



Det helsevitenskapelige fakultet

Foreldres opplevelse av å samtale om vold og overgrep

En kvalitativ studie om småbarnsforeldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep i konsultasjonssamtalen på helsestasjonen

Marte Madeleine Johansen

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesykepleierfag, HEL-3903

Mai 2020

Antall ord: 20354

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Begrunnelse for valg av tema	2
1.2	Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål	4
1.3	Hensikt og formål	4
1.4	Avgrensning og presisering	4
1.5	Begrepsavklaring	5
1.6	Disposisjon for oppgaven	6
2	Tidligere forskning	6
2.1	Å samtale om sensitive tema	7
2.2	Relasjonens betydning i samhandling mellom foreldre og helsepersonell.....	8
2.3	Helsepersonell blir påvirket av egne emosjoner	9
3	Teoretisk grunnlag.....	9
3.1	Helsestasjonen – møtet mellom foreldre og en offentlig instans.....	10
3.1.1	Helsefremmende lydhørhet og forebyggende kontroll.....	10
3.1.2	Barns rett til omsorg og beskyttelse	12
3.2	Foucaults perspektiv på makt og motstandsmakt	14
3.2.1	Statlig makt og motstandsmakt	14
3.2.2	Fagkunnskap, faglig skjønn og makt.....	15
4	Metode.....	16
4.1	Valg av forskningsmetode	16
4.1.1	Hermeneutikk	17
4.1.2	Forforståelse	18
4.2	Søknadsprosedyrer.....	19
4.3	Utvalg og rekruttering av deltakere	20
4.4	Datainnsamling – Intervjuguide, testintervju og gjennomføring av intervju	21
4.5	Transkripsjon	23

4.6	Analyse	24
4.7	Gyldighet og pålitelighet	27
4.8	Etiske overveielser	28
5	Funn	29
5.1	Skaper usikkerhet og frykt	29
5.1.1	Frykt knyttet til å dele informasjon	30
5.1.2	Påvirket stemningen og samtaledynamikken	32
5.2	Opptatt av fordeler og ulemper	34
5.2.1	Anerkjente tematiseringen som nødvendig	34
5.2.2	Opptatt av utfordringer og potensielle negative konsekvenser	37
6	Diskusjon	40
6.1	Hvilke reaksjoner ble vekket hos foreldrene da helsesykepleier tematiserte vold og overgrep?	41
6.2	Hvilke overordnede refleksjoner gjør foreldre seg om å samtale om vold og overgrep?	44
7	Metodediskusjon	50
8	Avslutning	53
8.1	Betydning for praksis	54
8.2	Videre forskning	54
	Referanseliste	55
	Vedlegg	59

Forord

Proessen med å skrive masteroppgave har vært lang og utfordrende, men samtidig lærerik og spennende. Veien frem til mål har føltet lang og tung, men jeg er nå glad for at jeg sitter tilbake med erfaringer og kunnskap jeg ikke ville vært foruten. Nå ser jeg frem til å ta fatt på nye utfordringer som helsesykepleier.

Jeg ønsker å takke min veileder Anne Clancy for motivasjon og konstruktiv tilbakemelding i alle ledd i skriveproessen. Takk til mine arbeidskollegaer og ledere for engasjement og tilrettelegging slik at ferdigstilling av prosjektet har vært mulig. Videre vil jeg takke venner og familie som har bidratt med korrekturlesing og oppløftende ord underveis.

Til sist ønsker jeg å rette en stor takk til min mann, Kristian. Takk for tålmodigheten du har vist og for at du alltid har troen på meg.

Marte M. Johansen

Bodø, mai 2020.

Oppsummering

Bakgrunn: I Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonstjenesten fremkommer det at helsestasjonsprogrammet skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn. I retningslinjene presiseres det at helsesykepleier skal være oppmerksom på forhold som kan tyde på at barn er utsatt for vold og overgrep. Det har blitt diskutert i det helsesykepleierfaglige miljøet hvordan forebygging av vold mot barn burde implementeres i praksis. Det har blitt løftet frem som nødvendig at helsesykepleier snakker om temaet med alle foreldre. Innsikt i foreldres opplevelse av å samtale om vold og overgrep vil kunne bidra til å utforske hvilken betydning tematisering av vold og overgrep har i en helsefremmende og forebyggende kontekst.

Problemstilling: Hvordan oppleves det for foreldre til småbarn at helsesykepleier tematiserer vold og overgrep i konsultasjonen?

Teori: Studiens teoretiske utgangspunkt bygger på tidligere forskning tilknyttet studiens tema og teori om helsefremmende og forebyggende arbeid, samt helsesykepleiers rolle i dette arbeidet. Teori om makt og motstand er også benyttet for å belyse studiens funn.

Metode: Studien er kvalitativ. Det er gjennomført individuelle forskningsintervju med fem foreldre med barn under to år, som benytter seg av helsestasjonstjenesten. Intervjuene er analyser basert på prinsippene Graneheim og Lundman (2004) presenterer i sin beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse.

Resultat: I materialet ble det identifisert to temaer som beskrev foreldres opplevelse av å samtale om vold og overgrep: «Skaper usikkerhet og frykt» og «Opptatt av fordeler og ulemper». Foreldrene i studien fryktet at helsesykepleier skulle tolke deres utsagn i retning av at barnet deres ikke mottok god nok omsorg. Funnene tyder på at foreldrenes frykt var knyttet til helsesykepleiers rolle i å identifisere voldsutsatte barn, og visshet i konsekvensene det kunne få om helsesykepleier fattet mistanke og gikk videre med sin bekymring. Foreldrene beskrev at de opplevde et stemningsskifte da vold og overgrep ble tematisert, og at de fornemmet et ubehag hos helsesykepleier. De forklarte at samtaledynamikken ble preget av dette. Videre beskrev deltakerne refleksjoner om det de oppfattet som fordeler og ulemper ved å skulle samtale om vold og overgrep ved helsestasjonen. Foreldrene anerkjente tematisering av vold og overgrep som nødvendig, og beskrev at de hadde utbytte av å samtale om temaet.

Samtidig var deltakerne i tvil om foreldre som utøvet vold mot barn, ville snakke ærlig og åpent om det med helsesykepleier. Foreldrene var opptatte av at tillit i relasjonen med helsesykepleier var en forutsetning for åpenhet og ærlighet. Samtidig beskrev foreldre at samtaler om vold og overgrep kunne utfordre tilliten. Diskusjon av funnene viser at samtaler om temaet vold og overgrep kan utløse motstand hos foreldrene.

Nøkkelord: Småbarnsforeldre, samtaler om sensitive tema, vold og overgrep, helsesykepleier, helsefremmende og forebyggende arbeid

Summary

Background: The community health center shall contribute to avoid and identify violence, abuse and neglecting care of children. The national guidelines defines that the public health nurse shall be observant to circumstances indicating that children are victims to violence and/or abuse. It has been debated how to effectively implement child abuse prevention in a practical manner at the community health center. It has been highlighted as a necessity that public health nurses should introduce and discuss this topic with all parents. Insight to the parents emotional experience during conversations regarding child abuse might contribute to determine how effective, in a health promotive and preventive context, conversing this matter is.

Research question: How do parents to toddlers experience the conversation subject of violence towards child and child abuse, during consultation with the public health nurse?

Theory: The theoretical framework for the study is build on existing research connected to the topic, theory linked to health promoting and preventive work and the public health nurse's role towards it. Theory about power and resistance are used as well.

Method: This is a qualitative study. Individual research interviews have been performed with five parents who have children at aged two years or below, which were service users at the community health center. The interviews have been analysed based on the principles presented in Graneheim & Lundman (2004) description of qualitative content analysis.

Results: Two themes were identified in the material, describing the parents experience of conversing about violence and abuse; "Causes insecurity and fear" and "Concerned with the pros and cons". The parents participating in this study feared that the public health nurse could misinterpret their statements and assume that the children had received inadequate care. The findings shows that parents fears were linked to the public health nurse's role in identifying abused children, and the certainty of the consequences it could have if the public health nurse fostered suspicion and went ahead with her concern. The parents described that they experienced a change of mood when violence and abuse were introduced in the conversation, sensing discomfort from the public health nurse, that characterized a lesser dynamic of the conversation. Further, the parents described reflections of what they perceived as the pros and cons of bringing up the topic of violence and abuse at the community health

station. The parents acknowledged the necessity of discussing the topic, and described how they benefited from the conversation. However, the parents interviewed also doubted that parents who had committed violence against their children would actually be open and honest to the public health nurse. The parents identified trust as paramount for openness, but that trust could be jeopardized once conversations turned to child abuse and violence. Discussion of the findings shows that conversations about the topic of violence and abuse can trigger parental resistance.

Keywords: parents of toddlers, conversations about sensitive topics, violence and abuse, public health nurse, health promoting and preventive work

1 Innledning

Helsestasjonen er et helsefremmende og sykdomsforebyggende tjenestetilbud til alle barn i alderen 0-5 år og deres foreldre. I Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonstjenesten presenteres det helsefremmende og mestringsbyggende perspektivet som sentralt i arbeidet. Retningslinjene presiserer at målet med helsestasjonsprogrammet er å fremme foreldres opplevelse av mestring i foreldrerollen, fremme godt samspill mellom foreldre og barn, og å fremme den fysiske, psykiske og sosiale utviklingen hos spedbarn og småbarn (Helsedirektoratet, 2019). Det presiseres også at helsestasjonsprogrammet skal bidra til å avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt. Helsestasjonsarbeidet sammenfatter altså et bredt spekter av fokusområder i møte med brukerne. Fokuset for denne masteroppgaven vil rettes mot brukerperspektivet på helsestasjonen, hvor formålet vil være å undersøke hvordan det oppleves for foreldre når helsesykepleier tar opp temaet vold og overgrep i konsultasjonen.

I senere tid har temaet vold mot barn fått økt oppmerksomhet (Hansen, Ingebrigtsen, Odnakk, mfl., 2019). I stortingsmelding nr. 15, «Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner» (2012- 2013), utnevnes helsestasjonen som en viktig aktør i forebygging og avdekking av vold mot barn. Det påpekes i meldingen at helsestasjonstjenesten står i en unik posisjon til å kunne forebygge, avdekke og avverge vold i familier (St.meld. nr. 15 (2012-2013)). Samtidig spesifiseres det at helsestasjonstjenesten har behov for økt kompetanse på å identifisere voldsutsatte barn, og i håndtering av saker der vold og overgrep avdekkes. I 2018 ble Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonstjenesten endret, slik at forebygging av vold og overgrep mot barn nå inngår som eget tema (Helsedirektoratet, 2019). Etter denne endringen har det i det helsesykepleierfaglige miljøet blitt diskutert hvordan temaet skal implementeres i praksis.

I 2018 utviklet Landsgruppen av helsesykepleiere et veiledningsmateriale som skal brukes i det voldsforebyggende arbeidet ved helsestasjonen. Materialet består av animasjonsfilmen «I trygge hender» (Landsgruppen av helsesykepleiere, 2018). Videoen er utviklet til bruk i det direkte konsultasjonsarbeidet med foreldre (Waldum-Grevbo, 2018). Verktøyet illustrerer hvordan barnets omgivelser og oppvekstfaktorer påvirker hjernes utvikling, og hvilken betydning dette får senere i livet. Det forklares inngående hvordan uforutsigbarheter, som fysisk og psykisk vold i barnets omgivelser, skader barnets utvikling. Helsedirektoratet har

nylig anerkjent animasjonsfilmen, og har implementert den som veiledningsmateriale i retningslinjene for helsestasjonstjenesten.

I forbindelse med revidering av retningslinjer for helsestasjonen, har også betydningen av å snakke direkte med foreldrene om vold og overgrep blitt diskutert. Det har blitt løftet frem som virkningsfullt å spørre foreldre direkte om de utøver vold, og at det derfor burde være lik praksis slik at alle foreldre blir spurt direkte (Strand, 2018; Hansen, mfl., 2019). Det hevdes at brukere av helsetjenesten er komfortable med å bli spurt om vold og overgrep om det er rutine for at de blir spurt (Danielsen, Solberg & Grøvdal, 2016).

Helsestasjonstjenesten er en tverrfaglig tjeneste, som de fleste foreldre velger å benytte seg av (Andrews, 2002). Helsepsykepleier er oppført som helsepersonell på samtlige konsultasjoner i det standardiserte helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019), og vil ideelt sett treffe familien elleve ganger i løpet av de første femten månedene av barnets liv. Helsepsykepleier vil derfor være foreldrenes primærkontakt i konsultasjoner hvor tematisering av vold og overgrep foregår.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Som nevnt innledningsvis inngår avverging og avdekking av vold og overgrep mot barn som en viktig del av helsestasjonsarbeidet. Det foreligger mangelfull statistikk over hvor mange barn og unge som utsettes for vold og overgrep i Norge. I forskning- og faglitteratur defineres vold ulikt, noe som gjør det vanskelig å sammenfatte en forståelse av omfanget (Hansen mfl., 2019). Til tross for sparsommelig statistikk, er det visshet om at mange barn og unge i Norge lever i omsorgssituasjoner som er skadelig for deres utvikling (Braarud & Nordanger, 2016).

Kvaliteten på barns omsorgsmiljø de første leveår er å betrakte som spesielt avgjørende for barnets utvikling. I denne perioden utvikler barnet en grunnleggende tilknytning til foreldrene, som er avgjørende for at barnet skal føle trygghet og tillit til omverdenen (Killèn, 2008). Kvaliteten på samspill med foreldrene gir utgangspunkt for at barnet får relasjonelle erfaringer. Disse erfaringene utgjør en avgjørende faktor for nervesystemets utvikling, og barnets senere emosjonelle og sosiale læring og fungering (Braarud & Nordanger, 2016). Disse avgjørende erfaringene kan i stor grad forstyrres når barn utsettes for vold og overgrep. Å bli utsatt for vold i barneårene er sterkt assosiert med å utvikle mentale og fysiske helseplager senere i livet (Thoresen, Myhre & Wentzel-Larsen mfl., 2015). Det vil derfor

utgjøre en stor trussel mot barnets utvikling om omsorgspersonene ikke evner eller ønsker å orientere seg mot dets behov og sensitivitet på en hensiktsmessig måte.

Med visshet om dette er det forståelig at forebygging og avverging av vold og overgrep mot barn er et viktig fokusområde i helsestasjonsarbeidet. Det forventes at helsesykepleier, som i sin funksjon hyppig treffer familien, skal fange opp barn som er utsatt for vold og overgrep (Neumann, 2008). Likevel viser statistikk at under 5% av bekymringsmeldinger til barnevernet kommer fra helsestasjon og skolehelsetjenesten (Bufdir, 2018). I helsestasjonsprogrammets retningslinjer presiseres det at helsesykepleier skal observere barnet uten tøy og se etter fysiske tegn til skade (Helsedirektoratet, 2019). Siden psykisk vold ikke gir synlige tegn på kroppen, skal samspillet mellom foreldre og barn observeres. Herunder skal en være observant på unormal tilknytningsatferd mellom foreldrene og barnet, eller om foreldrene ytrer negative holdninger ovenfor barnet. Det presiseres ikke i retningslinjene at helsesykepleier systematisk skal spørre alle foreldre direkte om de utøver vold, men at de skal spørre rutinemessig om belastninger i miljøet (Helsedirektoratet, 2019).

Helsestasjonsarbeidet preges av ulike ideologier: den ekspertstyrte sykdomsforebyggende ideologien, og den helsefremmende ideologien som avhenger av deltakelse og dialog (Clancy, 2015). Helsesykepleiers kunnskap om sykdom er avgjørende for tolkning av normalitet og avvik, samtidig fordrer den helsefremmende ideologien at helsesykepleier opptrer lydhør og åpen for foreldres innspill (Clancy, 2015). Det hevdes at helsesykepleiere anser det som viktig å ha en god relasjon til foreldrene basert på tillit og samarbeid, for å komme i posisjon til å lykkes i arbeidet sitt (Hansen mfl., 2019). Hansen mfl. (2019) skriver at helsesykepleiere opplevde det som utfordrende å ta opp temaet vold og overgrep uten at relasjonen blir svekket. Strand (2018) skriver at mange helsesykepleiere unngår å snakke om vold og overgrep, i frykt for å anklage eller mistenkeliggjøre foreldre. Det blir fremstilt at helsesykepleiere opplever det som et dilemma å skulle samtale om temaet, og at de frykter for at helsestasjonen skal bli en «kontrollstasjon» (Hansen mfl., 2019). Neumann (2008) utdyper dette dilemmaet. Hun poengterer at det foreligger statlige forventninger om at helsesykepleier skal ha tillit i befolkningen, slik at foreldre frivillig benytter seg av tilbudet. Videre forklarer Neumann at helsesykepleierne derfor kan oppleve frykt for å miste tilliten om de opptrer for intervensjoner.

Forebygging av vold og overgrep mot barn er et tidsaktuelt tema som engasjerer i det helsesykepleierfaglige miljøet. Fokuset i tidligere forskning og fagutvikling syns å ligge på

målet om å implementere tematisering av vold og overgrep som en del av rutinene i helsestasjonsarbeidet, og utfordringene helsepersonell opplever i forbindelse med samtaler om vold og overgrep. Søkelyset i tidligere diskusjon av temaet har derimot ikke vært rettet mot å undersøke hvilken betydning samtaler om vold og overgrep med foreldre har, og hva en forventer å utrette sett i et helsefremmende og forebyggende perspektiv. Innsikt i foreldres opplevelser av å samtale om vold og overgrep vil være relevant for å belyse hvilken betydning samtaler om temaet har.

1.2 Presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i overnevnte redegjørelser har jeg utarbeidet følgende problemstilling:

«Hvordan oppleves det for foreldre til småbarn at helsesykepleier tematiserer vold og overgrep i konsultasjonen?»

Problemstillingen skal belyses av følgende forskningsspørsmål:

- Hvilke reaksjoner ble vekket hos foreldrene da helsesykepleier tematiserte vold og overgrep?
- Hvilke overordnede refleksjoner gjør foreldre seg om å samtale om vold og overgrep?

1.3 Hensikt og formål

Hensikten med å utforske problemstillingen er å få innsikt i hvordan det oppleves for foreldre når vold og overgrep tas opp under konsultasjonen. Dette skal betraktes med utgangspunkt i helsestasjonstjenestens mål om å arbeide forebyggende og helsefremmende. Formålet er at prosjektet kan bidra til å beskrive hvilke reaksjoner som vekkes hos foreldrene når vold og overgrep tas opp, og hvilke refleksjoner det igangsetter. Studien kan derfor bidra til ny innsikt i hvilken betydning det har å samtale om vold og overgrep, sett i en forebyggende og helsefremmende kontekst. Det vil ikke være et mål å komme med konklusjoner, men å bidra til innsikter som kan belyse temaets kompleksitet.

1.4 Avgrensning og presisering

Problemstillingen omfatter foreldre, altså både mødre og fedre. Etter innføring av nye permisjonsordninger med fedrekvote, vil far ha minimum 15 uker permisjon i løpet av barnets første leveår (NAV, 2019). De nye permisjonsordningene vil kunne endre andelen fedre på helsestasjonen. Å involvere både mødre og fedre vil kunne gi en bredere innsikt i erfaringer fra brukermassen som benytter seg av helsestasjonstjenesten.

I problemstillingen avgrenses studien til å dreie seg om foreldre til *småbarn*. Begrepet småbarn defineres ulikt i faglitteraturen. I denne studien vil det fokuseres på foreldre til barn under 24 måneder. Dette for å øke sannsynligheten for at foreldrene har rukket å opparbeide seg erfaringer med å samtale om vold og overgrep ved helsestasjonen. Jeg valgte å avgrense studien til å ikke inkludere foreldre som hadde barn som var eldre enn to år. Grunnen til dette er fordi jeg ønsket at foreldrene som deltok i studien skulle ha erfaringer fra forholdsvis dagsaktuell helsestasjonspraksis. Ytterligere informasjon om begrensinger i utvalget vil fremkomme i metodekapittelet.

1.5 Begrepsavklaring

Verbet *oppleve* blir brukt i problemstillingen. Lem (2016) beskriver ordet opplevelse som innholdet av en subjektiv erfaring, som kan omfatte ytre sansepåvirkninger (persepsjoner), emosjonelle tilstander (følelser) eller tankeprosesser. Det er disse faktorene i foreldrenes opplevelsedimensjoner som skal bidra til å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene.

I problemstillingen benyttes ordet *helsesykepleier*. En helsesykepleier er en bachelorutdannet sykepleier med videreutdanning i helsefremmende og forebyggende arbeid rettet mot barn og unge (0-20 år). Med begrepet *konsultasjon* menes et møte eller en henvendelse for å søke råd hos helsepersonell (Bruusgaard, 2018), som ved en oppsatt time ved helsestasjonen.

