre avlyste eller utsatte helsestasjonstimer dersom barnet deres hadde blåmerker eller andre merker etter vold.

Gaathaug (2020) så at også mange av hennes informanter syntes det var vanskelig å snakke med foreldrene på helsestasjonen om vold og overgrep. Flere fortalte at de unngikk å ta opp temaet med foreldrene, da at de var usikre på hvordan de skulle gjøre det. Kan dette også være fordi helsesykepleier føler hun svikter foreldrene ved å spørre om vold? Ved at hun i det hele tatt kan tenke tanken om at det kan forekomme? Bronfenbrenner og Cole (1981) snakker om Mesosystemet hvor to mikrosystem samhandler. Det vil i høyeste grad påvirke barnet hvilken relasjon foreldrene og helsesykepleier har, dersom det avgjør om voldstemaet blir tatt opp eller ikke. Kanskje kan det hjelpe helsesykepleier å ha fokuset på barnet, dersom hun tenker på at hun skal ivareta barnet mer enn hun skal ivareta foreldrene. Da vil det kunne være lettere å ikke la egne følelser komme i konflikt med det arbeidet hun skal gjøre, ved å avdekke mulig vold mot barnet hun har foran seg.

En av informantene mine sa at dersom de ikke hadde rukket å snakke om dette, kalte hun dem inn til en ny konsultasjon, hvor hun kunne forberede seg mer til å snakke om vold. Jeg tenker at dette kan være problematisk, da man gjerne bør ha en årsak til å kalle inn barnet på ekstrakonsultasjoner, utenfor det fastsatte helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2022b). Om helsesykepleier er åpen om at hun ønsker en ny konsultasjon for å snakke om vold, vil det kunne skape usikkerhet hos foreldrene, for hvorfor nettopp de må ha en ekstra konsultasjon om temaet. Det man også må ta hensyn til, er at det ifølge Tveiten (2007) fort kan bli en maktubalanse mellom helsesykepleier og foreldre. Helsesykepleier har blant annet en kontrollerende funksjon, hvor hun skal undersøke barnets utvikling og oppvekstmiljø, og melde bekymring videre til Barneverntjenesten om det oppstår mistanke om vold i en familie (Bufdir, 2024b). Det vil derfor kunne være vanskelig for en forelder å takke nei til en ekstra konsultasjon om vold, da det i ytterste konsekvens kan være med på at helsesykepleier sender bekymringsmelding på familien. Spurkeland (2017) er opptatt av at relasjonen mellom hjelper og mottaker må være positiv og preget av tillit om man skal få til en fortrolig hjelp. Om samtalen allerede har vært preget av undersøkende dialog, hvor hjelperen ikke tar for stor plass, men har stilt anerkjennende spørsmål med respekt og nysgjerrighet, kan det være at foreldrene uansett føler seg bekvemme til å komme på en ekstra konsultasjon med barnet sitt. Spurkeland (2017) er også opptatt av en positiv avhengighet mellom seg selv og de personene man er i relasjon med. Maktubalansen mellom foreldrene og helsesykepleier kan altså bli lavere om man er fleksibel og profesjonell i møtet med foreldrene. Å forstå denne avhengigheten, og reflektere over dette når man tenker på å kalle inn til en ekstrakonsultasjon, er en viktig del av relasjonskompetansen Spurkeland (2017) forteller om. Dersom

helsesykepleier er rutinert og drevet på å snakke om vold, skulle man også tro at det ikke var nødvendig å kalle inn til en ekstra konsultasjon, med bakgrunn i at hun hadde fått forberedt seg mer på temaet. Om man snakker om noe ofte, vil jeg tenke det blir mindre behov for å forberede seg til hver enkelt samtale.

### 5.1.2 Reaksjoner fra foreldrene

Helsesykepleierne i studien min hadde forskjellige erfaringer når det kom til reaksjoner fra foreldrene, men ingen hadde møtt foreldre som var ærlige om at de hadde utøvd vold mot barnet sitt. Noen foreldre kunne fortelle om eget sinne og høylytte diskusjoner hjemme, men ikke om direkte vold. De kunne også si ting som at det måtte barna tåle, for i deres familie var det vanlig å vise følelser, også sinne. Eller at det var vanlig med høye stemmer og smelling i dørene hjemme hos dem, uten at det var vurdert som vold. Å ta barnets perspektiv, snakke foreldrene imot og få de til å forstå at når man blir så sinte, så blir barnet redd, var ikke alltid like lett. Noen helsesykepleiere følte at de måtte argumentere godt for sin forståelse av situasjonene foreldrene fortalte om, hvor foreldrene var av motsatt mening. De kunne også komme i situasjoner der foreldrene ikke var ærlige i det de fortalte. Andre foreldre kunne fortelle at det ble en del krangling hjemme, men at barna sov mens det skjedde, så de ikke fikk med seg kranglingen. Også her ble det viktig for helsesykepleier å formidle sin kunnskap om skadelige oppvekstvilkår. En annen utfordring helsesykepleierne opplevde, var at noen foreldre hadde en annen forståelse av hva vold er. De kunne selv ha vokst opp med at de ble knipset på fingrene eller tatt i ørene, og kunne se på det heller som irrettesetting enn vold. Da kunne helsesykepleierne få en følelse av at foreldrene hørte hva de sa, men at de ikke tenkte at det var så ille med en slik irrettesettelse. Helsesykepleier kjente da på et ansvar for å bringe temaet på bane igjen ved neste konsultasjon, for å reflektere sammen med foreldrene på nytt, eventuelt tilby de foreldreveiledningskurs.

Noen av informantene mine kunne synes det var vanskelig å spørre direkte om foreldrene hadde utøvd vold mot barna sine, fordi de var redde for hvilke reaksjoner de ville få. Ville foreldrene bli sinte på dem, føle seg mistenkeliggjorte eller bli mer stille, slik at videre samarbeidsklime ble ødelagt og helsesykepleier ikke lenger kunne være til støtte for barnet? Andre ganger erfarte helsesykepleierne at foreldrene ble stille når de tok opp temaet, slik at det ble vanskelig å holde en god dialog. Det helsesykepleierne likevel hadde mest erfaring med når det kom til reaksjoner fra foreldre, var stor forståelse og aksept for det

voldsforebyggende arbeidet. De fleste ga heller ikke inntrykk av at de følte seg mistenkeliggjort av helsesykepleier. Noen foreldre med nyfødte barn kunne kjenne det litt voldsomt, da de ennå ikke hadde opplevd frustrerende situasjoner med barnet sitt. Flere foreldre fortalte om nettsider og podkaster hvor de hadde lært om foreldreskap, og helsesykepleierne opplevde mange av foreldrene som kloke og flinke. Andre foreldre hadde deltatt på foreldreveiledningskurs i regi av helsestasjonen og tok med seg kunnskap derfra videre i senere samtaler på helsestasjonen, hvor de også fortalte om erfaringer fra egen oppvekst og hva de ønsket å gi videre til sine barn.

*Det er jo noen ganger man kjenner at det er litt sånn ekkelt å spørre. Og man får jo litt sånn, noen reagerer jo ganske kraftig, sånn «Herremann, spør du om det?» Men så føler jeg jo også at vi forklarer at dette er til alle. Og at vi vet at man reagerer forskjellig. Så er det så viktig tema å snakke om. Så er jo egentlig, så jeg er av den oppfatning at alle forstår hvorfor man spør om det (Informant nummer seks).*

Om man avdekker vold på helsestasjonen, sender helsesykepleier som oftest en bekymringsmelding til Barneverntjenesten (Bufdir, 2024b). Dette kunne mine informanter kjenne på som vanskelig. Det følte som et svik at foreldrene hadde åpnet seg og vært ærlige om hvordan de hadde det, og så måtte helsesykepleier melde Barnevernstjenesten i etterkant. Dette «tillitsbruddet» kunne føre til at foreldrene ikke ville åpne seg eller være ærlige i senere konsultasjoner på helsestasjonen. Relasjonen til helsesykepleier ville dermed svekkes. Hensikten med å melde bekymring til Barneverntjenesten, er at barnet og familien skal få hjelp. Flere helsesykepleiere erfarte at familiene ikke alltid fikk den hjelpen de trengte, og at det derfor var utfordrende å ta avgjørelsen om en bekymringsmelding skulle sendes eller ikke. I den ene kommunen representert i denne oppgaven, signerte leder alle bekymringsmeldinger. Dette var til støtte for helsesykepleier, som da ikke sto alene med ansvaret og avgjørelsen. Noen ganger opplevde de også å være bekymret for barn og familier, uten å likevel ha nok informasjon til å kunne sende bekymringsmelding. Da var det ikke uvanlig å kontakte Barneverntjenesten for å drøfte saken anonymt.

*Og så ringer vi til Barnevernstjenesten anonymt for å drøfte hva vi skal gjøre nå. Eller, vil dere at vi skal melde inn nå eller? Og så hvis vi melder, så bruker vi leder som en støtte bak oss. Vi melder nok sikkert ikke nok, men vi prøver jo (Informant nummer én).*

De fleste informantene mine fortalte altså at de vanligvis ikke ble møtt av noen negative tilbakemeldinger fra foreldrene. Men en av helsesykepleierne fortalte likevel at selv om hun

ikke opplevde sinte foreldre eller negative kommentarer, kunne hun kjenne på en slags vanskelig stemning som bredte seg i rommet når voldstemaet ble tatt opp. Dette får meg til å undre. Dersom helsesykepleier skal jobbe med voldsforebygging i nær alle konsultasjoner med alle barn, og stort sett ikke får negative tilbakemeldinger fra foreldrene, hvorfor kjenner man likevel at dette er vanskelig? Glavin et al. (2007) hevder at utviklingsstøttende kommunikasjon kan tilpasses familiers utfordringer. Om man snakker om voldsforebygging samtidig som man har fokus på hvordan familien har det sammen og hvordan de kan støtte barnets utvikling, kan det bli en bedre samtale enn om man bare forteller hva man synes foreldrene skal gjøre. Her vil det være fornuftig å lære foreldrene om transaksjonsmodellen (Sameroff & Chandler, 1975) og vise de hvordan barnet og foreldrene påvirker hverandre, og at foreldrene derfor kan ha mange andre måter å møte barnet sitt på, uten å bruke vold. Det gjelder å få foreldrene med på å legge merke til de opplevelsene, behovene og signalene barnet viser dem, slik man får større forståelse for barnet sitt og de utfordrende situasjonene som kan oppstå hjemme. Slike utviklingsstøttende samtaler (Glavin et al., 2007) vil gjøre foreldrene observante i forhold til samspillet man kan ha med barnet sitt, når det kommer til blick, smil, vennlighet, omsorg og aksept. Dette vil trolig gi et bedre samspill mellom barn og foreldre, og en lavere risiko for at foreldrene utøver vold. Samtalen på helsestasjonen vil kanskje også føles mindre konfronterende og man får foreldre som kanskje ikke har like vanskelig for å åpne opp om temaet.

Selv om informantene ikke fortalte om negative tilbakemeldinger fra foreldrene, kan det likevel hende at de iblant opplevde relasjonell distanse i disse møtene, slik Spurkeland (2015) skrev om i 2015. Relasjonell distanse kan komme av nonverbale uttrykk som manglende øyekontakt, fraværende kroppsspråk, likegyldighet eller manglende interesse for samtalen, fra én av partene. Dersom det har vært relasjonell distanse i samtalene, hovedsakelig fra foreldrene, kan helsesykepleier ha kjent seg skjøvet vekk fra samtalen eller opplevd avstand eller isolasjon fra den andre (Spurkeland, 2015). Kanskje er det dette de har kjent på når det har vært ubehagelig å ta opp temaet under en konsultasjon, men ikke kan sette fingeren på åpenbare negative tilbakemeldinger. Kommunikasjon rundt voldstemaet kan være komplekst, når man ser på både de vanskene helsesykepleier har fortalt om i intervjuene, den maktubalansen som kan oppstå under en helsestasjonskonsultasjon og nå også relasjonell distanse, kanskje initiert av forelderen. Det er også utfordrende å jobbe forebyggende, når helsesykepleiers rolle både er å informere og støtte forelderen, men også gå videre med

bekymringsmelding til Barneverntjenesten, dersom de ser at det blir nødvendig. Dette kan føre til at foreldrene ikke er ærlige om de trenger hjelp.

I Neumann og Snertingdals (2013) forskning, kom det frem at helsesykepleiere kunne være usikre på hvordan de skulle bruke kartleggingsverktøy og samtalemotodikk i tidlig intervensjon ved helsestasjonen. Det var ikke klart nok for dem om dette skulle brukes for å avdekke allerede etablerte problemer, eller om de skulle se etter risiko for å utvikle nye problem. Denne usikkerheten vil kunne påvirke samhandlingen med foreldrene. Gaathaug (2020) mener at det ikke bare er foreldrenes reaksjon helsesykepleier kan synes er utfordrende. Noen kan også bli usikre på egen reaksjon dersom barna forteller om vold på helsestasjonen. Ved egen arbeidsplass har helsesykepleiere vært bekymret for reaksjonen foreldrene vil gi barnet når de kommer hjem, dersom barnet har fortalt «for mye» på helsestasjonen. Hva skjer dersom barnet forteller at det blir slått? Hvordan reagerer foreldrene egentlig på at barnet forteller at han eller hun blir redd når mamma blir veldig sint? Dette kan bli en bekymring for helsesykepleieren, som igjen kan påvirke hvor grundig hun snakker med barnet om dette. Den ene informant min hadde også flere ganger opplevd at foreldrene åpnet seg om temaet første gang de snakket om det, men da hun tok opp voldstemaet igjen på neste konsultasjon, opplevde hun foreldrene som mer lukket. Hun trodde det kunne komme av at de hadde fått tenkt seg om, blitt bekymret for melding til Barneverntjenesten. Eventuelt kunne de ha snakket med andre, som sa at de ikke måtte være så åpne i samtalen med helsesykepleier. Dette førte til at helsesykepleier egentlig ønsket å snakke mer om det første gangen hun tok det opp, men at tiden ikke strakk til. Hun måtte derfor utsette noe av samtalen til neste konsultasjon, med vissheten om at foreldrene da kunne være mer lukket. Er det slik vi skal ha det ved barnas helsetjeneste i Norge? At vi ikke skal ha tid til å snakke om et så viktig tema, som potensielt har så store konsekvenser for barnets hverdag, helse og utvikling?

Forskningen til Gaathaug (2020) sier at noen helsesykepleiere kunne bli for vage eller diffuse når de snakket med foreldrene om vold, noe som bidro til at de også ble for lite konkrete. Om man gir en vag, overordnet monolog om vold og voldsforebygging, kan det bli vanskelig å få den gode dialogen hvor man går dypere inn i temaet. Samtidig kan det også bidra til mindre negative reaksjoner fra foreldrene, da temaet blir lagt frem så generelt, at foreldrene ikke forstår at det er dem helsesykepleier snakker om. hevder at undersøkende dialog kan åpne opp for spørsmål som går dypere og som gjør oss bedre kjent med den andre. Dersom helsesykepleier kjenner at samtalen blir for overfladisk, kan hun ha nytte av å bruke undersøkende dialog (Spurkeland, 2017), hvor hun på forhånd ikke har svarene selv, men

åpner opp og gir god plass til den andre. Her er også medvirkning viktig, hvor man må passe på å ta imot og ikke legge lokk på det den andre vil si. Ved å bevisst gå inn i dette, kan resultatet muligens bli en dypere samtale om et vanskelig tema.

