



Det helsevitenskapelige fakultet  
Institutt for helse- og omsorgsfag

## **I trygge hender - Et godt samtaleverktøy?**

En kvalitativ studie om helsesykepleierens erfaringer knyttet til bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender» for å forebygge vold mot sped- og småbarn

Elisabeth Johanne Hagen

Masteroppgave i helsefag, studieretning helsesykepleie, HEL-3964

November 2022

Antall ord: 24567

## Forord

Siste ord er skrevet og punktum satt. En lang og krevende periode er ved veis ende. Det har vært en humpete tur preget av oppover- og nedoverbakker, blindveier, sidespor og noen utforkjøringer. Nå når jeg er ferdig, kan jeg se meg tilbake å kjenne på stolthet og glede med å ha gjennomført, selv om jeg flere ganger tvilte på at dagen skulle komme.

Veien hit hadde ikke gått uten bidrag, støtte og motivasjon fra andre.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til alle helsesykepleierne som har delt av sin tid, og sine erfaringer. Uten dere hadde ikke denne studien kommet til.

Jeg vil takke min veileder Hilde Laholt for tilbakemeldinger, og hjelp i prosessen med å skrive denne masteroppgaven.

Jeg vil også takke familien min som har støttet meg, og kommet med gode ord gjennom denne prosessen. Guttene mine med sine morsomme kommentarer og sprell. Dere sprer glede og har bidratt med latter som har løftet meg opp, når det har følt tungt. Og ikke minst kjæresten min, som har stilt opp og sørget for at huset ikke ble nedgrodd av skittenklær og rot, og bidratt med hjelp, støtte og motivasjon. Mine prioriteringer har gått på bekostning av dere. Takk for at dere ikke ga meg opp, «heiet» meg fram og hadde troen på meg, når jeg ikke hadde det selv. Jeg hadde ikke klart det uten dere.

Alta 02.11.22

Elisabeth Hagen

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Ifølge nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjonstjenesten, skal helsesykepleier blant annet bidra til å forebygge vold. Helsesykepleier skal gi foreldrene råd, undervisning og veiledning tilpasset foreldrenes kunnskap og behov, for å håndtere utfordrende situasjoner med barnet. Språkbarriere kan utfordre dialogen med fremmedspråklige foreldre. Siden 2018 har samtaleverktøyet «I trygge hender» blitt brukt universelt i helsestasjonstjenesten, med hensikt å forebygge, avdekke og avverge vold mot små barn. Denne studien søker kunnskap om helsesykepleierens erfaringer ved å bruke samtaleverktøyet med foreldrene, og hvordan det kan bidra til å forebygge vold.

**Problemstilling:** «Hvilke erfaringer har helsesykepleier i bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender» og på hvilken måte kan samtaleverktøyet bidra til å forebygge vold mot sped- og småbarn?».

**Teori:** Tidligere forskning knyttet til foreldres behov den første tiden, foreldrenes erfaringer med grupper og «I trygge hender». Helsesykepleieres erfaringer med rutinesamtaler om vold, bruk av visuelle hjelpemidler, og erfaringer i dialogen med fremmedspråklige. Teori tar utgangspunkt i helsepedagogikk og helsekompetanse.

**Metode:** Kvalitativ metode. Gjennomført individuelle forskningsintervju med fem helsesykepleiere som har jobbet i helsestasjon, perioden før og etter samtaleverktøyet «I trygge hender» ble tatt i bruk. Intervjuene er analysert ved tematisk analyse, basert på Braun og Clarke sin analysemetode.

**Funn:** Dialogen med foreldre om vold ble lettere ved bruk av samtaleverktøyet. Foreldremestring kan styrkes ved økt kunnskap og bevisstgjøring gjennom dialog og refleksjoner. Filmen formidlet budskapet på en lett forståelig måte, var for noen sterk å se. Individuelt kunne samtaleverktøyet bidra til å bli bedre kjent med familiene, bygge relasjon, gi tilpasset hjelp og veiledning, men begrenset erfaringsutveksling med andre foreldre. I grupper ble samtaleverktøyet brukt på et mer generelt grunnlag. Foreldre kunne dele erfaringer, men ga ikke like muligheter til individuelle tilpasninger. Noen foreldre ønsket ikke delta i grupper. Dialogen med fremmedspråklige kunne være svært utfordrende, blant annet

grunnet språkvansker, og at filmen ikke alltid var tilgjengelig på foreldrenes språk. Bruk av tolk hadde positive og negative sider ved seg.

**Avslutning:** «I trygge hender» bidro positivt til gjennomføringen av rutinesamtaler om vold med foreldrene. Dette ga helsesykepleierne bedre utgangspunkt for å forebygge vold, ved å bidra til økt kunnskap og bevisstgjøring. Det er ulike erfaringer ved bruk av samtaleverktøyet individuelt, i grupper og med fremmedspråklige foreldre, og faktorer å ta hensyn til. Viktig å tilpasse til foreldrenes nivå og behov for å kunne nyttiggjøre seg av det som ble formidlet.

**Nøkkelord:** Kvalitativ studie, forebygge vold, samtaleverktøy, I trygge hender, helsesykepleieres erfaringer, helsestasjon

## Abstract

**Background:** According to national professional guidelines for the public child health clinic, public health nurses must, among other things, contribute to preventing violence. Public health nurses must give the parents advice, teaching and guidance adapted to the parents' knowledge and needs, in order to handle challenging situations with the child. Language barriers can challenge dialogue with foreign-speaking parents. Since 2018, the conversation tool "In safe hands" has been used universally in the public child health clinic, with the intention of preventing, detecting and averting violence against young children. This study seeks knowledge about the health nurse's experiences using the conversation tool with the parents, and how it can help prevent violence.

**Research question:** "What experiences did public health nurses have in using the conversation tool "In safe hands" and in what way can the conversation tool help prevent violence against infants and young children?"

**Theory:** Previous research related to parents' needs in the early days, parents' experiences with groups and "In safe hands". Nurses' experiences with routine conversations about violence, use of visual aids, and experiences in dialogue with foreign speakers. Theory is based on health pedagogy and health competence.

**Method:** Qualitative methodology. Conducted individual research interviews with five health nurses who have worked in public child health clinic, the period before and after the conversation tool "In safe hands" was put into use. The interviews have been analyzed by thematic analysis, based on Braun and Clarke's analysis method.

**Findings:** The dialogue with parents about violence was made easier by using the conversation tool. Parenting skills can be strengthened through increased knowledge and awareness through dialogue and reflection. The film conveyed the message in an easily comprehensible way but was for some strong to watch. Individually, the conversation tool could help to get to know the families better, build relationships, and provide tailored help and guidance, but limited exchange of experience with other parents. In groups, the conversation tool was used on a more general basis. Parents could share experiences but did not provide equal opportunities for individual adaptations. Some parents did not want to

participate in groups, and some failed to attend. The dialogue with non-native speakers could be very challenging, partly due to language difficulties and the fact that the film was not always available in the parents' language. Using an interpreter had positive and negative aspects.

**Conclusion:** "In safe hands" contributed positively to the implementation of routine conversations about violence with the parents. This gave the health nurses a better starting point for preventing violence, by contributing to increased knowledge and awareness. There are different experiences when using the conversation tool individually, in groups and with foreign-speaking parents, and factors to consider. It is important to adapt to the parents' level and needs in order to benefit from what was communicated.

**Keywords:** Qualitative study, preventing violence, conversation tools, in safe hands, public health nurses' experiences, public child health clinic

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Bakgrunn .....	1
1.2	Begrunnelse for valg av tema .....	3
1.3	Hensikt og problemstilling .....	4
1.4	Avgrensninger .....	4
1.5	Begrepsavklaring .....	4
1.6	Oppgavens oppbygning .....	5
2	Presentasjon av samtaleverktøyet «I trygge hender» .....	5
2.1	Kunnskapsstatus «I trygge hender» .....	6
3	Tidligere forskning .....	7
3.1	Erfaringer med grupper.....	8
3.2	Foreldrenes behov og følelser den første tiden.....	10
3.3	Samtaler for å forebygge .....	10
3.4	Samtaler med fremmedspråklige foreldre .....	12
4	Teoretisk grunnlag.....	13
4.1	Helsekompetanse .....	13
4.2	Helsepedagogikk- veiledning og undervisning .....	15
5	Metode.....	18
5.1	Vitenskapeteoretisk perspektiv.....	18
5.1.1	Hermeneutikk .....	18
5.1.2	Forforståelse .....	19
5.2	Valg av forskningsmetode .....	20
5.3	Utvalg og rekruttering av deltakere .....	20
5.4	Intervjuguide.....	22
5.5	Teams intervju .....	23

5.6	Test av intervjuguide og utstyr .....	24
5.7	Gjennomføring av intervjuene .....	24
5.8	Transkripsjon av intervjuene .....	26
5.9	Tematisk analyse .....	27
5.10	Etiske refleksjoner.....	31
5.10.1	Godkjenninger.....	31
5.10.2	Informert samtykke og personvern.....	31
5.10.3	Anonymitet og konfidensialitet.....	32
5.11	Metode refleksjon .....	33
5.11.1	Validitet og reliabilitet .....	33
5.11.2	Metode diskusjon .....	35
5.11.3	Overføringsverdi .....	36
6	Presentasjon av funn.....	37
6.1	Samtaleverktøyets funksjon.....	37
6.1.1	Åpner for dialog om sensitivt tema .....	38
6.1.2	Tidlig innsats og kvalitets sikrer arbeidet.....	39
6.2	Hva kan forebygge vold.....	40
6.2.1	Økt kunnskap og bevisstgjøring.....	40
6.2.2	Følelser- hva er normalt?.....	41
6.3	Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster .....	42
6.3.1	Gruppe vs. individuell .....	42
6.3.2	Møtet med fremmedspråklige .....	45
7	Drøfting .....	47
7.1	Samtaleverktøyets funksjon.....	47
7.2	Hva kan forebygge vold.....	51
7.3	Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster .....	55



8	Avslutning .....	63
8.1	Oppsummering .....	63
8.2	Betydning for praksis.....	64
8.3	Videre forskning .....	65
	Referanseliste .....	66
	Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere og samtykkeerklæring.....	70
	Vedlegg 2: Intervjuguide.....	75
	Vedlegg 3: Presentasjon av kapitlene fra filmen «I trygge hender» .....	77
	Vedlegg 4: Tilbakemelding NSD .....	80
	Vedlegg 5: Tilbakemelding på endringer til NSD.....	84

## Tabell liste

Tabell 1: Presentasjon av informantene .....	22
Tabell 2: Utdrag fra analyseprosessen ved tematisk analyse .....	28
Tabell 3: Presentasjon av tema med tilhørende undertema.....	37

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Dette er en kvalitativ studie som undersøker helsesykepleierens erfaringer ved å benytte samtaleverktøyet «I trygge hender» i dialogen med foreldre, og hvordan den kan bidra til å forebygge vold.

Vold er et alvorlig samfunnsproblem (Kripos, 2019). 21% av landene i verden har ikke lovverk som forbyr fysisk avstraffelse av barn (World Health Organization, 2020). På verdensbasis opplever nærmere 300 millioner barn i alderen 2-4 år, regelmessig fysisk og/eller psykisk vold fra sine omsorgspersoner (World Health Organization, 2020).

Det er mangelfull statistikk over hvor mange barn som utsettes for vold i Norge. I forskningsstudier defineres vold ulikt, og blir vanskelig å konkret anslå omfanget (Hansen et al., 2019). Vold kan forekomme i alle samfunnslag, og få store konsekvenser for barnet. Risikofaktorer kan være familier der foreldre er utenfor arbeidslivet, har fysisk eller psykisk helseproblem, dårlig økonomi, rusproblemer, etniske minoriteter, opplever problemfylte relasjoner i familien (Kripos, 2019; Kruse & Bergman, 2014; Mossige & Stefansen, 2016) eller mangel på hjelp og sosial støtte fra eget nettverk (Annerbäck, 2011 referert i Kruse & Bergman, 2014). Det er sammenheng mellom foreldrenes utsatthet for vold, lite støtte i barndom og bruk av vold mot egne barn (Black et al., 2001 og Janson et al., 2011 referert i Kruse & Bergman, 2014).

Årsaker kan også knyttes til sårbarheter hos barnet. Det kan være søvn- og ernæringsproblemer, prematuritet, medfødt sykdom og mye gråt. Det er trolig få som bevisst går inn for å utøve vold mot sitt barn. Å ikke kunne dekke barnets primærbehov kan gjøre foreldre slitne, og kan oppleves belastende. Dette kan føre til frustrasjon, sinne, fortvilelse, stress og hjelpeløshet hos foreldrene. De kan miste fatningen og utøve vold mot sitt barn (Helsedirektoratet, 2022; Kripos, 2019; Kruse & Bergman, 2014; Mossige & Stefansen, 2016). De yngste barna er veldig sårbare for stress og ytre påvirkninger, og barn under ett år er mest utsatt for vold (Helsedirektoratet, 2022).

I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten, er det en sterk anbefaling at helsesykepleier informerer foreldrene om risikoene ved «fille risting» av spedbarn (Helsedirektoratet, 2022). Fille risting er den mest alvorlige formen for mishandling av barn under ett år, og kan gi alvorlige konsekvenser for barnet (Kripos, 2019; Mossige &

Stefansen, 2016). I kripas rapport «Alvorlig vold mot små barn» gjennomgås 90 straffesaker fra perioden 2015-2018, hvor små barn under fire år har vært utsatt for alvorlig vold (Kripas, 2019). Over halvparten av barna var 5 måneder eller yngre, da volden ble avdekket (Kripas, 2019). Det antas at skadene blant annet skyldes mishandling ved slag eller voldsom risting. Hovedsakelig utført av barnets egne foreldre (Kripas, 2019).