Ordene *vold* og *overgrep* er brukt i problemstillingen og vil være sentrale begreper som gjennomgående vil bli brukt i oppgaven. Isdal (2018) definerer vold som en handling som skremmer, skader, smerter eller krenker en annen person, og som påvirker denne personen til å slutte med å gjøre noe den vil, eller får den til å gjøre noe mot sin vilje. Vold inndeles i psykisk og fysisk vold. Isdal (2018) skriver at psykisk vold kan omfatter trusler og krenkende, nedlatende eller på andre måter skremmende utsagn. Fysisk vold omfatter på sin side fysisk skadepåføring som slag, spark, lugging eller seksuelle overgrep (Isdal, 2018). Felles for voldsuttrykk er at den utføres i hensikt av å straffe, kontrollere eller begrense en annen person. Begrepet overgrep kan, som i likhet med vold, oppfattes som bredt. Killén (2004) beskriver at overgrep foregår når barn blir fysisk og psykisk skade i så stor grad at det utgjøre en fare for barnets helse og utvikling.

1.6 Disposisjon for oppgaven

Kapittel 2 inneholder et utvalg av forskning som vurderes som relevant for studiens tema og problemstilling. Dette for å gi en oversikt over eksisterende kunnskap om temaet som vil være relevant å se i sammenheng med funnene i studien.

I kapittel 3 presenteres studiens teoretiske utgangspunkt. Dette omfatter teori om helsefremmende og forebyggende arbeid, helsesykepleiers rolle i dette arbeidet og teori om makt og motstandsmakt.

Metode for innsamling av empiri omtales i kapittel 4. Dette omfatter en presentasjon av vitenskapsteoretisk utgangspunkt og valgt forskningsmetode. Kapitlet inneholder en beskrivelse av studiens utvalg og fremgangsmåten for datainnsamlingen, samt transkripsjon og analyse av innsamlet data. Forskningsetiske overveielser bli også presentert her.

I kapittel 5 blir studiens funn presentert, og i kapittel 6 blir funne diskutert med utgangspunkt i tidligere forskning og presentert teori.

I Kapittel 7 blir studiens begrensinger og styrker diskutert. Kapittel 8 er oppgavens avsluttende del. Her bli det presentert en kort sammenfatning, studiens betydning for praksis vurderes og det gjøres noen betraktninger om videre forskning om temaet.

2 Tidligere forskning

I søk etter relevant forskning har jeg brukt databasene; Idunn, PubMed, Sykepleien forskning, Cinahl og Google Scholar. Av søkeord benyttet jeg «public health nurse/community nurse», «nurse», «healthcare professional», «violence», «abuse», «child», «parent», «difficult healthcare conversation», «talking openly», «sensitive topics» og «stigma» i forskjellige kombinasjoner. Disse søkeordene ble valgt grunnet deres relevans til studiens tema og problemstilling. Søkeordene ble også brukt på norsk.

Ved å anvende disse søkeordene fikk jeg et svært bredt søkeresultat i databasene. Til å starte med benyttet jeg få søkeord i kombinasjon med hverandre. En stor andel av artiklene ble vurdert som lite relevant for studiens tema og problemstilling. Videre ble antall søkeord i kombinasjon med hverandre utvidet for å gjøre søket mer spesifikk. For å identifisere anvendbare artikler blant søkeresultatene, leste jeg studienes sammendrag. Ut fra sammendragene ble relevante artikler silt ut av massen. I forskningssøket ekskluderte jeg

artikler som var eldre enn 10 år gammel. Dette fordi jeg vurderte det som hensiktsmessig å innhente forskningsfunn som i størst mulig grad reflekterer nåtidens praksis.

Underveis i arbeidet med studien fant jeg relevante forskningsartikler i referanselister i lest faglitteratur. I analyseprosessen ble jeg oppmerksom på at relasjonen og tillit mellom foreldre og helsepersonell ble et relevant tema å innhente mer kunnskap om.

Etter overnevnte prosesser, satt jeg igjen med en samling av 8 forskningsstudier. Utvalget av studier omfatter forskning utført i Norge og internasjonalt. Inklusjonskriteriet for studiene var at det skulle kunne ses en overføringsverdi til studiens problemstilling og norske forhold. Jeg valgte å inkludere studier fra Sverige, Nederland og USA. Jeg vurderte at disse landene har helsetjenester av vestlig standard og en folkehelseprofil som ikke skiller seg signifikant fra den norske. Samtlige forskningsstudier er fagfellevurdert. Utvalget av forskningsartikler er delt inn i tre ulike kategorier: «Å samtale om sensitive tema», «Relasjonens betydning i samhandling mellom foreldre og helsepersonell» og «Helsepersonell blir påvirket av egne emosjoner».

2.1 Å samtale om sensitive tema

I en norsk studie beskrev helsepersonell, som arbeidet med foreldre som strevde med psykisk sykdom og rusproblematikk, at de opplevde det utfordrende å ivareta barn som pårørende (Hjelmseth & Aune, 2018). Helsepersonell opplevde at foreldre vegret seg for å snakke om foreldrerollen og hjemmesituasjonen. Deltakerne i studien beskrev at de mistenkte foreldrene vegret seg for å være åpen, i frykt for kommunikasjon med barnevernet. Informantene beskrev at deres vurdering av veilednings- og hjelpebehov ikke alltid stemte overens med foreldrenes egne vurderinger, og at det dermed var utfordrende å gå videre for å hjelpe barnefamilier.

Schols, Ruiters og Öry (2013) viser i sin studie at helsepersonell og grunnskolelærere kan være usikre på egne kommunikasjonsferdigheter i samtaler med foreldre om vold. Informantene i studien beskrev at det var sentralt i arbeidet deres å takle vanskelige samtaler. Deltakerne beskrev at de forsøkte å unngå å bruke belastende ord, som «vold» og «barnemishandling», da de snakket med foreldre, men at de samtidig ønsket å være tydelige. Videre beskriver deltakerne at de ønsket å vise til objektive argumenter i samtaler, for å unngå at deres utsagn skulle misforstås som subjektive normer og verdier (Schols mfl., 2013).

I en annen studie ble effekten av et voldsforebyggende program: Against Violence Program (ACT) undersøkt. Programmet er utviklet av American Psychological Association for parents of young children. Programmet tar sikte på å gi foreldre kunnskap om barns utvikling, konsekvenser av vold, sinnehåndtering for voksne og barn og sosial problemløsning av atferdsproblematikk. Funnene som presenteres i studien viser at foreldre som gjennomførte programmet rapporterte at de i mindre grad gjennomførte voldelig disiplinering av barn, som klasking eller slag med gjenstander (Knox, Burkhart & Hunter, 2011).

2.2 Relasjonens betydning i samhandling mellom foreldre og helsepersonell

En studie utført i Norge hadde som formål å undersøke helsesykepleieres erfaringer med bruk av foreldreveiledningsverktøyet International Child Development Programme (ICDP).

Studien viste at helsesykepleiere var opptatt av å anerkjenne foreldrene og å styrke deres opplevelse av kompetanse i foreldrerollen (Sandvik, Dybdahl & Hauge, 2018).

Helsesykepleierne som deltok mente at anerkjennelse og ros av hva foreldrene mestret var essensielt for å bygge relasjon med foreldrene, slik at de kunne komme i posisjon til å kunne veilede. Også i situasjoner hvor deltakerne identifiserte utfordringer i samspeillet mellom foreldre og barn, ble anerkjennelse av foreldrene løftet frem som viktig. Helsesykepleierne var opptatt at å ikke opptre belærende eller kritisk i møte med foreldrene. Clancy og Svenssons (2010) studie viser at en god relasjon mellom foreldre og helsesykepleier ikke bare avhenger av felles enighet og anerkjennelse, men også av ærlighet og åpenhet. Studien viser til at tillit i relasjonen mellom foreldre og helsesykepleier var en forutsetning for ærlighet og åpenhet. Det viste seg at kontinuitet var avgjørende for at tjenestebrukere var tilfreds med helsetilbudet (Clancy & Svensson, 2010).

I en review-studie ble foreldres opplevelse av å delta i beslutningstaking på vegne av barnet sitt under sykehusopphold undersøkt. Foreldrene i studien fremhevet at relasjonen de hadde til helsepersonell hadde innvirkning på deres holdning til å skulle delta i dialog, og i å bidra til å ta avgjørelser på vegne av barnet sitt (Aarhun & Akerjordet, 2014). En relasjon preget av tillit og gjensidig avhengighet ble løftet frem som viktig for foreldrene. Videre viste funn at foreldre opplevde asymmetri i makt og autoritet som en utfordrende faktor for deltakelse (Aarhun & Akerjordet, 2014).

2.3 Helsepersonell blir påvirket av egne emosjoner

Luff, Martin, Mills mfl. (2016) viser i sin studie at helsepersonell er klar over at de blir påvirket av egne emosjoner i situasjoner der de skal ha samtaler om vanskelige temaer med pasienter. Deltakerne i studien rapporterte at de hadde opparbeidet seg mestringsmekanismer som de benyttet seg av både under forberedelse og underveis i de utfordrende samtalene. Mestringsmekanismene omfattet å anerkjenne sine egne følelser i forkant av samtalen. Deltakerne rapporterte at de forberedte seg gjennom å se for seg samtalen de planla å gjennomføre på forhånd. De så for seg hva tjenestebrukeren hadde behov for å høre, og vurderte det opp mot hva de trodde tjenestebrukeren ønsket å høre (Luff mfl., 2016).

Schols mfl. (2013) viser til funn som tyder på at helsepersonell og grunnskolelærere er bevisst statistikken over voldsutsatte barn, og at de derfor er klar over at de i sitt arbeid overser faresignaler i møte med familier. Deltakerne beskrev at de opplevde det som utfordrende å samhandle med foreldre i situasjoner der de var bekymret for om barna deres mottok god nok omsorg. Deltakerne i studien var bekymret for hvordan forholdet til foreldrene skulle endre seg, om de tok opp sin bekymring med dem. De var også bekymret for at forholdet skulle endre seg i fremtiden om de gikk videre med sin bekymring til andre instanser, for eksempel barnevernet (Schols, mfl. 2013).

En studie utført i Sverige viste at sykepleiere kjente på motstridende emosjoner knyttet til å snakke om sensitive tema, som seksualitet, med pasienter (Saunamäki & Engström, 2014). Deltakerne beskrev at de kjente på ansvarsfølelse for å ta opp temaet, grunnet deres kunnskap på området, men at de også kjente på forlegenhet og frykt knyttet til å samtale om temaet.

3 Teoretisk grunnlag

I dette kapittelet presenteres studiens teoretiske utgangspunkt. Hensikten med denne studien er å få ny kunnskap om foreldres opplevelse av å snakke om vold og overgrep ved helsestasjonen. Foreldrenes opplevelser skal betraktes med utgangspunkt i helsestasjonstjenestens mål om å arbeide forebyggende og helsefremmende. Får å få økt kunnskap om temaet vil jeg ta utgangspunkt i teori om helsefremmende og forebyggende arbeid, og helsesykepleiers rolle i dette arbeidet. Siden foreldreskapet og helsesykepleiers yrkesutøvelse reguleres av lovgivning, vil dette også aktualiseres i kapitlet. Teori om makt, fagkunnskap og motstandsmakt vil også presenteres. Denne teorien tar utgangspunkt i Michel Foucaults arbeid.

3.1 Helsestasjonen – møtet mellom foreldre og en offentlig instans

3.1.1 Helsefremmende lydhørhet og forebyggende kontroll

I det standardiserte helsestasjonsprogrammet er helsesykepleier oppført som helsepersonell på samtlige konsultasjoner (Helsedirektoratet, 2019), og vil derfor fungere som foreldrenes primærkontakt ved helsestasjonen. Relasjonen mellom helsesykepleier og foreldrene vil være preget av de føringer som ligger til grunn for helsestasjonens hensikt og arbeidsmetoder. I Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste (2018) fremkommer det at helsestasjonen skal arbeide helsefremmende og forebyggende. Disse strategiene utgjør forskjellige prinsipper i arbeidet med å bevare og forbedre folkehelsen. Mæland (2016) forklarer at forebyggende og helsefremmende arbeid skal utfylle hverandre. I dette ligger det føringer for at helsestasjonen og helsesykepleier skal jobbe ut fra ulike teoretiske modeller i møtet med familier.

Mæland (2016) forklarer at forebyggende arbeid har som hensikt å fjerne eller redusere faktorer som utgjør risiko for skade, sykdom eller død. Helsestasjonens forebyggende funksjon har gjennom tiden rettet seg etter folkehelsen og samfunnets behov (Andrews & Wærness, 2004). Eksempelvis har det forebyggende arbeidet vært rettet mot å innvirke på befolkningens kostvaner, aktivitetsnivå og røykevaner. Med formål om å endre atferd som øker risikoen for å utvikle sykdommer. Helsesykepleier vil i sin yrkesutøvelse gjennomføre forebyggende kontroller og prosedyrer i form av; veiing og måling av alle barn, observasjon av barn uten tøy, observasjon av tenner, tilbud om vaksinasjonsprogram og å observere samspillet mellom barn og foreldre i den hensikt å avverge og avdekke vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2019). Disse forebyggende fokusområdene er «sterkt anbefalt» eller krevd å utføre jmfør forskrift eller lov (Helsedirektoratet, 2019). I dette ligger det statlige føringer for hvordan helsesykepleier skal arbeide i møtet med barn og foreldre. Familier vil derfor være underlagt et forebyggende fokus som bruker av helsestasjonstjenesten.

Dahl (2016) hevder at det har skjedd et fokusskifte i helsesykepleiefaget, fra sykdomsforebyggende til helsefremmende arbeid. WHO (1998) definerer helsefremmende arbeid som en prosess som gjør mennesker i stand til å få økt kontroll over og forbedre helsen sin. Det helsefremmende arbeidet skiller seg fra forebygging, ved at fokuset rettes mot hva som virker positivt og styrkende på helse (Kvarme, 2007). Denne tenkningen er preget av ideer fra Aaron Antonovskys teori om salutogenese. Antonovsky (1996) setter søkelyset på å identifisere hva som bringer mennesker god helse og hvilke ressurser det avhenger av. Ordet

salutogenese har sitt utspring fra ordene *salus*, av det latinske ordet for «helse», og *genesis*, av det greske ordet for «opprinnelse», og betyr «helsens opprinnelse» (Lindström & Eriksson, 2015). Lindström og Eriksson (2015) forklarer at Antonovsky var opptatt av å identifisere hvilke faktorer som skapte god helse hos mennesker, til tross for at de ble utsatt for store belastninger.

Antonovsky (1996) beskriver at veien til god helse avhenger av opplevelse av sammenheng, *sense of coherence*. Opplevelse av sammenheng består av tre dimensjoner; evnen til å forstå og vurdere en situasjon (begripelig), evnen til å istandsette de ressurser man har tilgjengelig (håndterbar) og opplevelsen av meningsfullhet i situasjonen (meningsfylt) (Lindström & Eriksson, 2015). Mennesker med en sterk opplevelse av sammenheng opplever at livet som helhet er begripelig, håndterbart og meningsfylt. Dette er noe som bidrar til tillit og trygghet til at man innehar egne ressurser og ressurser i omgivelsene som man evner å benytte for å mestre utfordrende situasjoner (Lindström & Eriksson, 2015).

Opplevelse av sammenheng virker inn på menneskers evne til å oppleve utfordrende påkjenninger som overkommelige. Antonovsky (1996) forklarer at denne mekanismen genereres av opplevelsen av mestring. Opplevelsen av å mestre sin livssituasjon vil altså i seg selv forsterke opplevelsen av sammenheng og tilliten til egne ressurser. Kvarme (2007) forklarer at mestring handler om opplevelsen av å takle krav og belastninger, og at mestring i seg selv kan være helsefremmende. Bevisstgjøring og styrking av foreldres tillit til egne ressurser og mestringsevne kan derfor sies å være sentralt i det helsefremmende arbeidet på helsestasjonen. Forskningsfunn viser at helsesykepleiere erkjenner det som essensielt å anerkjenne hva foreldrene mestrer i foreldrerollen, og å styrke deres opplevelse av egen omsorgskompetanse (Sandvik mfl., 2018).

Kvarme (2007) forklarer at *empowerment* er et sentralt begrep i helsefremmende arbeid. Begrepet kan oversettes til myndiggjøring og dreier seg om å ta kontroll over forhold som har innflytelse på egen helse. Mæland (2016) forklarer at empowerment avhenger av at individet får tilgang til og opparbeider seg kunnskap, som øker muligheten for å håndtere egen helse. Denne istandsettelsesprosessen innvirker også på personens opplevelse av mestring og tillit til egne ressurser. Tanken er at myndiggjøring av enkeltindividet og å støtte opp under dets egne evner og ressurser, er utgangspunktet for at helsen bevares eller utvikles i positiv retning.

Mæland (2016) forklarer at denne tenkningen avhenger av brukermedvirkning og fokus på brukerens egne meninger og behov. Dette krever at helsepersonell fokuserer på dialog og å understøtte brukerens ressurser og ønsker. Brukermedvirkning oppnås ved at brukeren blir involvert og sett på som en aktiv, likeverdig samarbeidspartner (Mæland, 2016). Den helsefremmende empowerment-ideologien fordrer stor grad av egenomsorg og ansvar hos det enkelte individ. Clancy (2015) utdyper dette ved å beskrive at det i den helsefremmende ideologien, som legger stor vekt på selvbestemmelse, kan ligge en implisitt disiplinering og forskyvning av ansvar for helsen i befolkningen over på den enkelte bruker.

Sett i lys av det helsefremmende perspektivet, foreligger det forventninger om at foreldre skal ivaretas, aktiveres og ansvarliggjøres som en selvstendig part i veien mot bedre helse for familien. Denne tenkningen avhenger av at helsesykepleier er lydhør ovenfor foreldrenes innspill og støtter opp under deres egne premisser, ønsker og behov. Ved at helsesykepleier observerer samspill, inviterer til dialog og støtter opp under hva foreldrene mestrer i foreldrerollen, vil det helsefremmende perspektivet ivaretas under konsultasjonen. Samtidig foreligger det statlige føringer for at helsesykepleier skal gjennomføre forebyggende kontroll av barnet uten tøy, se etter skader på barnets kropp, se etter utfordringer i samspillet og tegn på tilknytningsproblemer, samt spørre foreldrene om belastninger i miljøet. Disse føringene bidrar som en motvekt på helsesykepleiers lydhørhet og understøttende fremtoning ovenfor foreldrene. Helsesykepleiere vil i sitt arbeid kontinuerlig bevege seg mellom to ulike teoretiske modeller i tilnærmingen til familier; mellom helsefremmende lydhørhet og forebyggende kontroll. Med disse betraktningene i mente, fremstår helsefremmende arbeid og forebygging som ulike ideologier som potensielt sett kan komme i interaksjon med hverandre.

3.1.2 Barns rett til omsorg og beskyttelse

Mennesker har individuelle forestillinger om hva god barneomsorg er. Disse forestillingene vil kunne bære preg av kulturell bakgrunn, levde erfaringer og personlige holdninger og verdier. Hva som er å regne som god barneomsorg, eller god nok barneomsorg, kan ikke sies å være klart definert. Neumann (2009) hevder at helsestasjonen er arena for oppdragelse til normalitet, og samtidig et sted hvor avvik skal oppdages. Gjennom helsestasjonsprogrammet vil foreldre som benytter seg av tjenesten, gjennomgå en systematisk «opplæring» som oppdrar befolkningen til normalitet. Samtidig er helsestasjonen et sted hvor det foregår kontroll og observasjon av familier i den hensikt at avvik skal oppdages. Helsestasjonen har derfor som hensikt å virke inn i barnet og familiens liv og helse. Helsestasjonen vil være

arena for møte mellom den enkelte forelder og en offentlig instans, hvor helsesykepleier vil ha et ansvar for barnets rettigheter jamfør Forskrift om helsefremmende og forebyggende arbeid ved helsestasjons- og skolehelsetjenesten (2018, § 5).

Barnets liv og foreldreskapet reguleres av mange rettslige normer. Barnets rettigheter og rettsstilling står individuelt, samtidig har foreldre sine rettigheter og plikter (Bendiksen & Hugli, 2018). Sentralt i den rettslige reguleringen av barn og foreldres liv, står lov om barn og foreldre (Barneloven). Barneloven legger føringer for hva foreldreansvaret omfatter (Barneloven, 2017, § 30). Begrepet «foreldreansvaret» innebærer foreldrenes plikt til å utøve omsorg og omtanke for barnet, samt en rett og plikt til å «ta avgjørelser for barnet om personlige forhold»; som bosted, valg av skole, samtykke til medisinsk hjelp og behandling. Foreldrenes bestemmelsesrett er begrenset på flere måter, da foreldreansvaret skal utøves til det beste for barnet ut fra dets interesser og behov (Bendiksen & Haugli, 2018). Barnets rett til omsorg og beskyttelse danner med dette grunnlag for foreldrenes plikter og rettigheter i foreldreskapet.

Foreldre er altså underlagt føringer for hvordan de kan utføre foreldreskapet og forme barnets liv. Offentlige instanser, som helsestasjonstjenesten, har også som hensikt å innvirke i barnet og familiens liv til det beste for barnet (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste, 2018). Denne innvirkningen synliggjøres ved at helsesykepleier er underlagt nasjonale retningslinjer som er utarbeidet for å beskytte barnets helse og trivsel. Deriblant ved å tematisere vold og overgrep i konsultasjonen. Helsesykepleier innehar en kontrollfunksjon hvor handling kreves dersom foreldrene velger å ikke følge hennes råd, og liv og helse står i fare (Clancy, 2015). Helsestasjonen som offentlig instans vil gjennom sin funksjon innvirke, og om nødvendig overprøve foreldrenes makt og myndighet over barnets liv og helse. Helsesykepleier er underlagt Helsepersonelloven §33, som forplikter helsepersonell til å melde fra til barnevernstjenesten om en har grunn til å tro at barnet blir eller vil bli utsatt for omsorgssvikt eller betydelig mangel i den daglige omsorgen (Helsepersonelloven, 2018, §33). Helsepersonell er også, uten hensyn til taushetsplikt, pliktig til å søke å avverge en straffbar handling eller følgene av den (Straffeloven, 2019, § 196). Dermed vil helsesykepleier gjennom sin funksjon og plikter ved helsestasjonen innvirke, og om nødvendig, overprøve foreldrenes makt og myndighet over barnets liv og helse.