### 5.1.3 Kompetanse

På spørsmål om helsesykepleierne i undersøkelsen min hadde god nok kompetanse i forhold til det voldsforebyggende arbeidet på helsestasjonen, fikk jeg delte svar. Flere sa at de hadde en del kunnskap, men at de likevel ønsket mer, både om temaet og om hvordan de skulle kommunisere temaet til foreldrene. Om det dukket opp spesifikke ting de lurte på, visste de likevel hvor de kunne snu seg for å få mer informasjon. Dette kunne være til kollegaer, anonyme drøftinger med Barneverntjenesten eller søke veiledning fra spesifikke rådgivningsorganer som for eksempel RVTS, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS, 2024a). Da jeg videre spurte om kompetansen de hadde kom fra helsesykepleierutdanningen eller fra arbeidserfaring, svarte de fleste informantene mine at de hadde lært det meste gjennom å jobbe på helsestasjonen. De kunne ikke huske eksakt hvor mye de hadde om temaet i helsesykepleierutdanningen, men var samstemte i at dette ikke var mye. Flere av helsesykepleierne jeg snakket med, mente at helsesykepleierutdanningen ikke ga den nybakte helsesykepleier kompetansen hun trengte for voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen. For å kunne avdekke vold var det ofte behov for både erfaring og videre kurs, slik at man kunne spe på kunnskapen. Den ene informanten sa derimot at hun ville tro at de hadde mer om voldsforebyggende arbeid på helsesykepleierutdanningen nå, etter at den nye nasjonale veilederen kom i 2017 (Helsedirektoratet, 2023). Dette fordi den har et tydeligere fokus på vold og overgrep. Hun presiserte at hun hadde utdannet seg til helsesykepleier før 2017 og at dette derfor bare ble gjetninger fra hennes side. Generelt oppga informantene mine at erfaringen fra egen jobb, samtaler med kollegaer, tverrfaglig samarbeid, kurs, fagdager og konferanser var de største bidragsyterne i forhold til å øke deres kompetanse om vold og voldsforebyggende arbeid. Flere hadde også hatt voldsforebyggende arbeid som fokusområde på arbeidsplassen og hadde lært mer om temaet da. Dette var det imidlertid opp til hver enkelt helsestasjon å ta initiativ til.

*Det er sånn, min umiddelbare tanke er at utdanninga, der lærer man ikke så mye om det.*

*Men.. Og så tenker jeg at verdien av å ha kollegaer å drøfte med, den er uunnværlig. Om jeg*

*skulle ha jobbet i en kommune alene, med det svake grunnlaget som utdanningen gir, det hadde vært kjempevanskelig (Informant nummer tre).*

*Altså, jeg tenker at som nyutdannet eeh.. så har man lite kompetanse. Jeg vet ikke om det blir følt å si, men. Altså, man har jo noe kompetanse. ..Erfaring er viktig, tenker jeg. For å ha, for å få den kompetansen. ..Når du skal snakke med dem om vold.. Selvfølgelig når du aldri har gjort det før, så er det jo kjempevanskelig. I forhold til om du har hatt 200 samtaler med barn. Etter hvert som man har gjort dette mange ganger, og funnet litt veien, så vil man selv ha litt lavere skuldre og da blir det en mer naturlig samtale (Informant nummer tre).*

Der noen var opptatt av hvordan man skulle tilegne seg denne kompetansen, hadde andre fokus på rammene rundt. De mente at selv om man hadde kompetanse, var de likevel avhengige av å ha gode verktøy, gode rutiner og nok tid. Det ble også snakket om forskjeller på kommunene, der noen kommuner hadde ansatt fagkoordinator eller fagutviklingshelsesykepleier, mens andre ikke hadde det. Det skapte forskjell på rammene for å tilegne seg ytterligere kompetanse. Det overrasket meg at flere helsesykepleiere syntes at de selv ikke hadde god nok kompetanse om vold og voldsforebyggende arbeid. Også i Hansen et al. (2019) og Gaathaug (2020) sine studier, ga helsesykepleierne uttrykk for at de syntes det var vanskelig å snakke om vold og overgrep. De ønsket seg mer kunnskap om fysisk vold, om symptomer og tegn på at et barn hadde blitt utsatt for vold og hvordan de skulle greie å avdekke dette. De ønsket også mer kompetanse i forhold til hvordan de skulle snakke om dette, både med barnet og foreldrene. I tillegg var de usikre på hva de skulle gjøre videre, dersom de avdekket vold mot et barn på helsestasjonen. Disse to studiene er relativt nye, fra 2019 og 2020. Sammen med min undersøkelse viser disse at helsesykepleiere i dag kjenner på en manglende kompetanse i et så viktig og prioritert tema i Helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2022b). I Anderzén Carlsson et al. (2021) sin svenske studie fra 2021 sa helsesykepleierne at med mer erfaring, skreddersydd utdanning og med gode veiledere, så var det større sannsynlighet for at de ville snakke med foreldrene om vold. Dette samsvarer med de norske studiene jeg nettopp har trukket frem.

De fleste helsesykepleierne jeg snakket med, mente helsesykepleierutdanningen ikke ga den nybakte helsesykepleier kompetansen hun trengte for det voldsforebyggende arbeidet i helsestasjonen. De mente derfor at man var avhengig av å opparbeide seg denne på arbeidsplassen i ettertid. Dette skaper flere dilemma eller utfordringer. Tidligere i oppgaven har vi sett at helsesykepleier treffer stort sett alle barn i Norge. Vi har også sett at helsestasjonen er den eneste offentlige instansen som møter barna så mange ganger i løpet av



det første leveåret og videre mot skolestart. Da er det viktig at det er kvalitet over det arbeidet helsesykepleier utfører. Om det er slik at man ikke lærer nok om voldsforebyggende arbeid på helsesykepleierstudiet, men heller lærer det i arbeidspraksis, kan jeg se for meg at kompetansen til helsesykepleierne vil variere veldig, ut fra hvilken arbeidsplass de jobber på. For å få kursing i dette temaet, er man først avhengig av hvor stor kurspott den enkelte helsesykepleiertjeneste får fra egen kommune. Deretter vil man være avhengig av hvilke tema leder av helsestasjonen ønsker å satse på og bruke denne kurspotten på. Om man er mange ansatte på helsestasjonen, er man avhengig av at det skal bli sin tur til å dra på kurs, dersom man ikke har råd til å sende alle. Som nevnt i kapittel «1.3.1 Helsesykepleiers mandat», skal helsesykepleier være oppdatert på svært mange områder innen barns utvikling, foreldrerollen, samspillet i familien og ikke minst vold og voldsforebygging. Lista over tema og arbeidsoppgaver er lang, og forventningene fra det statlige mandatet er mange. Det er forventet at helsesykepleier skal oppdage alle slags avvik hos barnet. Ikke bare somatiske avvik, men også avvik i barnets psykososiale miljø. Når helsesykepleiere har så mange områder å holde seg oppdaterte på, kan det potensielt ta mange år før den ene helsesykepleieren får kursing i forhold til voldsforebyggende arbeid. I mellomtiden utfører man kanskje jobben sin slik de andre på jobben gjør det og «slik vi alltid har gjort det hos oss». Jeg tenker det er fullt forståelig at man kan bli usikker på et så viktig og utfordrende tema, når det samtidig er så mange andre ting man skal kunne. Men det man må se på, er om vi skal akseptere en slik organisering av denne helsetjenesten som er så viktig for barna våre.

Min erfaring er at foreldre som kommer på helsestasjonen i dag, gjerne har googlet seg frem til svaret på spørsmålene sine, før de kommer til timen. Da skal helsesykepleier være svært trygg i seg selv og faget sitt, for å veilede foreldre som har «svaret» allerede før de kommer. I sær dersom dette avviker fra veiledningen helsesykepleier i utgangspunktet ville ha gitt. De siste årene har «Mammapolitiet» blitt et kjent begrep. Ifølge Dagsavisen er Mammapolitiet småbarnsmødre som retter på eller kritiserer andre mødre. Mammapolitiet synes de vet best og kvier seg ikke for å si fra (Dagsavisen, 2021). Mange foreldre er derfor nå ekstra redd for å gjøre noe feil eller ta feil avgjørelser i forhold til barnet sitt, fordi det er mye kritikk å møte fra andre mødre. Jeg har også sett innlegg i sosiale medier hvor en mor eksempelvis legger ut et spørsmål med svar hun har fått fra helsesykepleier på helsestasjonen. Ut fra to setninger med beskrivelse av problemet, kan andre mødre svare under at «Du må ikke høre på helsesykepleier! Vi gjorde det på en annen måte og var veldig fornøyd med det.» I stedet for å ta til seg veiledning fra helsesykepleier som har fulgt familien siden babyen ble født, som

kjenner barnets helse og er utdannet til å jobbe helsefremmende og forebyggende med barnet, tar man heller til seg rådene fra andre mødre som ikke kjenner situasjonen. En far sa ironisk til meg på en helsestasjonskonsultasjon: «Hva skal man med helsestasjonen når man har flergangsmødre?» Her hintet han til at det ikke flergangsmødre visste, det var ikke verdt å vite. I denne verden med svært mange områder helsesykepleier skal være oppdatert på, mange «gode» råd fra alle kanter, og foreldre som har googlet seg frem til svaret på forhånd, krever det styrke å stå i sine faglige begrunnelser, der disse begrunnelsene blir satt spørsmål til. Ifølge Opptappingsplanen mot vold og overgrep (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016) sier ansatte i barnehager, skoler, politi og Barnevern at de i flere saker har hatt mistanke om at barn har vært utsatt for vold, men likevel valgt å ikke gjøre noe i forhold til det. Dette på grunn av at de ikke har hatt tilstrekkelig med kompetanse til å avdekke vold eller hva de skal gjøre når de har en mistanke. De har også manglet kompetanse til å snakke med barn om vanskelige ting. Som en del av Opptappingsplanen har RVTS på oppdrag fra Bufdir (Bufdir, 2024a) utviklet Snakkemedbarn.no (RVTS, 2024b). Dette er en snakkesimulator hvor man kan trene på å snakke med barn og unge om vold, seksuelle overgrep og andre sensitive tema. I likhet med informantene mine, sier Snakkemedbarn.no (RVTS, 2024b) at mange voksne vet mye om vold og hvor skadelig det er for barn, men at de trenger muligheter til å bruke denne kunnskapen i praksis med barn. Denne simulatoren kan derfor være nyttig for å øve seg på å snakke med barn. Simulatoren inneholder ti barn i alderen fire til seksten år, som svarer når du snakker med dem, alt etter hva du sier i samtalen. Denne vil hjelpe deg til å blant annet ikke å stille lukkede spørsmål som stenger for den videre, dype samtalen.

Når det forventes så mye av helsesykepleierne, og nesten samtlige sier at de ikke har nok kunnskap eller god nok kompetanse innen voldsfremmende arbeid, har vi da en svikt i det offentlige helsesystemet vårt? Flere yrkesgrupper, deriblant regnskapsførere og revisorer, har et etterutdanningskrav hvor de hvert tredje år må dokumentere henholdsvis 120 timer og 80 timer kursing, for å holde kompetansen sin oppe (Revisorforeningen, 2023). Burde ikke dette vært en standard også for de som jobber med de aller minste og sårbare barna vi har, som skal vokse opp med best mulige utviklingsmuligheter? Eller er penger og regnskap viktigere enn barn? Før Kommunehelsetjenesteloven fra 1984 trådte i kraft, hadde vi en egen Helsesøsterlov, som sa at helsesykepleiere måtte ta etterutdanningskurs hvert tiende år. I tillegg hadde Statsforvalteren et ansvar for helsesykepleiernes kompetanseheving og arrangerte årlige kurs for helsesykepleierne (Glavin & Kvarme, 2003). Har vi gått i feil retning her? Burde man gjeninnføre obligatoriske kurs, for å sikre at helsesykepleier innehar

den kompetansen hun bør ha? En viktig faktor i forhold til kompetanseheving er økonomi. Det finnes i dag mange arrangører som tjener godt på å kjøre konferanser og opplæringspakker, blant annet for kommunale tjenester. Kanskje ville det blitt lettere for kommunene å holde tritt med kursing, dersom for eksempel Statsforvalteren igjen fikk ansvar for kompetansehevingen til helsesykepleierne, uten å skulle få profitt av denne jobben. Det jeg i alle fall er sikker på, er at vi må sikre at de som jobber med barn og unge i dette landet, må være kompetente og jobbe evidensbasert. Det er ikke bare helsesykepleiere som føler seg utrygge i denne type arbeid. Dette gjelder også andre offentlige ansatte. Det er derfor blitt laget en «Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner». Denne ble laget av NKVTS og lansert i 2018, på oppdrag fra Helsedirektoratet (NKVTS, 2018a). Jeg tenker at det er svært positivt at Helsedirektoratet tar tak i denne usikkerheten, og prøver å heve ansattes kompetanse og trygghet, slik at flest mulig voldsoffer skal få hjelp.

Stemmer det også at vi utdanner folk som ikke er rustet for arbeidslivet etter endt utdanning? Ingen av mine informanter fortalte at de hadde avdekket mange barn som levde i voldelige hjem. Tvert imot ble det sett på som en belastning at de visste at mange barn ble utsatt for vold, uten at helsesykepleier greide å avdekke hvem disse barna var, selv om de møtte dem på helsestasjonen. Når NKVTS (2018a) sier at vold mot barn ofte er et skjult fenomen i helse- og omsorgstjenesten, krever det enda mer av den som skal avdekke dette. Men når den ene informanten min sier at man må være erfaren for å greie å avdekke vold, mens nesten ingen erfarne helsesykepleiere avdekker vold, stemmer det da at en nyutdannet ikke kan gjøre en like god jobb som den erfarne? Kanskje skal vi heller stole på at utdanningen vi har i Norge i dag er god, og at den stadig vil bli bedre. Utdanningen vil også være en del av Bronfenbrenners tanke om et makrosystem, hvor barnet ikke direkte kan påvirke hvordan utdanningen er lagt opp, men hvor dette blir veldig viktig andre vei (Bronfenbrenner & Cole, 1981).

På helsestasjonen jobber man selvstendig opp mot hvert enkelt barn. Noen har kollegaer å støtte seg på, mens andre kanskje er den eneste ansatte i helsesykepleiertjenesten i sin kommune. Da er det viktig at helsesykepleier er trygg i sin arbeidsutøvelse og at det er kvalitet over jobben hun utfører. Den tidlige forskningen til Christensen (1988), Leira (1988), Midjo (1992) og (Hydén, 1995) har alle gitt oss en allmenn kunnskap om barns reaksjoner på å vokse opp i vold. Dette vil jeg tro er en kunnskap de fleste helsesykepleiere innehar. Studiene til Macy et al. (2007) og Bogat et al. (2006) viser at babyen kan bli negativt påvirket av vold, allerede før det er født, og at mødre rapporterte traumesymptomer på spedbarn som

hadde hørt eller vært vitne til vold mellom foreldrene. Dette er ekstremt viktig å ha kunnskap om når man jobber med de minste, samt å ha kompetanse på hvordan man skal hjelpe sårbare familier. Dette forventes det også at helsesykepleiere har kompetanse til. Det jeg derimot ikke tror er like kjent for alle helsesykepleiere, er de foreløpige hovedfunnene til TOPP-studien (Universitetet i Oslo, 2022), hvor man ser at problematferd hos ettåringer henger direkte sammen med mødrenes symptomnivå på psykiske plager. Andre forhold i familien, som å være gift/ikke gift, antall barn, flyttehyppighet, økonomi eller somatisk sykdom hos foreldre og lignende, synes å komme i andre rekke. Belastninger i familien påvirker barna mest gjennom hvordan disse utfordringene rammer mor. Funnene er klare på at man bør ha langt mer fokus på mors psykiske plager, for å forebygge at også barna utvikler slike. Ved store belastninger i en familie, øker også sjansen for vold, både foreldrene imellom og også mot barna. Gaathaug (2020) ønsker seg tryggere helsesykepleiere med høyere kompetanse og som tør å stille de direkte spørsmålene. For å få dette til, trenger man at helsesykepleierne får nok opplæring, god implementering av nye anbefalinger og rom for faglige diskusjoner, slik at dette kan bidra til økt trygghet for helsesykepleier og best mulig kvalitet på arbeidet.