Helsestasjonstjenestens tilbud er forankret i nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon- og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2022), og er en lovpålagt tjeneste jfr. helse- og omsorgstjenesteloven (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011). I helsestasjonstjenesten jobbes det helsefremmende, ved å fremme prosesser for å styrke beskyttelsesfaktorer som fører til god helse. Det arbeides også forebyggende ved å legge vekt på risikoreduksjon. Man ønsker å være i forkant for å forhindre uønskede og negative fenomener, og gripe inn slik at de ikke utvikler seg til problemer (Garsjø, 2018; Helsedirektoratet, 2022). Helsestasjonstjenesten er den eneste offentlige instansen som systematisk og regelmessig har barna inne til kontroll. Det gir helsesykepleier unike muligheter og et særskilt ansvar til å observere barnets helse og utvikling, bidra til et godt samspill og trygg tilknytning mellom foreldre og barn. Fremme barnets fysiske, psykiske og sosiale utvikling og tidlig avdekke fysiske og psykiske utviklingsavvik. Samt forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2022). Alle familier med behov skal tilbys ekstra oppfølging, veiledning og tverrfaglig samarbeid med andre instanser når det anses nødvendig (Helsedirektoratet, 2022).

Helsepedagogikk og helsekompetanse er sentral i helsestasjonstjenesten, da foreldre trenger råd, undervisning og veiledning, og det bør tas utgangspunkt i foreldrenes kunnskap og behov (Helsedirektoratet, 2022; Tveiten, 2016). Foreldre trenger å snakke om forventninger, hjernebygging, samspill og hvordan egen barndom påvirker i foreldrerollen. Foreldre med liten evne til å forstå barnets signaler og ivareta de fysiske og emosjonelt utgjør risiko for barnet (Kripas, 2019; Spinnangr, 2020). De trenger også verktøy og strategier til å bevare roen og håndtere utfordrende situasjoner som gråt, søvnmangel, frustrasjon, ernæringsproblemer og andre ting som følger med foreldrerollen. Dette for å hjelpe dem å bli trygge omsorgspersoner. Forebyggende programmer kan bidra til dette (Kripas, 2019; Spinnangr, 2020).

Helsestasjonen har mange familier med innvandrerbakgrunn (Helsedirektoratet, 2022). Flere innvandrerforeldre har lav helsekompetanse, som hindrer muligheten for å tilegne seg helseinformasjon (Söderbäck & Ekström, 2014). Språket kan være utfordrende for kommunikasjon og forståelse (Helsedirektoratet, 2022). Nivå av helsekompetanse påvirker folks tilgang og evne til å forstå, vurdere, bruke og kritisk vurdere helseinformasjon (Nutbeam, 2000). Dette medfører behov for tettere kontakt og tilrettelegging av tjenestene. Ved behov bør tolk benyttes (Helsedirektoratet, 2022).

## **1.2 Begrunnelse for valg av tema**

Vold mot barn er et tema som har fått økt oppmerksomhet. Det er tabubelagt og preges av fortvilelse, skyld og skam for de det gjelder. Skammen knyttes blant annet til følelsen å ikke nå opp til idealet å være en «god mor» (Kruse & Bergman, 2014).

I 2015 før samtaleverktøyet kom, ble det utført en undersøkelse. Der svarte 72 helsesykepleiere på spørreskjema, som undersøkte om helsesykepleiere spør foreldre om de utøver vold mot barnet sitt. Funn viste at vold mot barn var et tema som var vanskelig å ta opp. Det var ingen rutine i å ta opp temaet, og en stor andel tok det opp kun ved mistanke. Flere trakk fram viktigheten av å ha et godt forhold til foreldrene, basert på samarbeid og tillit. De fryktet at tillitten hos foreldrene ble svekket ved å ta opp tema. Flere sa vold burde avdekkes gjennom systematisk kartlegging og inngå i helsestasjonsprogrammet, for å øke forpliktelsen helsesykepleier har med å ta opp temaet (Hansen et al., 2019).

I september 2017 ble nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten endret. De nye anbefalingene var at vold, overgrep og omsorgssvikt skal inngå som tema i konsultasjoner på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2022). I september 2018 ble «I trygge hender» lansert av NSF's Landsgruppe av helsesykepleiere (Hofstad, 2019). Gjennom filmen og medfølgende veiledningshefte, får helsesykepleiere et verktøy til å ta opp tematikken i dialog med foreldre under konsultasjonen på helsestasjonen. Hensikten er å forebygge, avdekke og avverge vold mot barn under ett år (Hofstad, 2019; Norsk sykepleierforbund, u.å.). Materiellet skal bidra til å bevisstgjøre foreldre om hjernens utvikling, hvilke konsekvenser vold kan ha for barnet samt sinne og vanskelige følelser hos foreldrene (Hofstad, 2019; Norsk sykepleierforbund, u.å.). Helsedirektoratet godkjente materiellet, som nå ligger tilgjengelig som anbefalt veiledningsmaterieell i helsestasjon (Hofstad, 2019; Norsk

sykepleierforbund, u.å.). Dette verktøyet ble benyttet i min praksis på helsesykepleier utdanningen. Jeg ble nysgjerrig på hvordan det var å bruke samtaleverktøyet i dialogen om vold med foreldrene.

### **1.3 Hensikt og problemstilling**

Få studier undersøker bruk av «I trygge hender» eller andre lignende samtaleverktøy, og det er funnet lite forskning om helsesykepleierens erfaringer i å samtale med foreldre om vold. Med utgangspunkt i overnevnte betraktninger, er hensikten med denne studien å få kunnskap om helsesykepleierens erfaringer med bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender», i dialogen med foreldre om vold. Vil også undersøke hvordan de tror samtaleverktøyet kan bidra til å forebygge vold mot sped- og småbarn. Med bakgrunn i dette, har studien følgende problemstilling:

*«Hvilke erfaringer har helsesykepleier i bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender», og på hvilken måte kan samtaleverktøyet bidra til å forebygge vold mot sped- og småbarn?»*

### **1.4 Avgrensninger**

«I trygge hender» er materiell som er utviklet med hensikt å forebygge, avdekke og avverge vold mot sped- og småbarn (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Forebygging kan foregå på flere nivåer, primær-, sekundær- og tertiærnivå (Garsjø, 2018). Denne studien ønsker å belyse bruk av samtaleverktøyet på mikronivå ved å styrke den enkelte forelder, i et primærforebyggende perspektiv, der man retter seg mot alle foreldre med sped- og småbarn. Man ønsker å være i forkant av eventuelle utfordringer, styrke den enkeltes muligheter til å mestre foreldrerollen og til å forebygge at vold mot barn skjer (Garsjø, 2018).

### **1.5 Begrepsavklaring**

Vold er brukt i problemstillingen. Det er et sentralt begrep som gjennomgående blir brukt i oppgaven, og tar utgangspunkt i psykolog Per Isdals definisjon: «Vold er enhver handling

rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får den personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil» (Isdal, 2018, s. 39).

## **1.6 Oppgavens oppbygning**

Kapittel 2 presenterer samtaleverktøyet «I trygge hender»

Kapittel 3 presenterer tidligere forskning, deretter teoretisk ståsted i kapittel 4. Disse to danner grunnlag og utgangspunkt for drøftingen.

Kapittel 5 presenterer metode, som redegjør for vitenskap teoretisk perspektiv, metodiske valg, etiske refleksjoner og metoderefleksjoner.

Kapittel 6 presenterer studiens funn, som blir drøftet sammen med annen forskning og teori i kapittel 7.

Kapittel 8 presenterer en oppsummering og vurdering av studiens betydning for praksis og videre forskning.

## **2 Presentasjon av samtaleverktøyet «I trygge hender»**

I 2016 mottok NSFs Landsgruppe av helsesykepleiere (LaH), en pengegave fra Frimurerlosjen. Finansieringen ledet frem til prosjektet der samtaleverktøyet «I trygge hender» ble utarbeidet, og lansert av LaH i september 2018 (Hofstad, 2019). «I trygge hender» skal benyttes av helsesykepleiere, med hensikt å bringe temaet vold på banen i samtaler mellom helsesykepleiere og foreldre. Formålet er å forebygge, avdekke og avverge vold mot små barn. Verktøyet blir presentert i en helsefremmende og forebyggende kontekst i helsestasjonstjenesten (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Den består av en animasjonsfilm som vises til foreldrene, og et tilhørende veiledningshefte som inneholder faktaopplysninger og åpne spørsmål, knyttet opp mot temaene i filmens ulike kapitler. I dialog med foreldrene gir det grunnlag for refleksjon. Materiellet er utviklet basert på forskning om hjernens utvikling og vold mot de minste barna. Verktøyet benyttes av helsesykepleiere med sin kompetanse, uten behov for opplæring. Det er et universelt program, der alle foreldre med nyfødte tilbys å delta. Det anbefales at samtaleverktøyet tas i bruk så tidlig som mulig, på hjemmebesøk,

barselgruppe og/ eller på 6 ukers konsultasjon. Det er ønskelig at både mor og far ser filmen (Norsk sykepleierforbund, u.å.).

Filmen er oversatt og kan vises på flere språk, med og uten tekst. Filmens varighet er litt over sju minutter. Spilles av i sin helhet eller ved bruk av pauseknappen, hvor filmen stoppes mellom hvert kapittel, og det reflekteres sammen med foreldrene om det de nettopp har sett. Filmen gir igjennom sine fem kapitler informasjon om hjernens utvikling, sinne og de negative følelsene, hva som er vold mot barn, hvordan vold påvirker barnet og hvordan hjelpe foreldre håndtere utfordrende situasjoner med barnet sitt (Landsgruppen av helsesykepleiere, u.å.). Mer detaljert informasjon om kapitlenes innhold presenteres i vedlegg 3.

## **2.1 Kunnskapsstatus «I trygge hender»**

I trygge hender har blitt evaluert, og beskrevet i en rapport «The First 1000 Days in the Nordic Countries». Questback undersøkelse er også utført, der helsesykepleiere har deltatt. Presentasjon gis i dette kapitlet. Det er også skrevet en masteroppgave (Engen, 2021), som undersøker foreldrenes erfaringer med «I trygge hender». Dette presenteres i kapittel 3, tidligere forskning.

Rapporten «The First 1000 Days in the Nordic Countries» er et treårig nordisk samarbeidsprosjekt, med blant annet fokus på psykisk velvære for spedbarn, småbarn og deres familier fram til barnet er to år. Rapporten beskriver at «I trygge hender» ble gjennomført som en måneds pilotprosjekt i 2018. Seks helsesykepleiere gjennomførte ti prøvekonsultasjoner. Totalt 37 deltakere fikk intervensjonen i grupper eller individuelt. Etter testing ble materialet evaluert. Foreldrene rapporterte at filmen var informativ og tankevekkende. De opplevde samtale og diskusjonene som nyttige. Helsesykepleiere mente materialet var svært nyttig, som utgangspunkt for samtaler og refleksjoner. Det ble ikke revidert før implementering i helsestasjonene. Ut fra tilgjengelig dokumentasjon er det ikke gjort nordiske eller internasjonale effektstudier. Intervensjonen anses å være på nivå 1, som vil si en intervensjon uten bevis/ lavt kvalitetsnivå (Breivik et al., 2021).

Det er også gjort en questback undersøkelse i juni 2019, der nesten 40 prosent av helsesykepleiere som jobber i helsestasjon 0-5 år deltok. 94 prosent av de som svarte kjenner

til opplegget, 67 prosent av dem igjen hadde tatt det i bruk. De fleste brukte det på 4 ukers gruppe, en del på hjemmebesøk. Nesten alle syntes filmen var god eller meget god. De fleste syntes det ble lettere å ta opp tematikken med foreldrene (Hofstad, 2019).

### 3 Tidligere forskning

Søk etter forskningsartikler ble utført i august og november-21, og i mars og august-22. Da utførte søk ikke ga tilstrekkelig forskningsfunn, knyttet til erfaringer med samtale om vold eller sensitive tema, ble bibliotekar på UIT med god erfaring på søk etter helsefaglig litteratur kontaktet i september-22. Dette resulterte ikke i nye funn. Søk ble utført i databasene PubMed, Google Scholar, Idunn, Oria, Cinahl og Sociological abstracts. Startet ut bredt, deretter med mer spesifikke søk for å treffe bedre. Fritekst søk ble og utført. Søkeord benyttet var child, infant, toddler, baby, children. Early childhood, new parent\*, caregiver, parent\*, parental, parenting, mother\*, father\*. Child abuse, child maltreatment, violence, sensitive subject, complex cases. Conversation\*, communicat\*, dialogue\*, talking, talk. Health professionals, health care, nurse\*, public health nurse, health visitor. Public child health clinic. Prevent\*, prevention, health promotion, universal intervention, early intervention, in safe hands, nurses' experiences, routine conversation.

Ulike kombinasjoner ble utført med sammenbindinger AND og OR, også søkt som MESH termer og deretter kombinert. Det var lite relevant forskning å finne, derfor er mange ulike søkeord forsøkt, og blitt benyttet i ulike kombinasjoner. Samme søkeord ble brukt både på engelsk og norsk. I tillegg til søk i databaser ble også manuelle søk utført, basert på litteraturlister i forskningsartikler og andre artikler relatert til tema. Ved søk i databaser ble det til hver artikkel anbefalt lignende artikler. Disse ble også lest. Gjennom prosessen ble artiklenes sammendrag lest, og irrelevante artikler ble ekskludert. De andre artiklene ble lest i sin helhet. Eksklusjonskriterier var artikler over ti år da lovverk, kunnskap og holdninger endres over tid, og jeg søkte nyere erfaring.

Forskningen som ble inkludert var tre norske artikler, tre svenske, to artikler fra Australia, samt en norsk masteroppgave. Svensk og norsk kontekst er sammenlignbar, da det er store likheter mellom landene. Studiene fra Australia kan tenkes å være relevante, da opplevelsen ved bruk av visuelle virkemidler trolig varierer uavhengig av nasjonalitet. Flere av artiklene



undersøker foreldreperspektivet, og viser erfaringer med barselgrupper der man møtes flere ganger. Grunnet få relevante forskningsfunn ble disse likevel benyttet, da de ligger nært opptil studiens hensikt og kan bidra til å belyse problemstillingen. Ved å forstå hvilke behov foreldrene har i ulike situasjoner, kan det bidra til å belyse ulike sider ved samtaleverktøyet. Artiklene presenteres under overskriftene «Erfaringer med grupper», «Foreldrenes behov den første tiden», «Samtaler for å forebygge» og «Samtaler med fremmedspråklige foreldre».