3.2 Foucaults perspektiv på makt og motstandsmakt

3.2.1 Statlig makt og motstandsmakt

Aktiviteten som utspiller seg på helsestasjonen omfatter møter mellom mennesker med ulike roller, funksjoner og makt. For å danne bakgrunn for diskusjon av funnene i studien, har jeg valgt å danne meg en forståelse av Michel Foucaults tanker om institusjonell makt og motstandsmakt. Foucault betraktet kritisk hvordan mennesker reguleres og orienterer seg under institusjoners makt i samfunnet, og rettet søkelyset mot hva som faktisk foregår i situasjoner som utspiller seg i institusjonen (Foucault, 1986). For å opparbeide meg en forståelse av Foucaults perspektiv på makt, har jeg i tillegg til primærlitteratur benyttet meg av sekundærlitteratur som hjelpemiddel.

Foucault (1986) beskriver at helseinstitusjonens mål er å arbeide for populasjonens trygghet, sunnhet og velvære. Dette kan sies å være en svært forenklet oppsummering av helsestasjonsprogrammets overordnede mål, som presenteres i Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonstjenesten (Helsedirektoratet, 2019). Ved at en helseinstitusjon har mål om å beskytte eller forbedre befolkningshelsen, ligger det implisitt et mål om å påvirke og lede brukernes atferd slik at dette målet kan nås.

Clancy (2015) betrakter paralleller mellom Foucaults perspektiv på makt og helsesykepleiers rolle ved helsestasjonen. Clancy (2015) benytter Foucaults begrep *bio-politisk makt* for å skape en forståelse av hvordan makt og motstandsmakt utspiller seg mellom aktørene ved helsestasjonen. Ifølge Foucault (1999) utøver helseinstitusjonens makt mot befolkningen som en generell bio-politisk makt. Clancy (2015) forklarer at helsestasjonen er en universell tjeneste rettet mot alle barn og deres foreldre, og at dens funksjon kan betraktes som en generell bio-politisk makt. Slik jeg forstår det virker denne statlig påførte makten på befolkningen som en helhet. Jeg forstår det slik at helsestasjonen, gjennom sin praksis og overvåkning av barn og foreldre, har et mål om å påvirke befolkningens atferd mot en livsførsel som øker sannsynligheten for bedre helse i befolkningen. Slik jeg ser det er denne maktutøvelsen statlig påført alle foreldre som benytter seg av helsestasjonstjenesten.

En kan si at helsesykepleier, i likhet med foreldre ved helsestasjonen, også er underlagt statlig påført makt. Gjennom Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjoner, er helsesykepleier pliktet til å etterfølge at vold og overgrep er et fokus i konsultasjonene ved helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2019). Helsesykepleier er underlagt retningslinjer som legger føringer for

at foreldrene rutinemessig skal bli spurt om belastninger i miljøet. Barnet skal også observeres uten tøy for å se etter blåmerker og andre skader, og samspill og tilknytningsatferd mellom barnet og foreldrene skal observeres (Helsedirektoratet, 2019). Dermed foreligger det statlige bestemmelser som påvirker helsesykepleiers yrkesutøvelse.

Samtidig er ikke foreldre ved helsestasjonen passive, og har rom for å reagere og handle ulikt på denne statlige maktutøvelsen. Ifølge Foucault vil det alltid vokse frem motstandsmakt der det utøves makt (Heede, 1997). Clancy (2015) skriver at motstandsmakt kan komme til uttrykk gjennom at foreldre danner strategier for å unngå sammenstøt eller uoverensstemmelser under disse møtene ved helsestasjonen. Det foreligger heller ingen oppmøteplikt eller informasjonsplikt for foreldre ovenfor helsestasjonstjenesten.

Clancy (2015) utdyper helsesykepleiers rolle i utøvelsen av statlig makt og i det relasjonelle arbeidet med foreldre. Som folkehelsearbeider, med både en befolkningsrettet tilnærming og en relasjonell tilnærming til den enkelte bruker, befinner helsesykepleier seg i krysningspunktet mellom populasjonsrettet statlige makt og foreldrenes individuelle makt (Clancy, 2015). Gjennom helsestasjonspraksisen vil barn og foreldre bli overvåket og kontrollert jevnlig de første årene, i den hensikt å avdekke avvik og risikofaktorer. Samtidig vil helsesykepleier gjennom helseopplysning og å inkludere og ansvarliggjøre foreldrene, ta sikte på å påvirke foreldrene til å opprettholde eller endre atferd mot det som bringer god helse til barnet og familien. Dette fordrer at helsesykepleier er lydhør og åpen for foreldrenes innspill og behov.

3.2.2 Fagkunnskap, faglig skjønn og makt

Helsepersonell betrakter og vurderer situasjoner ut fra sin fagkunnskap og sitt profesjonelle ståsted. Foucault kaller dette medisinske, observerende og distanserte blikket for *gaze* (Neumann, 2009; Clancy, 2015). Sett i perspektiv av Foucaults tenkning om det profesjonelle observerende blikket, er det relevant å spesifisere hva som kjennetegner helsesykepleiers blick. Neumann (2009) hevder at helsesykepleiefaget står i en medisinsk profesjonell diskurs og trekker paralleller til Foucaults utleggelser om *gaze*. Helsesykepleier skal i sin funksjon observere og undersøke barns psykiske og fysiske helse, og vurdere hvordan foreldre tilnærmer seg barnets behov. Foucault fremstiller det slik at mennesker ofte blir føyelig og passiv under dette blikket (Clancy, 2015). Samtidig skriver Clancy (2015) at helsesykepleiers arbeid preges av mer enn et observerende og registrerende blick i møte med barn og deres

foreldre. Like viktig i arbeidet med å fremme helse, er omsorgsblikket og helsesykepleiers støttende og beskyttende funksjon (Clancy, 2015).

Neumann (2009) hevder at helsesykepleier kunnskapsmessig beveger seg mellom det profesjonelle og det personlige i utøvelse av faglig skjønn. Neumann (2009) skriver at helsesykepleier observerer og vurderer situasjoner ut fra erfaringer og referanserammer fra eget liv, sammen med det profesjonelle blikket og fagkunnskapen. Det presenteres at det i mangel på klare grenser, kan være utfordrende for helsesykepleier å vurdere når bekymring for barnet og familien blir alvorlig nok til å gå videre med saken og handle (Neumann, 2009). Helsesykepleier blir satt i situasjoner hvor barnets tilknytningsatferd og familiens samspill skal vurderes basert på fagkunnskap. Samtidig skal helsesykepleier vurdere om bekymringsfull atferd skyldes alvorlige bakenforliggende årsaker, som for eksempel vold, eller om det er situasjonen som skapes i konsultasjonssituasjonen som er årsak for avvikende atferd. Eksempelvis om et to år gammelt barn opptrer svært sky og usikkert, og motsetter seg all kontakt. Eller om et barn opptrer svært ukritisk, og søker nærkontakt med fremmede. Hvor går grensen for hva som kan regnes som avvik fra det normale? Det forventes at helsesykepleier skal ha nødvendig kunnskap for å kunne skille normal barneatferd fra avvikende barneatferd, og at vedkommende skal handle dersom det er grunn til å tro at barnet ikke får god nok omsorg (Neumann, 2009). Neumann (2009) skriver at helsesykepleier ofte står i komplekse vurderingssituasjoner, hvor grenser ikke oppleves klare.

4 Metode

I dette kapittelet presenteres metoden jeg har benyttet for å svare på problemstillingen og forskningsspørsmålene. Jeg beskriver bakgrunn for valg av forskningsmetode, utvalget, rekruttering av deltakere, datainnsamling og analyse av materialet. Videre redegjør jeg for studiens gyldighet og pålitelighet. Til sist presenteres forskningsetiske vurderinger.

4.1 Valg av forskningsmetode

Problemstillingen fokuserer på hvordan det oppleves for foreldre til småbarn at helsesykepleier tar opp temaet vold og overgrep i konsultasjonssamtalen.

Forskningsspørsmålene tar sikte på å utforske hvilke reaksjoner tematiseringen vekker hos foreldrene, og hvilke overordnede refleksjoner foreldre gjør seg om å samtale om vold og overgrep. Med utgangspunkt i dette, er det foreldrenes individuelle opplevelser og erfaringer som vil danne grunnlag for å besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene. For å få

innsikt i foreldrenes opplevelser og erfaringer har jeg derfor valgt å benytte meg av et kvalitativt forskningsdesign, i form av individuelle intervju.

Malterud (2017) beskriver at en kvalitativ forskningsmetode er egnet om hensikten er å utforske menneskers erfaringer, opplevelser, meninger og oppfatninger. Det er gjennom samtale man får innsikt i menneskers erfaringer (Malterud, 2017). Studiens problemstilling og forskningsspørsmål avhenger av innsyn i foreldrenes erfaringer og opplevelser tilknyttet samtaler om vold og overgrep. Jeg vurderer det derfor som hensiktsmessig å gjennomføre individuelle intervju av foreldre som benytter seg av helsestasjonstjenesten. Gjennom intervjuene vil jeg søke detaljerte beskrivelser av foreldrenes opplevelser, erfaringer og refleksjoner tilknyttet fenomenet, noe som vil være avgjørende for å kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

4.1.1 Hermeneutikk

I prosessen med å forstå foreldrenes beskrivelse av erfaringer og opplevelser har jeg latt meg inspirere av hermeneutikken, slik filosofen Hans-Georg Gadamer beskriver den. Gadamer (2012) skriver at mennesker danner forståelse ut fra et sirkulært forhold hvor man danner en helhetlig forståelse ut fra ulike deler av den, samtidig som man oppfatter delene ut fra den helhetlige forståelsen man opparbeider seg. Gadamer beskriver at dybde i fortolkning og forståelse, oppnås når en ser sammenheng mellom de ulike delene av helheten og vice versa. Denne sirkulære prosessen kaller Gadamer for den hermeneutiske sirkel (Gadamer, 2012). Aadland (2015) sammenligner denne helhetstenkningen med et puslespill som først begynner å gi mening når puslespillbrikkene systematiseres og settes sammen.

I prosessen med å forstå det foreldrene fortalte under intervjuene, har jeg sett parallellen til Gadamers beskrivelse av den hermeneutiske sirkel. Jeg har stadig måttet bevege meg fra helheten til delene, og tilbake til helheten. Jeg har måttet bevege meg frem og tilbake mellom empiri, problemstillingen, forskningsspørsmålene og teori. Jeg har måttet justert enkeltdelene for å forstå helheten bedre. I søk etter sammenhenger, likheter og forskjeller i datamaterialet har jeg måttet hørt lydbåndopptakene av intervjuene i flere omganger og lest gjennom transkripsjonen av intervjuene om igjen og om igjen. Underveis har jeg stadig blitt oppmerksom på nye sammenhenger opp mot valgt teori og sett behovet for å justere valg av teori og tidligere forskning. Jeg har vurdert dette som en nødvendighet for å få en helhetlig forståelse av opplevelsene og

erfaringene foreldrene delte under intervjuene. Bevisstgjøring av denne prosessen har hjulpet meg til å få en dypere forståelse av foreldrenes opplevelse av å snakke om vold og overgrep på helsestasjonen, og hvilken mening erfaringene kan bære.

Gjennom en dypere innsikt i forståelse og hermeneutikk, har jeg blitt bevisst på at funnene i studien vil bære preg av at jeg og deltakerne i studien har ulik forståelse. I analysen av materialet har jeg fortolket beskrivelsene foreldrene delte. Analysen av den transkriberte teksten og de fortolkningene jeg gjør av funnene, vil ha sitt utspring i min forståelse.

4.1.2 Forforståelse

Observasjoner i vitenskapelig kunnskapsdannelse er ikke nøytrale kartlegginger av en objektiv sannhet. Thornquist (2015) forklarer at all observasjon er selektiv, og at kunnskap etableres ut fra forskerens forutsetninger og forforståelse. Gadamer (2012) omtaler vår forforståelse som fordommer, og forklarer at disse er basert på tidligere opplevelser, erfaringer og annen forståelse lært gjennom et levd liv. Ifølge Gadamer (2012) skaper vår forforståelse systemer og mening i det vi observerer og prosesserer, og er dermed en forutsetning for at forståelse overhode er mulig. I denne sammenheng er ikke forforståelse og fordommer negativt ladet.

Gadamer (2012) skriver at mennesker opparbeider seg forståelse av det vi observerer basert på våre tidligere erfaringer og oppfatninger. Derfor vil forståelse være ulik hos mennesker, nettopp fordi mennesker har ulik bakgrunn og erfaringer fra livet. Slik jeg forstår det opparbeider mennesker seg et individuelt perspektiv, basert på bakgrunn og levde erfaringer, noe som gjør at vi forstår det vi observere ulikt sammenlignet med andre mennesker. Dermed kan en si at det ikke eksisterer en endelig sannhet.

En forutsetning for å kunne stille seg åpen for en annen oppfatning enn sin egen, er ifølge Gadamer (2012) bevissthet om ulikhet i oppfatning og forståelse. Slik jeg forstår det dreier det seg om å være bevisst sin egen forforståelse i observasjoner og tolkninger en gjør, og å være oppmerksom på hva andre oppfatninger kan fortelle og lære oss. Jeg har en forståelse av at bevisstgjøring om egen forforståelse også kan forhindre at en automatisk søker bekræftelser på sine egne oppfatninger av et fenomen. Jeg vurderte det som nødvendig å reflektere over min egen forforståelse for å kunne stille meg åpent for det som viste seg i intervjuene og senere i den transkriberte teksten.

I inngangen av dette prosjektet var min forforståelse preget av min bakgrunn som helsesykepleierstudent og at jeg hadde jobbet som helsesykepleier. Før det hadde jeg arbeidet som sykepleier i en stilling som innebar oppfølging av barn og foreldre. Som helsesykepleierstudent hadde jeg tilegnet meg fagkunnskap om hva vold og overgrep mot barn omfatter, hvilke risikofaktorer det kan ses i sammenheng med, hvilke konsekvenser dette kan få senere i barnets liv, samt samspill og tilknytningsatferd. I min yrkeshverdag som helsesykepleier hadde jeg opparbeidet meg erfaring med å snakke om temaet vold og overgrep med foreldre. Basert på disse erfaringene hadde jeg opparbeidet meg en oppfatning av at samtaler om vold og overgrep kunne være utfordrende både for foreldre og helsesykepleier. Samtidig hadde jeg en oppfatning av at tematiseringen kunne innlede til konstruktiv dialog med foreldre. Som helsesykepleier ansatt i en bykommune, hadde jeg også erfaring med at temaet har vært aktuelt i fagutvikling, hvor implementering til praksis har blitt diskutert.

Overnevnte erfaringer og opplevelser nok har satt sitt preg på min forforståelse i starten av studien. Min forforståelse har kanskje lagt føringer for mine valg i studiens prosesser. Dette innebærer valg av tema, utforming av problemstilling og intervjuguide, samt gjennomføring av selve intervjuene og analysen av datamaterialet. Jeg har stilt meg åpent til materialet, og forsøkt å unngå å være forutinntatt. I gjennomføring av intervjuene ble jeg bevisst på at jeg måtte unngå å søke bekreftelser på utsagn og tematikk som hadde vist seg i tidligere intervju. Underveis i studiens mange prosesser, med nye innsikter og perspektiver, ble stadig min forforståelse og mine oppfatninger endret. Dette har forsterket min opplevelse av at forforståelse og forståelse er i stadig utvikling.

4.2 Søknadsprosedyrer

Før prosessen med å rekruttere deltakere startet, ble det sendt et elektronisk meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD), samt en elektronisk framleggsvurdering til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). REK fattet vedtak om at studien ikke falt under Helseforskningsloven, og derfor ikke var fremleggspliktig (vedlegg 1). NSD bidro med veiledning til å utforme informasjonsskriv og samtykkeskjema til deltakerne, slik at de oppfylte krav som stilles jamfør personopplysningslovgivning (vedlegg 2). Etter justering av skjemaene vurderte NSD at rekruttering av deltakere og datainnsamling kunne starte.

4.3 Utvalg og rekruttering av deltakere

Jeg rekrutterte et utvalg av foreldre som hadde erfaring med å samtale om vold og overgrep ved helsestasjonen. Malterud (2017) forklarer at dette er å gjøre et strategisk utvalg. Dette omfatter å velge ut deltakere som er sammensatt ut fra et mål om å få tak i materiale som på best mulig måte vil belyse problemstillingen (Malterud, 2017).

Jeg besluttet å ha ytterligere kriterier for å øke sannsynligheten for at deltakerne kunne bidra med interessante og relevante beskrivelser om temaet. Inklusjonskriteriene som ble vurdert som nyttige var at deltakerne skulle ha friske barn mellom 18 og 24 måneder. Alder på barnet og dermed tidspunktet for intervjuet, ble valgt for å sørge for at deltakerne hadde opparbeidet seg erfaring med tematisering av vold og overgrep på helsestasjonen. Jeg besluttet å rekruttere deltakerne som var foreldre til friske barn, da jeg anså det som et annet forskningsfokus å skulle inkludere foreldre til syke barn. Videre besluttet jeg å kun inkludere deltakere med gode norskkunnskaper. Jeg vurderte det som hensiktsmessig for å legge til rette for felles forståelse av språklige ord og uttrykk under intervjuet. Jeg anså det også som hensiktsmessig at jeg ikke hadde noe forhold til deltakerne fra tidligere, verken personlig eller som helsesykepleier. Dette med hensyn til at samtykket til å delta i skulle være basert på frivillighet. Jeg ønsket ikke at deltakerne skulle kjenne på begrensinger til å dele informasjon under intervjuet eller en forpliktelse til å delta.

For å rekruttere deltakere til studien ble det sendt ut et informasjonsskriv på epost til leder for helsestasjonstjenesten i en nordnorsk bykommune. Informasjonsskrivet inneholdt en kort presentasjon av studiens hensikt, en beskrivelse av inklusjonskriterier for deltakerne og informasjon om rekrutteringen (vedlegg 3). Grunnet hurtig respons, ble det ikke sendt ut informasjonsskriv til flere kommuner. Ved videre dialog med overnevnte kontaktperson i bykommunen, ble det tilbudt at fire ulike helsestasjoner kunne bistå i rekrutteringen av deltakere. Videre ble det sendt over informasjonsskriv til deltakere (vedlegg 4) og samtykkeskjema (vedlegg 5) til lederen i helsestasjonstjenesten, som videre distribuerte skrivingene til helsesykepleierne ved de fire helsestasjonene som skulle bidra.

Informasjonsskrivet til deltakerne inneholdt en kort presentasjon av studiens hensikt, informasjon om hva deltakelse innebar og informasjon om behandling av personopplysninger. Helsesykepleierne ved de fire helsestasjonene kopierte opp eksemplarer av informasjonsskrivet og samtykkeskjema, og fikk instruksjoner om å informere om studien i starten av konsultasjonene med alle foreldre som passet inn under inklusjonskriteriene.

Helsesykepleierne fikk informasjon om å oppbevare returnerte samtykkeskjemaene i et låsbart skap før de ble hentet.

I løpet av en periode på to måneder lyktes jeg med å få returnert seks samtykkeskjema. På dette tidspunktet besto utvalget av seks deltakere; tre mødre og tre fedre. Utvalget besto ikke av par. Fortløpende avtalte jeg tidspunkt for intervju med de aktuelle deltakerne. Den ene deltakeren lyktes jeg ikke i å nå etter at samtykkeskjemaet var oversendt. Etter å ha gjennomført intervju med de fem resterende deltakerne, opplevde jeg at jeg satt igjen med et innholdsrikt materiale som kunne belyse problemstillingen. Jeg besluttet dermed å stoppe søket etter flere deltakere. Malterud (2017) forklarer at et gunstig deltakertall for intervju er mellom fire til sju, men at det primært sett er det innsamlede materialets potensiale for å besvare problemstillingen som avgjør hvor stort deltakertallet burde være.