#### 5.1.4 Veiledning og kollegastøtte

Noe alle helsesykepleierne snakket positivt om, var kollegaene deres og støtten de fikk fra dem. Alle satte stor pris på gode kollegaer de kunne stikke innom kontoret til og det virket som den uformelle kollegaveiledningen hadde stor betydning i det daglige. Det rådet aksept for å komme med de spørsmålene de til enhver tid hadde og ingen ble møtt på en negativ måte. Hadde helsesykepleier hatt en vanskelig konsultasjon, kunne hun gå til en ledig kollega for å luften tankene om hva hun hadde gjort og tenkt i konsultasjonen, spørre hva den andre ville ha gjort og få råd eller forslag til hvordan hun kunne håndtere saken videre. Noen hadde faste samlinger, for eksempel på morgenen med kaffe eller til faste ukentlige tider, hvor de veiledet hverandre på utfordrende saker. De fleste helsestasjonene hadde også ekstern veiledning, ofte av kommunepsykolog. Konsultasjonsteamene på landets Statens Barnehus ble også trukket frem som en god kilde til veiledning. Det er et tilbud til offentlige ansatte som er bekymret for om barn og unge kan være utsatt for vold, seksuelle overgrep, omsorgssvikt eller skadelig seksualisert atferd (Statens Barnehus, 2024). Andre fortalte at de drøftet saker anonymt med Barneverntjenesten, før de eventuelt sendte en bekymringsmelding dit. Flere helsesykepleiere fortalte også at de stadig snakket med kollegaer om voldsforebygging og om at de måtte være åpne for at vold kunne skje i alle familier. Spesielt i små kommuner var de

opptatte av at de ikke måtte la seg begrense av at de for eksempel kjente til familiene fra før og dermed ikke tenkte at disse foreldrene kunne utøve vold mot barn sine.

*Jeg føler at vi er, det er veldig lett å snakke med de andre.. La oss si vi har vært i en konsultasjon der det har kommet frem noe og jeg enten har sagt noe, gjort noe eller opplevd noe, så er det lett å spørre de andre; Hva tenker du om det og at jeg gjorde dette? Hva ville du ha gjort? Hva skal jeg gjøre videre? Ja, at vi bruker veldig kollegastøtte på det. Det opplever jeg (Informant nummer to).*

Fra 1. januar 2020 var alle kommuner pålagt å knytte til seg psykolog eller ansette egen kommunepsykolog (Helsedirektoratet, 2021). I en undersøkelse samme år, svarte 80 % av kommunene at de brukte kommunepsykologen blant annet til veiledning og fagstøtte til personell eller tjenester i kommunen (Helsedirektoratet, 2021). Også informantene mine trakk frem kommunepsykologen, når det kom til organisert veiledning av de ansatte. Her måtte imidlertid flere av helsesykepleierne forberede saker til veiledningen, noe de sjelden hadde tid til. Tilbudet i én av kommunene ble derfor lagt ned. De kunne likevel fortsatt kontakte kommunepsykologen om det hadde behov for individuell veiledning. Jeg tenker at å legge ned et slikt tilbud, er å gå i feil retning. Når man er samlet i en gruppe, kan man lære av de andre sine saker og få flere blikk på egen sak. Jeg tror også det er mye utvikling i møtet mellom helsesykepleier og psykolog, utover det å få innspill på sakene sine. Jeg hørte en gang en klok, pensjonert helsesykepleier snakke om hvor viktig veiledning og vilje til et kritisk blikk på seg selv er. Hun var klar på at konstruktiv veiledning, hvor man kunne reflektere rundt seg selv og sine arbeidsmetoder, var helt nødvendige for å kunne utvikle seg som fagperson. Eksempelvis trakk hun frem at det var forskjell på åtte års erfaring eller ett års erfaring, åtte ganger. Det synes jeg var en god måte å si det på, om du utvikler deg som fagperson eller står på stedet hvil og gjør det samme som du alltid har gjort.

Jeg har i kapittel «5.1.1 Mot til å spørre» sagt noe om relasjonskompetanse og relasjonelt mot i samhandlingen mellom helsesykepleier og foreldrene. Man står også i en relasjon til sine kollegaer og bruker mye av tiden sin sammen med dem på arbeidsplassen. Her har jeg lyst til å trekke frem det Spurkeland (2020) sier om tillit. Tillitt utvikles av repeterende og gode samspillserfaringer med hverandre, hvor man stoler på at den andre vil oss vel. Det trenger ikke å bety at man alltid er enig med den andre, men at man kjenner på en ærlighet og gode intensjoner i dialogen med hverandre. Spurkeland (2017) sier også at man påvirker hverandre i relasjoner og gjør hverandre gode eller dårligere. Samtlige av informantene mine snakket om kollegaene sine med tillit. De stolte på at de kunne spørre om råd fra hverandre og ingen

uttrykte at de var redde for å få negative tilbakemeldinger fra kollegaene sine. Det virket som de var fleksible og profesjonelle, og forsto at de var avhengige av hverandre i jobben sin, slik Spurkeland (2017) sier at man anerkjenner hverandre. Når Gaathaug (2020) mener helsesykepleierne må få rom for faglige diskusjoner, for å øke tryggheten for den enkelte helsesykepleier og få best mulig kvalitet på arbeidet, er dette noe som er viktig å strebe etter. Dersom man ikke har rom eller tid til disse faglige diskusjonene, vil det kunne være vanskeligere for helsesykepleierne å stå i utfordrende situasjoner alene.

Elena Sanz (2022) mener at man må være spesielt observant i forhold til psykisk og følelsesmessig vold, da dette ikke er så lett å oppdage. På korte helsestasjonskonsultasjoner er det ikke lett å avdekke om foreldrene vanligvis kritiserer, ydmyker eller latterliggjør barnet, eller om forelderen ikke er følelsesmessig tilstede for barnet sitt. Flere av informantene mine fortalte at det var vanskelig å vite at det statistisk sett var mange barn på helsestasjonen som ble utsatt for fysiske eller psykisk vold hjemme, men som helsesykepleierne ikke greide å avdekke. Dette var noe de ofte snakket om sammen, i tillegg til at de prøvde å være åpne for at vold kunne skje i alle familier, også hvor de personlig kjente familiene.

## 5.2 Varierende struktur

I intervjuene snakket helsesykepleierne mye om verktøy som kunne gjøre jobben lettere. Arbeidsdagene kunne være overveldende og da ble det beskrevet som godt å ha hjelpemiddel som bidro til at man ga samme tilbud til alle barna som kom til helsestasjonen. Samtidig kom det frem at man ikke nødvendigvis gjør det samme i de forskjellige kommunene, noe de som hadde byttet arbeidsgiver hadde lagt merke til. Også de andre hadde lagt merke til at nabokommunene kunne gjøre ting annerledes enn de selv. Under resultatgruppen «Varierende struktur» vil jeg presentere subgruppene «Mangel på struktur», «Kompetansemiljø/Andre kommuner» og «I trygge hender».

### 5.2.1 Mangel på struktur

Helsesykepleierne opplevde at det var lite struktur og bestemmelser for hvordan en helsestasjonsdrift skulle se ut, utover de nasjonale retningslinjene som fortalte hvilke tema og undersøkelser som skulle gjøres når. Noen kommuner hadde lagt til ekstra tid på de konsultasjonene hvor de snakket om vold og fikk da en bedre ro over konsultasjonen og

dermed rikere samtaler med foreldrene. Andre hadde ikke lagt til ekstra tid, med det resultatet at det ble mindre tid til hver enkelt arbeidsoppgave og hvert enkelt tema de skulle ta opp. Samtidig erkjente de at det ikke var lett å legge til ekstra tid, selv om de følte for det, da de skulle rekke dette til alle barna i kommunen. I større kommuner kunne dette potensielt skape uoverkommelig merarbeid, selv om de hadde flere ansatte enn i de mindre kommunene. Noen helsesykepleiere fortalte at de selv måtte ta videreutdanninger, dersom de ønsket å heve kompetansen innenfor noen felt. Som oftest måtte de også betale dette av egen lomme. Helsesykepleierne gjorde ofte dette av egen interesse og ikke fordi det var et krav fra arbeidsgiver. Dette gjorde at kommunene hadde forskjellig kompetanse i helsesykepleierne sine. Det ble også nevnt at noen kommuner lagde egne brosjyrer om diverse tema, som ble sendt ut fra helsestasjonen, mens andre ikke gjorde dette. Andre igjen brukte brosjyrer fra forskjellige departementer eller kompetansesenter, enten elektronisk eller i papirform. Helsesykepleierne fortalte altså om ulike strukturer fra helsestasjon til helsestasjon, noe de så på som problematisk.

Det har vært viktig for helsesykepleierne jeg har snakket med, å finne en måte å formidle til foreldrene at de ikke jobber voldsforebyggende fordi de mistenker at akkurat de foreldrene er voldelige mot barna sine. Derfor ønsket de faste verktøy eller måter de kunne formidle dette på, som var likt for alle familiene de møter. Dette ble spesielt viktig i mindre kommuner hvor det var stor sannsynlighet for at helsesykepleier kjente til familien fra før. En som jobbet i en mindre kommune, sa: *Nei, det gjør at man må være enda mer bevisst. Og da er nettopp disse verktøyene og redskapene som man bruker til alle, enda viktigere. Eeh.. For da har du de å, da har du de å støtte deg på. Da vises ikke de den filmen «I trygge hender» fordi de har kranglet* (Informant nummer fire).

Helsesykepleierne hadde erfart at tjenesten deres ikke så lik ut i alle kommuner. At det blir noen forskjeller er forståelig, da kommunene i landet vårt er bygd opp forskjellig, har svært ulikt innbyggertall og størrelse, samtidig som de leverer ulike tjenester. Noen tjenester er likevel lovpålagte og skal leveres av alle kommuner, deriblant Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Selv om noen kommuner har flere helsestasjoner, mens andre bare har én, noen kommuner har én ansatt helsesykepleier, mens andre har mange, tenker jeg at man burde tilstrebe mest mulig like helsetjenester. Også min erfaring sier at det er ulike tilbud til barn i de forskjellige kommunene. Noen tilbyr kun det som er lovpålagt, mens andre har for eksempel egne familieveiledere utenfor helsestasjonen, grupper for barn av skilte foreldre, barselgrupper, åpen helsestasjon og lignende. I noen større kommuner, er det til og med

forskjell på hvilket tilbud du får, ut fra hvilken del av byen eller kommunen du bor i. Dette er en vanskelig balansegang. Personlig synes jeg ikke det skal ha noe å si hvor du bor, for hvilken kommunal helsetjeneste du får. Samtidig kan ikke de større kommunene legge bånd på seg og ikke utvikle nye og gode tjenester, fordi andre kommuner ikke har anledning til å holde tritt. Denne forskjellen må man nok bare godta og så må hver kommune utvikle de beste kommunale tjenestene de kan, ut fra sine forutsetninger. Da tenker jeg at det er enda viktigere at de grunnleggende oppgavene i helsestasjonen, som alle skal levere, bør være mest mulig like. Dette ble også uttrykket av informantene som etterlyste faste verktøy de kunne bruke til alle og som de kunne presentere til foreldrene, at ble brukt til alle. Neumann og Snertingdal (2013) reflekterer rundt bruk av implementering og bruk av universelle verktøy. De sier at det kan være at man med universelle verktøy først og fremst treffer den store gruppen av foresatte, som kanskje ikke er de som har størst behov for hjelp. Konsekvensene av det kan være at man ender opp med å kontrollere det som ikke trengs å kontrolleres og at man på den måten legitimerer økt bruk av kontroll, uten at man kanskje treffer de familiene som trenger det mest. Samtidig er det viktig å snakke om vold med alle foreldre, slik at man kan reflektere med helsesykepleier om egne holdninger, hva man har med seg fra egen barndom og hva man vil ta med seg videre til egne barn. Så selv om det hadde vært innført et universelt verktøy til dette temaet, er det ikke sikkert man ville oppleve det Neumann og Snertingdal (2013) advarer mot.

Flere av mine informanter hadde tilsynelatende organisert deler av tjenesten, etter hva foreldrene ønsket seg eller hva de selv syntes var best. Én helsesykepleier fortalte at selv om noen helsestasjoner har gruppekonsultasjoner når barnet er to – fire uker gamle, hadde de fått tilbakemeldinger fra foreldre som ikke ønsket det og hadde derfor gått over til enkeltkonsultasjoner. En annen fortalte om konsultasjoner de ikke tok i grupper, selv mange andre kommuner gjorde det. «*Vi tar det enkeltvis vi da*» fortalte hun videre. Er det slik også med flere ting? Og er det slik vi skal ha det i helse-Norge? At vi gjør det slik eller så, alt etter hva vi selv synes passer oss best? Eller vi snakket med noen foreldre, og de ville heller ha det på denne måten, så da endret vi praksis? Eller bør man heller se på hva anbefalingene for hver konsultasjon er, utføre jobben sin evidensbasert og jobbe for å gi en mest mulig lik tjeneste for alle barn, uavhengig av hvor de vokser opp? Dette vil det nok være uenigheter om. Og de som jobber på hver enkelt helsestasjon, vil kanskje kjenne på hva som passer best for dem.

Helsesykepleierne i Hansen et al. (2019) sin studie, ønsket at Helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2022b) kunne inneholde faste spørsmål om vold, slik at alle var nødt til å



snakke med foreldrene om dette. Slik det er nå vet man at man skal ta opp temaet, men hva skal man egentlig si? Om noen helsesykepleiere har tatt en etter- eller videreutdanning i forhold til dette temaet, er der nærliggende å tro at de synes dette er ekstra viktig eller interessant og at de kanskje tar opp temaet mer enn helsesykepleiere som ikke har hatt denne kompetansehevingen. Igjen kan jeg tenke at en obligatorisk oppdatering av helsesykepleierne for eksempel hvert tiende år, som Glavin og Kvarme (2003) fortalte om, ville gitt en likere kompetanse hos helsesykepleierne. Eventuelt at Statsforvalteren igjen hadde et ansvar for kompetansehevingen av helsesykepleierne. Her kunne det også vært utarbeidet en fast plan, slik at man var sikker på at de fikk kunnskap om de viktigste områdene, som helsesykepleier burde ha høy kompetanse på. Men igjen er det vanskelig å holde igjen noen som ønsker å videreutdanne seg og heve kompetansen sin, for at tilbudene blir like. Og vi trenger absolutt at de som ønsker det, hever kompetansen sin. Vi er også forskjellige som mennesker og har våre styrker og svakheter, både når det gjelder kunnskap, personlighet og medmenneskelig forståelse. Og vi trenger virkelig denne forskjellen. Glavin og Erdal (2018) trekker frem at det viktigste med tverrfaglig arbeid, er å kunne se barnet med ulike «fagbriller» på. Så det er også veldig viktig. Men om alle helsesykepleierne hadde en grunnleggende kursrekke man skulle fullføre med jevne mellomrom, ville ikke det stå i veien for at de som ønsket det, likevel kunne gå videre med egen videreutdanning.

Norge har gjennom sin tilslutning til internasjonale menneskerettighetskonvensjoner og FNs barnekonvensjon, forpliktet seg til å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner, og vold og seksuelle overgrep mot barn. Da trenger vi å ha visjoner om hvilken måte vi vil gjøre dette på, og ruste opp helsetjenestene for barn, slik at vi kan imøtekomme dette. Tverrfaglig arbeid er et prioritert arbeid nasjonalt, noe som blant annet vises gjennom den nasjonale veilederen «Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier» (Helsedirektoratet, 2022a). Denne veilederen har bred oppslutning og er utarbeidet i fellesskap av Utdanningsdirektoratet (Utdanningsdirektoratet, 2023), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir, 2024a), Arbeids- og velferdsdirektoratet (Arbeids- og velferdsdirektoratet, 2006) og Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2024). Hensikten med veilederen er å forklare de lovendringene som 1. august 2022 ble endret for å styrke oppfølgingen av barn og unge med behov for langvarige og sammensatte tjenester, samt tydeliggjøre ansvar og myndighet når man samarbeider om hjelp til et barn (Helsedirektoratet, 2022a). Dette betyr at vi i Norge har myndigheter som ønsker å kvalitetssikre arbeidet rundt sårbare barn og som får til dette i samarbeid. Det synes jeg er positivt for fremtiden, og for å få på plass gode strukturer på tjenestene.