### **3.1 Erfaringer med grupper**

De to påfølgende studiene er inkludert da de viser til foreldrenes erfaringer og behov i gruppesituasjon på helsestasjon.

Hjälmhult et al., (2014) sin studie undersøkte hva som var viktig for foreldre i barselgruppe på helsestasjonen. Det var positivt når foreldre kjente seg igjen i andre, med like utfordringer. Håp og råd ble delt. Grupper var arena hvor barna ble sammenlignet. Å være alene og annerledes kunne gjøre at deltakelse opplevdes risikabelt og stigmatiserende. Noen foreldre ble stille og skjulte problemer. Noen ville ikke deltatt i gruppe. Helsepsykeleier ønsket ikke at foreldrene skulle snakke om dype problemer i gruppa. Foreldre ønsket at helsepsykeleier viste lederskap, lyttet og hadde struktur i gruppene. De ønsket informasjon knyttet til barnet og foreldrerollen, for å utvikle kompetanse som forelder. Snakket foreldre for mye om sitt problem, ønsket de at gruppeleder skulle runde av, generalisere problemet eller åpne for andre innspill. Mange foreldre brukte internett for å få helseinformasjon. Det kunne oppleves vanskelig, og flere ble forvirret. Det var positivt at helsepsykeleier kunne hjelpe foreldrene å sortere informasjon. Deltakerne så nytten av diskusjoner, få helseinformasjon og høre foreldrenes erfaringer for å øke tillitten til egen foreldrerolle (Hjälmhult et al., 2014).

I studien til Glavin et al., (2017) utforskes mødrenes erfaringer med barselgrupper på helsestasjon. Ikke alle hadde familie rundt seg og andre å snakke med om sin nye situasjon. I gruppene delte første og flergangsmødre råd, og lærte av hverandres erfaringer. Helsepsykeleier var den som ga mest informasjonsstøtte, ved å dele praktiske råd og informasjon mødrene ikke alltid visste de trengte. Kunnskapen var verdifull og nyttig. Strukturert informasjon var ønsket på gruppemøte. En føstegangsmor følte at å snakke med andre med erfaring gjøre at ting ble normalisert, og dermed ikke behov for å være så god i alt.

Mødrene hadde mange spørsmål, følte seg usikker etter fødselen, trengte støtte og noen å snakke med. Gjennom gruppene fikk de tilgang til relevant informasjon om barnets helse og foreldrerollen. Støtte fra andre foreldre og helsesykepleier, ga kvinnene større trygghet i rollen som mor (Glavin et al., 2017).

I Engen (2021) sin masteroppgave undersøkes foreldrenes erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet «I trygge hender». Denne er relevant, da det kan støtte helsesykepleier perspektivet på samme tema.

Det visuelle med lyden og mye bilder, gjorde det effektivt og fengende. Poengene kom tydelig fram. Foreldre var overasket over at det var så akutt farlig med risting, og visste ikke at lege skulle oppsøkes etter risting kun ett sekund. Flere syntes pendelbevegelsen av barnets hode i filmen var følelsesmessig sterk å se. De fikk ny kunnskap om hjernens utvikling hos barnet, hvordan vold påvirker barnet og strategier å bruke i ulike situasjoner. Hva psykisk vold er, var for mange ny kunnskap. Flere visste ikke at krangling, diskusjon, frustrasjon og høye stemmer rundt barnet kunne stresse, og gi utrygghet for barnet. Flere hadde ikke tenkt på dette som psykisk vold. Der foreldre ikke fikk tilført ny kunnskap, mente foreldrene likevel repetisjon var viktig. «I trygge hender» får fram normaliteten av å kjenne på vanskelige følelser som foreldre, og var til hjelp når de selv var i tilsvarende situasjon.

Halvparten mente filmen var best i gruppe, grunnet nytte av erfaringsutveksling og høre andres synspunkter om temaet. Flere trodde det kunne være vanskelig for noen å se den i gruppe, særlig hvis de hadde vonde erfaringer som kunne være vanskelig å dele i gruppe. De mente individuell gjennomføring hadde vært bedre da. Gjennomføring i gruppe kunne gjøre at noen foreldre ikke møtte opp. For å få noe nyttig ut av gruppesamlingen, mente de noen måtte si noe og dele erfaringer. Den andre halvparten mente det var best å se filmen individuelt med helsesykepleier. Da kan det oppleves tryggere, og være lettere med åpenhet rundt temaet. Foreldrene mente at i gruppe ville kanskje ikke alle få sagt, eller turt å si det de har på hjertet. Filmene normaliserte følelser som frustrasjon og sinne, og gjorde følelsene mer akseptable. Foreldre ble mer bevisst barnets behov i samspillet med barnet, og hadde fått konkrete strategier å benytte med sitt barn. Flere foreldre mente informasjonen filmen tok opp, var viktig å formidle tidlig. De gjenkjente følelsen av frustrasjon, sinne og irritasjon når barnet gråt. Dette kunne forsterkes når man var sliten, hadde søvnmangel, barnet gråt mye eller ved ammeproblemer. Filmene fjernet følelsesmessig tabu, ved å kjenne på vanskelige følelser.

Flere forstod at vold mot barn kunne skje, oftest ikke bevisst, men i frustrasjon. De hadde selv følt på uventede følelser etter å ha fått barn (Engen, 2021).

### **3.2 Foreldrenes behov og følelser den første tiden**

Hjälmhult og Lomborg (2012) sin studie utforsker hva som er viktig for foreldrene med en nyfødt, og hvordan de håndterer den første tiden. Studien er valgt da det belyser behovet av å benytte «I trygge hender» tidlig, for å hjelpe de å mestre foreldrerollen.

Mødrene var opptatt å bevare kontroll og integritet i sin nye situasjon. Dette opplevdes svært utfordrende, de var sårbare og den minste ting kunne forårsake stress. Spesielt for førstegangsfødende skapte det en usikkerhet og angst, i å forstå og håndtere babyen den første tiden. Babyens og morens velvære, hvor vellykket ammingen var, mangel på søvn, støtte, endringer i kroppen, organisering av dagen, søsken og hverdagslige plikter var faktorer som påvirket morsrollen. Mødrene kunne strekke seg langt og nedprioritere egne behov. De holdt ut med smerter, ubehag og bekymringer. De følte presset, og ønsket å leve opp til forventningene til dem som en god mor, og de strakk seg langt for å lykkes. De kunne ikke snakke med noen om hvordan de bekymret seg, gråt og undret seg. De opplevde at humøret vekslet veldig mellom raseri, gråt og glede og kjente en redsel for at følelsene var unormale. Noen hadde det ikke bra med seg selv, og følte de ikke var god nok og hadde det som skulle til i rollen som forelder. Mødrene søkte informasjon om morsrollen, babyen og sammenlignet seg med normene. Støtte fra mann og helsesykepleier var ønsket (Hjälmhult & Lomborg, 2012).

### **3.3 Samtaler for å forebygge**

I studien til Nimborg et.al., (2022) undersøkes svenske barnehelsesykepleieres erfaringer i rutinesamtaler med foreldre om vold. Studien er inkludert, da det kan bidra til å belyse norske helsesykepleieres erfaringer på tema. Samtale om vold førte til utrygghet rundt å bryte tabu, bevege seg inn på den private sfæren og kjenne på ubehagelige ting. De hadde bekymringer for hvordan foreldrene ville reagere når spørsmål ble stilt. Da alle foreldre ble stilt spørsmålene rutinemessig, følte barnehelsesykepleierne seg tryggere siden ingen skilte seg ut,

og foreldrene ikke følte seg utpekt. Spørreskjema ga tyngde til samtalen, og fremprovoserte foreldrenes tanker og refleksjoner. Ved å legge til rette for spørsmål om vold, gjorde det at samtalen ble mer dyptgående, sammenlignet med tidligere samtaler. Flere forhold der familiene trengte tiltak ble avdekket. Samtalen kunne bidra til å bevisstgjøre foreldrene. Det var viktig å finne hensiktsmessig tilnærming til gjennomføring av samtalen, og samtidig håndtere foreldrenes reaksjoner (Nimborg et al., 2022).

I Maxwell et. al., (2021) sin studie, undersøktes erfaringene til 20 COS-P tilretteleggere og 14 foreldre i Australia, hvor COS-P har vært mye brukt. Studien er valgt da det belyser hvordan visuelle virkemidler kan påvirke foreldre, samt erfaring og behov ved grupper. Selv om det ikke direkte tar opp vold, kan det bidra til å støtte opp og belyse hvordan foreldrene kan oppleve bruk av samtaleverktøyet.

Resultat viste at ved å se for seg COS sirkelen, klarte foreldre å visualisere hvor barna var følelsesmessig, og hvilke behov de hadde. «Haimusikken» ga visuell gjenkjennelse av foreldrenes vanskelige følelser i ulike situasjoner, og de ble mer bevisst hva som trigget disse følelsene. Dermed lettere å møte utfordrende situasjoner med barnet. Noen tilretteleggere mente film som viste samhandling mellom foreldre og barn var sterke, når det gjaldt å hjelpe foreldrene med økt forståelse og modellere støttende foreldreatferd. For foreldre som ikke selv hadde opplevd følsomme, gode samhandlinger med barnet sitt, kunne deler av filmen trolig være veldig sterk. Dette grunnet store ønsker om å være som forelder på filmen. For noen kunne det være veldig vanskelig å åpne opp det psykologiske forsvaret, og noen var mindre rustet til å håndtere dette. Gruppekonteksten ga foreldrene opplevelse av å føle seg validert og støttet, samt en mulighet til å lære av andre foreldres erfaringer. Tilretteleggeren hadde en sentral rolle i å skape et trygt og tillitsfullt rom, der deltakerne kunne utforske og reflektere over programmets innhold. Det var og verdsatt at tilretteleggeren hadde pedagogiske ferdigheter, en tydelig presentasjon for å sikre forståelse og evnen til å «lese» gruppen. Veilede i grupperefleksjon og diskusjon på en måte som støttet læring, og at det ga en trygghet til at andre kunne dele sine historier og refleksjoner (Maxwell et al., 2021). I en annen studie mente klinikerne i COS-P gruppene at folk som «står i mye», eksempel foreldre som er psykisk syke kan ha vanskeligheter med å delta i gruppe. De som sannsynligvis vil ha stor nytte av gruppene, er de som kanskje ikke kommer (Reay et al., 2019). Studien er valgt da den belyser at grupper kanskje ikke er egnet for alle.

### 3.4 Samtaler med fremmedspråklige foreldre

De to påfølgende studiene tar ikke opp samtale om vold. De er likevel inkludert da de belyser hva som påvirket dialogen med utenlandske foreldre, forståelsen av informasjon som ble formidlet, samt erfaringer ved bruk av tolk.

I studien til Söderbäck & Ekström (2014) undersøker de svenske barnehelsestøtteleieres opplevelser ved å gi helseveiledning til somaliske foreldre. Foreldrestøtte og styrke foreldrekompentansen var viktig. Foreldrene takket ofte nei til deltakelse i foreldregrupper. Språkutfordringer kunne være hinder som begrenset kommunikasjonen, og informasjonen de fikk. Det hendte foreldrene ikke oppfattet hva som ble sagt, tross at de svarte bekreftende på at det var forstått. Informasjon og råd ble misforstått. Skulle foreldrene fortelle noe om seg selv, måtte barnehelsestøtteleierne stille foreldrene spørsmål. Ellers fortalte de ingenting om seg selv. Aksepterte ikke foreldrene tolken, kunne også informasjon holdes tilbake, og dermed ikke sikkert at foreldrene tok opp sensitive spørsmål. Var tolken familiemedlem kunne møtet bli problematisk. Oversatte ikke tolken ordrett, ble det ikke bra. Det krevdes aktive spørsmål fra helsestøtteleier, for å synliggjøre hvilket kunnskapsbehov foreldrene hadde. Ville de ha mer spesifikke svar måtte det stilles spesifikke spørsmål, ellers ble spørsmålene besvart med smil og «det går bra». For å identifisere foreldrenes kunnskapsbehov, gi råd om egenomsorg og informasjon ble bilder, tale, kroppsspråk og bevegelser brukt, for å gjøre seg forstått. De hadde positive erfaringer med å gi råd og informasjon ved å fortelle og vise bilder. Dersom det var mange til stede opplevdes det stressende og rotete, noe som bidro til dårligere helseveiledning og muligheten for refleksjoner uteble. Foreldrene hadde dårlige lese og skriveferdigheter, men innrømmet det ikke trolig grunnet skam. Dette var et hinder for å tilegne seg helseinformasjon, da det meste av helstasjonens materiale var skriftlig. Dette begrenset mulighetene for læring (Söderbäck & Ekström, 2014).

En annen studie utforsket også barnehelsestøtteleierens erfaringer, med å gjennomføre helsedialoger med ikke norskspråklige foreldre. Funn viste at ordrette oversettelser fra tolken var forventet, og feilkommunikasjon kunne oppleves. De kunne bli i tvil om tolken hadde oversatt feil, om det dreide seg om kulturelle spørsmål, eller om betydningen var annerledes på språket deres. Det skapte usikkerhet blant barnehelsestøtteleierne. Telefontolk kunne redusere risikoen for feilkommunikasjon, grunnet tolkens manglende kroppsspråk. Var tolken fysisk til stede kunne samspeillet forstyrres, på grunn av tolkens øyekontakt eller kroppsspråk.

Hvis forelderen kjente tolken, kunne det påvirke hva som ble sagt. Tilstedeværelsen av en annen person i rommet kunne hindre samtalen. For helsespørreskjemaet og mer personlige spørsmål var det nyttig med en tolk fysisk til stede, da tolken kunne forklare ulike kulturelle aspekter. Gjennom helsedialogen fikk de mer kunnskap om familiene, og var nyttig for deres videre støttearbeid for å fremme barnets og familiens helse. Ved neste møte fulgte de opp samtalen, hvor foreldrenes forståelse ble avklart og foreldrene kunne stille spørsmål for å unngå misforståelser. De oppfattet at disse familiene hadde samme behov for å snakke om helsesituasjonen som innfødte (Johansson et al., 2016).