Det endelige utvalget besto av fem deltakere som kom fra det samme geografiske området, men deltakerne benyttet seg av tre ulike helsestasjoner. Gjennomsnittsalderen på deltakerne var 33 år, yngste barn var gjennomsnittlig 18 måneder. Utvalget hadde ellers noe variert sosiokulturell bakgrunn som presenteres i tabell 1:

Tabell 1: Utvalg av foreldre	
Gift/samboer	4
Enslig forsørger	1
Høyere utdanning (3 år eller mer)	4
Student	1
I arbeid	5
Etnisk norsk	5
Bosatt i kommune med over 50 000 innbyggere	5

4.4 Datainnsamling – Intervjuguide, testintervju og gjennomføring av intervju

I forkant av intervjuene ble det utarbeidet en semistrukturert intervjuguide som inneholdt en planlagt struktur over intervjuenes fokusområder og forslag til spørsmål (vedlegg 6). En intervjuguide inneholder oversikt over emner en ønsker å dekke, og eventuelt

forslag til spørsmål som kan stilles (Kvale & Brinkmann, 2015). En slik intervjustruktur vil gi et godt utgangspunkt for å dekke alle områdene man planlegger å undersøke, samtidig som det åpner opp for spontanitet. Arbeidet med å utarbeide intervjuguiden var en omfattende prosess. Formuleringen av spørsmålene skulle være relevante for å få beskrivelser som skulle kunne belyse problemstillingen og forskningsspørsmålene. Spørsmålene skulle være åpne og bidra til god flyt i samtalen i intervjusituasjonen. Det ble også utformet potensielle oppfølgingsspørsmål som kunne bli aktuelle for å få ytterligere relevante beskrivelser. Intervjuguiden ble kun brukt som et utgangspunkt for intervjuene, for å sikre spontanitet og for å unngå å legge føringer for deltakernes beskrivelser og refleksjoner.

Før jeg startet datainnsamlingen besluttet jeg å gjennomføre et testintervju. Dette for å undersøke om intervjuguiden var hensiktsmessig utformet, og om det var behov for justeringer av spørsmål og struktur. Erfaringene fra testintervjuet bidro også til trening i å gjennomføre intervju og til å teste lydopptakeren. I testintervjuet fikk jeg erfaringer som bidro til justeringer av enkelte spørsmål, samt en fornemmelse av hvor lang tid jeg kunne forvente å bruke om jeg skulle dekke alle emnene i intervjuguiden.

Intervjuene ble gjennomført i oktober og november 2019. Deltakernes ønsker ble utgangspunkt for å avtale tid og sted for intervjuene. Fire deltakere ønsket å gjennomføre intervjuet ved et offentlig sted. Lokalene var rolige og tilrettelagt for samtale. Den resterende deltakeren ønsket å gjennomføre intervjuet i sitt kontor hvor vedkommende arbeidet. Dette lokalet var også godt tilrettelagt for samtale. Jeg opplevde å få gode lydopptak av intervjuene. Intervjuenes lengde varierte mellom 23 til 58 minutter.

Innledningsvis i intervjuene gjentok jeg noe av informasjonen i informasjonsskrivet; kort om studiens hensikt, at deltakelse var frivillig og muligheten for å trekke samtykket uten å måtte oppgi noen grunn. Jeg gjentok også at beskrivelsen de delte ville bli anonymisert, slik at det ikke var mulig å gjenkjenne dem gjennom å lese den ferdige oppgaveteksten. Før selve intervjuet startet, fortalte jeg at jeg ville benytte en lydopptaker for å ta opp intervjuet, og at opptaket siden ville bli transkribert og analysert.

Jeg opplevde at hvert og ett intervju utviklet seg nokså forskjellig, til tross for at jeg benyttet intervjuguiden veiledende i hvert intervju. Deltakerne hadde ulike erfaringer

knyttet til samtaler om vold og overgrep ved helsestasjonen. Enkelte deltakere ønsket å beskrive spesifikke episoder fra en konsultasjon hvor temaet hadde blitt tatt opp. Noen deltakere ønsket å beskrive deres refleksjoner rundt fenomenet for øvrig. Deltakernes varierende erfaringer og beskrivelser førte til at jeg måtte være fleksibel og spontan i samtalen. Dette for å kunne utforske hva deltakerne ønsket å dele. Samtidig opplevde jeg at jeg måtte innhente emnene og forslagene til spørsmål fra intervjuguiden, når tematikken i samtalen beveget seg inn på noe jeg vurderte som lite relevant for å besvare problemstillingen. Jeg opplevde underveis at jeg måtte stille avklarende spørsmål, for å sørge for at jeg forsto deltakernes beskrivelser riktig.

4.5 Transkripsjon

For å gjøre intervjuene tilgjengelig for analyse ble det muntlige datamateriale gjort om til skriftlig tekst. Jeg valgte å transkribere intervjuene på egenhånd, fortløpende etter hvert som de ble gjennomført. Dermed sikret jeg at jeg hadde momenter fra den aktuelle samtalen friskt i minnet. Malterud (2017) forklarer at dette kan være hensiktsmessig for å klargjøre meningene i teksten som transkriberes. Ved å transkribere intervjuene selv, opplevde jeg at jeg ble bedre kjent med materialet. Jeg fikk i denne prosessen et førsteinntrykk av materialets innhold, og kunne se antydninger til likheter og ulikheter. Ved å transkribere intervjuene selv sørget jeg også for at transkriberingen av intervjuene ble gjennomført likt i hvert intervju.

Kvale og Brinkmann (2015) beskriver at muntlig tale består av mer enn ord satt sammen til setninger, og at transkripsjon dermed ikke vil være en reproduksjon av den faktiske samtalen. Muntlig tale bærer stort preg av intonasjon, latter og pauser som til sammen utgjør kommunikasjon. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer at det ikke eksisterer noen fasit på hvor muntlig preget en transkripsjon skal være. Jeg besluttet å transkribere intervjuene på bokmål, men bevarte pauser og latter der jeg vurderte det som nødvendig for å få frem meningen i teksten. Personlig informasjon, navn og stedsnavn ble ikke transkribert. Dette for å sikre deltakernes og andre personers anonymitet.

Proessen med å transkribere intervjuene var tidskrevende. Jeg var stadig nødt til spole lydopptaket tilbake for å sørge for at teksten ble mest mulig lik den muntlige samtalen. Talen på lydopptakene var tydelige, og det var lett å høre hva deltakerne sa. Den ferdige transkriberte teksten ble på 52 sider med skriftstørrelse 12 og en linjeavstand på 1,5.

4.6 Analyse

Analysearbeidet er en målrettet prosess i søken etter ny kunnskap som kan belyse studiens problemstilling og forskningsspørsmål. I arbeidet med å analysere materialet har jeg brukt prinsippene Graneheim og Lundman (2004) presenterer i sin beskrivelse av kvalitativ innholdsanalyse. Fokuset i en innholdsanalyse er å beskrive variasjoner gjennom å oppdage mønster i materialet (Lundman & Graneheim, 2017).

Innhold i materialet bærer et manifest innhold, og som oftest et latent innhold. Lundman og Graneheim (2017) beskriver at det manifeste innholdet dreier seg om det åpenbare og tekstnære som er på et beskrivende nivå. Det manifeste innholdet kommer til syne under inndeling av kategorier. Videre forklarer Graneheim og Lundman (2004) at det latente innholdet på sin side handler mer om tekstens underliggende budskap, hvor det tekstnære blir tolket ut fra konteksten. Slik jeg forstår det gjøres det en tolkning av tekstens latente innhold på bakgrunn av det en får informasjon om i intervjusituasjonen. For eksempel hvilken kontekst uttalelsene kom i eller hvilken stemning en observerte. Jeg oppfatter det slik at en under analysearbeidet gjør en tolkning av tekstens latente budskap under fremstillingen av funn. Tolkningene man gjør underveis i prosessen, gjennom å bevare enten det manifeste innholdet eller både det manifeste og det latente, påvirker hvilke funn man sitter igjen med (Lundman og Graneheim, 2017). Eksempelvis ble jeg gjort oppmerksom på at deltakerne ofte brukte pronomenet «man», istedenfor «jeg», «vi» og «han/hun». I dette oppfatter jeg at det ligger et latent innhold. Jeg har forsøkt å bevare tekstens manifeste og latente innhold underveis i analyseprosessen, og tekstens latente innhold vil komme til syne i de tolkningene jeg gjør i diskusjonen av funn.

Analyseprosessen startet med at jeg leste gjennom de transkriberte intervjuene i flere omganger. Graneheim og Lundman (2004) beskriver at dette danner et godt grunnlag for å få et helhetsinntrykk av innholdet i intervjuene. Underveis i denne prosessen fikk jeg en forståelse av det helhetlige innholdet i hvert av intervjuene. Samtidig hadde jeg studiens problemstilling og forskningsspørsmål i mente, slik at jeg også oppdaget innhold i teksten som var spesielt interessant for det jeg ønsket å undersøke. Innholdet som beskrev foreldrenes opplevelse av å samtale om vold og overgrep, ble skilt fra resten av innholdet. Deretter sammenfattet jeg dette innholdet fra de ulike intervjuene. Denne sammenfatningen av innhold er det jeg oppfatter at Graneheim og Lundman (2004) kaller en *analyseenhet*. Slik jeg forstår det er det denne sammenfattede delen av tekstene som blir utgangspunkt for videre analyse.

Neste steg i analysen var å finne **meningsenheter** i analyseenheten (Graneheim & Lundman, 2004). Graneheim og Lundman (2004) beskriver at meningsenheter er ord, setninger eller avsnitt som inneholder aspekter som kan relateres til hverandre gjennom innhold og kontekst. Meningsenhetene som identifiseres, har som tidligere beskrevet et manifest og latent innhold. Det latente innholdet ble først synliggjort gjennom tolkningene jeg gjorde for å forstå hva som lå bak meningsenhetenes innhold. Et eksempel på en meningsenhet fra analyseenheten min, er dette utsagnet fra en deltaker som beskrev en samtale med helsesykepleier om utfordringer i foreldreskapet:

«Samtidig så føler man jo litt på det at, hvor mye skal jeg si? Altså, man blir jo litt sånn redd for å si noe som ikke er bra for oss som familie liksom. Noe som kan gi mistanke om at ok, har ikke ungene det bra».

Videre ble meningsenhetene **kondensert**. Graneheim og Lundman (2004) beskriver at dette innebærer at meningsenhetene forkortes, samtidig som innholdet bevares. Meningsenheten i forrige avsnitt ble kondensert slik:

«Man føler litt på at man blir redd for å si noe som kan gi mistanke om at ungene ikke har det bra».

I tredje steg fikk de kondenserte meningsenhetene en **kode**. Graneheim og Lundman (2004) forklarer at de kondenserte meningsenhetene får koder som beskriver innholdet i dem. Den kondenserte meningsenheten fikk koden:

«Frykt for hvordan utsagn tolkes».

Det fjerde steget i analyseprosessen var å sortere kodene i ulike **kategorier**. I denne prosessen ble de ulike kodene sammenlignet med hverandre, slik at kodene som passet sammen danner kategorier. Hver kategori inneholder altså flere koder som deler noen likheter (Graneheim & Lundman, 2004). Lundman og Graneheim (2017) beskriver at det manifeste innholdet kommer til uttrykk gjennom kategoriene, da disse er tekstnære. Koden ovenfor fikk plass under kategorien:

«Usikkerhet knyttet til å dele informasjon».

Det avsluttende steget i analyseprosessen var å danne ulike **tema**. Graneheim og Lundman (2004) forklarer at prosessen ved å danne tema, handler om å koble ulike kategorier sammen.

Temaene som lages kan betraktes som et uttrykk for det latente innholdet i materiale som analyseres (Graneheim & Lundman, 2004). Det latente innholdet kommer til uttrykk på et tolkende nivå i form av tema som dannes. Slik jeg forstår det foregår det en tolking av den underliggende mening i den enkelte kategori, før de sorteres og danner tema. Kategorier med likhetstrekk plasseres sammen under et felles tema som presentert i tabell 2. Temaet for kategori eksemplet ovenfor ble:

«Skaper usikkerhet og frykt».

Tabell 2: Eksempel på analyseprosessen			
Kondensert meningsenhet	Kode	Kategori	Tema
Man føler litt på at man blir redd for å si noe som kan gi mistanke om at ungene ikke har det bra	Frykt for hvordan utsagn tolkes	Frykt knyttet til å dele informasjon	Skaper usikkerhet og frykt
Mange vil nok definere det som vold når jeg holder fast barnet mitt når hun ikke hører etter, men jeg ser på det som oppdragelse	Opplevelse av uklar definisjon av vold		
Da vi snakket om temperament og grensesetting fikk jeg spørsmål om jeg opplevde at barnet ble redd meg, det kan jo få en foreldre til å lukke seg	Usikkerhet knyttet til helsesykepleiers fremgangsmåte	Påvirket stemningen og samtaledynamikken	
Hun kommuniserte med hele kroppen og væremåten at hun ikke ville inn på temaet	Fornemmet ubehag hos helsesykepleier		
Jeg tenkte litt den tanken at helsesykepleier tok opp temaet fordi hun må. Så jeg tenkte ikke noe mer over det egentlig	Mistenkte at helsesykepleier var underlagt plikt til å ta opp temaet		

4.7 Gyldighet og pålitelighet

Studiens hensikt er å fremskaffe innsikt i foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep som ledd i det forebyggende og helsefremmende arbeidet på helsestasjonen.

Formålet med prosjektet er å få innsikt i foreldres beskrivelse av hvilke reaksjoner det vekker og hvilke refleksjoner det igangsetter hos dem når temaet bringes opp. I arbeidet med å fremskaffe ny kunnskap om studiens anliggende, er det av betydning å vurdere studiens gyldighet og pålitelighet. Jeg oppfatter at dette gjøres ved å beskrive og kritisk vurdere valgene man tar gjennom hele forskningsprosessen.

Underveis i arbeidet med studien, har jeg grundig holdt rede på fremgangsmåten som ble benyttet for å finne frem til studiens funn. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer at en transparent presentasjon av studiens metode og fremgangsmåte er en viktig del av å vurdere studiens gyldighet. Dette innebærer å vurdere om valgt metode faktisk undersøker det problemstillingen tar for seg. Jeg opplever at fremgangsmåten jeg har beskrevet i metodekapittelet, har gitt meg et datamateriale som resulterte i funn som kunne besvare problemstillingen og forskningsspørsmålene.

En grundig, transparent presentasjon av forskningsmetode forteller også noe om studiens pålitelighet. Kvale og Brinkmann (2015) forklarer at pålitelighet handler om muligheten for andre forskere kan oppnå like funn ved et annet tidspunkt, om de etterprøver samme fremgangsmåte. Å foreta og å analysere intervjuer er et arbeid som sammenfatter mange prosesser. Jeg har gjennom å beskrive disse prosessene inngående, forsøkt å synliggjøre fremgangsmåten mot studiens funn. Slik at det skal være mulig for å andre å følge prosessen, fra datainnsamling til funn.

I metodekapittelet ble det gjort rede for mange av de grepene som er gjort for å øke studiens gyldighet og pålitelighet. Under intervjuene forsøkte jeg å stille avklarende spørsmål, der jeg gjentok min oppfatning av deres beskrivelse, og oppfordret til at deltakerne skulle bekrefte eller avkrefte min oppfatning. Etter at jeg transkriberte intervjuene, ble jeg oppmerksom på at jeg ble flittigere til å stille avklarende spørsmål etter hvert som jeg fikk erfaring med å intervju deltakerne. I ettertid ble jeg oppmerksom på fordelene det kunne hatt om jeg stilte avklarende spørsmål allerede fra første intervju. Videre ble lydopptakene lyttet til i flere omganger, for å forsøke å detaljert konvertere det muntlige datamaterialet til tekstform. I denne prosessen ble det forsøkt å bevare materialets latente og manifeste innhold, slik at meningen bak deltakernes beskrivelser skulle kunne tolkes i analyseprosessen.

4.8 Etiske overveielser

All forskning innen medisin og helsefag som involverer mennesker, er underlagt forskningsetiske prinsipper og føringer (Ruyter, 2009). Disse føringene er til for å beskytte enkeltmenneskene som deltar i forskningen. Dette innebærer beskyttelse av deltakernes konfidensialitet og vurdering av andre potensielle belastninger ved å delta i studien. På forhånd og underveis i studieprosessen har jeg derfor vurdert etiske aspekter ved deltakelse i studien.

23.10.2019 fattet REK vedtak om at studien ikke falt under Helseforskningsloven (vedlegg 1). I forkant av datainnsamlingen ble studiens plan for behandling av personopplysninger vurdert av NSD. 27.09.2019 bekreftet NSD at plan for behandling av personopplysninger i prosjektet ville være i samsvar med gjeldende personvernlovgivning. Under denne vurderingen ble innholdet i informasjonsskriv (vedlegg 4) og samtykkeskjema (vedlegg 5) kontrollert til å innfri gjeldende krav.

Etter at samtykkeskjemaene var hentet ved helsestasjonene, ble de oppbevart i et låsbart skap kun jeg hadde tilgang til. Innledningsvis i intervjuene fortalte jeg hva frivillig deltakelse innebar, og spurte deltakerne om det var noe de opplevde som uklart i informasjonsskrivet. Videre gjentok jeg at deltakerne når som helst kunne trekke samtykket sitt uten å oppgi noen årsak, samt at de kunne unnlate å svare på spørsmål underveis i intervjuet. I transkriberingen utelukket jeg personopplysninger og annen mulig personbundet informasjon for å sikre deltakernes anonymitet. Lyddopptakene av intervjuene og transkripsjonen ble siden beskyttet for innsyn ved at det ble oppbevart i låsbart skap. Når arbeidet med studien er avsluttet vil alt av konfidensielt materiale slettes og makuleres.

Under utarbeidelsen av intervjuguiden, redegjorde jeg for at studiens anliggende ikke var å kartlegge om deltakerne hadde personlige erfaringer med vold og overgrep. Jeg var dermed bevisst på å ikke stille spørsmål som satte forventninger om at deltakerne skulle dele sine personlige opplevelser. På forhånd av intervjuene var jeg likevel forberedt på muligheten for at samtalen beveget seg inn på deltakernes personlige erfaringer fra livet. Jeg forsøkte under intervjuene å åpne opp for de beskrivelsene deltakerne kom med, men samtidig tolke deltakernes signaler når de snakket om personlige erfaringer. Dette for å ta stilling til om jeg skulle stille oppfølgingsspørsmål eller ikke. Alle beskrivelser deltakerne delte om personlige forhold ble anonymisert i den transkriberte teksten.

5 Funn

I dette kapitlet presenteres studiens funn. Som problemstillingen tilsier, er det foreldrenes opplevelse av å samtale om vold og overgrep i konsultasjonssamtalen som undersøkes.

Underveis i analysearbeidet ble det dannet to tema: «Skapte usikkerhet og frykt» og «Opptatt av fordeler og ulemper». Disse temaene utgjør hvert sitt delkapittel, hvor funnene blir presentert.

Deltakerne i studien er tildelt de fiktive navnene Ida, Katrine, André, Eva og Lars. Dette med hensyn til anonymitet. De fiktive navnene vil bidra til å skape liv til funnene og vil gi bedre oversikt ved at det blir mulig å skille deltakerne fra hverandre.

5.1 Skaper usikkerhet og frykt

Innledningsvis vil jeg nevne noen overordnede funn. Jeg vil beskrive min oppfatning av hvilke situasjoner foreldrene refererte til da de beskrev tematisering av vold og overgrep ved helsestasjonen. Dette for å kunne se foreldrenes delte erfaringer og funnene i kontekst. Foreldrene beskrev at de oppfattet at de var inne på temaet vold og overgrep da helsesykepleier viste til forskning og statistikk om voldsutsatte barn, og følgene det kunne få senere i barnets liv. Deltakerne beskrev at de oppfattet helsesykepleiers spørsmål om barnets temperament og foreldrenes følelser og reaksjoner i møtet med barnet i utfordrende situasjoner som en del av tematiseringen. Foreldrene beskrev også at de knyttet helsesykepleiers kartleggende spørsmål om foreldrenes egen oppvekst og parforholdet som en del av det vold- og overgrepforebyggende arbeidet ved helsestasjonen. Deltakerne formidlet også at de assosierte helsesykepleiers observasjon av barnet uten tøy, samt observasjon av samspillet mellom barn og foreldre som en del av dette arbeidet. Samtlige deltakere formidlet at de ikke hadde blitt spurt direkte om de utøvte fysisk eller psykisk vold mot barna sine.

I intervjuene kom det frem at deltakerne på ulike måter opplevde det som utfordrende å skulle samtale om vold og overgrep under konsultasjonssamtalen. Dette kom frem ved funn som viser at foreldrene knyttet usikkerhet til å dele informasjon med helsesykepleier, da de var bekymret for hvordan helsesykepleier skulle tolke utsagnene deres. Foreldrene fryktet at helsesykepleier skulle fatte mistanke om at barnet deres ikke mottok god nok omsorg. Foreldrene som deltok i studien beskrev at de opplevde et stemningsskifte da helsesykepleier tok opp temaet vold og overgrep, og at dette påvirket samtaledynamikken. Deltakerne ga uttrykk for at helsesykepleiers utsagn eller spørsmål kunne skape usikkerhet hos dem.

Foreldrene beskrev at samtaledynamikken også ble preget av at de fornemmet et ubehag hos helsesykepleier. Deltakerne beskrev at de mistenkte at helsesykepleier var underlagt en plikt til å ta opp temaet vold og overgrep.