## 5.2.2 Kompetansemiljø og andre kommuner

Helsesykepleierne jeg snakket med ga uttrykk for at de ofte måtte lage egne måter og metoder for hvordan de ville utføre jobben sin på, og at det ikke alltid fantes nasjonale ferdige «opplegg» til forskjellig bruk ved landets helsestasjoner. Noen tok med seg ting fra tidligere arbeidsplass når de byttet jobb, eller lånte noe fra andre kommuner som hadde vært nyskapende. Andre ganger kunne noen lage flotte prosjekter, som falt bort fordi andre ikke visste om de og dermed ikke tok de i bruk videre. Det ble også sagt at mindre kommuner ikke hadde samme kapasitet til å lage egne opplegg, som det større kommuner med flere ansatte kunne ha. Kanskje låner noen kommuner undervisningsopplegg eller andre ting som andre kommuner etterhvert forkaster, fordi de etter en tids bruk syntes det var for dårlig. Dette vet kanskje ikke låne-kommunen og fortsetter derfor praksisen. Dette skaper store ulikheter. Nå er det imidlertid åpnet et Kompetansemiljø for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Levanger (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Helsesykepleieren som fortalte om Kompetansemiljøet, håpet at det kunne bøte på ulikhetene, og skape like muligheter for alle kommuner til å implementere gode arbeidsmetoder.

*Og alle kommuner må jo finne opp kruttet. Det er jo ofte sånn: «Jo, men jeg kjenner en i Bergen, og der har de noe bra.» Så låner vi litt, «histen og pisten» (Informant nummer fire).*

I fagtidsskriftet «Sykepleien» kunne man i oktober 2022 lese om opprettelsen av det nye kompetansemiljøet for Helsesykepleierfaget i Levanger (Nygaard, 2022). Leder i Landsgruppen av Helsesykepleiere i Norsk sykepleierforbund, Ann Karin Swang, fortalte her at dette var et kompetansemiljø de hadde jobbet for i 25 år. Den sittende regjeringen uttalte i samme artikkel at de var opptatte av folkehelse, forebygging og tidlig innsats, og at man til det trengte kunnskapsbasert praksis i Helsestasjons- og skolehelsetjenesten.

Kompetansemiljøet skulle bidra til å støtte de ansatte og øke kvaliteten på tilbudet Helsestasjons- og skolehelsetjenesten gir, og dermed også gi barn en tryggere start på livet. Kompetansemiljøet skulle også bidra til fagutvikling og spredning av kunnskap, forskning og kompetanse til kommunene, innenfor fagområdene til Helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Videre skulle de gi råd og veiledning om hva som er god faglig praksis, og ellers legge til rette for at kommunene skulle kunne dele kunnskap og erfaringer seg imellom. Under opprettelsen av dette kompetansemiljøet var fokuset også at man skulle gi et godt tilbud fra alle Helsestasjonene, over hele landet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2022). Dette kompetansesenteret virker å skulle møte informantene mine på nettopp det de ønsket seg av faglig godt tilbud og mer lik praksis. Jeg tenker at et kompetansemiljø er riktig og akkurat det

helsesykepleiere trenger. Her vil jeg komme med et eksempel, selv om det kommer fra Skolehelsetjenesten og ikke Helsestasjonen: Helsesykepleier skal gjennomføre flere undervisninger til skoleelever, blant annet pubertetsundervisning og seksualitetsundervisning. Her er det ikke utarbeidet et undervisningsopplegg fra Helsedirektoratet, Folkehelseinstituttet eller andre, men helsesykepleierne må lage disse selv. Da blir resultatet ulike undervisninger der helsesykepleier i én kommune fokuserer på det hun synes er viktig, mens helsesykepleier i en annen kommune synes noe annet er viktigere, og fokuserer derfor på det. Det vil nok også være ulikt hvor de henter inspirasjon fra og derfor ikke alltid like evidensbasert. Mulig hadde det vært bedre om for eksempel dette kompetansemiljøet utarbeidet standardiserte undervisningsopplegg, slik at elevene lærer de samme tingene, uavhengig av om de går på den ene eller den andre skolen. Det kommer til å bli interessant å følge dette kompetansemiljøet og se om det kommer til å endre måten helsesykepleierne i Norge jobber på.

### 5.2.3 «I trygge hender»

Samtlige deltakere i studien min, snakket uoppfordret om filmen «I trygge hender» som et godt verktøy i det voldsforebyggende arbeidet på helsestasjonen (Norsk sykepleierforbund, 2022). Dette ble beskrevet som en syv minutter lang film med refleksjonsspørsmål, laget spesifikt for voldsforebygging på helsestasjonen. Filmen ble laget av Helsesykepleiergruppa i Norsk sykepleierforbund og er ikke en del av et fastlagt program. Likevel snakket alle seks informantene om at denne var til god hjelp. I den ene kommunen hadde de sluttet å bruke den fast, da de syntes den tok for mye tid. Men de hadde den fortsatt som link på hjemmesiden sin. De fleste informantene mine viste denne tidlig, før barnet var seks uker gammel, da de ønsket at foreldrene skulle få forebyggende informasjonen så tidlig som mulig. Flere syntes filmen med ferdige refleksjonsspørsmål hjalp de til å fortelle om barnets utvikling i omgivelser som ikke er optimale, om hva hverdagskrangling og vold gjør med et barn, samt at de lettere greide å snakke med foreldrene om foreldrenes erfaringer fra egen barndom. De fleste syntes også det virket som om foreldrene likte filmen. Én helsesykepleier sa at selv om de ikke fikk til den gode samtalen med alle, fikk de likevel satt fokus på et viktig tema. En annen helsesykepleier trakk frem verdien av å se filmen sammen med foreldrene, uten å bruke pekefinger på hva foreldre ikke må gjøre med barnet sitt.

*Hvilke verktøy jeg har? Ja, jeg har jo «I trygge hender». (Pause) Jeg kommer ikke på at jeg har noen andre verktøy (Informant nummer fem).*

Noe av det viktigste informantene sa om «I trygge hender», var at før de fikk dette verktøyet, så var ikke voldsforebygging et fast tema så tidlig på helsestasjonen. De kunne spørre litt om hva foreldrene gjorde dersom de ble veldig sinte eller barnet gråt mye, men var ikke inne i temaet på samme måte som etter at de fikk mulighet til å bruke filmen. Én helsesykepleier fortalte at de tidligere hadde brosjyrer med voldsforebyggende informasjon på helsestasjonen. Til og med disse var vanskelige å gi ut og de fikk ofte ikke til den gode samtalen. Hun følte at hun tidligere hadde hatt en stor terskel for å greie å jobbe voldsforebyggende. Dette syntes hun løst da hun fikk «I trygge hender» og hun fikk da til samtaler med foreldrene som hun aldri hadde hatt tidligere. Foreldrene snakket også mer under disse samtalene, uten at hun trengte å stille så mange spørsmål.

*Så jeg føler, for min del, synes jeg at det har gjort stor forskjell. Det har blitt mye lettere nå. Jeg har ingen betenkeligheter med hvordan skal jeg nå snakke om det uten at det høres ut som om du mistenkeliggjør noen da. Ja, så det føler jeg har hjulpet masse. Det har gitt meg noen verktøy som gjør at det ikke er vanskelig å prate om det temaet, som er et vanskelig tema (Informant nummer to).*

Det som gikk igjen da informantene snakket om «I trygge hender», var at de også ønsket seg et verktøy til de eldre barna på helsestasjonen, i samme sjanger som dette. De ønsket et verktøy som åpnet for god kommunikasjon med foreldrene. Noen ville ha en forlengelse av «I trygge hender» med en ekstra film eller oppfølgingsspørsmål på to- og fire-årskonsultasjonen. Dette fordi de opplevde å famle mer i blinde med hvordan de skulle jobbe med temaet når babyene ble småbarn, samtidig som foreldrene kanskje da sto mer i utfordrende situasjoner med barna sine. Én av helsesykepleierne fortalte om en familie som ba om hjelp på helsestasjonen, utelukkende på grunn av at de hadde fått sett «I trygge hender». Hun så derfor for seg at dersom man fikk flere slike «undervisninger» gjennom tiden på helsestasjonen, ville kanskje flere også be om hjelp tidligere. Noen savnet likevel et tilbud man kunne henvise foreldrene til, dersom man avdekket et behov for det, etter å ha vist og snakket om filmen. Andre områder de ønsket verktøy, var for eksempel ved informasjon om seksuell utvikling på to- og fireårskonsultasjonene.

*Det er jo blitt mye bedre enn det var før. Med fokus og vi har begynt med litt verktøy for å skulle jobbe forebyggende. Og.. Men det kunne gjerne vært litt mer. Sånne faste.. At dette her, det skal vi gjøre på toårskonsultasjonen (Informant nummer tre).*

«I trygge hender» var desidert det verktøyet alle trakk frem som hjelpsomt og som hadde endret jobbhverdagen deres. Det som var interessant var at dette ikke ble laget av et kompetansemiljø eller kom som et pålegg fra for eksempel Helsedirektoratet, men var utarbeidet av Helsepsykepleiergruppen selv, i mangel på noe annet. Det har heller ikke kommet noe pålegg om å bruke dette, men har likevel blitt tatt i bruk i mange helsestasjoner, kanskje de aller fleste. En film på bare syv minutter, som lettfattelig greier å forklare hvor skadelig vold er for et lite barn, har ifølge informantene mine effektivisert det voldsforebyggende arbeidet veldig. Likevel var det én helsestasjon som hadde gått bort fra denne igjen, da de syntes den tok for lang tid. Det ville være rart om de greide å snakke med foreldrene om dette temaet på under syv minutter, pluss spørsmål, så mulig at det voldsforebyggende arbeidet i stedet ble nedprioritert ved denne helsestasjonen. En annen helsepsykepleier fortalte at filmen var god til å forklare den vanligere hverdagskranglingen, at også denne kunne være skadelig for barnet, og ikke bare fysisk vold. Hun syntes voldsbegrepet også kunne forklares bedre ved bruk av denne filmen. Denne helsepsykepleieren opplevde at noen foreldre ba om hjelp tidligere, etter at de hadde tatt i bruk «I trygge hender». Videre syntes hun det var enklere å definere hvilke barn hun måtte sende bekymringsmelding til Barnevernstjenesten om, noe som gjorde jobben hennes tydeligere.

Ikke bare mine informanter snakket varmt om «I trygge hender». Engen (2021) så på hvordan foreldrene opplevde å få presentert denne filmen. Hun fant at verktøyet hadde vært meningsfullt og styrket deres mestringsopplevelser som foreldre. Dette sa de var på grunn av at de både fikk ny kunnskap og at de kunne dele erfaringer i grupper med andre. Det var ikke bare forholdet til eget barn som ble bedre, men de lærte også generelt mer om vold og fikk kunnskap om hvor de skulle henvende seg for å få hjelp og støtte, om de trengte det. Dette er kunnskap man også kan bruke om man får kjennskap til at andre blir utsatt for vold. Jo mer fokus man har på det og jo mer kunnskap alle foreldre får, jo mer kan man stille opp for hverandre. Da vil det også bli vanskeligere å utøve vold, uten at noen reagerer. Forebygging av vold på helsestasjonen, hvor alle barn får sine helsekontroller, vil på den måten kunne være med på å begrense bruk av vold generelt. Igjen er helsestasjonen viktig i forhold til Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Glavin & Kvarme, 2003). Også Hagens (2022) funn forteller at foreldrenes kunnskap og bevisstgjøring i forhold til vold ble styrket ved bruk

av «I trygge hender». Helseesykepleierne syntes de ble bedre kjente med foreldrene og fikk en bedre relasjon til dem, enn det de hadde erfart uten dette hjelpemidlet. Når de ble bedre kjent, ble det også lettere å snakke om vold. Når «I trygge hender» omtales som positivt av alle informantene, både i min forskning og i Engens (2021) og Hagens (2022), er det kanskje et verktøy som er kommet for å bli. Muligens bør man også høre på helseesykepleierne som uttrykker takknemlighet for at de endelig har noe å hjelpe seg med, når de skal snakke om dette vanskelige teamet med foreldrene. De ønsker seg altså flere lignende verktøy, som for eksempel kan brukes ved to- og fireårsalder.

Den ene informanten uttrykte at det var vanskelig å vite hvor hun kunne henvise foreldrene videre dersom hun så et behov for det, etter å ha gått gjennom «I trygge hender» med dem. I mine år som helseesykepleier, har jeg flere ganger hørt kollegaer si at det er uetisk å utrede eller screene for vansker man ikke kan hjelpe til med. Om man ikke har noe å tilby av hjelp, er det bedre å ikke vite at man har et «problem». Jeg tenker at det heller er uetisk å tenke slik. Et menneske kan alltid være til hjelp for et annet menneske, ved å være et medmenneske. En helseesykepleier har i tillegg kunnskap om det mellommenneskelige, kan være forståelsesfull og hjelpe familien til begripelighet rundt hva som er vanskelig. Helseesykepleier kan også hjelpe de til å få en oversikt, rydde og organisere tankekjør, eller lage en tidslinje eller oversikt over noe som føles som et kaos. Når man hjelper til med dette, kan det åpenbare seg andre vansker, som man kanskje har et hjelpetilbud å henvise til, noe man ikke hadde visst, om man lot være å utrede eller screene. I tillegg til vold, handler «I trygge hender» mye om samspill og om barns utvikling. Her er det virkelig mye helseesykepleier kan hjelpe til med, om hun føler at hun ikke har noen plass å henvise foreldrene videre til. Dette fordi voldsforebygging, samspill og barns utvikling, burde være midt i det feltet helseesykepleier har sin faglige styrke.

### 5.3 Voldsforebygging – Én av mange arbeidsoppgaver

Helsestasjonsprogrammet består av 14 faste kontroller, men mange barn har også ekstra kontroller. Dette enten fordi de trenger ekstra oppfølging, eller fordi helseesykepleier ikke ble ferdige med oppgavene sine i løpet av den fastmålte tiden. Vi har også sett at noen helseesykepleiere kalte inn til ny time på helsestasjonen, dersom de ikke hadde fått snakket om vold med foreldrene. Jeg pleier å si at helseesykepleieryrket går ut på å se alle barn, for så å plukke ut de som trenger noe mer, enten det er ekstra oppfølging på helsestasjonen eller

henvisning videre til andre kommunale tjenester eller til spesialisthelsetjenesten. Dette er et stort ansvar og det kan være vanskelig å finne alle disse barna som trenger noe mer enn det ordinære Helsestasjonsprogrammet. Under resultatgruppen «Voldsforebygging – Én av mange arbeidsoppgaver» vil jeg presentere subgruppene «Nasjonale retningslinjer» og «For mange arbeidsoppgaver?»»

### 5.3.1 Nasjonale retningslinjer

Helsesykepleierne fortalte at de jobber etter Nasjonale retningslinjer for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i Norge (Helsedirektoratet, 2023). Her er det listet opp hvilke tema de skal innom, hva de skal snakke om og hvilke undersøkelser lege, helsesykepleier og fysioterapeut skal gjøre av barna. Vold og overgrep er nevnt i hver konsultasjon, enten som samtale eller som observasjon, hvor man skal se etter tegn til vold og overgrep hos barnet. Temaet er altså svært tydelig i retningslinjene til helsesykepleierne. Det er også mye mer fokus på voldsforebyggende arbeid i de Nasjonale retningslinjene som kom i 2017, enn i de foregående (Helsedirektoratet, 2023).