## **4 Teoretisk grunnlag**

Dette kapitlet presenterer studiens teoretiske utgangspunkt. Jeg søker kunnskap om helsesykepleierens erfaringer i å samtale med foreldre om vold, ved bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender». Ønsker også å finne ut hvordan verktøyet er et bidrag til å forebygge vold mot sped- og små barn. For å få økt kunnskap om temaet vil jeg ta utgangspunkt i teori om helsepedagogikk, som viser til dialogen for å formidle kunnskap ved undervisning og veiledning. Videre vil teori ta utgangspunkt i helsekompetanse. Helsesykepleiere møter mange ulike foreldre. Nivå av helsekompetanse har betydning for foreldrenes muligheter til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å nyttiggjøre seg av kunnskapen som formidles.

### **4.1 Helsekompetanse**

Health literacy, også kalt helsekompetanse innebærer individets personlige, kognitive og sosiale ferdigheter, for å få tilgang til og kunne forstå, bruke og kritisk vurdere helseinformasjon (Nutbeam, 2000). Regjeringen har utviklet en strategiplan. Der defineres helsekompetanse som personers evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse, forebygge sykdom, egenmestring ved sykdom, livsstils valg og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Alle helsetjenester bør gi tilgang til pålitelig informasjon i en form som er forståelig for alle mennesker, da helsekompetanse gir mulighet til å ta informert

beslutninger om personlig helse (Nutbeam & Muscat, 2021).

Helsekompetanse deles inn i tre kategorier. Disse er funksjonelle, interaktive og kritiske ferdigheter. Funksjonell ferdighet innebærer lese- og skriveferdigheter, som gjør at man kan forstå enkel informasjon og fungere i hverdagslige situasjoner (Nutbeam, 2000).

Interaktiv ferdighet innebærer mer avanserte kognitive ferdigheter, leseferdigheter og økt sosiale ferdigheter enn hos de funksjonelle. Kan brukes til å trekke ut informasjon, forstå ulike kommunikasjonsformer og ta i bruk ny informasjon i ulike situasjoner. På dette nivå forbedres personlig kapasitet og gir økt selvtillit til å handle på råd og informasjon.

Den kritiske ferdigheten innebærer mer avanserte kognitive ferdigheter, som sammen med sosiale ferdigheter, gir mer kritisk tilnærming og tolkning av den informasjon man tilegner seg. Informasjonen brukes i ulike settinger for større kontroll i ulike situasjoner (Nutbeam, 2000).

Personer med mangelfulle lese- og skriveferdigheter, språkutfordringer eksempelvis innvandrergupper, lav digital kompetanse og kognitiv svikt kan ha utfordringer med å tilegne seg nødvendig helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Det gir mindre muligheter til å kunne handle ut fra mottatt informasjon, og ta veloverveide valg. Høye lese og skrive ferdigheter gir likevel ikke garanti for at en person vil oppnå tilfredsstillende helseutdanning og kommunikasjonsferdigheter (Nutbeam, 2000).

Det er viktig å vite noe om hva brukeren vet fra før, og hvilke læringsforutsetninger personene har, for å møte brukeren på deres nivå. Slik kan informasjonen som formidles bli hensiktsmessig (Tveiten, 2016). Sykepleiers kommunikasjonsferdigheter har trolig stor betydning for helseutfallet til brukere med lav helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Pettersen & Jenum, 2014). Misforståelser kan oppstå dersom kommunikasjonen ikke er tilpasset brukernes nivå. Ved å tilpasse kommunikasjonen og språket til den enkelte og stille kontrollspørsmål, kan det sikres at innholdet som formidles er forstått. Slike pedagogiske tilpasninger kan trolig øke individets helsekompetanse, ved å øke brukerens innsikt og mestring. Ved behov kan visuelt materiale som illustrasjonsmaterieill, bilder og film benyttes (Pettersen & Jenum, 2014).

Mange søker informasjon og svar på spørsmål de har blant annet via internett. Helsepersonell kan møte mennesker med mye kunnskap, men ikke all kunnskap er nødvendigvis rett.

Informasjonen som læres kan feiltolkes, kan være utfordrende å vite hva som er kvalitetssikret informasjon man kan stole på, og ikke sjelden informasjonen kan være

motstridende. I vår tid med enorm kunnskapstilgang, er det viktig å kunne kritisk vurdere det man leser. Mange har vanskeligheter med dette (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Tveiten, 2016).

Begrenset helsekompetanse kan redusere bruken av forebyggende helsetjenester og øke risikoen for dårlig helse og død (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Pettersen & Jenum, 2014). Lav helsekompetanse kan være en større utfordring i enkelte grupper som blant annet personer med kronisk sykdom, lavt utdanningsnivå og etnisk og kulturell bakgrunn, enn befolkningen for øvrig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Forskning viser at blant annet voksne med lav helsekompetanse stiller færre spørsmål til helsepersonell, og er mindre aktive i å søke informasjon om helse (Tveiten, 2016).

## **4.2 Helsepedagogikk- veiledning og undervisning**

Helsepedagogikk er sentral i helsestasjon- og skolehelsetjenesten, da helsesykepleierens rolle blant annet er å veilede og undervise foreldre til å utvikle sin foreldrekompentanse. Slik bli mer bevisst egne ressurser og muligheter, forstå, se sammenhenger og finne mening til å håndtere utfordringer de har eller kan møte i foreldrerollen, for å ivareta egen og barnets helse (Tveiten, 2016).

Relasjon mellom fagperson og bruker har betydning for kvaliteten på veiledningen. Trygghet og tillit skapes ved trygge rammer, og ved at fagpersonen viser omsorg, tillit, respekt, empati og forståelse. Kjennskap til brukeren og at fagpersonen tar seg tid, og «rommer det som fortelles» er og viktig. Motsatt vil det kunne hemme kvaliteten (Tveiten, 2016). God kommunikasjon og samhandling kan bidra til kvalitet i tjenesten. Motsatt kan det føre til dårlig oppfølging, nedsatt helseeffekt og mestring hos brukeren (Tveiten, 2016).

Non-verbal kommunikasjon spiller en viktig rolle i relasjoner mellom mennesker. Det oppfattes veldig betydningsfullt å fange opp denne typen kommunikasjon, da det kan fortelle mer enn ord (Tveiten, 2016).

I veiledning er dialogen og veileders evne til å lytte til brukeren viktig. Brukeren er fokuspersonen og veiledes gjennom dialogen til å selv finne svarene, og bestemmer i større grad innholdet ut fra eget behov. Ved å se brukerens iboende vekstmuligheter, kan veileder stimulere brukeren til å gjøre nye oppdagelser (Tveiten, 2019). Avdekkes kunnskapsmangel er det ikke mulig å legge til rette for at brukeren selv kan oppdage hva som er riktig, og det



kan bli nødvendig at fagpersonen underviser for så å legge til rette for at brukeren blir veiledbar. Det er veileders ansvar å vite når det er nødvendig at undervisning inngår i veiledningen (Tveiten, 2019).

I undervisning er det fagpersonen som bestemmer hvilken informasjon som skal formidles (Tveiten, 2019). For å fremme læring er det bra dersom undervisningen preges av dialog, ved at bruker aktivt deltar. Læring fremmes også dersom man ser sammenheng mellom egen situasjon og det som skal læres. Kunnskapen som formidles kan da oppfattes å bli mer nyttig, meningsfull og engasjerer i større grad. Andre ting som er viktig for å fremme læring er at tilnæringsmetoden er hensiktsmessig, nivå og språket tilpasses brukeren så det blir forståelig. Trygghet og ro i situasjonen er viktig, unødvendige forstyrrelser bør unngås og grunnleggende behov som sult, smerte og ubehag bør være tilfredsstillt. Det motsatte hemmer læring (Tveiten, 2016). Undervisningen bør tilpasses etter hva brukerne vet fra før, og hvilke forutsetninger de har for å forstå og tilegne seg kunnskap, for å nyttiggjøre seg av det som formidles. Dersom brukeren ikke er bevisst sitt undervisningsbehov, kan motivasjonen for læring være lav. Det er lett å tenke at brukere med god utdanning og mye kunnskap, ikke har behov for undervisning. Det i seg selv trenger ikke redusere behovet, men kan være en fordel i muligheten til å tilegne seg noe nytt (Tveiten, 2016). Personers helsekompetanse avhenger av tematikk og kontekst, og kan endres over tid og i ulike situasjoner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019).

Ved undervisning eller veiledning er det en fordel å ha felles språk, slik at kommunikasjonen blir preget av så lite misforståelser som mulig. Med mange fremmedspråklige i dagens samfunn, kan språkbarriere vanskeliggjøre samhandlingen med foreldre i helsestasjonen. Derfor viktig å vite noe om språkforståelsen. Samtale via tolk kan være problematisk. Man vet ikke hva som oversettes og hvordan det oversettes. Nyanser i språket og kommunikasjon kan bli borte eller feiltolkes, og misforståelser kan oppstå. Er tolken familiemedlem eller bekjent kan kommunikasjonen mellom helsepersonell og bruker påvirkes, ved at tolkens tanker og meninger farger hva som formidles. (Tveiten, 2016).

Gruppebasert undervisning og veiledning har flere fordeler. Man kan dele erfaringer, utfordringer, utveksle ideer, forslag og løsninger. Dette kan styrke den enkeltes selvfølelse og mestringkompetanse, ved å se seg selv og egen situasjon i ett nytt perspektiv. Gjennom refleksjoner kan man bevisstgjøres, tanker og følelser bearbeides. Det kan også gi en opplevelse av samhørighet med andre (Tveiten, 2016). Fagperson har ansvar for å legge til

rette for å skape trygghet og en god gruppeprosess. Taushetsplikt har sammenheng med verdien av trygghet (Tveiten, 2019). I grupper vil den moralske taushetsplikten til deltakerne være viktig (Tveiten, 2016). Kommunikasjon i gruppen betyr mye for kvaliteten på gruppeprosessen. Det må legges til rette for at deltakerne viser respekt, og at alle får mulighet til å komme til ordet om de ønsker det. Hva som deles i gruppen påvirker samhandlingen. Noen ganger må gruppeleder ta mer styring, dersom noen blir for dominant eller påvirker gruppen negativt på annen måte. Dersom det er stille må gruppeleder få dialogen i gang, eksempel ved å stille åpne spørsmål (Tveiten, 2016).

Relasjonene i gruppen har betydning. Dersom noen kjenner hverandre fra før, kan det bli lettere å få til en dialog. Roller kan oppstå i grupper. Noen er dominerende og tar stor plass, mens andre er mer stille og forsvinner litt i gruppen. Begge deler kan skape utrygghet i gruppen ved sin væremåte (Tveiten, 2016). Hvordan man oppfattes av de andre i gruppen, har betydning for gruppedynamikken (Tveiten, 2016). Selv om gruppeveiledning kan ha gode hensikter, er det viktig å være bevisst at ikke alle nødvendigvis har nytte av å delta i grupper. Det er en sterk anbefaling i nasjonal faglig retningslinje at helsestasjonen bør gi alle foreldrene tilbud om å delta i gruppekonsultasjoner, i tillegg til individuelle konsultasjoner. Der gruppetilbud ikke er ønsket eller å foretrekke, bør foreldrene få tilbud om individuell konsultasjon i stedet. Dette kan være blant annet være situasjoner hvor det er språkbarriere, eller foreldrene har bekymringer rundt å dele erfaringer og opplevelser med andre i gruppe (Helsedirektoratet, 2022). Grupper der norskspråklige og minoritetsspråklige deltar kan språkproblemer redusere kvaliteten på gruppeprosessen og utbyttet. Om man ikke forstår hva som sies, blir man kanskje passivisert eller kjenner seg utenfor fellesskapet (Tveiten, 2016). Man lærer på forskjellige måter. Noen lærer ved at fagperson forteller, mens andre lærer kanskje best ved en kombinasjon der flere sanser stimuleres. Eksempel syn, hørsel og berøring stimuleres, ved bruk av visuelt materiale som eksempel brosjyrer eller film (Tveiten, 2016). Det er viktig med samtale etter, for å få vite hva brukeren har lært og forstått i undervisningen, slik at videre oppfølging blir mest mulig hensiktsmessig. Det kan være et gap mellom hva man tror brukeren har forstått, og hva som faktisk er forstått (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Tveiten, 2016).

## 5 Metode

Dette kapittelet inneholder en beskrivelse av fremgangsmåten som er brukt for å belyse problemstillingen. Det redegjøres for vitenskapelig perspektiv, forforståelse, forskningsmetode, utvalg og rekruttering av deltakere, utarbeidelse av intervjuguide, innsamling av data, analyse, etiske refleksjoner og til sist metoderefleksjon.

### 5.1 Vitenskapeteoretisk perspektiv

#### 5.1.1 Hermeneutikk

Denne studien har en hermeneutisk tilnærming. Det handler om læren om fortolkning av tekster, og danner et vitenskapsteoretisk fundament for den kvalitative forskningen, som vektlegger forståelse og fortolkning. I intervjuforskning er det informantenes utsagn som transkriberes, og er teksten som skal fortolkes og forstås (Dalen, 2011).

Funnene i min studie preges av min tolkning og forståelse av det informantene fortalte i intervjuene, samt tolkningen og analysen av den transkriberte tekst. Det sentrale er å fortolke det som blir sagt utover det som først blir oppfattet, for å utforske et dypere meningsinnhold (Dalen, 2011). For å få tak i en dypereliggende mening må budskapet forstås i lys av en helhet. Med et utgangspunkt i en ofte uklar og intuitiv forståelse av teksten som helhet, fortolkes dens forskjellige deler. Ut fra disse fortolkningene settes delene sammen til en helhet igjen. Denne prosessen skjer flere ganger (Kvale & Brinkmann, 2015). Vekslingen mellom helhet og del for å oppnå en dypere forståelse, beskrives av Gadamer som den hermeneutiske sirkel (Dalen, 2011).

Gadamer bruker ordet horisont som en forklaring på hva forståelse er, hvordan den omgir oss og utvikler seg. Han mener forståelse aldri starter på scratch (Krogh, 2014). All forståelse er bestemt av en førforståelse eller forståelseshorisont. Denne omfatter våre meninger og oppfatninger vi har i forhold til fenomenet som studeres, og er alltid under utvikling. Slik kan ny innsikt og kunnskap utvikles (Dalen, 2011; Krogh, 2014).