5.1.1 Frykt knyttet til å dele informasjon

Deltakerne beskrev at de kjente på en usikkerhet knyttet til å skulle dele informasjon da helsesykepleier tok opp temaet vold og overgrep. Foreldrene uttrykte at de fryktet for hvordan helsesykepleier skulle tolke utsagnene deres. Katrine beskrev at hun lurte på hva helsesykepleier tenker om det hun fortalte under samtalen, og at hun derfor vurderte hva hun delte. Ida sa at også hun kjente på en usikkerhet ved hvor mye hun kunne fortelle helsesykepleier. Hun beskrev at hun vurderte hvor mye hun kunne dele, uten å si noe feil. Hun sa:

«Man føler litt på det at; hvor mye kan jeg fortelle? Man blir jo redd for at man skal si noe som ikke er bra for oss som familie. (...) Jeg er redd for at de skal tenke at ungene ikke har det bra. (...) Hvor mye kan jeg si uten å si noe feil?»

Eva beskrev at hun mistenkte at helsesykeleier vurderte og tolket utsagnene foreldrene delte underveis i konsultasjonssamtalen. Hun beskriver at helsesykepleier gjennom spørsmål utforsket faktorer rundt familien. Hun sa:

«Hun stilte spørsmål rundt oppveksten vår og hvordan forholdet vårt var. De ser nok veldig på hvordan du reagerer på det de spør om, så man føler kanskje på at man blir vurdert på en måte.»

Deltakerne uttrykte også at uvisshet i hvorfor helsesykepleier ønsket å snakke om vold og overgrep med dem, gjorde dem usikker. Ida beskrev at hun lurte på om helsesykepleier ville snakke om vold og overgrep for å ha tematisert det, eller hovedsakelig for å fange opp barn som ikke har det bra. Ida sa:

«Hvor vil man hen? Altså vil du bare snakke om det? Klarer man som helsesykepleier å la vær å mistenkeliggjøre, selv om man kommer med historier om at det har vært vanskelig? Klarer man å se igjennom at ungene har det bra, og at det bare trengs veiledning? Eller går man så langt at man melder til barnevernet og begynner å iverksette tiltak som er mye større?»

Foreldrene beskrev at de lure på om det var noe spesielt i forkant som gjorde helsesykepleier oppmerksom eller mistenkelig, og at det var derfor helsesykepleier ønsket å samtale om temaet. André sa at han stilte seg selv spørsmål ved om det var noe ved han som fikk helsesykepleier til å ta opp temaet. André fortalte at han og helsesykepleier hadde snakket om barnets temperament og hvilke strategier de benyttet for å grensesette barnet. Han beskrev at han fikk spørsmål fra helsesykepleier om han opplevde barnet som redd han i situasjonen. André fortalte at spørsmålet fikk det til å høres verre ut enn det var. Han sa:

«Da jeg fikk spørsmålet «Ble barnet redd deg?», så fikk det situasjonen til å høres verre ut enn det var. Så kan man jo begynne å tenke, var det slik det hørtes ut som? At det skapte frykt? Det vil jo ikke være spesielt heldig, og kanskje man ikke tør å gjenta det.»

Flere av deltakerne beskrev at de oppfattet definisjonen av vold og overgrep som uklar. Foreldrene sa at de bekymret seg for at helsesykepleier kunne ha en ulik oppfatning av hva vold og overgrep innebar, enn det de selv hadde. Ida sa at hun trodde foreldre ville holde tett om hva som foregikk hjemme, om de mistenkte at helsesykepleier ville kunne tolke det som vold eller overgrep. Hun sa:

«Om man mistenker at noen vil tolke det de gjør mot barna sine som vold, skjønner jeg at de syns det er vanskelig å snakke om det og heller vil holde tett om det.»

Katrine pekte på en uklar definisjon av begrepene generelt i samfunnet. Hun beskrev at bevisstheten rundt vold og hva det faktisk er, har endret seg mye fra da hun selv var barn. Ida beskrev at hun hadde en oppfatning av at samfunnets syn på vold nå hadde gått over til å bli noe ekstremt. Noen deltakere løftet spesifikk frem å skulle holde barn fast, og stilte spørsmål ved om helsesykepleier kunne oppfatte det som vold. Ida sa:

«Man snakker om oppdragsvold, men enkelte ting er oppdragelse og ikke vold. (...) Altså man påfører jo ikke smerte når man tar tak i armen og holder fast. Ja, det er ubehagelig. Men ja, holder man så hardt at man får blåflekker, ja da skal jeg si at det er vold. Men holder man helt normalt fast, og sier «du skal være med her», så er det på en måte oppdragelse, og ikke vold. Men mange vil si at «ja, holder du fast ungen din, da er det vold». Og da tenker jeg, da er du over på det ekstreme.»

Foreldrene beskrev at de fryktet for konsekvensene det kunne få om helsesykepleier tolket at barna deres ikke mottok god nok omsorg. Flere deltakere nevnte at bekymringsmelding til barnevernet var en konsekvens de fryktet. Lars sa:

«Man tenker jo litt sånn; hva om man sier noe feil? Kommer barnevernet på døra da, fordi man ikke har ordlagt seg riktig?»

Ida fortalte at hennes mann var engstelig for å være åpen om at han selv hadde hatt en barndom preget av vold, i frykt for at det kunne sette han i et dårlig lys. Han var redd for at helsesykepleier skulle identifisere det som en risikofaktor, og mistenke at han kunne utøve vold mot sine barn. Ida sa at hun så behovet for at mannen trengte veiledning for å håndtere foreldrerollen, men fortalte at mannens frykt hindret han til å søke hjelp og veiledning ved helsestasjonen.

5.1.2 Påvirket stemningen og samtaledynamikken

Deltakerne beskrev på ulike måter at de opplevde et stemningsskifte da temaet vold og overgrep ble tatt opp under konsultasjonen. Foreldrene sa at temaet skilte seg fra de andre temaene de snakket om ved helsestasjonen. Eva beskrev at hun opplevde at deltakere i barselgruppen hennes ble overasket da helsesykepleier snakket om filleristing av spedbarn under en gruppekonsultasjon. Hun forklarte at noen av deltakerne hadde undret seg over om personalet på helsestasjonen virkelig trodde de kunne gjøre noe sånt. André beskrev en konsultasjonssamtale, der han og helsesykepleier hadde snakket om barnets temperament og grensesetting. André beskrev at han ensat et stemningsskifte da helsesykepleier hadde stilt spørsmål ved om han kunne opplevde at barnet ble redd han i grensesettingssituasjoner. André forklarte at dette spørsmålet kunne få en forelder til å bli usikker og lukke seg. Han utdypet videre at helsesykepleier kan skape en kunstig situasjon, som gjør at foreldre kan bli utilpass bare av temaet alene. André sa:

«Jeg tror det er vanskelig under en konsultasjon å vite hvorfor en person reagerer med ubehag når man tematiserer vold.»

Foreldrene uttrykte at de opplevde at helsesykepleier ble preget av å skulle snakke om vold og overgrep. Deltakerne beskrev at de ensat et ubehag hos helsesykepleier, og at dette påvirket samtaledynamikken i konsultasjonen negativt. Eva beskrev at temaet vold og overgrep brøt med de mer rutinebaserte og løsningsfokuserte temaene hun hadde erfaring å snakke om ved

helsestasjonen. Eva oppfattet at det ikke var så lett for helsesykepleier å finne en innfalsvinkel til å skulle snakke om vold og overgrep. Hun sa:

«Jeg føler at hun prøver å ikke være dømmende når hun tar det opp, og at hun nok selv syns det er litt vanskelig å snakke om det.»

André beskrev at han merket på helsesykepleiers nonverbale kommunikasjon at det var anstrengt å nærme seg temaet. Han fortalte at helsesykepleier kommuniserte med hele kroppen og væremåten at hun ikke ønsket å ta opp temaet. Han sa:

«Jeg merker jo at helsesykepleier ikke syns det er spesielt artig å nærme seg temaet. Spesielt kan det nok føles kunstig om man observerer et barn som blir sjenert i en ny situasjon og søker rett til fange mitt, og tydelig har en trygghet hos foreldrene.»

André beskrev at han tenkte det ikke var bra om helsesykepleier føler et ubehag i situasjonen uten at det settes ord på. Ida uttrykte at hun mistenkte at helsepersonell følte på balansegangen mellom å gi veiledning og å uttrykke mistanke:

«Jeg tenker jo at helsepersonell også må føle på at dette er kjempesensitivt å snakke om, og kjenne på balansen mellom; er vi inne på veiledning nå, eller bikker det over til å anklage noen for at det skjer ting hjemme som ikke er bra?»

Foreldrene mistenkte at helsesykepleier var underlagt en plikt til å snakke om vold og overgrep. Eva fortalte at hun hadde merket at det var mer fokus på temaet nå, sammenlignet med tiden da hennes eldste barn ble fulgt opp på helsestasjonen. André sa:

«Da hun spurte meg om jeg opplevde at barnet mitt ble redd meg, var det ikke noe som jeg tenkte noe mer over, for jeg tenkte litt den tanken at du spør fordi du må. (...) Det var på en måte bare for å få huket av en boks på en dataskjerm eller noe.»

André beskrev at helsesykepleier poengterte at hun observerte at barnet var trygg på han som far, og at barnet søkte til fanget hans. Han forklarte at han fikk en oppfatning av at helsesykepleier ikke så behovet for å snakke om vold og overgrep med han, men at hun var nødt til det. André forklarte at systematisk tematiseringen av vold og overgrep kan være kunstig og forstyrrende i konsultasjoner der helsesykepleier ikke observerer noe som kan tilsi at det er en mistanke for at barnet blir utsatt for vold eller overgrep.

I analyseprosessen ble jeg oppmerksom på at deltakerne ofte brukte ordet «man», istedenfor «jeg», «han/hun» eller «vi», da de beskrev sine erfaringer om å snakke om vold og overgrep ved helsestasjonen. Enkelte deltakere benyttet «man» også når de beskrev konkrete situasjoner de hadde opplevd. Jeg ble oppmerksom på at dette var gjennomgående i store deler av datamaterialet, men spesielt da foreldrene skulle beskrive reaksjonene knyttet til konkrete erfaringer de hadde gjort seg under samtaler. Deltakerne benyttet også ordet «man» da de snakket om helsesykepleier eller annet helsepersonell.

5.2 Opptatt av fordeler og ulemper

Deltakerne beskrev på ulike måter at de var opptatt av hvilke fordeler og ulemper det kunne medføre å skulle snakke om vold og overgrep ved helsestasjonen. Foreldrene beskrev at de anerkjente tematisering av vold og overgrep som nødvendig, og at de hadde hatt utbytte av å snakke om temaet med helsesykepleier. Samtidig var foreldrene opptatt av at samtaler om temaet vold og overgrep kunne medføre utfordringer og potensielle negative konsekvenser. Deltakerne beskrev at de var usikker på om foreldre ville være åpen og ærlig med helsesykepleier. Foreldrene var opptatt av at tillit i relasjonen mellom dem og helsesykepleier var en forutsetning for åpenhet. Samtidig beskrev foreldrene at samtaler om vold og overgrep kunne utfordre tilliten.

5.2.1 Anerkjente tematiseringen som nødvendig

Foreldrene uttrykte på ulike måter at samtaler om temaet vold og overgrep var nødvendig på helsestasjonen. Foreldrene beskrev at samtalene gjorde inntrykk på dem og at det fikk de til å reflektere over egen foreldreutøvelse. Ida fortalte at hun hadde blitt mer bevisst på hvilke mønstre de hadde hjemme. Hun opplevde det som betryggende å få tilbakemeldinger på hvordan de som foreldre håndterte vanskelig situasjoner. Hun sa:

«Det er godt å vite at det som skjer hjemme er innfor det som er akseptabelt når det kommer til oppdragelse, og at man får veiledning og hjelp om man havner utenfor.»

Deltakerne uttrykte at de gjennom samtaler om temaet ble bevisst faktumet at barn i Norge blir utsatt for vold og overgrep. Katrine beskrev at det gjorde inntrykk på henne. Hun opplevde denne informasjonen som nødvendig og relevant for henne som mor. Hun fortalte at helsesykepleier benyttet forskning og retningslinjene som inngangsport for å samtale om temaet:

«Som innledning til temaet har helsesykepleier brukt forskning om vold og følgene av det, eller forklart at det er et tema i retningslinjene. (...) Vi fikk informasjon om hvor mange unger som opplever vold, og hvor lite som skal til for en liten nyfødt.»

Katrine sa at samtaler om at vold faktisk skjer, kan være oppklarende for foreldre. Hun utdypet at samtalen gjorde henne mer bevisst på at vold skjer i situasjoner der man som forelder mister fatningen og følelsene tar overhånd. Noen av foreldrene beskrev at helsesykepleier hadde utforsket hvordan følelsene deres ble aktivert i utfordrende situasjoner med barna sine. Katrine beskrev at helsesykepleier hadde spurt hvordan hun reagerte i utfordrende situasjoner:

«Jeg opplever jo at jeg kan bli veldig sint. Det overrasker meg egentlig veldig, når jeg ble mor. At jeg kunne bli så sint på det lille barnet. Jeg ble så skuffet over meg selv. (...) Vi snakket om hvordan jeg reagerer når ungen ikke vil sove eller gråter uavbrutt. (...) Hun normaliserte det at man kan bli irritert og frustrert over situasjonen når et lite barn gråter uavbrutt, men at det handler om hvordan man reagerer når man blir det.»

Eva beskrev at også hun hadde snakket med helsesykepleier om hvordan hun reagerte i krevende situasjoner, og at helsesykepleier hadde normalisert følelsen av å bli irritert, sint eller frustrert. Hun opplevde det som beroligende å få høre at disse følelsene var normale. Foreldrene beskrev at de hadde fått råd om hvordan de kunne håndtere situasjoner der de kjente at følelsene tok overhånd. Eva og Katrine beskrev at helsesykepleier hadde rådet dem til å legge barnet ned på et trygt sted, og ta en kort pause for å puste ut. Deltakerne beskrev at denne samtalen kunne være voldsforebyggende. Deltakerne fortalte at samtalen bidro til at de var forberedt på utfordrende situasjoner, og kunne handle trygt. Katrine snakket om å ha «stopperer», altså verktøy som hjalp foreldre, i situasjoner der følelser tok overhånd. Katrine sa:

«Etter at jeg selv fikk barn så skjønner jeg hvorfor det skjer vold mot små barn. Jeg forstår det bedre nå, enn før da jeg var barnløs. Da skjønte jeg jo ikke hvordan noen kunne være slem med unger, men jeg kan forstå det nå. Jeg kjenner på, altså, at man kan bli irritert og om man ikke har de «stopperne», så kan det skje ting. Derfor har jeg syns det har vært godt å snakke om det. Og jeg syns det har vært bra å få konkrete

forslag til hva jeg kan gjøre når jeg blir irritert eller sint. Det har hjulpet meg mange ganger.»

Deltakerne løftet også frem at de opplevde at helsesykepleier ledet samtalen til å dreie seg om grensesettingssituasjoner og aktivering av egne følelser. Eva beskrev at helsesykepleier spurte om hvilke reaksjoner det iverksatte hos henne når hennes barn på to år protesterte. Eva sa at hun var åpen med helsesykepleier om at hun blir sint og irritert på barnet, og at de sammen utforsket dette. Flere foreldre uttrykte et ønske om mer råd til å mestre utfordrende grensesettingssituasjoner. Ida sa:

«Jeg skulle ønske vi kunne snakke mer om hva god grensesetting er, og gode alternativer til hvordan man kan gjennomføre det.»

Deltakerne sa at de kjente til statistikk som viser at barn i Norge vokser opp i hjem preget av vold og omsorgssvikt. Foreldrene beskrev at de så nødvendigheten av at samtaler om vold og overgrep ble systematisert, slik at alle foreldre skulle snakke om temaet ved helsestasjonen.

Katrine sa:

«Det er jo tall som viser at mange barn blir ristet og har død av det i Norge. Så jeg tenker at foreldre ikke vet bedre, eller at de ikke får hjelp til å håndtere sinne. Da tenker jeg at det er viktig å gi alle foreldre den hjelpen.»

Katrine fortalte at hun var fortrolig med en systematisering, og at de som velger å få barn må stå i det. Flere deltakere beskrev at barnets behov for beskyttelse må komme i første rekke under konsultasjonssamtalene, og ikke foreldrenes velbehag. André uttrykte at han hadde en forståelse av at systematisering av samtaler om vold og overgrep kunne være fornuftig. Han beskrev at det kunne medføre at den enkelte foreldre ikke behøvde å føle seg personlig truffet. Deltakerne ga uttrykk for at de var villige til å bli utsatt for ubehagelige samtale, om det var det som skulle til for å forebygge eller avverge vold og overgrep mot barn. Lars sa:

«Formålet er jo å forhindre at det skjer i størst mulig grad, antar jeg. Når man på forhånd ikke vet hvem som er i den kategorien og hvem som ikke er det, så må man jo på en måte ta alle under en kam. Så må man bare snakke om det med alle da (...) Det er viktig å avdekke slike ting, så får det heller bare være sånn at det blir en ubehagelig samtale.»

Noen informanter antok at tematiseringen kunne ha en forebyggende effekt, til tross for at vold og overgrep ikke ble avdekt under konsultasjonssamtalen. Lars sa:

«Jeg tenker at selv om ikke foreldre innrømmer at det skjer vold og overgrep hjemme, kan det starte en prosess. At de innrømmer det ovenfor seg selv at det er et problem, og at de prøver å gjøre noe med det.»

5.2.2 Opptatt av utfordringer og potensielle negative konsekvenser

Til tross for at deltakerne anerkjente samtaler om vold og overgrep som nødvendig ved helsestasjonene, var de opptatt av hvilke utfordringer og potensielle negative konsekvenser det kunne medføre. Deltakerne beskrev at de var usikker på om foreldre ville være åpen og ærlig med helsesykepleier når vold og overgrep tas opp. Informantene sa at de tvilte på at alle foreldre som hadde personlige erfaringer med vold ville våge å være åpen om det. Ida beskrev at hennes partner var engstelig for å sette familien i et dårlig lys om han fortalte om sine erfaringer med vold, og at han derfor valgte å ikke delta under konsultasjonssamtalene. Katrine trodde at foreldre som selv hadde personlige erfaringer med vold og overgrep, ville kunne gå i forsvar:

«De fleste vil kanskje gå i en forsvarsposisjon, om vold er noe de opplever eller utøver selv.»

Foreldrene uttrykte at de var usikker på foreldres ærlighet om de blir spurt om de utøvet vold mot barna sine. Flere deltakere mente det ikke ville ha noe effekt å spørre foreldre direkte om de utøvet fysisk eller psykisk vold mot barna sine. Katrine sa:

«Det skulle ganske mye til for at jeg skulle ha innrømt at jeg hadde utøvd vold selv. (...) Om jeg hadde følt det var en fare for at jeg kunne skade ungen min, hadde jeg nok søkt hjelp hos mine nærmeste. (...) Frykten med å skulle dele det med helsesykepleier grunner i at jeg ville vært redd for at jeg skulle bli straffet og fått fratatt ungen.»

André beskrev at han ikke trodde det var en eneste forelder som slår barnet sitt som kom til å fortelle om det ved helsestasjonen. Han uttrykte det slik:

«Om man skal spørre direkte «Slår du barna dine?» så stiller man et nærmest retorisk spørsmål. For uansett hva som foregår bak lukkede dører, så vil du svare nei. Du vet at det ikke er sosialt akseptert, så ingen vil svare ja på det. Og hva er verdien i spørsmålet da?»

Lars beskrev at han ville kjent på en trang til å svare raskt på et direkte spørsmål, uavhengig av ren samvittighet eller ikke. Han var redd for hvilke signaler det skulle sende til helsesykepleier om han tenkte seg om eller nølte før han svarte. Lars sa:

«Jeg tror at om man får et direkte spørsmål som «Utøver du vold mot ungene dine?» så føler du jo at du må si nei med en gang. Uavhengig av ren samvittighet eller ikke.»

André utdypet at han mente innføring av rutiner på å spørre alle foreldre direkte om de utøvte vold ovenfor barna sine, ville gjøre at helsesamtalen dreide seg om helsesykepleiers ryggdekning, og ikke om å avdekke vold og overgrep.

Informantene i studien beskrev at de oppfattet det som utfordrende at det ofte kun var en av foreldrene til stede under konsultasjonssamtalen. Ida beskrev at hun oppfattet at familier vanligvis løste innkalling til konsultasjoner, ved at det kun er en av foreldrene som følger barnet. Hun poengterte at om kun en av foreldrene møter opp, så er det bare den siden helsesykepleier får innsikt i. Katrine beskrev det slik:

«I mange saker kommer det jo frem at det er far som har utøvte vold. Så da tenker jeg det er en utfordring om far ofte ikke er med på disse timene. (...) Om bare mor er tilstede hos helsesykepleier, så vet man jo ikke om det blir tatt opp på hjemmebane, eller om det blir gjenfortalt at det blir tatt opp.»

Katrine beskrev at hun tenkte det ville bli annerledes om fedre hadde blitt inkludert på en annen måte. For eksempel ved at fedre ble forpliktet til å møte opp til konsultasjon. Ida fortalte at hennes mann ikke ønsket å bli med til helsestasjonen, i frykt for at hans opplevelser med vold i barndommen, skulle vekke bekymring hos helsesykepleier. Eva sa at hun også møtte alene til konsultasjonene ved helsestasjonen, og at hun opplevde at helsesykepleier ønsket at begge foreldrene skulle møte sammen til konsultasjon. Hun sa:

«Faren til ungene har ikke vært med på noen av konsultasjonene. Og helsesykepleier har virket veldig interessert i at han skal bli med til helsestasjonen. Forrige gang vi var på konsultasjon sa hun «Kanskje han blir med neste gang!».»