*Og bare det, ikke sant når man skal ta opp de ulike tingene, bare det å henvise til ei sånn liste. Eller at man har noen tema man skal innom. Bare det gjør det jo lettere å komme inn på det temaet, selvfølgelig (Informant nummer tre).*

Samtidig var det en felles opplevelse av at nye retningslinjer hadde gitt helsesykepleierne flere oppgaver, ikke minst det større fokuset på voldsforebygging, men også andre oppgaver. Informantene mine opplevde ikke at de hadde fått ta vekk andre arbeidsoppgaver eller fått mer tid til de nye. Så samtidig som veilederen kunne være et verktøy for hva de skulle snakke om, var det nå så mye å gjøre, at de ikke kom gjennom alt. Dette førte til at voldsforebygging kunne bli et punkt de måtte hoppe over, dersom foreldrene hadde tydelige behov for å snakke om andre ting. Altså stikk motsatt av det som var intensjonen med de nye retningslinjene. Én helsesykepleier fortalte at hun jobbet med en familie hvor det var meget høyt konfliktnivå mellom foreldrene, og hvor hun måtte være tydelig på hvilke oppvekstvilkår som var skadelig for barnet. Dette førte til samlivsbrudd mellom foreldrene, noe helsesykepleier fikk skylda for av far, da han måtte flytte fra familien sin. Dette var en vanskelig situasjon å stå i for helsesykepleier. Hun måtte likevel gi informasjon om hva barn kan ta skade av under oppveksten. En annen helsesykepleier fortalte at det ligger en stor forventning til at helsesykepleiere skal greie å avdekke voldt mot små barn, da de ser alle barn som vokser opp

i Norge. Samtidig hadde hun selv aldri avdekket vold og kunne kjenne på et forventningspress i forhold til det.

*Og da er det jo liksom skrevet mange plasser.. Helsesykepleier, eller helsestasjonen har en unik posisjon til å skulle avdekke vold. Og det har man jo om det er et tydelig blåmerke på en rygg eller på, på et spedbarn. Men samtidig så tar vi jo de inn i en halv time liksom, én gang i måneden. Det er veldig lite tidsrom, også for de større barna. Så den er litt overvurdert, den der posisjonen vår for å skulle avdekke (Informant nummer tre).*

Informantene mine opplevde altså et forventningspress på et arbeid som flere fortalte at de ikke greide å innfri. Flere fortalte at de aldri hadde avdekket at et barn ble utsatt for vold hjemme. Det kan få en til å tvile både på seg selv, sitt yrke og sin arbeidsutførelse. Jeg tenker at én av de viktigste arbeidsoppgavene til helsesykepleier er å løfte foreldrene, slik at de kan bli trygge i foreldrerollen og kjenne at det er noe de mestrer. Men står det litt i kontrast til avdekking av vold? Om man prøver å ha fokus på det positive, kan man da gå glipp av det som faktisk skjer i noen hjem? Hvordan kan vi i så fall balansere dette bedre? De nasjonale retningslinjene, slik de er gjengitt i Helsebiblioteket (Helsebiblioteket, 2023). Helsebiblioteket (2023) sier at helsepersonell må våge å tro at noen barn kan være utsatt for vold av egne foreldre. Dette er en vanskelig tanke å tenke når man har et barn inne på kontoret sitt, sammen med foreldre som helsesykepleier kanskje tenker at hun kommer godt overens med, foreldre som ser ut til å ta til seg veiledning fra helsesykepleier, eller som kanskje småprater og ler sammen med henne. Jeg tror det kan være vanskelig å se for seg at foreldre kan gjøre noe slikt mot barna sine. Det er nok derfor det også er poengtert at man må våge å tro at dette kan skje. Egen erfaring sier også at det kan være vanskelig å velge hvilke ord man skal bruke, når man skal jobbe voldsforebyggende, men likevel ikke direkte mistenke hvert foreldrepar som er inne. Flere av informantene mine syntes det var vanskelig å snakke om dette, nettopp på grunn av den tillitten foreldrene hadde til dem. Noen helsesykepleiere tenkte også at de kunne gjøre en bedre jobb for barna, gjennom foreldrene, dersom de fortsatt hadde en god relasjon til foreldrene.

I veilederen (Helsedirektoratet, 2023) står det også at helsesykepleier bør se barnet avkledd ved hver konsultasjon, for å se etter merker fra vold. Samtidig skal man ta hensyn til at barnet kan være sjenert og derfor la det beholde trøye og truse på, dersom det ønsker det (Helsebiblioteket, 2023). Dette ble nok også praktisert forskjellig hos mine informanter. Ved den ene helsestasjonen ble babyene veid og målt på venterommet av venteromsassistentene, noe som gjorde at helsesykepleier sjelden så barna helt uten klær. Ved to- og



fireårskontrollene er helsesykepleier avhengig av at barnet vil være med på å gjennomføre testene som skal gjøres, for eksempel måling av syn og hørsel, lengde og vekt, språktester med mer. Dette er ikke alltid like lett i utgangspunktet og informantene mine sa noe om at det kunne bli enda vanskeligere om barna i tillegg måtte kle av seg. Dersom man ikke får tatt alle de faste undersøkelsene, må barnet kalles inn på ny time, noe som er tidkrevende om det blir mange ekstrakonsultasjoner. Kanskje er det slik at man har så stort fokus på at de andre oppgavene skal utføres, at man ikke «tar kampen» med at barna også skal bli undersøkt nakne? Her tror jeg alle mennesker og alle helsesykepleiere er forskjellige og at det derfor ikke finnes ett svar.

De nasjonale faglige retningslinjene sier også at man må observere samspillet mellom foreldre og barn, og spesielt legge merke til om foreldrene har fiendtlige holdninger eller urealistiske forventninger til barnet sitt. Psykisk vold vil kunne føre til forandringer i hjernen til barnet, som igjen kan føre til reguleringsvansker, tilknytningsvansker eller dårlig vekst og trivsel. Helsesykepleier skal derfor være spesielt oppmerksom på vold dersom man får bekymringer for barnets atferd, for barnets vekst og utvikling som man ikke finner annen årsak til, eller om barnet taper ferdigheter det tidligere hadde (Helsebiblioteket, 2023). Også dette kunne skape splittelse mellom helsesykepleier og foreldrene. Noen barn har sjeldne tilstander eller diagnoser hvor man kan tape tidligere ervervede ferdigheter. Dette er svært alvorlig og bør fanges opp så tidlig som mulig. Dersom noen foreldre i stedet blir mistenkeliggjort som voldelige foreldre, vil det bli et svært uheldig møte med helsetjenesten. Samtidig skal helsesykepleier være der for barnet og være mer lojal overfor barnet enn foreldrene, da vi vet at mange barn ikke har det bra hjemme. Da må barnet kunne være trygt på at vi har en god helsetjeneste for barn, hvor vi greier å avdekke at barnet har det vanskelig. Yrkeshverdagen til helsesykepleier, kan derfor være svært utfordrende.

### 5.3.2 For mange arbeidsoppgaver?

Én av tingene helsesykepleierne var tydelige på, var at de hadde et stort og bredt arbeidsfelt med mange forskjellige oppgaver. Samtidig skulle de ha fokus på familien og det foreldrene ønsket å snakke om. Her ble igjen gode verktøy trukket frem, som et virkemiddel for å kunne snakke med alle foreldrene om samme tema, på den samme måten. Likevel sa to av helsesykepleierne at de ikke hadde sjanse til å komme gjennom lista med gjøremål de hadde nå og at de druknet i alt for mange arbeidsoppgaver. De som jobbet i mindre kommuner,

hadde ofte mulighet til å bruke lengre tid på konsultasjonene enn det de kunne i større kommuner. I mindre kommuner hadde de derimot ikke fagkoordinatorer eller andre som kunne jobbe med fagutvikling, slik at dette ble lagt til ordinær helsesykepleier som måtte jobbe med fagutvikling i tillegg til daglig drift av helsestasjonen. Det ble også sagt at alle oppgaver var viktige og at det ikke var lett for den enkelte helsesykepleier å prioritere noen arbeidsoppgaver foran andre.

*Tid er jo en utfordring når du ser på, for eksempel fireårs undersøkelsen og særlig nå da, hvor man også tar hørselstest. Du skal ta syn, hørsel, vekt/lengde, språk, ja. Og så skal du snakke om både vold og kosthold, eeh.. Seksuell utvikling, ikke sant. Du er ikke i nærheten. Du har ikke sjanse. Og da blir det slitsomt, for hva skal du prioritere? Det er jo rimelig viktig å få tatt den synstesten da. Ikke sant. Det er rimelig viktig å få kartlagt det språket. Eeh.. Kosthold, ja (Informant nummer fire).*

En rask gjennomgang av hoved-overskriftene i de Nasjonale faglige retningslinjene, viser at helsesykepleier skal jobbe med barnets lengde, vekt og hodemål, hørselstesting, synstesting og kartlegging av språk, dra på hjemmebesøk til familien, utføre munnundersøkelse av barnet, gi alle foreldre mulighet til å delta i gruppekonsultasjoner, gi kostholdsveiledning tilpasset det enkelte barnet, gi informasjon og veiledning til foreldre i forhold til barnets psykomotoriske utvikling og fysisk aktivitet, samarbeide med jordmor og fysioterapeut, veilede foreldrene i forhold til barnets seksuelle utvikling, gi informasjon og veiledning om at barnet har rett til å vokse opp i et tobakksfritt miljø, veilede samspillet mellom barn og foreldre, snakke med foreldre om foreldrenes egne psykiske helse, gi foreldreveiledning gjerne med universelle, forebyggende veiledningsprogrammer, bidra til å avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt, ha et systematisk samarbeid med alle barnehagene i kommunene, ha et systematisk samarbeid med Barneverntjenesten, koordinerende enhet, kommunens folkehelsearbeid og kommuneoverlegen, samt med kommunepsykologen, NAV og den kommunale tannhelsetjeneste, gjennomføre barnevaksinasjonsprogrammet hos alle barn, samarbeide med barnets fastlege, ha rutiner for å følge opp barn og foreldre som ikke møter opp til konsultasjonene, samarbeide med lege om forberedelser og oppfølginger av alle helseundersøkelser der lege er tilstede, samt tilpasse helsestasjonen slik at man gir et tilbud som er tilpasset brukerens forutsetning og behov (Helsebiblioteket, 2023). Dette er hoved-overskriftene kun for helsestasjonen, hvor hvert punkt er forklart nøyere og med forslag til hvordan man kan gjøre dette i praksis. Mange helsesykepleiere jobber samtidig i Skolehelsetjenesten, Helsestasjon for ungdom eller Flyktningehelsetjenesten. Da er det enda

flere områder de skal kunne betjene. Vi har sett at flere av informantene mine, Engens (2021) og Hagens (2022) etterlyste mer kompetanse på flere områder, også i forhold til vold og overgrep. Om man ikke kjenner at man har den kompetansen man trenger i hverdagen, fordi det er for mange områder å forholde seg til, må man kanskje se på hvordan vi organiserer denne kommunale helsetjenesten. Blir helsesykepleier som en fastlege som kan litt om alt, men som er avhengig av å henvise barnet til spesialister, om kompetansen til fastlegen eller helsesykepleieren ikke strekker til?

Noen helsesykepleiere ønsket også mer kunnskap i forhold til hvordan de skulle kommunisere med foreldrene om vold. Spurkeland (2017) mener at relasjonen mellom hjelper og mottaker må være positiv og preget av tillit, dersom man skal greie å gi fortrolig hjelp. Kanskje kan det være vanskelig å forestille seg at foreldrene er voldelige, samtidig som man prøver å ha en positiv kommunikasjon preget av tillit. Spurkeland (2017) mener også at det er en styrke å kunne bruke en undersøkende dialog hvor man ikke har svarene selv, men gir god plass til forelderen. Ved å stille anerkjennende spørsmål viser man respekt for den andre, noe som kan åpne opp for spørsmål som går dypere og som gjør oss bedre kjent. Jeg ser for meg at dette kan ta tid og at man kanskje også må ha greid å bygge en god relasjon til foreldrene i forkant, før de greier å åpne opp om hva som er vanskelig hjemme. Kanskje har de ikke verktøy til å håndtere vanskelige situasjoner hjemme på en annen måte enn med vold. Men denne tiden har kanskje ikke helsesykepleier, om hun også skal rekke de andre arbeidsoppgavene også. Jeg tror derfor intensjonen er bra og at helsesykepleier kunne ha fått gjort en god, forebyggende eller avdekkende jobb, men at dette stoppes av mangelen på tid. Dette er også i tråd med det informantene har fortalt både Hagen (2022), Engen (2021) og meg. Informantene la frem denne tidsmangelen som en byrde, da det var vanskelig at man aldri fikk gjort jobben sin tilstrekkelig, etter både veiledere og eget ønske om å gjøre en god jobb. Hansen et al. (2019) hadde selv erfart i praksis at konsultasjonene var korte og arbeidsoppgavene mange. Flere helsesykepleiere kunne fortelle at liten tid absolutt var en årsak til at de ikke greide å avdekke vold mot barna på helsestasjonen. Da det var vanskelig å stille spørsmål om vold, opplevde Hansen et al. (2019) at de «tradisjonelle» Helsestasjonsoppgavene tok det meste av tiden. Dette kunne være oppgaver rundt amming, søvn, vekt, vaksinerings og lignende. Hvordan er det å jobbe med konstant tidspress og vissheten om at man heller ikke i dag greide å komme gjennom alle arbeidsoppgavene? Kanskje er det slik at noen helsesykepleiere ikke går så dypt inn i disse oppgavene fordi de gir en større følelsesmessig belastning, er et tema de er usikre på, eller som kan skape avstand til foreldrene. Og kanskje er det lettere å fortsette med de

vanlige konsultasjonene man alltid har hatt, enn for eksempel å starte med gruppekonsultasjoner på helsestasjonen, dersom det er helt nytt. I så fall, så er det ikke sikkert at dette er et bevisst valg. Jeg tror de aller fleste ønsker å gjøre en god jobb og finne de barna som blir utsatt for vold. Men når tiden er kort og oppgavene er mange, er det ikke sikkert at man rekker en undersøkende dialog med anerkjennende spørsmål, som Spurkeland (2017) anbefaler.

Neumann og Snertingdal (2013) evaluerte i 2013 et opplæringsprogram for tidlig intervensjon. De så på opplæringsprogrammet «Kunnskap, kartlegging og tidlig intervensjon ved helsestasjoner» og skulle undersøke hvordan jordmødre og helsesykepleiere kunne trenes i å benytte kartleggingsverktøy for å avdekke risikoatferd. Neumann og Snertingdal (2013) fant at programmet bare var delvis vellykket, fordi helsesykepleierne allerede var pålagt så mange arbeidsoppgaver, at de ikke greide å gjennomføre tidlig intervensjon ved vold i nære relasjoner i tillegg. Dersom dette skulle bli vellykket, måtte helsesykepleiernes arbeidssituasjon omstruktureres, og at det måtte legges mer til rette for tverrfaglig samarbeid. Denne undersøkelsen er over ti år gammel, og man kunne ha håpet at det var skjedd positive ting i helsesykepleieryrket, slik at man i dag virkelig fikk utnyttet den kompetansen helsesykepleier innehar. Egen forskning, sammen med blant annet Hagens (2022), Engens (2021) og fra Anderzén Carlsson et al. (2021), samt kunnskap fra Opptrappingsplanen (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016), viser at vi fortsatt har en vei å gå før vi har en Helsestasjons- og skolehelsetjeneste som fungerer optimalt.

## 5.4 Verdifull jobb

Tross alle utfordringene, fortalte helsesykepleierne at de hadde en viktig jobb og at voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen var en verdifull jobb. De følte at de gjorde en forskjell for barna de møtte på helsestasjonen og flere synes de hadde blitt flinkere til å stille direkte spørsmål om vold. De hadde nok likevel mer fokus på utfordringene enn på hvor verdifull denne jobben var. Under resultatgruppen «Verdifull jobb» vil jeg presentere subgruppene «Formidle mestring og være en hjelper» og «Forebygge vold mot barn».