Den hermeneutiske sirkel blir et forhold mellom to horisonter (Dalen, 2011). Slik jeg forstår det, tar den ene horisont utgangspunkt i min oppfatning som intervjuer. Den andre er informantenes horisont. Gjennom analyse justeres min horisont ved å trenge dypere inn i

empirien, som er informantenes horisont. Dette kaller Gadamer for horisontsammensmelting. Tilnærmingen mellom de to horisontene, er det endelige resultatet av at forståelsen beveger seg i den hermeneutiske sirkel (Krogh, 2014).

Intervjuene som blir transkribert om til tekst blir fortolket og utgjør en bestemt mening, slik at jeg kan forstå helheten. Denne helheten blir brutt ned i deler som blir analysert, og igjen danner en ny helhet som gir ny kunnskap og forståelse (Dalen, 2011). I denne studien har det vært en kontinuerlig prosess fram og tilbake mellom problemstilling, empiri og teori. Justeringer ble gjort underveis i hele prosessen. Ved å dykke dypere ned i analysen og studien, så jeg stadig nye sammenhenger, likheter og ulikheter. Denne fram og tilbake prosessen mellom helhet, del og helhet igjen, som Gadamer beskriver som den hermeneutiske sirkel utviklet forståelsen, og hjalp meg med å få en større innsikt i studiens problemstilling.

### **5.1.2 Forforståelse**

For å utvikle forståelse og senere tolkning, mener Gadamer at forforståelse er viktig (Dalen, 2011). I møte med informantene og det innsamlede materialet, vil man alltid møte med en førforståelse, og det er viktig å ha reflektert over denne og være den bevisst. Slik åpner det opp for størst mulig forståelse av det informantene forteller om deres erfaringer og opplevelser. En slik bevissthet over egen forforståelse, gjør man mer sensitiv til å se muligheter i materialet som samles inn. Det åpner opp for utvikling av en ny forståelse, og muligheten til å se noe på en ny måte (Dalen, 2011).

Min forforståelse i starten av studien, var at vold er et tema både helsesykepleiere og foreldre synes det er vanskelig å samtale om. Jeg hadde også tanker om at det er vanskeligere å få en god dialog om tema i grupper enn individuelt. Jeg hadde sett filmen «I trygge hender» og lest veiledningsheftet flere ganger. Jeg er nyutdannet helsesykepleier. Eneste erfaringen jeg har med helsestasjonsarbeid og bruk av samtaleverktøyet, er fra min praksis på helsestasjon under helsesykepleier utdannelsen. Der ble samtaleverktøyet brukt i individuelle konsultasjoner. Gjennom min nysgjerrighet på tema og erfaringer fra praksis, har problemstilling og intervjuguide blitt utformet. Jeg har gjennom hele forskningsprosessen forsøkt å være bevisst, slik at jeg ikke påvirkes til å søke bekræftelse på egen forforståelse, men utvikle egen forståelse gjennom nye perspektiver, teori og erfaringer fra studien.

## **5.2 Valg av forskningsmetode**

I arbeidet med prosjektskissen i forkant av masteroppgaven, søkte jeg i ulike databaser etter relevant forskning. Det ble utført søk etter erfaringer med samtaleverktøyet «I trygge hender», helsesykepleierens erfaringer ved å samtale med foreldre om vold mot barn, og generelt samtaler med foreldre om vold mot barn. Jeg fant lite forskning på tema. Da problemstillingen ville undersøke helsesykepleierens tanker og erfaringer, ble det naturlig å velge en kvalitativ metode. Den er godt egnet når man vil gi stemme til menneskers personlige historier og det er lite kunnskap om tema (Kvale & Brinkmann, 2015).

Jeg valgte å utføre semistrukturert individuelle intervju med helsesykepleiere, for å høre deres personlige erfaringer med samtaleverktøyet. Formålet med intervju er å få fylldig og beskrivende informasjon, innsikt og forståelse fra deltakerne, og vurderte derfor at denne metoden ville være en passende fremgangsmåte for å svare på problemstillingen (Dalen, 2011).

## **5.3 Utvalg og rekruttering av deltakere**

Informanter til studien ble valgt ved strategisk utvalg, der man systematisk velger deltakere som kan svare på studiens problemstilling (Thagaard, 2018).

I denne studien er utvalget helsesykepleiere, da det er de som bruker samtaleverktøyet i sitt arbeid på helsestasjon. Inklusjonskriteriene var i første omgang at helsesykepleierne må ha jobbet i helsestasjon før og etter de nye nasjonale retningslinjene i helsestasjon- og skolehelsetjenesten kom, og samtaleverktøyet «I trygge hender» ble lansert. Dette begrunnet i erfaringer med hvordan det var å ta opp tema med foreldrene på helsestasjon, før de tok samtaleverktøyet i bruk, og kan sammenlignes med erfaringer etter. Dette for å kunne si noe om samtaleverktøyet har hatt betydning for å samtale om tema. «I trygge hender» måtte også brukes i helsestasjon, som en del av tilbudet til foreldrene. Etter nye vurderinger valgte jeg å utelate at de må ha jobbet før og etter de nye retningslinjene kom, da jeg ikke anså dette som relevant for erfaringene ved bruk av samtaleverktøyet. Endringene ble meldt til NSD og godkjent 02.12.21 (vedlegg 5).

Rekrutteringsprosessen av informanter startet i januar-22. Da jeg selv arbeider i skolehelsetjenesten, valgte jeg å ikke sende ut forespørsel til helsesykepleiere i egen

kommune. Dette for at ikke informantene skal føle begrensninger til hva som blir sagt, på grunn av personlig kjennskap til intervjueren. Jeg valgte å benytte teams som en mulig plattform for å intervju informantene, og hadde derfor ingen geografiske hindringer. Jeg sendte forespørsel på e-post til ledere ved ulike helsestasjoner rundt i landet, med informasjon om studien, og spørsmål om hjelp til å dele ut informasjonsskriv om prosjektet og samtykkeskjema (vedlegg 1). Åpnet også for muligheten til å ta kontakt med landsgruppen av helsesykepleiere på Facebook ved behov, men det ble ikke nødvendig. Det var ikke alle kommunenes hjemmesider som hadde informasjon om leder ved de ulike helsestasjonene. Ringte derfor sentralbordet til flere kommuner og spurte etter informasjonen, for å sikre at det ble sendt til rett person. I første omgang ble det sendt e-post med forespørsel til ni kommuner, med varierende størrelse. Flere av disse kommunene hadde flere helsestasjoner. Ble derfor sendt e-post til alle lederne ved de ulike helsestasjonene i den aktuelle kommunen. Fikk raskt svar fra to helsestasjoner at de videresender informasjon til sine ansatte, ellers hørte jeg ingenting fra de andre kommunene. Flere ledere hadde delt informasjonen, for fire deltakere fra tre ulike kommuner meldte interesse for å stille til intervju. Da jeg fortsatt manglet informanter, sendte jeg ut ny forespørsel i slutten av februar til helsestasjoner i fem nye kommuner. Det tok litt tid uten respons, men så fikk jeg svar fra en som ønsket å delta. Jeg hadde da til sammen fem informanter fra fire ulike kommuner av ulik størrelse, som ville stille til intervju. Alle informantene fylte inklusjonskriteriene.

De hadde ulik arbeidserfaring fra helsestasjon. Denne variasjonen kunne gi innsikt i hvordan helsesykepleiere med ulik arbeidserfaring opplevde at det var å samtale med foreldre om tema, ved bruk av samtaleverktøyet.

Antallet intervjupersoner avhenger av problemstillingen og formålet med undersøkelsen. I vanlige intervjuundersøkelser ligger antall informanter ofte fra fem og oppover (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg hadde ett forholdsvis lite utvalg, dermed usikkert om det var nok til å oppnå metning. Det sies at metning er nådd når det vurderes at ytterligere datainnsamling ikke tilfører ny kunnskap. Det er et omdiskutert begrep da datainnsamlingen kan påvirkes av ulike faktorer, blant annet dårlig intervjuteknikk, dårlig fokus og lite kjennskap til feltet som undersøkes. En tommelfingerregel er derfor at utvalget skal være passe stort til å belyse problemstillingen (Malterud, 2017). Jeg opplevde at informantene fortalte mye likt, og opplevde ikke at intervjuene lengere tilførte ny kunnskap av betydning. Jeg anså derfor fem informanter som tilstrekkelig for å svare på problemstillingen.

I tabellen under presenteres informantene med fiktive navn, for å ivareta prinsippene for anonymisering. Også hvor mange år de har jobbet i helsestasjon, og om de viser «I trygge hender» i grupper eller individuelt. Noen har også jobbet i skolehelsetjenesten ulike perioder. Tabellen presenterer kun erfaring fra helsestasjonsarbeid.

**Tabell 1: Presentasjon av informantene**

<b>Informant</b> (Fiktive navn)	<b>Antall år med arbeidserfaring fra helsestasjon</b>	<b>Hvilken type konsultasjon informantene bruker samtaleverktøyet i</b>	<b>Hvor gammel barnet er når samtaleverktøyet presenteres til foreldrene</b>
Lise	Jobbet 22 år på helsestasjon	Gruppe konsultasjon	2-4 uker
Pia	Jobbet 25 år på helsestasjon	Individuell konsultasjon	2-4 uker
Marit	Jobbet 10 år på helsestasjon	Individuell konsultasjon	2-4 uker
Kine	Jobbet 2 år på helsestasjon	Individuell konsultasjon	2-4 uker
June	Jobbet 5 år på helsestasjon	Gruppe konsultasjon	2-4 uker

## 5.4 Intervjuguide

I alle prosjekter som anvender intervju som metode, må intervjuguide utarbeides (Dalen, 2011). I forkant satt jeg meg inn i samtaleverktøyet, og gjorde egne tanker og refleksjoner om tema. Med dette som utgangspunkt ble det utformet en semistrukturert intervjuguide, med spørsmål utformet for å høre helsesykepleierens erfaringer (vedlegg 2). Det var en krevende prosess. Det informantene forteller er studiens empiri og bør være så rikt og fyldig som mulig, for å belyse studiens problemstilling (Dalen, 2011). Ifølge Dalen (2011) kan utforming av intervjuguide ved bruk av traktprinsippet være nyttig, intervjuguiden ble derfor formet slik. Spørsmålene var først generelle for å sette stemningen, og få deltakeren til å slappe av. Deretter ble spørsmålene fokusert mer mot temaene (Dalen, 2011). Intervjuspørsmålene var lukket nok til å sikre at samtalene kom inn på de samme temaene, og helsesykepleierne ble

stilt de samme spørsmålene. Samtidig åpne nok til å kunne stille oppfølgingsspørsmål, og følge opp med temaer som ikke var planlagt på forhånd. Slik kunne jeg følge informanten i det som ble sagt, og ga muligheter for at spørsmålsrekkefølgen kunne endres underveis. Hensikten var å gi informantene mulighet å formidle fyldig informasjon, om sine tanker og erfaringer med bruk av samtaleverktøyet (Kvale & Brinkmann, 2015). Mot slutten ble det åpnet opp for at informantene kunne komme med tanker og refleksjoner, som ikke nødvendigvis kom fram under intervjuet og avrundet med generell snakk, for en fin avslutning (Dalen, 2011). Oppfølgingsspørsmål ble også utformet og kunne benyttes dersom informantene ikke kom inn på disse temaene, eller det var behov for mer utdypende svar.

## **5.5 Teams intervju**

Jeg ønsket å utføre intervjuene via teams, som ifølge UiT var en godkjent plattform å bruke (UiT Norges arktiske universitet, u.å.). Online intervju er kostnads og ressursbesparende, og gir muligheten til å rekruttere informanter fra hele landet. Intervjuene ble gjennomført under koronapandemien, så var gunstig å gjennomføre intervjuene digitalt også med tanke på smittevern hensyn. Grunnet koronapandemien var flere arbeidsplasser, inkludert min egen blitt mer fortrolig med møter via teams eller andre tjenester. Jeg var derfor ikke bekymret for at teams intervju skulle påvirke informantenes valg i å delta. Åpnet likevel opp for å reise ut, dersom informantene ønsket det. Ifølge Johannessen et al. (2021) får forskeren tilnærmet like god informasjon fra online intervjuer som ansikt-ansikt intervjuer, hvor man er fysisk til stede. I følge Tveiten (2016) er non-verbal kommunikasjon av stor betydning å fange opp, da det kan uttrykke mer enn talte ord (Tveiten, 2016). En bakdel med teams intervju kan derfor være utfordringer med å tolke non-verbal kommunikasjon, da en skjerm kan skape avstand til informantene. På en annen side kan dette i flere tilfeller trolig oppleves som en trygghet, nettopp på grunn av denne avstanden. Eneste utfordringen Johannessen et al. (2021) nevner er at det kan være vanskelig å bygge tillit ved online intervjuer, men at dette løses ved å ha telefon eller e-post kontakt med informantene før intervjuet (Johannessen et al., 2021). Ved at jeg hadde kontakt med informantene på e-post, hvor det ble avtalt tidspunkt og svart på spørsmål, ble denne kontakten etablert. Dette kunne bidra til å skape tillit til meg som forsker. Å sitte i trygge omgivelser kan også være en forløsende faktor for informantene til å åpne seg, og fortelle om sine erfaringer (Johannessen et al., 2021).