Tillit i relasjonen mellom foreldre og helsesykepleier ble i flere sammenhenger nevnt da informantene delte sine opplevelser om å snakke om vold og overgrep. André sa at samtaler om temaet ikke kunne utrette noe, med mindre det allerede var tillitt i relasjonen mellom foreldrene og helsesykepleier. Han mistenkte at økt fokus på å avdekke vold og overgrep ved

helsestasjonen, ville kunne utfordre at tillit ble etablert mellom foreldrene og helsesykepleieren. André sa:

«Jeg tenker at den viktigste rollen helsestasjonen har er å trygge foreldrene, og at det største målet må være å bistå og trygge foreldrene. For kanskje har de ikke et nettverk rundt dem som gjør den jobben, og da må man være obs på hva slike temaer som vold kan gjøre med tillitsfølelsen til helsestasjonene. (...) Er det ikke et tillitsforhold der, kan ikke tematiseringen ha noe effekt på å forebygge vold.»

Flere deltakere beskrev at en god relasjon til helsesykepleier påvirket deres holdning til å skulle snakke om vold og overgrep. Foreldrene uttrykte at tillit i relasjonen gjorde dem komfortable med å skulle respondere da helsesykepleier var direkte i tilnærmingen til temaet. To deltakere beskrev at de var komfortabel med å skulle svare ærlig på direkte spørsmål om parforholdet, egen barndom og utfordringer i foreldrehverdagen. Ida beskrev at hun gjennom en to år lang relasjon med helsesykepleier kjente på tillit, og at det var en forutsetning for at hun hadde blitt mer åpen om hvordan de hadde det hjemme. Ida sa:

«Jeg stoler såpass på helsesykepleieren som har fulgt meg så lenge, at jeg har kommet mer inn i tankegangen om å prate om det.»

Katrine beskrev at tilliten mellom henne og helsesykepleier gjorde henne komfortabel med å skulle svare på direkte spørsmål om grensesettingssituasjoner. Hun fortalte at spørsmålene helsesykepleier stilte innledet til at de snakket og tenkte sammen om det hun fortalte. Hun beskrev at hun synes det var greit å få spørsmål om hun ble irritert på barnet sitt:

«Jeg synes egentlig det var ganske greit da hun ved forrige konsultasjon spurte ganske direkte om jeg ble irritert på barnet, vi har snakket jevnlig i to år nå.»

I intervjuene kom det frem at deltakerne oppfattet helsesykepleier som varsom og lite direkte, og at dette kunne være en utfordring i samtaler om vold og overgrep. Katrine beskrev at hun oppfattet helsesykepleier som forsiktig og ikke-anklagende i måten hun gikk frem på. Lars beskrev også helsesykepleiere som forsiktige generelt:

«De helsesykepleierne vi har vært i kontakt med har vært veldig klassiske helsesykepleiere; veldig forsiktige, runde i kantene og jeg har ikke opplevd de som veldig direkte.»

Lars beskrev at han ikke hadde oppfattet at vold og overgrep hadde blitt snakket om i stor grad til han og hans kone i konsultasjonssamtalene. Han sa:

«Det har blitt nevnt på en diffus måte. (...) Dette med vold og overgrep ble nok pakket litt inn og nevnt i en bisetning, hvor det ble oppmuntret til at vi skulle si noen ord om det og dele noen tanker.»

Lars sa han skulle ønske helsesykepleieren hadde vært litt mer direkte og tydeligere. Han skulle ønske helsesykepleieren kunne si det som det er. Han utdypet at han ikke opplevde en direkte tilnærming som overstyrende, men at det kunne skape trygghet i samtalesituasjonen. Han sa at om helsesykepleier var mer tydelig på hva han eller hun ønsket å snakke om, ville det kunne være enklere for foreldre å delta i samtalen. Han sa:

«Vi har nesten ikke oppfattet at det har blitt snakket om. Det har blitt nevnt på en diffus måte. Så da tenker jeg jo at da er det jo ikke sikkert at man skjønner hva helsesykepleier skal frem til.»

En annen deltaker beskrev at han fryktet en tydelig og direkte tilnærming til temaet vold og overgrep, ville kunne skremme usikre foreldre. André mistenkte at helsesykepleiers direkte, utforskende spørsmål, spesielt om grensesettingssituasjoner, kunne føre til at foreldre opplevde helsesykepleier som kritisk. Han var redd for at resultatet kunne bli at foreldre går fra konsultasjonen med et ubehag og en opplevelse av å ikke mestre foreldrerollen. André beskrev videre at spørsmål foreldre kunne oppleve som kritiske, kunne sette kiler der det allerede var en usikkerhet.

6 Diskusjon

Dette kapittelet er delt inn i to deler. Delkapitlene har studiens to forskningsspørsmål som overskrift:

1. «Hvilke reaksjoner ble vekket hos foreldrene da helsesykepleier tematiserte vold og overgrep?»
2. «Hvilke overordnede refleksjoner gjør foreldre seg om å samtale om vold og overgrep?»

I første delkapittel vil funn som omhandler foreldrenes reaksjoner knyttet til å samtale om vold og overgrep drøftes. I andre delkapittel vil funn som omhandler foreldrenes overordnede

refleksjoner om å snakke om vold og overgrep diskuteres. Studiens funn blir diskutert med utgangspunkt i tidligere forskning og teori presentert i teorikapittelet.

6.1 Hvilke reaksjoner ble vekket hos foreldrene da helsesykepleier tematiserte vold og overgrep?

I studien kom det frem at foreldre opplevde usikkerhet og frykt knyttet til å dele informasjon med helsesykepleier da temaet vold og overgrep ble tatt opp. Det kan tolkes at foreldrene var bevisst helsesykepleiers rolle i arbeidet med å identifisere voldsutsatte barn. Foreldrene i studien fryktet at helsesykepleier skulle tolke utsagnene deres i retning av at barnet deres ikke mottok god nok omsorg. Deltakerne var bevisst muligheten for at helsesykepleiers mistanke kunne resultere i en bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Dette understøttes i Hjelmseth og Aunes (2018) studie. De hevder at helsepersonell opplever at foreldre vegrer seg for å snakke om hjemmesituasjonen og foreldrerollen, og at dette kan knyttes til foreldrenes frykt for kommunikasjon med barnevernstjenesten. Foreldrenes frykt kan forstås som en bevissthet om helsesykepleiers mulighet for å overprøve deres makt, om han eller hun fatter mistanke om at barnet blir utsatt for omsorgssvikt eller mangler i omsorgen.

Foreldrene i studien mistenkte at helsesykepleier vurderte og tolket utsagnene deres under konsultasjonssamtalen. Foreldrene uttrykte at følelsen av å bli vurdert vakte usikkerhet hos dem. En deltaker sa at hun trodde helsesykepleiere i stor grad observerte hvordan foreldre reagerer når de svarer på spørsmål. Foreldrenes usikkerhet knyttet til å bli vurdert, kan forstås som en visshet om at helsesykepleier observerer i den hensikt å avdekke at barnet er utsatt for vold eller overgrep. Dette kan betraktes i sammenheng med Foucaults utleggelser om det profesjonelle, observerende blikket. Foucault kaller dette blikket for *gaze* (Neumann, 2009; Clancy, 2015). Helsesykepleier skal i sin funksjon ved helsestasjonen, benytte sine fagkunnskaper i å observere barnet og familien, for å avverge og avdekke forhold som kan tyde på vold og overgrep (Helsedirektoratet, 2019). Det kan tolkes at foreldrene knyttet usikkerhet til å bli observert og vurdert, og fryktet for å bli mistenkt for å ikke gi god nok omsorg til barna sine. Clancy (2015) skriver at helsesykepleiers arbeid preges av mer enn et observerende og registrerende blikk. Like viktig i arbeidet med å fremme helse er omsorgsblikket og helsesykepleiers støttende og beskyttende funksjon (Clancy, 2015).

Deltakerne i studien fryktet at helsesykepleier feilaktig skulle fatte mistanke om at barnet deres var offer for vold og overgrep. Dette skapte usikkerhet hos foreldrene. I konsultasjonssituasjonen skal helsesykepleier basert på fagkunnskap vurdere samspillet

mellom barnet og foreldrene, barnets tilknytningsatferd og foreldrenes tilnærming til barnet. Neumann (2009) skriver at helsesykepleier ofte står i komplekse vurderingssituasjoner i møtet med foreldre og barn. Normalspektret er bredt, og helsesykepleier står i situasjoner hvor det skal vurderes om avvikende atferd skyldes alvorlige bakenforliggende årsaker, som ulike former for vold, eller om det er situasjonen som skapes i konsultasjonssituasjonen som er årsaken til avvikende atferd. Grensen for hva som er graderende bekymringsfull atferd oppleves ikke klar, noe som kan gjøre helsesykepleier usikker. Neumann (2009) hevder at helsesykepleier i utøvelse av faglig skjønn beveger seg mellom det profesjonelle og det personlige. Helsesykepleier observerer og vurderer ut fra sin profesjonelle fagkunnskap, men også basert på tidligere erfaringer og referanserammer fra eget liv (Neumann, 2009). I samtaler om sensitive tema, kan helsepersonell ha et ønske om å vise til objektive argumenter, for å unngå at deres utsagn skal misforstås som subjektive normer og verdier (Schols mfl., 2013). Deltakernes frykt kan forstås som en visshet om at faglig skjønn ikke bare er forankret i fagkunnskap, men også i menneskelige vurderinger.

Deltakerne i studien beskrev at de opplevde et stemningsskifte da helsesykepleier tok opp temaet vold og overgrep, og at dette påvirket samtaledynamikken under konsultasjonen. En deltaker beskrev at en mor i barselgruppen hadde reagert med å bli overrasket da helsesykepleier under en gruppekonsultasjon snakket om filleristing av spedbarn. Gjennom Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjoner, foreligger det en generell bestemmelse om at vold og overgrep skal inngå som fokusområde i samtlige konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019). Ifølge Foucault (1999) utøver helseinstitusjoner statlig makt mot befolkningen, i den hensikt å beskytte helse og forebygge sykdom i befolkningen. Det foreligger altså en statlig, generell bestemmelse om at helsestasjonen er en arena hvor helsepersonell skal være oppmerksom på at barn blir, eller vil kunne bli, utsatt for vold, overgrep eller omsorgssvikt. Det at foreldrene opplever et stemningsskifte og at samtaledynamikken ble preget, kan forstås da samtaler om vold og overgrep skilte seg fra de andre temaene de snakket om på helsestasjonen.

Deltakerne knyttet usikkerhet til hvorfor helsesykepleier tok opp temaet med dem. Denne usikkerheten preget samtaledynamikken under konsultasjonen. Den helsefremmende ideologien er i stor grad basert på deltakelse og myndiggjøring. Dette fordrer at foreldrene aktiveres som en selvstendig aktør i veien mot bedre helse for familien. Essensielt i den helsefremmende ideologien, er å styrke individets tillit til egne ressurser og mestringsevne (Kvarme, 2007). I dette ligger det teoretiske føringer for at helsesykepleier vil forsøke å

opprette dialog med foreldrene om temaet vold og overgrep. Dette for å kunne dele kunnskap og igangsette refleksjoner hos foreldrene som vil kunne forebygge vold og overgrep i familien. Imidlertid kan foreldrenes usikkerhet knyttet til hvorfor helsesykepleier ville snakke med dem om vold og overgrep, forstås som en utfordrende faktor for at dialog om temaet opprettes. Og dermed en utfordrende faktor i helsesykepleiers intensjon om å aktivere foreldrene som del av det helsefremmende arbeidet.

Informantene i studien sa at temaet vold og overgrep skilte seg fra de rutinebaserte, mer problemløsende og støttende samtale de hadde ved helsestasjonen. Informantene sa at de hadde en oppfatning av at helsestasjonens viktigste funksjon var å støtte og trygge foreldre. Deltakerne sa de mistenkte at tematiseringen av vold og overgrep nettopp kunne truet det de anså som helsestasjonens viktigste oppgave. Dette kan betraktes i sammenheng med funn fra en studie som undersøkte helsesykepleieres erfaringer med foreldreveiledningsverktøyet International Child Development Programme (ICDP). Studien viste at helsesykepleiere er opptatt av å anerkjenne foreldre og hva de mestrer i foreldrerollen (Sandvik mfl., 2018). Helsesykepleiere rapporterte at de hadde en oppfatning av at støtte og anerkjennelse var essensielt for å komme i posisjon til å kunne veilede foreldrene, også i situasjoner der de observerte utfordringer i samspillet i familien. Dette viser at helsesykepleiere ved helsestasjonen generelt setter helsefremmende prinsipper høyt i møte med foreldre. Funnene i denne studien synliggjør utfordringen det er å skulle snakke om vold og overgrep på en slik måte at foreldre opplever bekreftelse og anerkjennelse, og samtidig forstår at hensikten er å hjelpe om det er nødvendig.

Deltakerne i studien beskrev at de fornemmet et ubehag hos helsesykepleier under samtaler om vold og overgrep, og at dette kunne gjøre dem usikre i situasjonen. Dette funnet vitner om at foreldrene observerte helsesykepleiers verbale og nonverbale signaler, og tolket sine observasjoner som tegn på ubehag. Foreldrenes opplevelse av at helsesykepleier lot seg prege følelsesmessig av å skulle snakke om vold og overgrep, kan sammenlignes med studiefunn presentert av Saunamäki og Engström (2014). Saunamäki og Engström (2014) skriver at sykepleiere kjenner på motstridende emosjoner knyttet til å skulle snakke om sensitive temaer (her seksualitet) med pasienter. Sykepleiere i studien rapporterte at de kjente på ansvarsfølelse for å snakke om sensitive temaer, men at de samtidig følte forlegenhet og frykt knyttet til det. Foreldrenes fornemmelse av at helsesykepleier lot seg følelsesmessig prege av situasjonen, støttes også av studiefunn som viser at helsepersonell selv er bevisst over at de lar seg påvirke av følelser når de skal ha vanskelige samtaler med pasienter (Luff mfl., 2016).

Foreldrene hadde en mistanke om at helsesykepleier var pliktig til å snakke om vold og overgrep, og at de hadde en oppfatning av at det måtte være utfordrende for helsesykepleier å kjenne på balansen mellom å veilede og å anklage foreldre under tematiseringen. Studiens funn kan tyde på at foreldrene hadde en forståelse for helsesykepleiers utfordringer i å innfri sine plikter, og på samme tid unngå en fremtoning som uttrykte anklage ovenfor foreldrene. Sett i perspektiv av Foucaults fremstilling av statlig makt, kan vi betrakte at helsesykepleier, som i likhet med foreldrene, er underlagt statlig makt. I lys av Foucaults tenkning illustrerer Clancy (2015) at helsesykepleiere befinner seg i et krysningspunkt mellom den generelle statlige maktstrukturen rettet mot befolkningen, og sin egen individuelle påvirkningsmakt i konsultasjonen. Helsesykepleiers virke ved helsestasjonen er underlagt statlige bestemte retningslinjer, som legger føringer og plikter for hvordan han eller hun skal arbeide i møtet med barn og foreldrene. Det kan være utfordrende for helsesykepleier å gjennomføre en samtale om vold og overgrep, når han eller hun samtidig skal anerkjenne foreldrene og vise dem tillit.

Informantene i studien benyttet ofte ordet «man», fremfor «jeg», «han/hun» og «vi» da de beskrev sine opplevelser av å samtale om vold og overgrep. Også da foreldrene beskrev konkrete reaksjoner på hva de hadde opplevd under samtaler om temaet, benyttet de ofte «man». Jeg tolker at dette funnet bærer et latent innhold. Graneheim og Lundman (2004) skriver at det latente innholdet i materialet handler om tekstens underliggende budskap. Ved å bruke pronomenet «man», unngikk foreldrene å binde opplevelsen de beskrev til et nøyaktig subjekt. Om foreldrene hadde benyttet ordet «jeg» eller «han/hun» da de refererte til helsesykepleier eller helsepersonell, ville dette bundet informasjonen de delte til et bestemt subjekt. Informasjonen ville da bli knyttet til dem selv direkte, eller til helsesykepleieren de hadde hatt kontakt med. Deltakerens ordvalg kan forstås som en måte å skape distanse til de delte erfaringene. Dette funnet kan betraktes i sammenheng med foreldrenes beskrivelser av at de generelt knyttet usikkerhet til å skulle snakke om vold og overgrep. Foreldrenes ordvalg kan også betraktes som en måte å gjøre opplevelsene representativt for flere enn seg selv. Ved å bruke ordet «man» kan de gjøre reaksjonene sine relevant eller gjenkjennbar for andre foreldre.

6.2 Hvilke overordnede refleksjoner gjør foreldre seg om å samtale om vold og overgrep?

Studiens funn tilsier at foreldre ved helsestasjonen er opptatt av det de oppfatter som fordeler og ulemper ved å skulle samtale om vold og overgrep ved helsestasjonen. Foreldrene viste

innsikt i kompleksiteten ved å skulle implementere et tema de anså som nødvendig, men som de mistenkte potensielt kunne medføre utfordringer og negative konsekvenser.

Foreldrene i studien beskrev at det gjorde inntrykk på dem da det ble satt ord på at vold mot barn faktisk skjer. En deltaker sa at hun gjennom samtaler med helsesykepleier, var blitt mer bevisst på at vold skjer i situasjoner der man mister fatningen og følelsene tar overhånd. Hun beskrev samtaler som dette som oppklarende og relevant for henne som mor. Deltakeren sa at samtalen fikk henne til å reflektere over episoder der hun kjente på sinne og frustrasjon i situasjoner med barnet sitt. Hun reflekterte over å ha «stoppere» (hjelpsomme verktøy) i utfordrende situasjoner der følelser tok overhånd. Dette kan betraktes i sammenheng med Antonovskys (1996) utleggelser om at veien til god helse avhenger av opplevelse av sammenheng. Lindström og Eriksson (2015) skriver at opplevelse av sammenheng omhandler tre dimensjoner; evnen til å forstå og vurdere en situasjon (begripelig), evnen til å nyttiggjøre seg av de ressurser man innehar (håndterbart) og opplevelsen av mening i situasjonen (meningsfylt). Deltakerens utsagn kan forstås som uttrykk for forståelse i hvorfor vold mot barn skjer (begripelig), en bevisstgjøring av hvilke ressurser hos henne som kan iverksettes for å unngå vold mot eget barn (håndterbart) og opplevelsen av at hun evner å kunne håndtere situasjonen (meningsfylt). Antonovsky (1996) skriver at opplevelse av sammenheng handler om å finne mening i tilværelsen. Deltakeren reflekterte over å ha «stoppere» i utfordrende situasjoner. Dette kan ses i sammenheng med det Lindström og Eriksson (2015) skriver om at opplevelse av sammenheng bidrar til en indre tillit og trygghet til at man innehar tilstrekkelige ressurser og evner å bruke de på en helsefremmende måte.

Deltakerne i studien beskrev at de opplevde at samtaler om vold og overgrep igangsatte refleksjoner om egen foreldreutøvelse. Foreldrene beskrev at de opplevde det som nyttig å snakke med helsesykepleier om hvordan de kunne handle trygt når de kjente at sinne og frustrasjon tok overhånd. Dette funnet kan ses i sammenheng med en studie som undersøkte effekten av et voldsforebyggende foreldreveiledningsprogram. Programmet innebar å gi foreldre kunnskap om sinnehåndtering og alternativer til å løse problematferd hos barn. Studien viste en sammenheng mellom gjennomført veiledningsprogram og at foreldre i mindre grad utøvet fysisk voldelig disiplinering av barna sine (Knox mfl., 2011).

Foreldrene i studien sa de var fornøyd med at helsesykepleier normaliserte at forelder kan oppleve å bli overveldet over egne følelser i utfordrende situasjoner. Deltakerne beskrev at de opplevde det som betryggende at dette ble normalisert. Informantene fortalte at

helsesykepleier hadde foreslått strategier for å håndtere utfordrende følelser som sinne, irritasjon eller fortvilelse om barnet gråt uavbrutt eller ikke ville sove. Foreldrene sa at de ble rådet til å legge barnet på et trygt sted, og ta en pause noen sekunder for å samle seg. De beskrev det som hjelpsomt at de hadde fått konkrete råd, og at de hadde benyttet seg av dem. Deltakerne beskrev at de hadde en oppfatning av at denne samtalen var et voldsforebyggende tiltak, da de opplevde at rådene hjalp dem til å være forberedt til å handle trygt i situasjoner der de kjente at følelsene tok overhånd. Sett i perspektiv av helsefremmende tenkning, kan foreldrenes beskrivelser forstås som at de opplevde denne delen av tematiseringen som mestringsfremmende. Lindström og Eriksson (2015) forklarer at helsefremmende prosesser dreier seg om å ta kontroll over, og bevisst bruke ressurser til å styrke egen helse. Foreldrene forklarte at de hadde nyttiggjort seg av kunnskapen de fikk ved helsestasjonen.