#### 5.4.1 Formidle mestring og være en hjelper

Helsesykepleierne fortalte at de syntes det var verdifullt å jobbe voldsforebyggende på helsestasjonen. De trakk frem som positivt å kunne hjelpe foreldrene til å forstå hvor barnet deres var i utviklingen, slik at foreldrene forsto barnet sitt bedre og ikke hadde for høye forventninger til hva barnet kunne forstå. Dermed kunne de redusere misforståelser og frustrasjon. Ved å tørre å sette ord på voldstemaet og snakke om det, håpet helsesykepleierne også å kunne være en hjelper for familien. De håpet at dersom foreldrene kom i en vanskelig situasjon hjemme, hvor de var nære ved å bruke vold mot barna sine, heller skulle huske hva de hadde snakket om på helsestasjonen og dermed velge en annen handlingsmåte. De ønsket også at ved å snakke om temaet på helsestasjonen, skulle foreldrene kjenne at det var trygt å ta opp temaet ved en senere anledning, dersom det ble behov for det. Da hadde helsesykepleier vist at helsestasjonen var en plass hvor de kunne snakke om disse vanskelighetene.

Flere syntes også det var viktig å ha fokus på hverdagskranglingen i hjemmet. Selv om også hverdagskrangling kan være skadelig for barnet, kjentes det vanskeligere for helsesykepleierne å problematisere dette, da de fleste kan krangle en gang i blant. Dette syntes de at de fant hjelp til i «I trygge hender», da de opplevde at dette verktøyet tok opp hverdagskrangling på en fin måte og dermed gjorde det lettere å snakke med foreldrene om.

*Alle, alle oss har jo kranglet. Også foran barna. Eeh.. Så jeg er litt opptatt av den der, som vi kaller den litt milde, milde volden.. Ved det fokuset vi nå har på vold.. Når det blir veldig fokus på den alvorlige volden, så mister vi kanskje fokus på det som de fleste barn rammes av (Informant nummer fire).*

Dette synes jeg er et veldig godt poeng. Barn kan bli utrygge når voksne krangler, spesielt om det blir høye og sinte stemmer. Det som ikke oppleves som alvorlig for de voksne, kan skape redsel hos barna. Teorien som er presentert i denne oppgaven forteller hvor alvorlig det kan være for et barn å vokse opp i et hjem med krangling. Her tenker jeg at det blir veldig viktig å snakke med foreldrene om Sameroffs transaksjonsmodell (Sameroff & Chandler, 1975), slik at de kan få kunnskap om hvordan kranglingen påvirker barna, og hvordan barna kan påvirke foreldrene, som kanskje er slitne småbarnsforeldre. TOPP-studien (Universitetet i Oslo, 2022) viser oss at det er viktig å jobbe for å redusere mors symptomtrykk, om hun har det vanskelig psykisk. Dette fordi mors helse påvirker barnet mer enn andre risikofaktorer. TOPP-studien (Universitetet i Oslo, 2022) sier også at for at mor skal få det bedre, så er det viktig at hun blir

inkludert, om det er hos partner, i jobbsammenheng eller i lokalsamfunnet. Hun trenger en tilhørighet, god sosial støtte og tilgang på gode barnepassordninger. Om det over tid er vanskelig for både barn og foreldre, er det viktig å finne en utgang fra denne negative sirkelen.

#### 5.4.2 Forebygge vold mot barn

Det viktigste og mest verdifulle for helsesykepleierne, var å forebygge at noen barn i det hele tatt ble utsatt for vold. Å gi foreldrene alternative handlingsmåter dersom de kjente at de ble veldig sinte, kjentes viktig. Helsesykepleierne syntes også det var viktig å lære barn om vold og hva voksne ikke har lov til å gjøre mot dem, slik at barna selv kunne settes i stand til å fortelle til en trygg voksen, dersom de opplevde vold. Videre var det også viktig å gjøre foreldrene oppmerksomme på at både fysisk og psykisk vold er skadelig for barn. Dersom noen foreldre hadde snakket om vanskelige forhold hjemme, var det verdifullt for helsesykepleier å kunne hjelpe forelderen å ta tak i dette og få til en endring sammen. De ønsket også å være til god støtte for barnet og forelderen, dersom den andre forelderen utøvde vold i hjemmet.

*Fordi vi pleier å fokusere på at.. Eeh.. På nettopp det med at det å få en baby kan være veldig krevende. Og man kan komme til å kjenne på, på fortvilelse og frustrasjon og følelser som man ikke har kjent på før. Og at vi vet at det er foreldre som, som ikke ønsker å være ond mot ungene sine. Men som i en desperat situasjon kan komme til å skade barnet, fordi man er.. ja (Informant nummer tre).*

I det forebyggende arbeidet har helsesykepleier det fortrinnet at alle barn kommer til helsestasjonen. Det er derfor ikke stigmatiserende og ingen vet om du strever eller om du bare er til en vanlig konsultasjon, om noen ser deg på helsestasjonen. Det gjør det lettere for helsesykepleier å «få tak i» alle familier. Jeg opplever også at helsesykepleier har en tillitt i folket og at mange lytter til det helsesykepleier sier. Kommunene har et særlig ansvar når det kommer til å avdekke og avverge vold. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er et satsningsområde og blir også positivt omtalt i Opptappingsplanen. Foreldre er forpliktet til å gi barna sine helsekontroller, enten det er på helsestasjonen eller ved å bruke fastlege. De aller fleste foreldre velger helsestasjonen til å gjøre disse helsekontrollene. Disse faktorene til sammen gjør at helsesykepleier skal ha et godt utgangspunkt for å kunne jobbe godt med voldsforebyggende arbeid. Det er ikke tvil om at helsesykepleiere på helsestasjonene rundt

om i Norge gjør en svært viktig jobb. Kanskje bør helsesykepleier selv ha et enda større fokus på, og selv reflektere over hvor viktig hun er. Kanskje vil det da bli lettere å ta opp voldstemaet med foreldrene, tross ubehageligheter, dersom hun greier å ha fokus på den viktige jobben hun gjør for de minste. Men å balansere dette, samtidig som man skal se for seg at det lille barnet foran seg, som sitter på fanget til en hyggelig mor som ler og småprater, blir utsatt for vold når de kommer hjem, det er sannelig ikke lett! Og skulle man ha en så trygg relasjon til denne moren, at hun åpner seg opp og forteller om en ektefelle som utøver vold, både overfor henne og barnet, må helsesykepleier oftest ta med seg denne informasjonen videre til Barneverntjenesten, da man både gjennom Opplysningsplikten (Helsedirektoratet, 2019b) og Avvergingsplikten (Plikt, 2019) må melde videre sin bekymring. Men hva skjer med den skjøre, nybygde relasjonen til denne moren da? Her må man vurdere situasjonen godt. Kanskje har mor bare så vidt åpnet opp, og har opplevd en alvorligere vold enn det hun forteller om i første omgang. Om man umiddelbart går videre til neste instans med denne informasjonen, kan man stenge for relasjonen og for at hun skal fortelle mer om hva hun og barnet opplever. Dette må man ha med i vurderingen, før man sender en bekymringsmelding. Samtidig må man vurdere alvorligheten i situasjonen og om det er fare for liv og helse. Om avvergesplikten inntreffer, må man raskt melde fra videre, selv om det skulle føre til brudd i relasjonen til mor.

Helsesykepleieryrket er en fin og koselig jobb noen dager, med friske barn og fine familier som trenger litt veiledning i forhold til søvn eller amming. Kanskje skal man også vaksinere barna og informere om barnets utvikling. Men det kan også være svært krevende og utfordrende, når man skal være på vakt for de aller mest sårbare i samfunnet vårt, de minste barna som vokser opp på den skumleste plassen som finnes, altså i sitt eget hjem. I mine øyne gjør dette Helsesykepleieryrket til ett av de viktigste yrkene vi har. Samtidig har forskningen i denne oppgaven også vist at helsesykepleiere ikke kan være superhelter alene, men at de er avhengige av et godt og nært samarbeid med de andre tjenestene som jobber med deres felles barn.

## 5.5 Behov for videre forskning

Det vil alltid være behov for mer forskning og vi kan aldri si oss fornøyde med kunnskapen vi har og tenke at nå trenger vi ikke å finne ut av mere. Et av spørsmålene jeg har stilt meg gjennom dette arbeidet, er hvorfor helsesykepleiere synes det er så vanskelig å snakke om

vold. Hvorfor opplever de å ha for lav kunnskap om temaet og kompetanse på hvordan de skal jobbe med voldsforebygging. Er ikke dette jobben deres som de har utdanning innenfor og er ikke samtaler med barn deres ekspertområde? Disse tingene synes jeg det er viktig å forske videre på. Helsepsykiatere i både min undersøkelse og andres, snakker blant annet praktiske utfordringer i arbeidshverdagen. Jeg tenker at det trenger å forskes mer på selve arbeidshverdagen til helsepsykiatere. Finnes det en annen måte å organisere Helsestasjons- og skolehelsetjenesten på, enn slik vi gjør det i dag? Kan noen arbeidsoppgaver skyves på, delegeres til andre yrkesgrupper eller tas bort. Her er det mye spennende man kan forske på. Kanskje vil det være en av oppgavene til det nye Kompetansemiljøet i Levanger.



## Kapittel 6: Konklusjon

Jeg har i denne studien brukt kvalitativ forskning og semistrukturerte intervju som metode for å besvare problemstillingen, som var som følgende: «Hvilke erfaringer har helsesykepleiere gjort seg i arbeidet med voldsforebygging på helsestasjonen?» Utvalget var seks helsesykepleiere som jobbet i seks forskjellige kommuner. Helsesykepleierne kom fra både små, mellomstore og store kommuner, samt fra forskjellige kanter av landet. Intervjuene ble gjennomført digitalt og analysert med Malteruds (2021) systematiske tekstkondensering. Jeg vil nå oppsummere svarene på de fire forskningsspørsmålene. Disse tar for seg fire ulike sider ved informantenes erfaringer, og vil samlet sett være med på å gi svar på problemstillingen. Jeg vil så beskrive hva jeg tenker vil være konsekvensene av studiets funn og hva jeg ser på som viktig i videre arbeid og forskning.

*Hva oppga helsesykepleierne som verdifullt i det voldsforebyggende arbeidet?*

Helsesykepleierne var samstemte i at de hadde en samfunnsmessig viktig jobb og at de gjorde en forskjell for barna de møtte på helsestasjonen. De syntes det var verdifullt å kunne hjelpe foreldrene til å se hvor barnet var i utviklingen, slik at de ikke hadde for høye forventninger til hva barnet kunne forstå, og dermed redusere misforståelser og frustrasjoner. Generelt likte de å kunne være en hjelper for familien og å åpne opp for at vold var et tema de kunne snakke om på helsestasjonen. Det de syntes var aller mest verdifullt, var at de var med på å forebygge at barn i det hele tatt ble utsatt for vold. Å gi foreldrene alternative handlingsmåter, kjentes viktig. De syntes også det var meningsfullt å lære barna om vold, slik at de var bedre rustet til å snakke med trygge voksne om de ble utsatt for vondt.

*Helsesykepleieryrket ble beskrevet som en fin og givende jobb. Innenfor det voldsforebyggende arbeidet hadde nok helsesykepleierne likevel mest fokus på hva som var utfordrende.* Helsesykepleierne syntes det kunne være utfordrende å finne mot til å stille de direkte spørsmålene om vold, selv om få hadde opplevd negative reaksjoner fra foreldrene. Det var lett å stille spørsmål om vold dersom barnet hadde blåmerker, mens det ble vanskeligere om antakelsen var mer diffus. Videre var det viktig for helsesykepleierne å formidle at de ikke jobbet voldsforebyggende fordi de mistenkte at akkurat den forelderen var voldelig mot barna sine, men at de snakket med alle om dette temaet. Om noen foreldre fortalte om vold eller eget sinne, var helsesykepleierne redde for å bryte den tillitten de hadde opparbeidet seg hos foreldrene, dersom de måtte sende bekymringsmelding til Barneverntjenesten. Det var iblant også utfordrende å forholde seg til at foreldrene googlet

seg til svar, eller hentet råd fra sosiale medier, i stedet for å lytte til helsesykepleier. Generelt syntes de det var vanskelig at de ikke avdekte flere voldshendelser, når det statistisk sett var mange barn på helsestasjonen som ble utsatt for vold hjemme. Flere helsesykepleiere fortalte at siden det var så vanskelig å snakke om vold, kunne det ofte bli et glemt tema. Andre igjen presiserte at temaet ikke ble lagt til side, selv om det var ubehagelig å snakke om. I mindre kommuner, hvor «alle kjente alle» var de spesielt bevisst på at vold kunne forekomme i alle sosiale lag, også hos de helsesykepleier kjente til. Flere fortalte at de aldri hadde avdekket at et barn ble utsatt for vold hjemme og at de opplevde en forventning de ikke greide å innfri. Det var utfordrende at helsesykepleierne hadde få verktøy eller ferdige undervisninger de kunne bruke i møte med foreldrene. Det var stor forskjell på hvilken muntlig og skriftlig informasjon de ga foreldrene, ut fra hva de hadde utviklet ved den enkelte helsestasjonen. Til en viss grad, følte de tilfeldig hvordan helsestasjonstjenesten var organisert. Dette viste seg også gjennom en tilfeldig kultur for kursing og faglig oppdateringer. De fleste svarte at de ønsket seg faste spørsmål i veilederen, og nyttige verktøy som kunne hjelpe de til å gjøre jobben sin bedre. Det ble ofte nevnt at helsesykepleierne hadde flere arbeidsoppgaver enn tiden deres strakk til.

*Syntes helsesykepleierne selv at de hadde god nok kompetanse til å utføre denne jobben?*

Dette spørsmålet ga ulike svar. Flere fortalte at de hadde kunnskap, men at de likevel ønsket mer, både om temaet og om hvordan de skulle kommunisere med foreldrene om dette. De fleste helsesykepleierne mente at helsesykepleierutdanningen ikke ga nok kompetanse til å kunne jobbe voldsforebyggende i helsestasjonen, men at man var avhengig av å opparbeide seg denne kompetansen gjennom arbeidserfaring, kursing, kollegastøtte og ekstern veiledning. Flere sa likevel at helsesykepleierutdanningen muligens hadde mer fokus på voldsforebyggende arbeid nå, enn før temaet ble prioritert i de nyeste faglige retningslinjene.

*Har helsesykepleier et støttende nettverk på arbeidsplassen sin, om hun synes det voldsforebyggende arbeidet blir vanskelig?* Alle helsesykepleierne snakket positivt om kollegaene sine og støtten de fikk fra dem. Den uformelle kollegaveiledningen hadde stor betydning i det daglige arbeidet og det rådet aksept for å søke støtte hos hverandre. Helsesykepleierne hadde ulike organiseringer av lokal og ekstern veiledning. I tillegg kunne de søke veiledning blant annet hos kommunepsykolog, Barneverntjenesten eller hos Konsultasjonsteam hos Statens Barnehus.

*Verktøyet «I trygge hender» ble av samtlige informanter, trukket frem som et godt verktøy i det voldsforebyggende arbeidet. Før de fikk dette, var ikke voldsforebygging et fast tema så tidlig*

på helsestasjonen. Flere syntes «I trygge hender» hjalp dem til å fortelle om barnets utvikling i omgivelser som ikke er optimale, om hva hverdagskrangling og vold gjør med et barn, samt snakke med foreldrene om deres egne erfaringer fra sin barndom. Én av helsesykepleierne fortalte om familier på helsestasjonen, som ba om hjelp utelukkende på grunn av «I trygge hender». Dersom de fikk flere slike verktøy på helsestasjonen, ville kanskje flere be om hjelp tidligere. Videre syntes helsesykepleierne det var enklere å definere hvilke barn de ble bekymret for, noe som gjorde jobben hennes tydeligere. De ønsket seg flere verktøy, også til de eldre barna på helsestasjonen. Helsesykepleierne var tydelige på at de hadde et stort og bredt arbeidsfelt med mange forskjellige oppgaver. Dette gav dem både fine arbeidsdager, men også flere svært utfordrende.