## 5.6 Test av intervjuguide og utstyr

Etter intervjuguiden var ferdig utformet, ble testintervju utført på en kollega. Dette for å prøve ut intervjuguiden, teste utstyret for lydopptak i en intervjusituasjon for å se hvordan det fungerte, og for å øve meg som intervjuer. I forkant var det lastet ned nettskjema diktafon app på telefon og nettbrett for lydopptak. Det anbefales å bruke to enheter under opptak, som sikkerhet dersom den ene skulle feile (Universitetet i Oslo, 2022). Begge enhetene ble fullt oppladet og satt på flymodus under opptak, for å forebygge forstyrrelser i opptakene. Testintervjuet tok 36 minutter. Etter testintervjuet kom kollegaen med tilbakemeldinger, som tips til justering av intervjuguiden. Jeg opplevde at noen spørsmål ble gjentakende, og testperson noen gang svarte på spørsmål som kom senere. Noen av spørsmålene kunne misforstås, så jeg måtte omformulere meg. Dette forstyrret samtalsens frie flyt. Intervjuguiden ble på bakgrunn av disse faktorene justert, slik at den skulle fungere mer hensiktsmessig. Ved at intervjuene skulle utføres på teams, var det også viktig å teste tekniske detaljer på PC-en. Ved å opprette testintervju med samboer på teams, fikk jeg sjekket internettkvaliteten, kamera, lyd og mikrofon. Slik ble jeg også kjent med hvordan man oppretter et teams møte, legger inn filter som reduserer bakgrunnsstøy på teams, og hvordan lydopptakerne burde plasseres i forhold til PC-en, for å gi best lyd (Johannessen et al., 2021).

## 5.7 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble utført fra intervjuerens hjemmekontor på dagtid via teams, i løpet av perioden januar- mars-22. På grunn av informantenes pressede arbeidssituasjon var det litt utfordrende å finne tid for enkelte intervju. Fem dybdeintervju ble utført med en varighet mellom 51 og 65 minutter.

Jeg startet intervjuene med å snakke litt løst og fast for å skape kontakt og sette stemningen. Hørte om de hadde lest informasjonsskrivet (vedlegg 1), noe alle hadde gjort. Det ble informert om studiens formål, frivilligheten med deltakelse og retten til å trekke seg uansett grunn, samt at intervjuene vil bli tatt opp på lydfil, transkribert, sikkert lagret og at informantene blir anonymisert. Etter dette ble det åpnet opp der informanten fikk mulighet til å stille spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble samtykket muntlig til deltakelse, dokumentert på lydfilen ved hjelp av nettskjema diktafon app, som også ble brukt under

resten av intervjuene (Universitetet i Oslo, 2022). Startet intervjuet med bakgrunns spørsmål, og fortsatte videre til spørsmålene om erfaringene de hadde med samtaleverktøyet. Det var åpne spørsmål. Jeg opplevde at de stort sett ga utfyllende svar. Ved noen anledninger ble det svart på spørsmål jeg hadde satt opp senere i intervjuguiden, til tross for de tidligere justeringene som var gjort. Noen ganger ble det nødvendig å komme med oppfølgingsspørsmål, for å sikre tilstrekkelig dybde i intervjuet. Det var derfor viktig å lytte aktivt til det informantene sa, for å få muligheten til oppfølgingsspørsmål og forebygge at gjentakende spørsmål ble stilt. Mulighet til å forklare dersom noe var uklart ble gitt, ved å blant annet spørre «hva tenker du med det» og «forstår jeg deg riktig nå». Etter intervjuet var ferdig spurte jeg informantene om de hadde noen spørsmål, eller om det var noe jeg ikke hadde spurt om som de ønsket å tilføye. Det ga også informantene mulighet til å komme med undringer eller bekymringer (Kvale & Brinkmann, 2015). Det var noen av informantene som hadde noe å tilføye etter intervjuet var gjort, som var nyttig for et mer rikt materiale. Jeg tok ikke notater under intervjuene da dette ville virket forstyrrende på meg. Omfattende notater kan distrahere og avbryte samtalsens frie flyt (Kvale & Brinkmann, 2015). Analyseprosessen starter allerede i intervjufasen, derfor skrev jeg ned notater med tanker og refleksjoner fortløpende i etterkant av hvert intervju, for å ikke glemme (Dalen, 2011). Vet bruk av nettskjema diktafon ble opptaksfilene kryptert og sikkert lagret, i henhold til Universitetet i Tromsø sine rutiner for behandling av personopplysninger og NSD norsk senter for forskningsdata, og merket med deltaker 1, 2, 3, 4, og 5 (Avdeling for forskning utdanning og formidling, 2021; Norsk senter for forskningsdata, u.å.).

Jeg var helt fersk i intervjusituasjonen og følte meg nervøs under intervjuene, spesielt de tre første. Var veldig knyttet til intervjustørsmålene i frykt for å glemme noen spørsmål, da intervjumaterialet er studiens viktigste empiri. Det var behov for å «hoppe» litt rundt i intervjuguiden, for å følge informanten. Måtte derfor kikke ned på intervjuguiden flere ganger. Jeg forsøkte å lytte aktivt og lot informantene svare ferdig på spørsmålet, men tok meg selv likevel i å stille spørsmål som allerede var svart på. Dette kan skyldes at jeg var uerfaren og nervøs i intervjusituasjonen, og dermed trolig påvirket fokuset. Dalen (2011) sier pauser kan være skapende, ved at intervjupersonen får tid å reflektere over spørsmål som er stilt (Dalen, 2011). Ved noen tilfeller trodde jeg informanten var ferdig å prate, men hadde en tenkepause. Ved at jeg snakket eller begynte på neste spørsmål ble tenkepausen avbrutt. Dette påvirket trolig informasjonen jeg ville fått, dersom dette ikke hadde skjedd. Dette tok jeg med meg

videre i de neste intervjuene og lot informantene snakke fritt, og sa minst mulig selv. Jeg brukte kroppsspråk som nikk og smil og sa «mmm», for å signalisere at jeg var interessert, og oppmuntret informantene til å fortsette å fortelle (Thagaard, 2018). En annen faktor som virket forstyrrende på meg var at opptaket automatisk stoppet etter 45 minutter. Jeg måtte følge med på opptakerne, for å sikre at alt ble tatt opp og starte opptakeren igjen etter 45 min var gått.

## 5.8 Transkripsjon av intervjuene

For best mulig grunnlag for senere bearbeiding, tolkning og analyse av det innsamlede materialet, ble intervjuene tatt opp ved bruk av lydopptaker (Dalen, 2011). Slik kunne jeg konsentrere meg om intervjuets tema og dynamikk. Samt muligheten å lytte på opptakene igjen ved behov (Kvale & Brinkmann, 2015). Lydfilene ble transkribert der materialet ble omformet til skriftlig form, for bedre oversikt og tilgjengelighet for videre analyse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Når tale gjøres om til tekst, vil gjengivelsen svekkes noe i forhold til den opprinnelige samtalen. Lydopptak av intervjuet er første abstraksjon, og medfører tap av kroppsspråk. Deretter vil transkripsjonen fra tale til skriftlig form innebære en ytterligere abstraksjon, der non- verbale signaler som intonasjon, stemmeleie og åndedrett går tapt (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg valgte å utføre transkripsjonene selv. Prosessen gir meg unik sjanse til å bli godt kjent med dataene, og kunne se antydninger av likheter og ulikheter i materialet. Det kan være en styrke i den senere analyse prosessen, ved at jeg gjorde meg opp mulige tolkninger til teksten (Dalen, 2011). Transkripsjonene ble utført fortløpende. Fordelen var da å ha intervjuene frisk i minnet, noe som ga muligheter for å fange opp samtalen med størst mulig nøyaktighet. De ferdige transkripsjonene ble igjen sjekket grundig mot lydfilene og korrigert ved behov (Dalen, 2011). Det var svært tidkrevende å transkribere, og det tok et sted mellom 6-8 timer å transkribere hvert intervju. Dialekter ble ikke tatt hensyn til, så transkripsjonen ble gjort på bokmål, som for meg er et lett anvendelig og kjent skriftspråk. Ord som mmm, hmm og korte muntlige pauser ble ikke transkribert. Ord som ble vektlagt av informanten ble understreket, lange pauser ble lagt inn med \*tenkepause\*. Latter ble lagt inn med \*latter\*. Der hvor informanten brukte høy stemme ble det skrevet med blokk bokstaver. Hvert intervju bestod av 11- 17 sider transkribert tekst med skriftstørrelse 12 og linjeavstand 1,5. Til

sammen utgjorde det 69 transkriberte sider. Teksten ble transkribert der J definerer meg («jeg») og D står for «deltaker».

## **5.9 Tematisk analyse**

Etter intervjuene var transkribert til skriftlig datamateriale, skulle det analyseres for å kunne finne mening i det innsamlede materialet. Det finnes flere ulike analysemetoder for kvalitativ forskning. Valgt metode for denne studien falt på Braun & Clarke sin tematiske analyse. Det er en mye brukt kvalitativ analyse metode innenfor psykologi, men beskrives også å egne seg innenfor andre fagfelt (Braun & Clarke, 2006). Tematisk analyse er metode med fleksibel tilnærming for å identifisere, analysere og rapportere mønstre og temaer innenfor data (Braun & Clarke, 2006). Denne metoden sies å være den mest grunnleggende og studentvennlige (Johannessen et al., 2018). Dette var noe jeg opplevde, ved at analysemetoden var enkelt beskrevet trinn for trinn. Det ble mer oversiktlig for meg som nybegynner innen forskning å skjønne framgangsmåten, for utarbeidelsen av analysen. Analysen er en prosess hvor man beveger seg fram og tilbake gjennom fasene. Utvikler seg over tid, og bør ikke forhastes (Braun & Clarke, 2006). Dette er det Gadamer betegner som den hermeneutiske sirkel i en stadig frem og tilbake bevegelse for å gi en utvidet forståelse (Krogh, 2014).

### **Braun & Clarke sin tematiske analyse består av seks faser:**

Bli kjent med dataene, generering av innledende koder, søke etter temaer, gjennomgang av temaer, definere og navngi temaer og produksjon av rapporten (Braun & Clarke, 2006).

#### **Fase 1: Gjøre deg kjent med dataene dine**

I følge Braun og Clarke (2006) skriver forskeren gjennom hele analyseprosessen. Fase en starter med notering av ideer og potensielle koder, og fortsetter videre gjennom hele analysen (Braun & Clarke, 2006). Først leste jeg gjennom dataene intervju for intervju, for en oversikt. Deretter en gang til, hvor jeg noterte mine tanker rundt tekstens innhold og merket meg ideer til mulige koder. Gjennom ytterligere runder med lesing av den transkriberte teksten, fordypet jeg meg i materialet og ble godt kjent med innholdet. Dette var svært tid krevende, men viktig da dette danner grunnlaget for analysen (Braun & Clarke, 2006).

I tabellen under presenteres analyseprosessen. Datautdrag fra intervjuene som kodes og kategoriseres. Koder med likhetstrekk samles og danner undertema. Undertema med likhetstrekk fører fram til hovedtema.

**Tabell 2: Utdrag fra analyseprosessen ved tematisk analyse**

<b>DATAUTDRAG</b>	<b>KODE</b>	<b>UNDERTEMA</b>	<b>HOVEDTEMA</b>
Fleste tenker det er den fysiske volden som er vold og ikke noe annet.	Usikker hva som er vold	Økt kunnskap og bevisstgjøring	Hva kan forebygge vold
Fortelle at det er ikke meningen at man skal oppdra sitt barn alene, det er en familie ting.	Bruk av nettverk		
I tillegg til å reflektere over temaet vold og hvordan gråt og slitenhet påvirker oss, er det også informasjon om konsekvensene, og det tenker jeg ikke alle vet.	Kunnskapshull om konsekvensene av vold		
Å normalisere følelser er med på å roe foreldrene, det tenker jeg absolutt.	Normalisering roer	Følelser- hva er normalt?	Hva kan forebygge vold
De tankene å fortelle til seg selv at man er god nok har vi mye fokus på.	Fokus på hjelpetanker		
Mange som kjenner på den her dårlige samvittigheten visst dem blir sint eller irritert. Normalt at man blir sint, det å normalisere det også.	Dårlige følelser er normalt		

### **Fase 2: Generering av innledende koder**

Jeg tok for meg hvert enkelt intervju og satte ett og ett intervju inn i ulike Word-tabeller, lik presentasjon i tabell 2. Slik kunne jeg systematisk arbeide med hele datamaterialet til de ulike intervjuene, og kode interessante datautdrag i teksten. Ved å ha hvert transkriberte intervju i

samme dokument som resten av analysen, var det lettere å holde oversikt. Jeg skrev datautdrag fra det transkriberte materialet og kodet det. I den første kolonnen var hele intervjuet presentert, fordelt med rader der de ulike spørsmålene i intervjuguiden ble atskilt nedover. Dette blir ikke presentert i tabell 2. I kolonne to (tabell 2- datautdrag) ble det skrevet utdrag av interessante funn informantene fortalte om. Datautdragene ble skilt med mellomrom innenfor samme i kolonne, slik at ulike datautdrag kunne gis forskjellige koder. I kolonne tre ble de ulike datautdragene kodet (tabell 2- kode). Mønster i de ulike kodene ble identifisert og merket med ulike farger, som knyttet sammen de ulike kodene som passet fra hvert intervju. Når dette var gjort, ble kodene knyttet sammen med tilsvarende farge koder fra de andre intervjuene. Store deler av det transkriberte materialet ble kodet, for å sikre at ikke noe som kan vise seg å være interessant går tapt. Ved å ha intervjuet i samme dokument, kunne jeg da gå tilbake til den opprinnelige teksten i intervjuet tilhørende det aktuelle datautdraget, dersom noe ble uklart. Dette sikret at man beholdt den opprinnelige meningen til det informantene fortalte, og meningsinnholdet i kodene ble bevart (Braun & Clarke, 2006).

### **Fase 3: Søke etter temaer**

Til nå hadde jeg store mengder med koder på tvers av datamaterialet i alle intervjuene. For å lettere sortere kodene i potensielle undertemaer, valgte jeg å bruke visuelle representasjoner (Braun & Clarke, 2006). Jeg skrev ut materialet og klippet ut koder med tilhørende datautdrag. Deretter samlet jeg kodene med samme farge og fellestrekk, som dannet foreløpige undertema (tabell 2- undertema) og hovedtemaer (tabell 2- hovedtema) (Braun & Clarke, 2006). Koder jeg ikke anså relevant, ble lagt i en «diverse» bunke. Dette sikret at jeg fortsatt hadde materialet, dersom det likevel skulle være nyttig på et senere tidspunkt. Når jeg hadde laget foreløpige undertema og hovedtema, og hadde alle kodete datautdrag tilknyttet de ulike temaene, startet neste fase i analyseprosessen.