Deltakerne beskrev at de var villige til å gjennomgå ubehagelige samtaler, om det var det som skulle til for at vold og overgrep mot barn ble avdekt og avverget. Foreldrene sa at om helsepersonell ikke kan identifisere hvem det var nødvendig å snakke om vold og overgrep med, var det nødvendig at alle foreldre måtte gjennom det. Deltakerne beskrev at samtaler om vold og overgrep var noe man måtte tåle når man ble foreldre, da de oppfattet det som svært viktig at voldsutsatte barn ble identifisert. Det kan tyde på at foreldrene satte barns behov for beskyttelse over sitt eget velbehag. Dette funnet kan betraktes i perspektiv av rettslige normer som regulerer foreldre og barns liv. Foreldrenes refleksjoner om at barnets behov for beskyttelse må settes høyere enn foreldres behov, gjenspeiles i rettslige føringer som regulerer foreldreskapet. I Barneloven presiseres det at foreldreansvaret omfatter en plikt til å utøve omsorg og omtanke for barnet (Barneloven, 2017, § 30). Det presiseres i loven at foreldreansvaret skal utøves til det beste for barnet ut fra dets interesser og behov. Studiens funn kan tyde på at foreldrene var bevisste at samtaler om vold og overgrep foregikk i den hensikt å ivareta barns behov for beskyttelse og omsorg. Deltakernes refleksjoner om at de var villige til å gjennomgå ubehagelige samtaler, kan forstås som at de så på dette som en del av hva foreldreansvaret innebar. Foreldrenes refleksjoner kan også forstås som en overordnet aksept for hvorfor vold og overgrep inngår som tema på helsestasjonen.

I studien kommer det frem at foreldrene undrer seg over hvor mye informasjon de kunne dele med helsesykepleier, uten at det resulterte i konsekvenser som kunne true familielivet. Funnet viser at foreldre kan tilbakeholde informasjon under konsultasjonen, for å opprettholde kontroll. Deltakerne beskrev at de var usikre på om foreldre ville være åpne og ærlige med helsesykepleier når temaet vold og overgrep ble tatt opp. De tvilte på at foreldre som hadde

personlige erfaringer med vold og overgrep, ville våge å være åpen om det. En deltaker beskrev at hennes partner ikke våget å være åpen om erfaringer med vold i egen barndom. Da han var redd for at informasjonen ville kunne sette han i et dårlig lys i helsesykepleierens øyne. Om foreldre velger å ikke svare ærlig på spørsmål, eller velger å tilbakeholde informasjon de anser som sensitiv for helsesykepleier, kan det betraktes som utøvelse av motstandsmakt. Ifølge Foucault vil det alltid vokse frem motstandsmakt der det utøves makt (Heede, 1997). Clancy (2015) skriver at foreldre kan utvikle motstandsstrategier for å unngå sammenstøt og uoverensstemmelser med helsesykepleier. Foucault (1999) beskriver at individet yter motstand når de føler seg truet. Tilbakeholdenhet av informasjon, som foreldre frykter kan vekke mistanke hos helsesykepleier, kan forstås som en motstandsstrategi. Ved å unngå å dele informasjon, påvirker foreldrene muligheten for at helsesykepleier skal kunne fatte mistanke, og eventuelt gå videre med sin bekymring.

Foreldres motstandsstrategier kan medføre at helsesykepleier ikke får informasjon om foreldrenes omsorgserfaring som barn, erfaringer med vold tidligere i livet eller andre faktorer som kan indikere veilednings- eller hjelpebehov. Clancy (2015) skriver at foreldre har kjennskap til hva som aksepteres og anerkjennes, og hva de burde holde skjult ovenfor helsesykepleier. Foreldres frykt for å sette seg selv i et dårlig lys, kan dermed potensielt medføre at helsesykepleier ikke får kartlagt informasjon som er viktig for å tilpasse et tjenestetilbud til den enkelte familie.

Foreldrene i studien sa at de betvilte effekten av å skulle spørre foreldre direkte om de utøvet vold mot barna sine. Dette står i kontrast til utleggelsler hvor det hevdes at det vil kunne være virkningsfullt å systematisk spørre alle foreldre om de utøver vold mot barna sine (Strand, 2018; Hansen, mfl., 2019). Deltakerne i studien sa at de tvilte på at foreldre som utøvet vold mot barna sine ville være ærlig og åpen om det. Deltakerne beskrev at foreldre som utøvet vold ville holde tett, på grunn av at de hadde kjennskap til at vold mot barn var straffbart, og at det kunne medføre at barnet ville bli fratatt dem. En mor sa at hun ville søkt hjelp hos sine nærmeste, fremfor hos helsesykepleier ved helsestasjonen. Nettopp på grunn av de juridiske følgene det ville kunne medføre. Dette viser at foreldre har en visshet om at informasjon som deles ved helsestasjonen, vil bli vurdert jamfør lovgivning. Helsesykepleier er underlagt Helsepersonelloven §33, som forplikter helsepersonell til å melde fra til barnevernstjenesten om en har grunn til å tro at barnet blir eller vil bli utsatt for omsorgssvikt eller betydelig mangel i den daglige omsorgen (Helsepersonelloven, 2018, §33). Helsesykepleier er også pliktig, uavhengig av taushetsplikt, til å søke å avverge en straffbar handling (Straffeloven,

2019, § 196). Studiens funn tyder på at foreldres visshet om mulige juridiske konsekvenser og muligheten for å miste foreldreansvaret, vil kunne utfordre sannsynligheten for at helsepersonell kan forvente ærlige svar på direkte spørsmål om vold.

Deltakerne opplevde helsesykepleier som varsom og lite direkte under samtaler om vold og overgrep. Foreldrene beskrev at helsesykepleier gikk frem på en forsiktig, ikke-anklagende måte. Dette kan betraktes i sammenheng med funn som tilsier at helsesykepleiere er opptatt av å ikke opptre kritisk eller belærende ovenfor foreldre (Sandvik mfl., 2018).

Helsesykepleiere anser det som viktig å gi anerkjennelse av det foreldrene mestrer i foreldrerollen for å komme i posisjon til å kunne veilede (Sandvik mfl., 2018).

Helsesykepleierne som deltok i denne studien trekker frem sentrale elementer i den helsefremmende ideologien som viktig i arbeidet sitt. Å bevare en god relasjon, preget av anerkjennelse og ros av foreldre syns å være viktig for helsesykepleiere (Sandvik mfl., 2018). Om det foreligger statlige føringer for at helsesykepleier skal tematisere vold og overgrep med alle foreldre, kan det oppleves utfordrende for dem. Spesielt om helsesykepleiere vanligvis er opptatt av å ikke opptre for intervensjoner i møte med foreldre, for å bevare tilliten (Neumann, 2008).

Foreldrene i studien opplevde samtaler om vold og overgrep som diffus og «pakket inn».

Foreldrene beskrev at de opplevde helsesykepleier som lite direkte under samtalen.

Studiefunn viser at helsepersonell kan kjenne på usikkerhet rundt egne

kommunikasjonsferdigheter i samtaler med foreldre om vanskelige temaer (Schols mfl.,

2013). Helsepersonell som deltok i overnevnte studie beskrev at de unngikk å bruke

belastende ord, som «vold» og «barnemishandling», men at de likevel ønsket å være tydelig.

Det kan oppleves utfordrende for helsesykepleier å finne de riktige ordene under samtaler om vold og overgrep, uten å opptre for granskende og anklagende ovenfor foreldrene. En studie beskriver at helsepersonell forberedte seg til utfordrende samtaler ved å se for seg hva de selv opplevde som viktig å formidle til familien, og samtidig så for seg hva familien foretrakk å høre (Luff mfl., 2016).

En deltaker i studien sa at han ønsket at helsesykepleiere kunne være mer direkte i

fremtoningen under samtaler om vold og overgrep. Han mente at helsesykepleiere også

generelt kunne være mer direkte. Han forklarte at en diffus tilnærming til temaet, kunne føre

til at foreldre ikke oppfattet at helsesykepleier snakket om vold og overgrep. Han beskrev at

han ikke opplevde det som truende eller overstyrende, om helsesykepleier stilte direkte

spørsmål. På den andre siden, uttrykte en annen deltaker at han var kritisk til at helsesykepleiere opptrådte for direkte. Han sa at foreldre kunne tolke direkte spørsmål, som omhandlet barnets temperament og grensesetting, som kritikk. Deltakeren trodde en slik direkte tilnærming kunne føre til at foreldre ble usikker på seg selv i foreldrerollen og true tilliten i relasjonen mellom foreldrene og helsesykepleier. Disse funnene illustrerer at foreldre ved helsestasjonen har ulike refleksjoner om hvordan helsesykepleier bør tilnærme seg temaet vold og overgrep. I dette ligger det en utfordring for helsesykepleier å tilnærme seg den enkelte forelder. Clancy og Svensson (2010) skriver at det kreves dømmekraft av helsesykepleier i å vurdere om en direkte tilnærming til foreldre burde tones opp eller tones ned.

Deltakerne løftet frem at en god relasjon til helsesykepleier over tid, innvirket på deres holdning til å skulle snakke om vold og overgrep. Noen av foreldrene beskrev at de følte tillit til helsesykepleier, og at de var bekvem med å skulle svare på spørsmål om egen barndom, parforholdet og utfordringer i foreldrehverdagen. En deltaker beskrev at tilliten var årsaken til at hun fortalte om utfordringer hun opplevde i foreldreskapet, og at hun og helsesykepleier snakket og tenkte sammen om mulige strategier for å mestre utfordringene. Disse funnene kan tyde på at tillit er en forutsetning for at foreldrene kjenner seg komfortabel med å snakke åpent med helsesykepleier. Deltakernes beskrivelser av at relasjonen mellom dem og helsesykepleier var viktig, kan forstås som en oppfatning av at tillit genererer åpenhet og deltakelse. Dette kan sammenlignes med Aarhun og Akerjordets (2014) studiefunn, som viser at foreldres opplevelse av en god relasjon, preget av tillit og gjensidig avhengighet, var avgjørende for deres holdning til å skulle delta i samhandling med helsepersonell.

Det kan forstås som at foreldrene satte tillit som en forutsetning for at de opplevde det som greit at helsesykepleier møtte de med en tydelig fremtoning, og stilte de direkte spørsmål om barnets temperament og grensesettingssituasjoner. En annen deltaker beskrev at en direkte tilnærming kunne virke truende på foreldre, og føre til redusert tillit i relasjonen. Han sa at om det i utgangspunktet ikke lå en tillit i bunn, ville ikke samtaler om vold og overgrep forebygge vold mot barn. Foreldrenes synspunkter illustrerer et paradoks. Tillit ser ut til å være en forutsetning for at foreldrene opplevde det som greit at helsesykepleier var direkte da temaet ble tatt opp. Samtidig uttrykker foreldre at tilliten kan trues om helsesykepleier har en direkte tilnærming til temaet. Dette kan ses i sammenheng med funn som tyder på at foreldre foretrekker at helsesykepleier har en direkte og tydelig tilnærming i kommunikasjonen med dem, men at dette avhenger av at tillit (Clancy & Svensson, 2010). Clancy og Svensson

(2010) skriver at en god relasjon ikke bare opprettholdes ved at helsesykepleier opptrer ydmyk og anerkjennende ovenfor foreldrene. De skriver at en god relasjon styrkes av ærlighet og tydelighet, men at dette forutsetter tillitt. Studiens funn tyder på at en god, tillitsfull relasjon mellom foreldre og helsesykepleier er en forutsetning for åpen og direkte kommunikasjon dem imellom. Samtidig beskrev foreldrene i studien at temaet vold og overgrep kan utløse usikkerhet hos dem, og at dette kan utfordre tilliten dem imellom.

7 Metodediskusjon

Fordelen ved å gjennomføre kvalitative forskningsintervju er at jeg fikk tilgang til datamateriale som har utgangspunkt i småbarnsforeldres egne beskrivelser av opplevelser og refleksjoner knyttet til tematisering av vold og overgrep på helsestasjonen. Malterud (2017) beskriver at kvalitativt forskningsintervju er egnet dersom hensikten er å utforske menneskers erfaringer, opplevelser, meninger og oppfatninger. Ved å velge individuelle intervju, fremfor fokusgruppeintervju, unngikk jeg at deltakerne lot seg påvirke eller begrense av hverandre i intervjusituasjonen. Ifølge Malterud (2017) kan gruppesammensetningen i fokusgrupper påvirke hva informantene deler. Vold og overgrep er et sensitivt emne, og jeg ønsket derfor å forebygge at informantene skulle føle det belastende å gjennomføre intervjuene. Jeg ønsket heller ikke at informantene skulle utelukket å dele enkelte opplevelser eller refleksjoner, på grunna av at det skilte seg fra majoritetens ytringer. Observasjonsstudier ble ikke valgt som forskningsmetode, da jeg anså det som utfordrende å skulle kunne besvare studiens problemstilling basert på observasjoner.

Utvalget besto av et relativt lite antall deltakere, noe som gir begrensninger i mengde og variasjon i datamaterialet. I utgangspunktet søkte jeg flere deltakere, men lyktes ikke å rekruttere flere innenfor tidsrammen jeg hadde. Siden jeg er uerfaren i å gjennomføre intervju og analyse av datamateriale, kan studiens begrensede utvalg betraktes som både en styrke og en svakhet. Studiens begrensede utvalg har resultert i funn som ikke er statistisk representativt for mangfoldet av foreldre som benytter seg av helsestasjonstjenesten. Dermed vil dette påvirke studiens troverdighet og gyldighet. På den andre siden kan det begrensede utvalget gi dybdeforståelse og ha gjort at jeg evnet å håndtere analysen av materialet.

Sammensetningen av utvalget vil påvirke studiens funn. Et homogent utvalg vil kunne gjøre det vanskelig å få tilgang til et variert materiale med nyanser som vil kunne frembringe ny kunnskap (Malterud, 2017). Deltakerne i utvalget hadde både likhetstrekk, men også

ulikheter. Utvalget besto av både kvinner og menn, aleneforsørgere, par og foreldre som hadde gjennomgått brudd. Dette kan ha påvirket at jeg fikk et datamateriale med store variasjoner. Deltakerne hadde til felles at de var fra samme geografiske område, alle bodde i en mellomstor norsk by, og de var under eller hadde gjennomført høyere utdanning. Dette er homogene faktorer, som kan ha begrenset variasjoner i materialet.

Under rekrutteringsprosessen og informasjonsskrivet ble deltakerne gjort oppmerksom på studiens tema og at jeg hadde bakgrunn som helsesykepleierstudent. Dette kan ha påvirket hvilket materiale jeg fikk tilgang på i intervjuene. Eksempelvis sa flere av deltakerne at de hadde snakket sammen med partner eller kollegaer om temaet i forkant av intervjuene. En fordel med dette kan ha vært at deltakerne reflekterte over temaet i forkant, og at de dermed delte grundigere beskrivelser. På den andre siden kan dette ha ført til at foreldrene oppga svar ut fra hva de tenkte var forventet.

Kvale og Brinkmann (2015) skriver at intervjuferdigheter oppnås gjennom intervjupraksis. Intervjuprosessen kan nok kanskje ha blitt preget av at jeg er uerfaren. Underveis i intervjuprosessen fikk jeg erfaringer som gjorde at jeg justerte intervjumetoden for å få mer presise beskrivelser. I etterkant av intervjuene og analysen av dem, har jeg blitt oppmerksom på at jeg med fordel kunne redegjort tydeligere for hvor mye av det latente innholdet i intervjuet som ble bevart i transkriberingen. En tydeligere presentasjon av hvor mye av det muntlige preget som ble bevart, ville kanskje ha økt muligheten for å etterprøve studiens funn. Eksempelvis ved å presisere tydeligere hvilken kontekst sitater ble sagt i, og hvilke situasjoner deltakerne viste til. Samt ved å redegjøre for sitater der jeg fornemmet at deltakerne benyttet seg av overdrivelser, humor eller satt poenget på spissen i sine beskrivelser.

Drøfting av studiens funn har også vært preget av at det var utfordrende å samle inn tidligere forskning som direkte undersøkte foreldres perspektiv på å snakke om vold og overgrep eller andre sensitive temaer. Det var også utfordrende å finne tidligere forskning som undersøkte effekten av åpenhet rundt tabubelagte temaer som ledd i forebyggende og helsefremmende arbeid. Utvalgt forskning har likevel belyst problemstillingen indirekte, og bidratt til fruktbar diskusjon av studiens funn.

I arbeidet med å vurdere studiens metode og kvalitet, har jeg fylt ut en sjekkliste for kritisk vurdering av kvalitative forskningsstudier. Listen er utarbeidet av Helsebiblioteket (2018). Utfylling av sjekklisten er presentert i tabell 3.

Tabell 3: Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie (Helsebiblioteket, 2018)	
1. Er formålet med studien klart formulert?	Ja, studiens problemstilling er klart formulert, og det er gjort rede for hensikten ved å undersøke den.
2. Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstilling?	Ja, studien har som mål å belyse og forstå erfaringer og opplevelser.
3. Er utformingen av studien hensiktsmessig for å finne svar på problemstillingen?	Ja, utvalgsmetode, datainnsamling og analysemetode er grundig beskrevet.
4. Er utvalgsstrategien hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ja, det er gjort rede for valg av deltakere og hvorfor de ble valgt. Karakteristika ved utvalget er også beskrevet (gjennomsnittsalder, kjønn og sosioøkonomisk faktorer).
5. Ble dataen samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Ja, det går klart frem hvilken metode som er valgt og prosessene i datainnsamlingen er beskrevet (bruk av intervjuguide og lydopptaker).
6. Ble det gjort rede for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Ja, mulig påvirkning og forutinntatthet basert på egne forforståelse er vurdert.
7. Er etiske forhold vurdert?	Ja, etiske overveielser er gjort rede for, og studien er vurdert av REK og tilrådet av NSD. Informasjonsskriv, samtykkeskjema og behandling av data er i samsvar med personvernlovgivning.

8. Går det klart frem hvordan analysen ble gjennomført? Er fortolkningen av data forståelig, tydelig og rimelig?	Ja, det er gjort rede for valg av analysemetode og hvordan den trinnvis ble gjennomført. Motstridende data er også tatt med i analysen.
9. Er funnene klart presentert?	Ja, studiens funn er delt inn i to temaer og fire underliggende kategorier. Funn er diskutert opp mot studiens problemstilling. Funnene er betraktet og diskutert i lys av tidligere forskning og presentert teori. Tidligere forskningsfunn er trukket inn for å underbygge studiens funn.
10. Hvor nyttige er funnene fra denne studien?	Redegjørelser for studiens betydning for praksis og behov for videre forskning er presentert i oppgavens avsluttende kapittel (8 Avslutning)

8 Avslutning

Hensikten med denne studien var å utforske hvordan det opplevdes for foreldre når temaet vold og overgrep ble tatt opp ved helsestasjonen. Jeg ønsket å utforske hvilke reaksjoner som ble vekket hos foreldrene da helsesykepleier tok opp temaet, og hvilke overordnede refleksjoner foreldrene gjorde seg om å snakke om vold og overgrep. Jeg søkte å forstå foreldrenes beskrivelser av deres opplevelser i lys av helsestasjonens mål om å arbeide helsefremmende og forebyggende. Det var ikke et mål å trekke konklusjoner, men studiens funn kan bidra til å belyse temaets kompleksitet.

Studios funn viser at foreldre opplever usikkerhet og frykt knyttet til å dele informasjon med helsesykepleier. Foreldrene i studien fryktet at helsesykepleier skulle tolke deres utsagn i retning av at barnet deres var utsatt for vold eller overgrep. Funnene tyder på at foreldrenes frykt var knyttet til helsesykepleiers rolle i å identifisere voldsutsatte barn, og visshet i konsekvensene det kunne få om helsesykepleier fattet mistanke og gikk videre med sin bekymring. Foreldrene beskrev at de opplevde et stemningsskifte da vold og overgrep ble

tematisert, og at de fornemmet et ubehag hos helsesykepleier. De forklarte at samtaledynamikken ble preget av dette. Videre beskrev foreldrene refleksjoner om det de oppfattet som fordeler og ulemper ved å skulle samtale om vold og overgrep ved helsestasjonen. Foreldrene anerkjente tematisering av vold og overgrep som nødvendig og beskrev at de hadde utbytte av å samtale om temaet. Samtidig beskrev foreldrene at de var i tvil om foreldre som utøvet vold mot barn, ville snakke ærlig og åpent med helsesykepleier. Foreldrene var opptatte av at tillit var en forutsetning for åpenhet, men at samtaler om vold og overgrep samtidig kunne utfordre tilliten. Diskusjonen viser at samtaler om temaet vold og overgrep kan utløse motstand hos foreldrene.

8.1 Betydning for praksis

Denne studien kan tilby praksisfeltet innsikt i småbarnsforeldres opplevelse av å snakke om vold og overgrep ved helsestasjonen. Studiens funn kan være et bidrag til å få en dypere innsikt i hvordan foreldre opplever og reflekterer rundt samtaler om vold og overgrep. Funnene kan bidra til å belyse hvordan helsesykepleier snakker om vold og overgrep med foreldrene, og vil dermed kunne løfte diskusjon om hvorvidt denne praksisen er hensiktsmessig og hva den utretter. Videre diskusjon av temaet vil være viktig for å vurdere og etablere strategier for å imøtekomme helsestasjonens mål om å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt mot barn.