*Konsekvenser av studiens funn:* Overraskende mange mente de manglet kunnskap om vold og om hvordan de skulle snakke med barn og foreldre om dette. Her blir det viktigste å finne en måte å gjøre helsesykepleiere tryggere i eget yrke, slik at de kan gjøre en bedre jobb for barn og familier på helsestasjonen. Helsesykepleierne jobbet i en tjeneste med få hjelpemidler til å kunne jobbe forebyggende på samme måte til alle barn, uavhengig av hvor barna bodde. De beskrev også flere arbeidsoppgaver enn de klarte å håndtere, slik at noen oppgaver måtte forskyves eller tas bort. Dette var en vurdering hver enkelt helsesykepleier selv vurderte, muligens uten å være bevisst hva som var viktigst å prioritere. De oppgavene de var mest komfortable med, var lettere å gjennomføre selv med liten tid. Kanskje bør man helhetlig se på hvordan Helsesykepleiertjenesten er organisert og om man kan gjøre noen strukturelle endringer for å gjøre tjenesten bedre. Man bør også se på om kursing og faglig oppdatering kan gjøres mindre tilfeldig enn det som gjøres i dag.

## Litteraturliste

- Anda, R. F., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Walker, J. D., Whitfield, C., Perry, B. D., Dube, S. R., & Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Anderzén Carlsson, A., Bäckman, C., & Almqvist, K. (2021). The professional relationship forms the base: Swedish child health care nurses' experiences of encountering mothers exposed to intimate partner violence. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1988043. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1988043>
- Anker, T. (2020). *Analyse i praksis: En håndbok for masterstudenter* (1. utgave.). Cappelen Damm akademisk.
- Arbeids- og velferdsdirektoratet. (2006, juni 17). *Arbeids- og velferdsetaten (NAV)* [Eksternvirksomhet]. Regjeringen.no; regjeringen.no. [https://www.regjeringen.no/no/dep/aid/om-arbeids-og-inkluderingsdepartementet/etatstyring/underliggende-etater/arbeids\\_og\\_velferdsetaten/id1511/](https://www.regjeringen.no/no/dep/aid/om-arbeids-og-inkluderingsdepartementet/etatstyring/underliggende-etater/arbeids_og_velferdsetaten/id1511/)
- Barne- og familiedepartementet. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns\\_barnekonvensjon.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf)
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)*.

- Bogat, G. A., DeJonghe, E., Levendosky, A. A., Davidson, W. S., & von Eye, A. (2006). Trauma symptoms among infants exposed to intimate partner violence. *Child Abuse & Neglect*, 30(2), 109–125. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.09.002>
- Bronfenbrenner, U., & Cole, M. (1981). *The Ecology of Human Development*. [https://www.adlibris.com/no/bok/the-ecology-of-human-development-9780674224575?msclkid=76836f0147fb1471ef600913393820e8&utm\\_source=bing&utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Shopping%20-%20Student%20-%20eCPC&utm\\_term=4580153138607144&utm\\_content=BOK%20-%20Student](https://www.adlibris.com/no/bok/the-ecology-of-human-development-9780674224575?msclkid=76836f0147fb1471ef600913393820e8&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Shopping%20-%20Student%20-%20eCPC&utm_term=4580153138607144&utm_content=BOK%20-%20Student)
- Bråten, B., & Sønsterudbråten, S. (2016). *Foreldreveiledning—Virker det? En kunnskapsstatus*. (s. 198). Fafo.
- Bufdir. (2024a). *Bufdir.no*. Bufdir. <https://www.bufdir.no/>
- Bufdir. (2024b, mai 14). *Melde frå til barnevernet som offentlig tilsett eller fagperson med meldeplikt*. Bufdir. <https://www.bufdir.no/barnevern/melde-fra-offentlig-melder/>
- Charter, S. E. L. R. E. B. H. A. U.-S. T. K. O. K. F. frem på H. F. pressen I. K. oss O. journal A. L., Sikkerhet, C. I. K. L. stillinger P. S. ifra, & Nettredaktør, beredskap og krise T. A. F. D. S. (2023, september 22). *f4transkript og f4analyse—Høgskolen i Innlandet*. <https://www.inn.no/it-brukerstotte/f4transkript-og-f4analyse/index.html>
- Christensen, E. (1988). *Opvækt eller overlevelse: Psykisk forsvar mod vold og strategier for overlevelse hos 4-6 årige børn i familier med hustrumishandling—Depotbiblioteket*. [www.depotbiblioteket.no](http://www.depotbiblioteket.no). <https://depotbiblioteket.no/cgi-bin/m2?tnr=67700>
- Dagsavisen. (2021, januar 25). – *Jeg tror at for mange i mammapolitiet så handler det om å vise at de selv har fått det til*. Dagsavisen. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/navn-i-nyhetene/2021/01/25/du-kan-aldri-vinne-over-mammapolitiet/>

- DeJonghe, E. S., Bogat, G. A., Levendosky, A. A., von Eye, A., & Davidson II, W. S. (2005). Infant exposure to domestic violence predicts heightened sensitivity to adult verbal conflict. *Infant Mental Health Journal*, 26(3), 268–281.  
<https://doi.org/10.1002/imhj.20048>
- Engen, H. S. (2021). *Foreldres erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet «I trygge hender» på helsestasjonen*. 100.
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis* (1. utg.). Gyldendal. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2020070748614](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020070748614)
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforl.
- Glavin, K., Helseth, S., Kvarme, L. G., & Vannebo, U. T. (2007). *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Akribe.  
[https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011091608107](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011091608107)
- Glavin, K., & Kvarme, L. G. (2003). *Helsesøstertjenesten: Fra menighetssykepleie til folkehelsevitenskap*. Akribe. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011052605044](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011052605044)
- Graham-Bermann, S. A., & Edleson, J. L. (2001). *Domestic violence in the lives of children: The future of research, intervention, and social policy* (s. xi, 332). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10408-000>
- Graham-Bermann, S. A., Gruber, G., Howell, K. H., & Girz, L. (2009). Factors discriminating among profiles of resilience and psychopathology in children exposed to intimate partner violence (IPV). *Child Abuse & Neglect*, 33(9), 648–660.  
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.01.002>

- Graham-Bermann, S. A., & Levendosky, A. A. (2011). *How Intimate Partner Violence Affects Children: Developmental Research, Case Studies, and Evidence-Based Intervention*. American Psychological Association. <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1chs5cc>
- Gaathaug, M. N. (2020). Slik kan helsesykepleiere avdekke vold og overgrep. *Sykepleien*, 79899, e-79899. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2020.79899>
- Hagen, E. J. (2022). *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*. <https://munin.uit.no/handle/10037/32142>
- Hansen, E. H., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G., Sollid, M. F., & Sundt-Schwebs, T. (2019). Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold. *Sykepleien*, 74018, e-74018. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74018>
- Hashemi, L., Fanslow, J., Gulliver, P., & McIntosh, T. (2021). Exploring the health burden of cumulative and specific adverse childhood experiences in New Zealand: Results from a population-based study. *Child Abuse & Neglect*, 122, 105372. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105372>
- Helse- og omsorgsdepartementet, H. (2022, oktober 7). *Nasjonalt kompetansemiljø for helsestasjon og skolehelsetjenesten lokaliseres i Levanger* [Nyhet]. Regjeringen.no; regjeringen.no. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nasjonalt-kompetansemiljo-for-helsestasjon-og-skolehelsetjenesten-lokaliseres-i-levanger/id2933468/>
- Helsebiblioteket. (2023, juni 30). *Helsestasjons- og skolehelsetjenesten—Nasjonal faglig retningslinje*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonal-faglig-retningslinje/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019a, januar 15). *Helsesøster er nå helsesykepleier*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/helsesoster-er-na-helsesykepleier>

Helsedirektoratet. (2019b, mai 2). *Opplysningsplikt m.v.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v>

Helsedirektoratet. (2021, desember 13). *Psykologer.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/personell-og-kompetanse-i-den-kommunale-helse-og-omsorgstjenesten/personellutvikling-i-utvalgte-yrkesgrupper/psykologer>

Helsedirektoratet. (2022a). *Samarbeid om tjenester til barn, unge og deres familier* (s. 45) [Nasjonal veileder].

Helsedirektoratet. (2022b). *Helsestasjonsprogrammet 0-5 år.* Helsedirektoratet.

[https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/\\_attachment/inline/0e915096-a9ff-4afb-9dc8-a78d70335603:213884cf3ea80ee975e5e31c4b8d24f1dc34d0b4/Helsestasjonsprogrammet%200-5%20%C3%A5r.pdf](https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/dokumenter-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Helsestasjonsprogrammet-0-5.pdf/_attachment/inline/0e915096-a9ff-4afb-9dc8-a78d70335603:213884cf3ea80ee975e5e31c4b8d24f1dc34d0b4/Helsestasjonsprogrammet%200-5%20%C3%A5r.pdf)

Helsedirektoratet. (2023, juni 30). *Helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* [Nasjonal faglig retningslinje]. Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helsedirektoratet. (2024). *Helsedirektoratet.* Helsedirektoratet.

<https://www.helsedirektoratet.no/>

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

Hydén, M. (1995). *Kvinnomisshandel inom äktenskapet. Mellan det omöjliga och det möjliga.* Liber.



- INN. (2024a). *Helsesykepleie—Høgskolen i Innlandet*. <https://www.inn.no/studier/vare-studier/master-i-helsesykepleie/index.html>
- INN. (2024b). *Tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier—Høgskolen i Innlandet*. <https://www.inn.no/studier/vare-studier/master-i-tverrfaglig-arbeid-med-barn-unge-og-famil/index.html>
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Kommuneforlaget.
- Jaffe, P. G., Wolfe, D. A., & Wilson, S. K. (1990). *Children of battered women*. Sage.
- Koball, A. M., Domoff, S. E., Klevan, J., Olson-Dorff, D., Borgert, A., & Rasmussen, C. (1998). The impact of adverse childhood experiences on healthcare utilization in children. *Child Abuse & Neglect, 111*, 104797–104797. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104797>
- KS. (2021, juni 25). *Barnevernsreformen*. KS. <https://www.ks.no/fagomrader/barn-og-unge/barnevern/barnevernsreformen2/barnevernsreformen/>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2018091205061](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018091205061)
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko: Skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg.). Gyldendal akademisk. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2021010707585](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2021010707585)
- LaH, NSF. (2020). *Høringssvar – Høring Forskrift om nasjonal retningslinje for helsesykepleierutdanning*. [https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject\\_group/2020-11/lah-om-forskrift-helsesykepleierutdanningen.pdf](https://www.nsf.no/sites/default/files/groups/subject_group/2020-11/lah-om-forskrift-helsesykepleierutdanningen.pdf)
- Leira, H. (1988). *Kan Anerkjennelse av det Umulige bli Erkjennelse av det Mulige, Fra tabubelagte traumer til kurs i barn og unges rettigheter*. NAVF v/RSFs forskningsprogramom kvinnemishandling.

- Lovdata. (1984, januar 1). *Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven]*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NLO/lov/1982-11-19-66>
- Lovdata. (1997, februar 11). *Forskrift om lovbestemt sykepleietjeneste i kommunens helsetjeneste*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1983-11-23-1779>
- Lovdata. (2006, januar 1). *Lov om barnehager (barnehageloven)*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>
- Lovdata. (2016, januar 1). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven)*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Lovdata. (2017, mai 1). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid (forskningsetikkloven)*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Lovdata. (2021, juli 1). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven)*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Lovdata. (2023, juli 1). *Lov om barnevern (barnevernsloven)*—Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2021-06-18-97>
- Macy, R. J., Martin, S. L., Kupper, L. L., Casanueva, C., & Guo, S. (2007). Partner Violence Among Women Before, During, and After Pregnancy. Multiple Opportunities for Intervention. *Women's Health Issues, 17*(5), 290–299. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2007.03.006>
- Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. <https://www.universitetsforlaget.no/kvalitative-forskningsmetoder-for-medisin-og-helsefag-2>
- Mathiesen, K. S., Kjeldsen, A., Skipstein, A., Karevold, E., Torgersen, L., & Helgeland, H. (2007). Trivsel og oppvekst—Barndom og ungdomstid. *Nasjonalt folkehelseinstitutt, 113*.

- Microsoft Office. (2024, april 1). *Videokonferanser, møter og anrop* | *Microsoft Teams*.  
<https://www.microsoft.com/en-us/microsoft-teams/group-chat-software>
- Midjo, T. (1992). *Barn på krisesenter for mishandlede kvinner. Et forprosjekt*. Norsk senter for barneforskning.
- Neumann, C. B., & Snertingdal, M. I. (2013). Kunnskap, kartlegging og tidlig intervensjon ved helsestasjoner. *Rus & samfunn*, 7(4), 28–30. <https://doi.org/10.18261/ISSN1501-5580-2013-04-11>
- NKVTS. (2018a). *Veileder for helse- og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. NKVTS. <https://www.nkvts.no/prosjekt/veileder-for-helsetjenestens-arbeid-med-vold-i-naere-relasjoner/>
- NKVTS. (2018b, oktober 16). *NKVTS – En veileder om vold i nære relasjoner*.  
<https://voldsveileder.nkvts.no/>
- Norsk sykepleierforbund. (2022, august 6). *I trygge hender*. I trygge hender.  
<https://www.nsf.no/fg/helsesykepleiere/i-trygge-hender-0>
- NTNU. (2024, mars 25). *Master i helsesykepleie—NTNU*. <https://www.ntnu.no/studier/mhelsp>
- Nyeng, F. (2012). *Nøkkelbegreper i forskningsmetode og vitenskapsteori*. Fagbokforl.  
[https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2018031548399](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018031548399)
- Nygaard, U. (2022, oktober 7). *Nytt kompetansemiljø til Levanger: – Dette har vi jobbet for i 25 år*. <https://sykepleien.no/2022/10/nytt-kompetansemiljo-til-levanger-dette-har-vi-jobbet-i-25-ar>
- Plikt. (2019, september 19). *Avvergingsplikten—Plikt.no*. <https://plikt.no/>
- Politiet. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*.
- Regjeringen.no. (2022, desember 9). *Etikk i forskningen* [Redaksjonellartikkel].  
Regjeringen.no; regjeringen.no.

- <https://www.regjeringen.no/no/tema/forskning/innsiktsartikler/etikk-i-forskningen/id2000710/>
- Revisorforeningen. (2023, mai 15). *Krav til etterutdanning for revisorer og regnskapsførere*. Den norske Revisorforeningen. <https://www.revisorforeningen.no:443/kurs/krav-til-etterutdanning/>
- Ringereide, R. A., & Stai, S. (2022, oktober 20). *Bronfenbrenners modell—Pedagogisk arbeid (HS-BUA vg2)—NDLA*. ndla.no. <https://ndla.no/subject:1:56ea35da-73d9-431f-a451-19f24f564f59/topic:1:5851b59b-7814-4724-bc84-192e1d2b5eca/topic:1:dda88c29-1165-4b49-964a-bbffd5976bfd/resource:b7ecf1b6-2f55-404a-9cc0-35e5c4b3d592>
- RVTS. (2024a). *Regionale ressursentre—RVTS*. <https://rvts.no/>
- RVTS. (2024b). *Snakkemedbarn.no – Øv deg på samtaler med barn og unge*. [snakkemedbarn.no. https://www.snakkemedbarn.no/](https://www.snakkemedbarn.no/)
- Salomão, A. (2023, september 20). *Kunsten å tolke: En reise gjennom tematisk analyse. Mind the Graph-blogg*. <https://mindthegraph.com/blog/nb/tematisk-analyse/>
- Sameroff, A. J., & Chandler, M. J. (1975). *Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty*. University of Chicago Press.
- Santrock, J. W. (2008). *Child Development. Twelfth edition*. McGraw-Hill Companies, Inc.
- Sanz, E. (2022, august 25). *Kjennetegnene til følelsesmessig voldelige foreldre*. Veien til Helse. <https://veientilhelse.no/kjennetegnene-pa-folelsesmessig-voldelige-foreldre/>
- Sikt. (2024). *Sikt – Kunnskapssektorens tjenesteleverandør | Sikt*. Sikt Kunnskapssektorens tjenesteleverandør Sikt leverer produkter og tjenester til forskning og utdanning. Vi tilbyr infrastruktur og løsninger som trengs for at kunnskapssektoren skal nå sine mål om digitalisering, datadeling og åpen forskning. <https://sikt.no/>
- Sjøvold, M. S., & Furuholmen, K. G. (2020). *De minste barnas stemme: Sped- og småbarn utsatt for vold og omsorgssvikt* (2. utgave.). Universitetsforlaget.