### **Fase 4: Gjennomgang av temaer**

I denne fasen er det to nivåer for gjennomgang og avgrensning av temaene. Først leste jeg på nytt alle datautdragene som var kodet under hvert undertema, intervju for intervju. Dette for å se om kodene dannet et mønster med fellestrekk, som passet under undertemaene. Koder ble justert, og noen flyttet inn under andre undertema hvor de passet bedre. Det ble også justert der undertema ble flyttet fra ett hovedtema til et annet. Overskrifter på flere undertema og hovedtema endret navn, for å treffe bedre. Noen undertema ble slått sammen, og andre tatt

bort. Når dette var på plass startet jeg på nivå to. Jeg gjorde en lignende prosess, men da på tvers av datamaterialet fra alle intervjuene. Dette for å se om de dannet et sammenhengende mønster, som fortsatt passet med undertema og hovedtema. Også her ble det gjort endringer. Noen koder ble forkastet til «diverse» bunken. Noen undertema ble slått sammen og fikk nytt navn. Enkelte hovedtema byttet navn, for å beskrive innholdet bedre. Endringene ble gjort for å sikre at temaene fikk tydelige skiller og sammenheng, og ga mening til de ulike temaene (Braun & Clarke, 2006). Dette var en svært tidkrevende prosess. Arbeidet med generering av koder og tema kan fortsette i det uendelige (Braun & Clarke, 2006). Når endringene ikke ga en klar forbedring anså jeg fase fire som ferdig. Det endte med totalt seks undertema, som ble fordelt under tre hovedtemaer som samler undertema med fellestrekk (Braun & Clarke, 2006). Oversikt over presentasjon av hovedtema med tilhørende undertema finnes i tabell 3 under kapittel 6: Presentasjon av funn.

### **Fase 5: Definere og navngi temaer**

I denne fasen defineres og avgrenses temaene som skal presenteres for analysen, og er laget med bakgrunn i å svare på problemstillingen. Temaene navngis slik at de er konsise, slagkraftige og forteller leseren hva temaene handler om (Braun & Clarke, 2006). En kort beskrivelse av temaenes innhold anbefales, for å teste at de er tydelig definert med klare skiller. Dette presenteres under.

Hovedtema 1: «Samtaleverktøyets funksjon»: Samtaleverktøyet åpner for dialog om sensitivt tema, muliggjør kvalitetssikring av arbeidet og hva informantene synes om filmen og veiledningsheftet og viktigheten av å forberede foreldrene på tema.

Hovedtema 2: «Hva kan forebygge vold»: Tiltak som økt kunnskap, bevisstgjøring og normalisering kan bidra til å forebygge vold.

Hovedtema 3: «Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster»: Erfaringer med bruk av samtaleverktøyet individuelt, i grupper og erfaringer med å bruke den i møte med fremmedspråklige foreldre. Forskjeller, fordeler og ulemper blir belyst.

### **Fase 6: Utarbeidelse av rapporten**

Til slutt når arbeidet med undertemaene og hovedtemaene var ferdig, startet utarbeidelsen av rapporten med analysen. Dette presenteres i kapittel 6, presentasjon av funn.

## **5.10 Etiske refleksjoner**

Etiske sider ved planleggingen og rapportering presenteres i dette kapitlet. Det omfatter å sikre personvern og innhente intervjupersonenes informerte samtykke til å delta i studien. Sikre anonymitet, konfidensialitet og vurdere mulige konsekvenser studien kan ha for informantene (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **5.10.1 Godkjenninger**

Før oppstart med intervju ble søknad på godkjenning sendt til NSD, som behandler søknader der personopplysninger vil inngå i forskningsprosjekt (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Dette med bakgrunn i at prosjektet vil behandle personopplysninger omfattet av personopplysningsloven §8 (Norsk senter for forskningsdata, u.å.; Personopplysningsloven, 2018). Denne studien inneholder ikke helseopplysninger fra studiedeltakerne. Var derfor ikke nødvendig å søke til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), som håndterer søknader som inngår under helseforskningsloven (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2014; Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), u.å.). Studien med prosjektnummer 542808 ble først godkjent av NSD 28.09.21 (vedlegg 4). Grunnet valget å utføre intervjuene over teams, sendte jeg melding til NSD, og undersøkte muligheter til å samle inn informert samtykke digitalt. Tilbakemeldingene var at det kunne gis muntlig samtykke i starten av intervjuet, som dokumenteres på opptaket. Jeg hadde også utført små justeringer i intervjuguiden, prosjektets varighet ble forlenget fra 30.06.22 til 31.12.22, informasjonsskrivet ble tilført informasjon om muligheten for muntlig samtykke og det var endret i inklusjonskriteriene som tidligere nevnt. Endringene ble derfor meldt inn NSD, og godkjent 02.12.21 og behandlingen kunne starte (Vedlegg 5). I slutten av prosjektet ble ordlyden i problemstillingen justert, men disse endringene er ikke meldepliktig til NSD.

### **5.10.2 Informert samtykke og personvern**

Etiske hensyn er tatt underveis gjennom hele forskningsprosjektet. UiT sine retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekter er fulgt (Avdeling for



forskning utdanning og formidling, 2021). Sammen med veileder er det gjennomgått retningslinjer som gir føringer for hvordan informasjon skal oppbevares og klassifiseres. Denne er utarbeidet av Universitetsstyret ved UiT. Studien gikk under gul kategori da det inneholdt upublisert forskningsdata (UiT Norges arktiske universitet, 2019). UiT sin rutine for risikovurdering av personopplysninger før oppstart av forskningsprosjekt er gjennomført, og viser lav risiko.

Informert samtykke betyr at deltakerne i studien skal være tilstrekkelig informert om studiens overordnede formål og hovedtrekkene i designen. Sikre at informantene deltar frivillig, og informeres om mulige konsekvenser ved deltakelse, og retten til å trekke seg uansett grunn. Informert samtykke baserer seg på respekten til at deltaker fatter egne beslutninger og ikke skades (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019; Kvale & Brinkmann, 2015). E-post ble sendt til ulike helsestasjoner i landet, der informasjonsskriv til deltakere og samtykkeerklæring ble lagt ved, for å kunne deles ut til helsesykepleierne ved deres arbeidssted (vedlegg 1). Etiske krav om frivillighet ble ivaretatt, ved at informantene som ønsket å delta kunne ta kontakt med meg på e-post eller telefon. Alle deltakerne tok kontakt på e-post, og all korrespondanse ble utført via min skolemail. Informasjonsskrivet informerte om studiens tema og formål, problemstilling, metode, forskerens institusjonelle tilknytning, hvordan data behandles, oppbevares og slettes, hvordan hensyn til personvern og konfidensialitet ivaretas, retten til å nekte å delta i studien eller å trekke tilbake samtykke til deltakelse når som helst uten spørsmål (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019; Kvale & Brinkmann, 2015). Alle informantene hadde lest gjennom informasjonsskrivet før intervjuet. Før intervjuet startet fikk deltakerne en muntlig oppsummering av sine rettigheter, og de samtykket muntlig til deltakelse. Dette ble dokumentert på lydopptak jfr. tilbakemelding fra NSD om hvordan gi informert samtykke ved bruk av teams.

### **5.10.3 Anonymitet og konfidensialitet**

Konfidensialitet og anonymitet skal sikre deltakernes rett til privatliv, beskytte deltakerne slik at ikke andre får kjennskap til informasjon, samt enighet knyttet til tilgjengeligheten av data i etterkant av deltakelse (Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019; Kvale & Brinkmann, 2015).

I denne studien er det kun student og veileder ved UIT- Norges arktiske universitet som har tilgang til opplysningene. Lydfilene med opptak av intervjuene er kryptert og sikkert lagret ved bruk av nettskjema diktafon app (Universitetet i Oslo, 2022). Fiktive navn ble brukt i transkriberingen og presentasjon av funn. Det er ikke brukt personopplysninger som kan gjøre informantene gjenkjennbare. Dataene er lagret på UIT`s skytjeneste, Office 365 One drive server. Et sikkert lagrings system, med to faktor autentifikasjon (UiT Norges arktiske universitet, 2021). Ved analysing av intervjuene ble transkripsjonene skrevet ut. Disse ble sikkert lagret i låst skap, kun jeg som forsker har tilgang til. Personopplysninger, transkriberinger og lydfile av intervjuer slettes når masteroppgaven er godkjent.

## **5.11 Metode refleksjon**

Her belyses først validitet og reliabilitet knyttet til valgt forskningsmetode, deretter refleksjoner rundt ulike metoder og overføringsverdi.

### **5.11.1 Validitet og reliabilitet**

Validitet i kvalitativ forskning dreier seg om studiens gyldighet. Om forskeren undersøker det som var hensikt å undersøke, og om metoden er egnet å undersøke det den skal. Det kan sammenlignes med en kvalitetskontroll og skal gjennomsyre hele forskningsprosessen. Forsker må gjennom hele prosessen ha kritisk holdning til eget arbeid (Kvale & Brinkmann, 2015). Reliabilitet sier noe om hvor pålitelige og troverdige forskningsresultatene er (Kvale & Brinkmann, 2015). Og hvorvidt en annen forsker som anvender de samme metodene vil komme fram til like resultater på et annet tidspunkt (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018).

For å sikre validitet og reliabilitet har jeg forsøkt å sikre transparens, ved å gi en så detaljert beskrivelse som mulig for metoden og analysen, der dataene ble utviklet gjennom forskningsprosessen. Det er begrunnet for valg som er tatt for å komme fram til studiens funn (Kvale & Brinkmann, 2015; Thagaard, 2018). Ved at stegene i analysen er dokumentert og sitater fra informantene er brukt i presentasjon av funn, har det åpnet opp for at andre kan følge prosessen og kan være en styrke.

Intervjuguiden bærer preg av en vid problemstilling, ved at spørsmålene spør bredt om erfaringer med samtaleverktøyet. I etterkant ser jeg at flere av spørsmålene ble overflødig for å svare på problemstillingen. Spørsmål om erfaring med utenlandske foreldre ikke var inkludert, men viste seg å være et interessant funn. Bedre utarbeidet intervjuguide kunne trolig gitt mer innsikt i studiens problemstilling, og kan være en svakhet. Opplevde likevel at informantene ga utfyllende informasjon. Datamaterialet ble rikt nok til å svare på problemstillingen.

Jeg var uerfaren i å gjennomføre intervju, transkribere og analysere datamateriale. Dermed kan studiens begrensede utvalg ses på som en styrke, ved at det var håndterbart til tross for lite erfaring, og kan bidra til en grundigere analyse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Ved å bruke lydopptak og lytte flere ganger gjennom intervjuene, ble jeg kjent med datamaterialet intervjuene ga. Jeg tilstrebet å være objektiv og transkriberte intervjuene så nøyaktig som mulig. Dette kan styrke validiteten. Det kan likevel være en sjanse for å ha gitt deltakernes utsagn en annen betydning enn de har ment (Kvale & Brinkmann, 2015). Når jeg transkriberte ble jeg oppmerksom på at det var flere ting jeg kunne utforsket mer. Jeg var nervøs og det påvirket intervjuet noe. Ved å være opptatt av neste spørsmål, og opptakets tid mistet jeg litt fokus. Jeg lyttet ikke alltid godt nok til det som ble sagt, og førte til at spørsmål som var besvart tidligere noen ganger ble spurt igjen. Dette kan være svakheter.

Jeg forsøkte å være bevisst forskerrollen og forforståelsen i alle ledd, da jeg ikke ønsket å fremprovosere funn, for å støtte opp om egne antakelser (Dalen, 2011; Kvale & Brinkmann, 2015).

Kvale og Brinkmann (2015) hevder at intervjuferdigheter oppnås gjennom intervju praksis. Intervjuprosessen har trolig blitt påvirket av at jeg er uerfaren forsker. Selv om test intervju ble utført, vil det ikke gi tilstrekkelig erfaring. Dermed kan kvaliteten på intervjuene og studiens funn påvirkes, og kan være en svakhet.

Under intervjuet lot jeg informantene snakke fritt. Etter intervjuene var ferdig, ble det ikke foretatt en oppsummering, som kunne gitt en økt felles forståelse og muligheten til å forebygge eventuelle misforståelser. Dette er en svakhet som kan ha påvirket reliabiliteten til informantenes utsagn. Underveis i intervjuene ble det stilt kontrollspørsmål for å sjekke om jeg som intervjuer forstod det som ble sagt, for å forebygge misforståelser. Det ble spurt om informantene kunne forklare, dersom noe var uklart. Dette kan ha dermed ha bidratt positivt og forhindre at reliabiliteten trues, tross manglende oppsummering (Kvale & Brinkmann,

2015).

Ved transkripsjonen ble det oppdaget at det noen ganger ble stilt lukkede spørsmål, som kan gi mindre dybde og kvalitet i svarene. Dette kan påvirke data som skal gi svar på problemstillingen og kan være en svakhet (Kvale & Brinkmann, 2015). Ledende spørsmål kan påvirke reliabiliteten, ved å begrense informantens svaralternativer. Det kan skape forventning om hvordan informantene tror jeg som intervjuer ønsker at spørsmålene skal besvares (Thagaard, 2018). Dette var jeg oppmerksom på, og ledende spørsmål ble ikke brukt. Jeg tilstrebet å være objektiv ved analysen, slik at uttalelsene som kom frem var så nær informantenes opplevelser og forståelse som mulig. Jeg gikk flere ganger fram og tilbake i analyseprosessen for å kryssjekke at transskripsjonen, datautdragene og kategoriene var konsistente. Dette kan være en styrke. Ved å gjøre rede for min tilknytning til studien som nyutdannet helsesykepleier og masterstudent, får leseren mulighet til å kritisk vurdere i hvilken grad det kan ha påvirket tolkningen av resultatene (Dalen, 2011; Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM), 2019; Kvale & Brinkmann, 2015). Drøfting av studiens funn preges av utfordringer med å samle inn tidligere forskning, der helsesykepleierens perspektiv i å samtale om vold eller andre sensitive tema kommer fram. Dette kan være en svakhet. Forskningen har likevel bidratt til å belyse tema indirekte, ved å se på foreldreperspektivet ved erfaringer i grupper, og hvilke behov de har i foreldrerollen. Det teoretiske ståsted som representerer grunnlaget for tolkningene og konklusjonen man er kommet fram til er beskrevet, for å sikre validitet (Thagaard, 2018).