Studiens funn og diskusjon av disse vil kunne være nyttig å gjøre kjent for helsesykepleiere, helsesykepleierstudenter og andre i det sykepleierfaglige miljøet. Eksempelvis ved å utarbeide en fagartikkel basert på funnene og diskusjonen fra dette prosjektet. Landets utdanningssteder for helsesykepleierfag kunne dermed også hatt nytte av studiens funn.

8.2 Videre forskning

Underveis i dette prosjektet ble jeg oppmerksom på at det var utfordrende å finne forskning og litteratur som belyste studiens tema direkte. Dette vitner om at det er nødvendig å forske videre på samtaler om vold og overgrep i en helsefremmende og forebyggende kontekst. En innfallsvinkel for videre utforskning kan være å gjennomføre intervju av helsesykepleiere og annet helsepersonell, eller å foreta observasjoner av konsultasjonssamtaler der temaet tas opp. Dette vil bidra til ytterligere innsikt i samtaler om vold og overgrep, og hvilken betydning det har. Dette vil kunne være nyttig for videreutvikling av tjenestetilbudet ved helsestasjonen og i skolehelsetjenesten.

Referanseliste

Aadland, E. (2015). *Og eg ser på deg – Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. 3.oppl. Oslo: Universitetsforlaget.

Aarthun, A. & Akerjordet, K. (2014). Parent participation in decision-making in health-care services for children: an integrative review. *Journal of Nursing Management*. Vol. 22, pp.177–191.

Andrews, T. (2002). *Tvetydige ideologier og motstridende krav. En studie av endringen i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Bergen: Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen.

Andrews, T. & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift*. Vol. 12.

Antonovsky, A. (1996). The salutogenetic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*. Vol. 11(1) pp.11-18.

Barneloven. Lov 15. september 2017 nr. 1395 om foreldreansvaret og hvor barnet skal bo.

Bendiksen, L.R.L. & Haugli, T. (2018). *Sentrale emner i barneretten*. 3. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Braarud, H.C. & Nordanger, D.Ø. (2016). Når vold og overgrep infiltrerer omsorgen for små barn. I: Hansen, M.B. red. *Helsestasjonstjenesten*. 2. Opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bruusgaard, D. (2018). Konsultasjon, i: *Store norske leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sml.sn.no/konsultasjon> (Hentet: 2. april 2019).

Bufdir (2018). *Meldinger til barnevernet* [Internett]. Tilgjengelig fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/ (Hentet: 28. mars 2019).

Clancy, A. (2015). Helsesøsterkonsultasjoner fra sidelinjen – et blikk på makt og kunnskap. I: Martinsen, K. & Kjær, T. A. *Utenfor tellekantene: Essays om rom og rommelighet*. Bergen: Fagbokforlaget.

Clancy, A. & Svensson, T. (2010). Perceptions of public health nursing consultations – Tacit understanding of the importance of relationship. *Primary Health Care Research & Development*. Vol.11(4), pp.363-373.

Dahl, B.M. (2016). *The meaning of professional identity in public health nursing*. Doktoravhandling. Ålesund: Høgskolen i Ålesund.

Danielsen, E.M., Solberg, A. & Grøvdal, Y. (2016). *Kommunale helse- og omsorgstjenesters arbeid med vold i nære relasjoner. En kvalitativ intervjuundersøkelse*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (Rapport august 2016).

Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjeneste. *Forskrift 1. november 2018 om innholdet i helsestasjonstjenesten*.

Foucault, M. (1986). *The Foucault reader*. Redigert av: Rabinow, P. London: Penguin Books.

Foucault, M. (1999). *Seksualitetens historie 1: Viljen til viten*. Oversatt av: Schaanning, E. Valdres: Pax.

Gadamer, H.G. (2012). *Sannhet og metode: Grunntrekk i en filosofisk hermeneutikk*. Oversatt av: Holm-Hansen, L. & Schaanning, E. Oslo: Pax.

Graneheim, U.H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, Vol.24(2), pp.105-112.

Hansen, E.H., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G., Sollid, M.F. & Sundt-Schwebs, T. (2019). Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold. *Sykepleien*, Vol.106(e-74018) [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/11/helsesostre-har-ikke-rutinemessig-spurt-om-foreldre-utover-vold> (Hentet: 21. mars 2019).

Heede, D. (1997). *Det tomme mennesket – Introduktion til Michel Foucault*. København: Museum Tusulanums Forlag.

Helsebiblioteket (2018). *Sjekkliste for vurdering av en kvalitativ studie* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/sjekklister> (Hentet: 29. april 2020).

Helsedirektoratet (2019). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom – Helsestasjon 0-5 år* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten> (Hentet: 26. mars 2019).

Helsepersonelloven. *Lov 8. juni 2018 nr. 839 om opplysningsplikt til barnevernet*.

Hjelmseth, M. & Aune, T. (2018). Uklare rammer gjør det vanskelig å ivareta barn som pårørende. *Sykepleien forskning*, pp.21-21 [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/02/uklare-rammer-gjor-det-vanskelig-ivareta-barn-som-parorende> (Hentet: 26. mars 2019).

Isdal, P. (2018). *Meningen med volden*. 2. utg. Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K. (2004). *Sveket - Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.

Killén, K. (2008). Omsorgssvikt og barnemishandling. I: Kvello, Ø. red. *Oppvekst – Om barns og unges utvikling og oppvekstmiljø*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Knox, M.S., Burkhart, K. & Hunter, K.E. (2011). ACT Against Violence Parents Raising Safe Kids Program: Effects on Maltreatment-Related Parenting Behaviors and Beliefs. *Journal of Family Issues*, Vol.32(1), pp.55-74.

Kvarme, L.G. (2007). Forebyggende og helsefremmende arbeid. I: Glavin, I.K., Helseth, S. & Kvarme, L.G. red. *Fra tanke til handling: Metoder og arbeidsmåter i helsesøstertjenesten*. Oslo: Akribe.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Landsgruppen av helsesykepleiere (2018). *I trygge hender* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://nsf.cloud.panopto.eu/Panopto/Pages/Viewer.aspx?id=3407c1f9-7f6b-4cd8-b65e-a97300b52d52> (Hentet: 4. mars 2019).

Lem, G.H. (2016). Opplevelse, i: *Store norske leksikon* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/opplevelse> (Hentet: 2. april 2019).

Lindström, B. & Eriksson, M. (2015). *Haikerens guide til salutogenese*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Luff, D., Martin Jr., E.B., Mills, K., Mazzola, N.M., Bell, S.K. & Meyer, E.C. (2016). Clinicians' strategies for managing their emotions during difficult healthcare conversations. *Patient Education and Counseling*, Vol.99(9), pp.1461-1466.

Lundman, B. & Graneheim, U.H. (2017). Kvalitativ innehållsanalys. I: Nielsen, B. H. & Granskär, M. *Tillämpad kvalitativ forskning inom hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

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

Mæland, J.G. (2016). *Forebyggende helsearbeid: folkehelsearbeid i teori og praksis*. 4. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Neumann, C.B. (2008). Helsesøstres dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol.5(3), pp.268-277.

Neumann, C.B. (2009). *Det bekymrede blikket – En studie av helsesøstres handlingsbetingelser*. Oslo: Interface Media AS.

NAV (2019). *Om foreldrepenger* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://familie.nav.no/om-foreldrepenger#hvor-lenge-kan-du-fa-foreldrepenger> (Hentet: 2. april 2019).

Ruyter, K. (2009). *Innføring i forskningsetikk - Medisin og helsefag*. Forskningsetisk bibliotek. De nasjonale forskningsetiske komiteer. Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Medisin-og-helsefag/> (Hentet: 5. april 2019).

Sandvik, B.M, Dybdahl, R. & Hauge, S. (2018). Helsesøstre bruker program for foreldreveiledning aktivt i praksis. *Sykepleien forskning*, pp.19-19. [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/06/helsesostre-bruker-program-foreldreveiledning-aktivt-i-praksis> (Hentet: 28. mars 2019).

Saunamäki, N. & Engström, M. (2014). Registered nurses' reflections on discussing sexuality with patients: responsibilities, doubts and fears. *Journal of Clinical Nursing*, Vol.23(3-4), pp.531-540.

Schols, M.W., Ruiter, C. & Öry, F.G. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*, Vol.13(1), p.807.

St.meld. nr. 15 (2012-2013). *Forebygging og bekjempelse av vold i nære relasjoner*.

Straffeloven. *Lov 22. november 2019 nr. 1548 om plikt til å avverge et straffbart forhold*.

Strand, J. (2018). *Helsesøstre må våge å spørre om vold og overgrep* [Internett]. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/forskning/2018/09/helsesostre-ma-vage-sporre-om-vold-og-overgrep> (Hentet: 21. mars 2019).

Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H.F. & Hjemdal, O.K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol.6(1).

Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. 6. opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Waldum-Grevbo, K.S. (2018). *I trygge hender* [Internett]. Tilgjengelig på: <https://www.nsf.no/vis-artikkel/4060259/10501/%22I-trygge-hender%22> (Hentet: 4. april 2019).

WHO (1998). *The WHO Health Promotion Glossary*. [Internett]. Tilgjengelig på: <https://www.who.int/healthpromotion/HPG/en/> (Hentet: 28. april 2020).

Vedlegg

Vedlegg 1

Svarbrev fra REK

53153 Foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep i konsultasjonssamtalen

Forskningsansvarlig: UiT Norges arktiske universitet

Søker: Anne Clancy

Søkers beskrivelse av formål:

...Hensikten med studien er å få innsikt i hvordan det oppleves for foreldre når vold og overgrep tematiseres i konsultasjonen. Dette skal betraktes med utgangspunkt i helsestasjonstjenestens mål om å arbeide forebyggende og helsefremmende. Formålet er at prosjektet kan bidra til å beskrive hvilke reaksjoner det vekker og hvilke prosesser det iverksetter hos foreldre når temaet tas opp. Forskningsstudien kan derfor bidra til ny innsikt i hvilken betydning det har å tematisere vold og overgrep, sett i en forebyggende og helsefremmende kontekst. Det vil ikke være et mål å komme med konklusjoner, men å bidra til innsikter som kan belyse temaets kompleksitet.

REKs vurdering

Vi viser til skjema for fremleggsvurdering av 28.09.19

Veiledning vedrørende framleggingsplikt

De prosjektene som skal framlegges for REK er prosjekt som dreier seg om «*medisinsk og helsefaglig forskning på mennesker, humant biologisk materiale eller helseopplysninger*», jf. helseforskningsloven § 2. «*Medisinsk og helsefaglig forskning*» er i § 4 a), definert som «*virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom*». Det er altså formålet med studien som avgjør om et prosjekt skal anses som framleggelsespliktig for REK eller ikke.

Det fremgår av fremleggsvurderingen at «Hensikten med studien er å få innsikt i hvordan det oppleves for foreldre når vold og overgrep tematiseres i konsultasjonen. Dette skal betraktes med utgangspunkt i helsestasjonstjenestens mål om å arbeide forebyggende og helsefremmende. Formålet er at prosjektet kan bidra til å beskrive hvilke reaksjoner det vekker og hvilke prosesser det iverksetter hos foreldre når temaet tas opp. Forskningsstudien kan derfor bidra til ny innsikt i hvilken betydning det har å tematisere vold og overgrep, sett i en forebyggende og helsefremmende kontekst.»

Både intervjuguide og informasjonsskrivet peker i retning av at hovedformålet med prosjektet er å få innsikt i foreldres beskrivelse av hvilke reaksjoner det vekker og hvilke tankeprosesser som oppstår når temaet bringes opp.

Selv om dette er en studie på det helsefaglige område og funnene i studien indirekte vil kunne gi en helsemessig gevinst, faller ikke prosjektet inn under definisjonen av de prosjekt som skal vurderes etter helseforskningsloven.

Søknaden er fremlagt for komiteen leder.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Etter søknaden fremstår prosjektet ikke som et medisinsk og helsefaglig forskningsprosjekt som faller innenfor helseforskningsloven. Prosjektet er ikke framleggingspliktig, jf. helseforskningsloven § 2.

Med vennelig hilsen
May Britt Rossvoll
Sekretariatsleder

Vedlegg 2

Svarbrev NSD

NSD Personvern

27.09.2019 12:36

Det innsendte meldeskjemaet med referansekode 178293 er nå vurdert av NSD.

Følgende vurdering er gitt:

NSD har vurdert endringen registrert 26.09.2019.

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 27.09.2019. Behandlingen kan fortsette.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Ina Nepstad

Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 3

Har dere lyst til å bidra til rekruttering av deltakere til forskningsstudie om «Foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep i konsultasjonssamtalen»?

Dette er en forespørsel til [REDAKTERT] kommunes helsestasjoner angående hjelp til rekruttering av deltakere til en forskningsstudie som planlegges å gjennomføres høsten 2019 - våren 2020. Prosjektet skal ferdigstilles mai 2020. Forskningsstudien er et masteroppgaveprosjekt, som utgjør siste del i mastergradforløp i helsefag – studieretning helsesykepleierfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Studiens hensikt er å fremskaffe innsikt i foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep som ledd i det forebyggende og helsefremmende arbeidet på helsestasjonen. Formålet med prosjektet er å få innsikt i foreldres beskrivelse av hvilke reaksjoner det vekker og hvilke tankeprosesser det iverksetter hos dem når temaet bringes opp. For å få innsikt i dette ønsker jeg å intervju foreldre om deres erfaringer knyttet til overnevnte tema. Min forespørsel til dere på helsestasjonen er muligheten for hjelp til å dele ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til aktuelle deltakere. Jeg ønsker deltakere (mødre og fedre) som har friske barn, født til termin, i omtrentlig alder mellom 12-24 måneder. Foreldrene som deltar må ha gode norskkunnskaper. Prosjektet er godkjent av NSD – Norsk senter for forskningsdata.

Jeg ønsker at dere informerer foreldrene om at det er frivillig å delta i studien, at prosjektet ikke er i regi av helsestasjonen og at det derfor ikke er av interesse for dere at de deltar. Intervjuene er planlagt å ha en varighet på 30 til 60 minutter, og tid og sted vil bli avtalt med deltakerne. Jeg ber dere også informere foreldrene om at de vil ha mulighet for å trekke seg fra studien, uten å oppgi begrunnelse. Informasjonsskrivet som deles ut vil inneholde kontaktinformasjon slik at foreldrene kan kontakte meg eller prosjektansvarlig direkte om de har andre spørsmål knyttet til studien.

Jeg håper dere har interesse av å bidra til å rekruttere deltakere til studien.

Vennlig hilsen

Marte Madeleine Johansen, mastergradsstudent ved Norges Arktiske Universitet
(tlf:41270268, mail: marte_hansen92@hotmail.com)

Vedlegg 4

Ønsker du å delta i forskningsstudie om «Foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep i konsultasjonssamtalen»?

Hensikten med studien

Dette er en forespørsel til deg som foreldre på helsestasjon om å delta i en forskningsstudie. Forskningen gjøres i forbindelse med min masteroppgave i helsesykepleierfag ved Norges Arktiske Universitet i Tromsø. Jeg ønsker å få et innblikk i dine opplevelser av samtaler om sensitive tema på helsestasjonen. Studiens hensikt er å fremskaffe innsikt i foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep som ledd i det forebyggende og helsefremmende arbeidet på helsestasjonen. Formålet med prosjektet er å få innsikt i foreldres beskrivelse av hvilke reaksjoner det vekker og hvilke tankeprosesser det iverksetter hos dem når temaet bringes opp. For å delta i studien må du ha et friskt barn på omtrentlig 12-24 måneder og benyttet deg av helsestasjonens tjenester. Foreldre ved helsestasjoner i [REDACTED] kommune inviteres til å delta.

Hva innebærer det å delta?

Dersom du ønsker å delta i studien og gir ditt samtykke, vil jeg kontakte deg slik at vi kan avtale tidspunkt og sted for intervju. Det er planlagt at intervjuene skal finne sted i september og oktober 2019. Intervjuet vil være en samtale på varighet mellom 30 til 60 min, og jeg ønsker å ta samtalen opp på lydbånd for å sikre at jeg får med meg alt du forteller.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Personopplysninger om deg vil bli behandlet med fortrolighet. Dette innebærer at dine personopplysninger vil oppbevares og makuleres i henhold til gjeldende regler og lovverk. Det vil kun være jeg som har innsikt til ditt navn og andre personnære opplysninger. I studiens tekst vil all informasjon om deg anonymiseres slik at det ikke vil være mulig å identifisere informasjon tilbake til deg. Materialet fra intervjuet med deg og andre foreldre tas opp på lydbånd, skrives ned til tekst og analysere opp mot teori og tidligere gjennomført forskning innenfor samme tema. Arbeidet med forskningen er

planlagt å avsluttes i mai 2020. Da vil lydopptaket av intervjuene og de nedskrevne intervjuene slettes.

På oppdrag fra Norges Arktiske Universitet i Tromsø har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket. Som deltaker har du rett til å få utlevert en kopi av dine personopplysninger og få rettet og slettet personopplysninger om deg. Du kan også sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Frivillig deltakelse og mulighet for å trekke ditt samtykke

Det er frivillig å delta i studien. Om du gir ditt samtykke til å delta har du rett til innsyn i alle opplysninger som gjøres om deg. Du vil om ønskelig få mulighet til å lese intervjuet i tekstform.

Du kan velge å trekke deg om du måtte ønske uten begrunnelse. Om du velger å trekke deg, ville alle opplysninger om deg slettes.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Norges Arktiske Universitet ved prosjektansvarlig Anne Clancy (tlf: 77 05 82 54, e-post: anne.clacy@uit.no) eller mastergradsstudent Marte Madeleine Johansen (tlf:41 27 02 68, e-post: marte_hansen92@hotmail.com)
- Vårt personvernombud ved Norges Arktiske Universitet ved Joakim Bakkevold (tlf: 77 64 63 22, e-post: personvernombud@uit.no)
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS (tlf: 55 58 21 17, e-post: personverntjenester@nsd.no)

Synes du dette høres interessant ut og ønsker å delta?

Om du ønsker å delta kan du sende inn vedlagt samtykkeskjema. Returner gjerne skjemaet i rimelig tid etter du har mottatt det. Etter at jeg får tilbakesendt samtykkeskjemaet vil jeg kontakte deg for å avtale passende tid og sted for intervjuet.

Om det er noe du lurer på som ikke fremkommer i dette skrivet, kan du gjerne kontakte prosjektansvarlig eller meg:

- Anne Clancy (tlf: 77 05 82 54, e-post: anne.clacy@uit.no) eller Marte Madeleine Johansen (tlf:41 27 02 68, e-post: marte_hansen92@hotmail.com)

Vedlegg 5

Samtykke til deltakelse i forskningsstudie om «Foreldres opplevelse av tematisering av vold og overgrep i konsultasjonssamtalen»

Jeg
har lest og forstått informasjonsskrivet om studien og samtykker med dette til å delta i studien. Deltakelsen er frivillig og jeg mottar ingen godtgjørelse for å delta. Dette innebærer at jeg stiller til intervju med mastergradsstudent Marte Madeleine Johansen for å dele mine opplevelser om tematisering av vold og overgrep i konsultasjoner på helsestasjonen.

Jeg har fått informasjon om at jeg kan trekke mitt samtykke når som helst i løpet av studien.

.....
Sted, dato

.....
Signatur

.....
E-post og telefonnummer

Vedlegg 6

Intervjuguide

Bakgrunnsspørsmål:

Sivilstatus, yrke og antall barn.

Alder på yngste barn.

Innledningsspørsmål:

Kan du fortelle kort om din erfaring med å ha samtaler om sensitive tema på helsestasjonen?

Tematisering av vold og overgrep i konsultasjonen:

- Hvordan ble vold og overgrep tematisert under konsultasjonen?
- Husker du hvordan helsesykepleier innledet til temaet og hvordan opptrådte hun/han?
- Husker du på hvilket tidspunkt i konsultasjonen temaet ble tatt opp?
- Hva tenkte du da helsesykepleier tok opp temaet? (Oppfølgingsspørsmål: Ble du overrasket?)
- Hva tror du andre foreldre tenker når helsesykepleier tar opp vold og overgrep i konsultasjonen?

Hvilken betydning har tematisering av vold og overgrep:

- Hvordan var det å skulle respondere da helsesykepleier tok opp temaet?
- Slik temaet ble tatt opp, tror du foreldre som strever i foreldrerollen hadde våget å være ærlig? (Oppfølgingsspørsmål: Hva tror du må til for å kunne forvente ærlighet?)
- Hvor ille skulle hjemmesituasjonen vært før du hadde våget å åpne deg for helsesykepleier om vold og overgrep?
- Slik temaet ble tatt opp, tror du det har noe for seg? (Oppfølgingsspørsmål: Tenker du at det var relevant for deg å snakke om? Hadde det innvirkning på deg?)

Foreldrenes syn på tjenesten

- Hva tenker du om at temaet ble tatt opp? (Oppfølgingsspørsmål: Hvilken innvirkning hadde det på deg?)
- Hvilke reaksjoner tror du det kan vekke i foreldregruppen/i foreldremiljøet når vold og overgrep tematiseres på helsestasjonen? (Oppfølgingsspørsmål: Har det blitt samtale om i ditt nettverk/miljø?)

- Hvordan tror du tematisering av vold og overgrep kan påvirke foreldrenes syn på helsestasjonen?