Spurkeland, J. (2015). *Tilpasset ledelse: Kunsten å lede et mangfold av individer*.

Universitetsforl. [https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2018060148509](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2018060148509)

Spurkeland, J. (2017). *Relasjonsledelse—Jan Spurkeland—Innbundet(9788215029276)* |

*Adlibris Bokhandel*. [https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-](https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-%20Search%20-%20Student%20titlar&utm_term=relasjonsledelse&utm_content=Student%20titlar%20BP)

[9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm\\_source=bing&](https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-%20Search%20-%20Student%20titlar&utm_term=relasjonsledelse&utm_content=Student%20titlar%20BP)

[utm\\_medium=cpc&utm\\_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-](https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-%20Search%20-%20Student%20titlar&utm_term=relasjonsledelse&utm_content=Student%20titlar%20BP)

[%20Search%20-](https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-%20Search%20-%20Student%20titlar&utm_term=relasjonsledelse&utm_content=Student%20titlar%20BP)

[%20Student%20titlar&utm\\_term=relasjonsledelse&utm\\_content=Student%20titlar%2](https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-%20Search%20-%20Student%20titlar&utm_term=relasjonsledelse&utm_content=Student%20titlar%20BP)

[0BP](https://www.adlibris.com/no/bok/relasjonsledelse-9788215029276?msclkid=38d5778370d611f1ab5411a0cf0aa6cf&utm_source=bing&utm_medium=cpc&utm_campaign=AR%3A%20BOK%20-%20Generic%20-%20Search%20-%20Student%20titlar&utm_term=relasjonsledelse&utm_content=Student%20titlar%20BP)

Spurkeland, J. (2020). *Relasjonskompetanse*. Norsk lyd- og blindeskriftbibliotek.

[https://dod.nlb.no/content/147779/384924/de47340550c06f8d01b552cfb407/EPUB/\\_n](https://dod.nlb.no/content/147779/384924/de47340550c06f8d01b552cfb407/EPUB/_n)

[ettleserbok.html](https://dod.nlb.no/content/147779/384924/de47340550c06f8d01b552cfb407/EPUB/_n)

SSB. (2024, mars 17). *11993: Aktivitet i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, etter*

*helseundersøkelser/helsekonsultasjoner, statistikkvariabel, år og region*.

*Statistikkbanken*. SSB. <https://www.ssb.no/system/>

Statens Barnehus. (2024). *Konsultasjonsteam* | *Statens Barnehus*.

<https://www.statensbarnehus.no/barnehus/statens-barnehus-hamar/konsultasjonsteam/>

Storbyuniversitetet, O.-. (2024). *Helsesjuepleiar sitt arbeid med vald mot barn*.

<https://www.oslomet.no/no/forskning/forskningsprosjekter/helsesjuepleier-arbeid->

[vold-barn](https://www.oslomet.no/no/forskning/forskningsprosjekter/helsesjuepleier-arbeid-)

Tjernshaugen, A., Hiis, H., Bernt, J. F., Braut, G. S., Bahun, V. B., & Simonsen, M. M. (2023).

*Koronapandemien*. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.snl.no/koronapandemien>

Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*.

[https://www.adlibris.com/no/bok/kvalitative-forskningsmetoder-i-praksis-](https://www.adlibris.com/no/bok/kvalitative-forskningsmetoder-i-praksis-9788205546530)

[9788205546530](https://www.adlibris.com/no/bok/kvalitative-forskningsmetoder-i-praksis-9788205546530)

- Tveiten, S. (2007). *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten* (K. Glavin, S. Helseth, & L. G. Kvarme, Red.; 1. utg.). Akribe.  
[https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2011091608107](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2011091608107)
- Tømmerås, T., & Kjøbli, J. (2022, april 7). *Samspill i familien og psykiske vansker hos barn*. Rådet for psykisk helse. <https://psykiskhelse.no/psykiskoppvekst/relasjoner/samspill-i-familien/>
- Universitetet i Oslo. (2022, januar 5). *Hovedfunn fra TOPP-studien—Psykologisk institutt (PSI)*. Universitetet i Oslo. <https://www.sv.uio.no/psi/forskning/prosjekter/topp-studien/om-topp-studien/hovedfunn-fra-topp-studien-NY.html>
- Universitetet i Oslo. (2023, februar 7). *Forskningsetiske normer, standarder og retningslinjer—For ansatte—Universitetet i Oslo*. <https://www.uio.no/for-ansatte/arbeidssotte/forskningsstotte/forskningsetikk/normer-retningslinjer/index.html>
- Universitetet i Oslo. (2024, april 1). *Nettskjema*. <https://nettskjema.no>
- Utdanningsdirektoratet. (2023). *Utdanningsdirektoratet—Våre oppgaver*. <https://www.udir.no/om-udir/vare-oppgaver2/>
- Utforsk Sinnet. (2019, august 3). *Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell*. Utforsk Sinnet. <https://utforsksinnet.no/bronfenbrenners-utviklingsokologiske-modell/>
- Vonheim, K. (2014, september 12). *Biologisk slektskap og utvikling av relasjoner*. Utdanningsforskning.no. <https://utdanningsforskning.no/artikler/2014/biologisk-slektskap-og-utvikling-av-relasjoner/>
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: Barns strategier*. Universitetsforl.  
[https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb\\_digibok\\_2020111007158](https://urn.nb.no/URN:NBN:no-nb_digibok_2020111007158)

Vedleggene legges av tekniske årsaker inn som bilder.

## Vedlegg 1: Meldeskjema



# Meldeskjema

## Referansenummer

270241

## Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Navn
- Kontaktinformasjon
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

## Beskriv bakgrunnsopplysningene

Ålder, kjønn, yrkeserfaring som helsesykepleier

## Prosjektinformasjon

### Tittel

Voldsforebygging i helsestasjonen

### Sammendrag

Master i Tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier.

### Hva er formålet med behandlingen av personopplysninger?

Opplysningene som skal behandles, vil ikke knyttes til personens navn (mer æn via en kodnyckel, som førvaras separat), arbeidssted eller kommunen personen jobber i. Opplysningene som behandles vil være adekvate, relevante og begrenset til det som er nødvendig for masterprosjektet. Det innebærer at vi begrenser mengden innsamlde personopplysninger til det som er nødvendig for å realisere masterprosjektet

### Ekstern finansiering

Ikke utfyllt

### Type prosjekt

Master

### Kontaktinformasjon, student

Ricke Brandmo, ricke.brandmo@hotmail.com, tlf: 41542714

## Behandlingsansvar

### Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Innlandet / Fakultet for helse- og sosialvitenskap / Institutt for sosialfag og veiledning

### Prosjektansvarlig

Agneta Marie Anderzén Carlsson, agneta.carlsson@inn.no, tlf: 0000

### Er behandlingsansvaret delt med flere institusjoner?

Nei

## Utvalg 1

### Beskriv utvalget

10 helsesykepleiere som jobber i helsestasjonen.

### Beskriv hvordan du finner frem til eller kontakter utvalget

Jeg vil ta kontakt med kommuner fra forskjellige deler av landet, til jeg får 10 helsesykepleiere jeg kan intervju om voldsforebygging i helsestasjonen.

### Aldersgruppe

24 - 67

### Hvilke personopplysninger vil bli behandlet om utvalg {{i}}? 1

- Navn

- Kontaktinformasjon
- Nettidentifikator
- Stemme på lydopptak
- Bakgrunnsopplysninger, som i kombinasjon vil kunne identifisere en person

## Hvordan innhentes opplysningene om utvalg 1?

### Personlig intervju

#### Vedlegg

[Intervjuguide\\_Ricke Brandmo.docx](#)

#### Lovlig grunnlag for å behandle alminnelige personopplysninger

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

## Informasjon til utvalg 1

### Mottar utvalget informasjon om behandlingen av personopplysningene?

Ja

### Hvordan mottar utvalget informasjon om behandlingen?

Skriftlig (papir eller elektronisk)

#### Informasjonsskriv

[Informasjonsskriv til masteroppgaven\\_Ricke Brandmo.docx](#)

## Tredjepersoner

### Innhenter prosjektet informasjon om tredjepersoner?

Nei

## Dokumentasjon

### Hvordan dokumenteres samtykkene?

- Elektronisk (e-post, e-skjema, digital signatur)
- Manuelt (papir)

### Hvordan kan samtykket trekkes tilbake?

Samtykket kan når som helst, uten videre forklaring, trekkes tilbake. Dette kan skje både skriftlig og muntlig. Personen vil da få en skriftlig tilbakemelding om at jeg har registrert dette.

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

Personen jeg intervjuer vil få innsyn i egne opplysninger og en kopi av opplysningene dersom vedkommende ber om det. Opplysninger som vedkommende mener er feil eller mangelfulle vil korrigeres, og den registrerte kan trekke seg og be om at opplysningene slettes.

### Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

## Tillatelser

### Vil noen av de følgende godkjenninger eller tillatelser innhentes?

Ikke utfyllt

## Sikkerhetstiltak

### Vil personopplysningene lagres atskilt fra øvrige data?

Ja

### Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Fortløpende anonymisering
- Kryptert overføring

### Hvor blir personopplysningene behandlet?

- ?

### Hvem har tilgang til personopplysningene?

- Databehandler



---

**Hvilken databehandler har tilgang til personopplysningene?**

"Teams" og "Nettskjema".

**Overføres personopplysninger til et tredjeland?**

Nei

**Avslutning****Prosjektperiode**

22.08.2022 - 15.05.2024

**Hva skjer med dataene ved prosjektslutt?**

Data slettes (sletter rådataene)

**Vil enkeltpersoner kunne gjenkjennes i publikasjon?**

Nei

**Tilleggsopplysninger****Andre vedlegg**

[Intervjuguide\\_Ricke Brandmo.docx](#)

## **Vil du delta i masterprosjektet**

### ***” Voldsforebygging i helsestasjonen”?***

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer helsesykepleiere har gjort seg i forhold til voldsforebygging i helsestasjonen. Masterprosjektet er en del av en masterutdanning på Høyskolen Innlandet, Campus Lillehammer; «Master i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier».

I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Nasjonalfaglige retningslinjer for Helsestasjons- og skolehelsetjenesten sier at man gjennom helsestasjonsprogrammet skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt. Barn under ett år er mest utsatt for vold og overgrep. I barnets første leveår er helsestasjonen den eneste offentlige instansen og helsesykepleier den fagpersonen som systematisk og regelmessig observerer barnets helse og utvikling og som har jevnlig kontakt med barnets omsorgspersoner. Dette gir både unike muligheter til og et særskilt ansvar for å avverge og avdekke vold og omsorgssvikt mot de aller yngste barna.

Dette er en masteroppgave hvor vi vil se på hvilke erfaringer helsesykepleier har gjort seg med voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen. Hva oppgir helsesykepleier som verdifullt i dette arbeidet? Og hva er utfordrende? Kjenner helsesykepleiere at de har god nok kompetanse innenfor voldsproblematikken og synes de at de når frem til foreldrene med budskapet? Kan man observere og gi veiledning i samspill med barnet, for på den måten å jobbe voldsforebyggende? Og hvor kan helsesykepleier snu seg, dersom dette blir en for krevende oppgave?

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Høyskolen i Innlandet er ansvarlig for forskningsprosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Vi ønsker å se på helsesykepleiers arbeidshverdag og hvilke erfaringer og eventuelle utfordringer helsesykepleiere gjør seg i Helsestasjonsarbeidet. Vi ønsker å intervjuer helsesykepleiere fra flere kommuner. Dette slik at vi får et innblikk fra flere arbeidssteder og dermed også flere organisasjonskulturer.

Vi har tatt kontakt med ledere av forskjellige helsestasjoner, for å få tillatelse til å intervjuer deres ansatte. Noen helsesykepleiere har derfor fått forespørselen gjennom sin leder, mens andre er kontaktet direkte. Vi vil intervjuer 10 helsesykepleiere som jobber i helsestasjonen.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Dersom du velger å delta, innebærer det at du blir kontaktet av oss for å gjennomføre et intervju. Dette vil ta ca. 1 – 1,5 time. Du vil få anledning til å si noe om hva du synes fungerer og hva som eventuelt ikke fungerer innenfor voldsforebyggende arbeid på helsestasjonen. Vi vil bruke kvalitative individuelle intervju, hvor alle får spørsmål innenfor samme tema. Her er det ønskelig at den enkelte utdypere svarende sine og forteller det de ønsker, ut over spørsmålene som i utgangspunktet blir stilt.

Dersom det blir utfordrende å møtes for et intervju, og for å kunne nå helseyskepleiere fra forskjellige deler av landet, vil vi gjennomføre flere intervjuer gjennom kommunikasjonsverktøyet «Teams» fra Microsoft Office. Det blir ikke lagret noen film eller bilder fra intervjuene, mens lyden av intervjuet vil bli transkribert.

#### **Det er frivillig å delta**

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

#### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

Det vil kun være forfatter av masteroppgaven og dennes veileder, som vil ha tilgang til dataene som samles inn. Det er ingen medforfattere eller andre som jobber inn mot dette forskningsprosjektet. Andre mennesker tilknyttet Høyskolen i Innlandet, vil heller ikke ha tilgang til disse dataene.

Lydfilene vil lagres på en telefon, den tiden forskningsprosjektet foregår. Ved hjelp av appen «Nettskjema» vil dataene være trygge, slik at ikke utenforstående har tilgang til dem.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil vi erstatte med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data.

Forskningsresultatet vil fremlegges et fagtidsskrift hvor deltakerne kan kjenne igjen temaet. Man vil likevel ikke kunne gjenkjenne hvilken helseyskepleier som har sagt hva.

#### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes 15. juni 2024. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger, samt lydfilene i «Nettskjema» slettes i sin helhet. Opplysningene vil ikke lagres for bruk i andre forskningsoppgaver.

#### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høyskolen i Innlandet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### **Dine rettigheter**

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

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

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

- Høyskolen i Innlandet ved Ricke Brandmo, tlf. 415 42 714. [ricke.brandmo@hotmail.com](mailto:ricke.brandmo@hotmail.com).  
Veileder: Agneta Marie Anderzén Carlsson, [agneta.carlsson@inn.no](mailto:agneta.carlsson@inn.no).
- Vårt personvernombud: Usman Asghar, tlf. 992 57 964, [usman.asghar@inn.no](mailto:usman.asghar@inn.no).

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

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

Agneta Marie Anderzén Carlsson  
Forsker/veileder

Ricke Brandmo  
Student

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Voldsförebygging i helsestasjonen», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju.

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

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Intervjuguide

### «Voldsforebygging i helsestasjonen»

Master i «Tverrfaglig arbeid med barn, unge og deres familier»

Høyskolen i Innlandet, Rikke Brandmo

- Hva betyr voldsforebyggende arbeid for deg?
- Hvilken erfaring har du fra voldsforebyggende arbeid i helsestasjonen?
- Er helsestasjonen en riktig plass å drive voldsforebyggende arbeid på?
- Synes du helsesykepleier har god nok kompetanse til å forebygge vold i småbarnsfamilier?
- Finnes det støtte på din arbeidsplass, om du kjenner at dette er et krevende arbeid for deg?
- Hvilke verktøy har du, eventuelt trenger du, for å kunne jobbe voldsforebyggende med de familiene du treffer på helsestasjonen?
- Hva ser du etter, når du skal vurdere mulig pågående voldsatferd?
- Er det noe du synes er utfordrende med voldsforebyggende arbeid?
- Hvilke tilbud eller oppfølging finnes for barna og foreldrene, dersom du oppdager pågående voldsatferd?
- Nytter det å jobbe voldsforebyggende? Kjenner du at du utgjør en forskjell for de barna det gjelder, ved arbeidet du utfører i helsestasjonen?
- Opplever du at foreldre forteller at de utøver vold mot barnet sitt?
- Hvordan vil du vurdere nytten av det voldsforebyggende arbeidet i helsestasjonen?