### **5.11.2 Metode diskusjon**

Kvalitativ metode med individuelle semistrukturert dybdeintervju ble utført da jeg søkte informantenes erfaringer, tanker og refleksjoner på et tema som er lite undersøkt. Metoden er godt egnet for å belyse problemstillingen, da dette kan gi tilgang til rikt materiale om et lite utforsket tema. Det bidro trolig til å styrke validiteten, ved at informantene åpent kunne reflektere rundt sine erfaringer med samtaleverktøyet (Kvale & Brinkmann, 2015).

Fokusgruppeintervju kunne også vært en alternativ metode å benytte i studien. En fokusgruppe består som regel av seks til ti personer, noe som kunne bidratt til å øke antall informanter (Kvale & Brinkmann, 2015). Krever også mindre ressurs innsats enn ved individuelle intervju (Malterud, 2017). Dette kunne vært en styrke med tanke på at jeg er

uerfaren i å transkribere og analysere datamateriale. En fokusgruppe ledes av en moderator og kjennetegnes av en ikke- styrende intervjustil. Metoden skal gjennom gruppediskusjon, få frem forskjellige synspunkter om et tema, og er velegnet når man vil få kunnskap om et lite undersøkt område (Kvale & Brinkmann, 2015). Moderatoren skal sørge for at deltakerne kommer til ordet og følge med på gruppedynamiske prosesser, som kan påvirke kunnskapsutvekslingen (Malterud, 2017). Da jeg er uerfaren i intervjusituasjon kunne dette trolig påvirket negativt, ved at kontrollen over intervjusituasjonen reduseres og kan virke kaotisk (Kvale & Brinkmann, 2015). I en fokusgruppe er det nyttig å ha med seg en sekretær som kan notere hovedmomenter, som ikke fanges opp på lydopptak, og navn feste replikkene for å lette analysen (Malterud, 2017). Dette hadde ikke jeg tilgang til. Flere faktorer taler derfor imot å anvende en slik metode. Litteraturstudie var ikke aktuelt, da mine søk viste lite forskning på tema (Kvale & Brinkmann, 2015). Observasjonsstudie kunne ikke bidratt til å svare på problemstillingen, da jeg søkte helsesykepleierens erfaringer og tanker, som ikke kan undersøkes ved observasjon (Kvale & Brinkmann, 2015).

Selv om studien undersøker helsesykepleieres erfaringer som yrkesprofesjon, er vold et sensitivt tema som trolig kan påvirke deltakerne. De kan føle de blottlegger seg, og kan påvirke hvilke uttalelser de kommer med. Dette var det viktig som intervjuer å være bevisst. Ved individuelle intervju fikk jeg trolig bedre kontroll i intervjusituasjonen, og kunne bevare informantenes integritet (Kvale & Brinkmann, 2015).

### **5.11.3 Overføringsverdi**

Overførbarhet er knyttet til om tolkningen og forståelsen vi utvikler innenfor rammen til et enkelt prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner og sammenhenger (Thagaard, 2018). Ved at studien er transparent og argumentene gjøres tydelig, tillates leserne selv å bedømme hvor holdbar generaliseringen er, og om resultatene kan overføres til en ny situasjon (Kvale & Brinkmann, 2015). En vanlig innvending i intervjuforskning er at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan generaliseres, men kan likevel gi en overføringsverdi (Kvale & Brinkmann, 2015).

I denne studien ble det intervjuet fem informanter noe som er et forholdsvis lite antall, men oppleves likevel å gi dybde og kvalitet nok til å svare på studiens problemstilling.

Helsesykepleierens erfaringer i denne studien er unike og deres sannheter, og kan ikke

nødvendigvis overføres til å gjelde alle som benytter seg av samtaleverktøyet. Det kan likevel være mulig å kjenne seg igjen i studiens funn, og derfor tenkes at det har en viss overføringsverdi til andre som bruker samtaleverktøyet i sitt arbeid. Det kan bidra til å øke andres innsikt og refleksjoner, og kanskje bidra til å tilrettelegge for bruk av samtaleverktøyet i deres arbeid, for å forebygge vold mot sped- og småbarn. Studien kan også tenkes å ha en overføringsverdi til andre yrkesgrupper og praksiser hvor de samtaler med foreldre, for å forebygge vold mot barn.

## 6 Presentasjon av funn

I dette kapitlet presenteres de empiriske funnene som kom frem i min analyse, og understøttes av sitater fra informantene. Funnene ses i lys av problemstillingen «Hvilke erfaringer har helsesykepleier i bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender», og på hvilken måte kan samtaleverktøyet bidra til å forebygge vold mot sped- og småbarn?».

Funn er inndelt i tre kategorier. I hver kategori står analysens hovedtema, og under hvert hovedtema er det tilhørende undertemaer som belyser hovedtemaene. Temaene presenteres i tabell 3.

**Tabell 3: Presentasjon av tema med tilhørende undertema**

<b>Samtaleverktøyets funksjon</b>	<b>Hva kan forebygge vold</b>	<b>Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster</b>
Åpner for dialog om sensitivt tema	Økt kunnskap og bevisstgjøring	Gruppe vs. individuell
Tidlig innsats og kvalitets sikrer arbeidet	Følelser- hva er normalt?	Møtet med fremmedspråklige

### 6.1 Samtaleverktøyets funksjon

Samtaleverktøyets funksjon handler om at samtaleverktøyet åpner opp for at man tidlig kommer i dialog med foreldrene om et sensitivt tema, gjør samtalen mer systematisert og

kvalitets sikrer at alle får samme tilbudet. Tar også opp filmen og veiledningsheftets funksjon som virkemiddel til dialogen. Dette blir presentert under temaene «Åpner for dialog om sensitivt tema» og «Tidlig innsats og kvalitets sikrer arbeidet».

### 6.1.1 Åpner for dialog om sensitivt tema

Alle deltakerne likte samtaleverktøyet godt. Syntes det var mye lettere å komme inn på tematikken med foreldrene, når de hadde filmen og veiledningsheftet og støtte seg til. Pia fortalte:

*«Ved å vise filmen har man vist foreldrene at det her er noe vi er opptatt av. Det er et tema som er viktig. At man har åpnet opp for det på en måte. At i likhet med vekst og utvikling, høyde og hørsel og alt, så er det her også et tema som vi snakker om her»*

Flere beskrev filmen som veldig illustrativ og forklarende. De syntes den formidlet budskapet på en lett forståelig måte. Veiledningsheftet følte trygg å ha i hånda, og ved bruk av refleksjonsspørsmålene opplevdes det lettere å få i gang en dialog. Alle informantene fortalte at før filmen kom, ble det ikke snakket om tematikken i samme grad som nå. Flere syntes det var kjempevanskelig før. De slet med hvordan de skulle gå fram for å snakke om tema, uten å være for konfronterende og direkte, men samtidig åpne for en god dialog om tema. Marit fortalte:

*«Før vi hadde den filmen opplevde jeg det som at jeg liksom tok litt sånn sats hver gang du skulle inn på tema, for å liksom finne den her naturlige veien inn for å tematisere det, så ikke folk skulle føle seg mistenkeliggjort».*

Alle mente filmen kunne være sterk og svært vanskelig å se for enkelte foreldre, med at den tematiserer vold mot barn. Var viktig å forberede foreldrene på hjemmebesøk om filmens tematikk, når den vises og at alle foreldre får tilbud om å se den, slik at ikke noen følte seg mistenkeliggjort. Lise husket godt en gang hun glemte å forberede en mor på filmen. Moren hadde opplevd vold som barn, og syntes det ble så sterkt at hun nesten forlot gruppekonsultasjonen. June trakk fram at det var fint at det er animasjon og ikke mennesker,

da hun mente det kunne gjøre filmen mindre «skummel». Kombinasjon av film og refleksjons spørsmål kunne få foreldrene mer deltakende, enn ved å «forelese». June formidlet det slik:

*«Jeg synes det er veldig ok å ha å støtte seg til, sant (..)Forskning viser jo at ved å vise litt film, og ha litt spørsmål så klarer du å få dem med på en annen måte, enn om jeg skulle ha sattet og hatt en forelesning (...) Jeg synes det er en veldig ok måte å jobbe på».*

### **6.1.2 Tidlig innsats og kvalitets sikrer arbeidet**

Noen av informantene trakk frem at ved å bruke samtaleverktøyet, ble samtalen mer systematisert. Det sikret at alle foreldre med nyfødte fikk samme tilbud og informasjon uavhengig av helsesykepleier. Slik sikret helsesykepleierne at de hadde vært igjennom alle de viktige punktene rundt tema. Flere fortalte at før samtaleverktøyet kom, så ble ikke så mye av informasjonen «I trygge hender» gir, automatisk delt med foreldrene. Informasjonen som ble delt var mer generell, og ikke direkte knyttet til å forebygge vold. Deltakerne mente derfor samtaleverktøyet har sikret at de er blitt mye bedre på å gi denne typen informasjon til foreldrene. Marit sier det slik:

*«Det kjenner jeg på at før på de her tidligste kontrollene så var det kanskje litt tilfeldig hvor mye vi tematiserte det, og hva man kan gjøre hvis barnet blir urolig og sånn. Nå på en måte får jo alle den her informasjonen. Jeg tenker at for meg som helsesykepleier, er det med på å gi meg kontroll på at det kvalitets sikrer arbeidet».*

Da samtaleverktøyet bidrar til å gi foreldrene økt bevisstgjøring og kunnskap samt strategier å bruke i ulike situasjoner, mente informantene det var nyttig å komme inn på et tidlig tidspunkt, slik at de er i forkant av eventuelle utfordringer. Det åpnet også for at helsesykepleierne kunne bli kjent med foreldrene og deres historier. Samtlige helsesykepleiere fortalte at samtaleverktøyet ble brukt fast på 2-4 ukers kontrollen, og stortsett alle mente at det var det beste tidspunktet å vise filmen og reflektere over tema. Flere begrunnet det med at på hjemmebesøk og 6 ukers kontrollen, er det allerede mye som skal tas opp. Flere nevnte også at det kanskje kunne vært en ide å ta samtaleverktøyet opp igjen rutinemessig, på et senere tidspunkt. Flere mente at når barnet er nyfødt er foreldrene så



fokusert på babyen, at mye informasjon går litt hus forbi. Vet å ta en oppfriskning senere kjenner de barnet sitt bedre, og vil kanskje ha opplevd flere krevende situasjoner. Informantene mente tema var like viktig når barnet ble eldre, foreldrene skulle ut i arbeid og møter nye utfordringer.

## **6.2 Hva kan forebygge vold**

Hva kan forebygge vold, handler om hvordan informantene tenker samtaleverktøyet kan bidra til å forebygge vold mot sped- og små barn. Dette blir presentert under temaene «Økt kunnskap og bevisstgjøring» og «Følelser- hva er normalt». Dialog og refleksjoner sammen med foreldrene trekkes frem, med formål å bidra til økt kunnskap, bevisstgjøring og strategier, for å ruste foreldrene til møte utfordringer på en bedre måte. Normaliteten av tanker og følelser trekkes også fram.

### **6.2.1 Økt kunnskap og bevisstgjøring**

Alle informantene formidlet at de tror samtaleverktøyet tilfører foreldre noe nytt, enten ved ny kunnskap eller økt bevisstgjøring. Informantene fortalte at de ønsket dialog og refleksjoner med foreldrene rundt filmens tematikk. De fokuserte mye på fille risting, samspill, barnets utvikling og behov og at spedbarn tåler mindre stress og stimuli. To informanter fortalte hvordan de samtalte med foreldrene om å begrense mobilbruk når barnet var våkent, for å kunne fange opp de små signalene barnet gir.

Informantene fortalte at de også snakket om strategier fra filmen, som foreldre kunne bruke i ulike utfordrende situasjoner. Blant annet hjelpetanker, legge barnet ned på et trygt sted å gå fysisk ut å trekke luft. De trygget foreldrene på at det ikke er farlig om barnet ligger en kort stund og gråter. De fortalte også foreldrene at det er viktig at de avhjelper hverandre, og får støtte og hjelp til avlastning fra nettverket rundt om behov.

Flere av informantene fortalte at de tror foreldre vet at den fysiske volden er skadelig, men trodde ikke at alle foreldre var klar over hva som ligger i begrepet psykisk vold, og hvor skadelig den psykiske volden er. Pia formidlet det slik:

*«Jeg tror ikke alle er klar over at et spedbarn er så sårbart for det her med roping, krancling og høylytte diskusjoner for eksempel, og det at barnet er vitne til vold og særlig over tid da kan skade barnet rett og slett. Det tror jeg ikke alle vet, så det er det veldig fint at de får vite».*

Informantene formidlet at flere foreldre hadde sagt at de ikke hadde tenkt på høylytt diskusjon og krancling som vold. De trodde heller ikke at foreldre tenkte på det å skremme, kjeffe, overse eller være nedlatende, ble definert som vold. Flere trodde foreldrene tenkte det er den fysiske volden som er vold og ikke noe annet. Helseesykepleierne brukte å tematisere ulike typer vold, hvor skadelig det er og tanker rundt dette. Informantene mente samtaleverktøyet kunne bidra med økt kunnskap og bevisstgjøring, og få foreldre til å forstå hva vold egentlig er. Dette trodde informantene kunne være med på å forebygge vold. Flere informanter fortalte at de oppfordret foreldrene til å snakke sammen om hvordan de selv har hatt det som barn, og hvordan de vil ha det i sin egen familie. Det å bli bevisst på hva dem har vært igjennom i egen oppvekst, hvilken bagasje de har med seg, og bevisstgjøre og reflektere over hva den bagasjen innebærer for et barn, mente informantene kanskje kan ha en forebyggende effekt.

Alle formidlet at de syntes filmen tematiserte de viktigste tingene, og viste gode strategier å bruke i ulike situasjoner. En informant syntes filmen kunne gått litt mer i dybden, og mente samtaleverktøyet kunne bidratt med mer veiledning, tips og triks i forhold til hva man gjør hvis sinnet tar over. Hun formidlet at ikke alle tipsene som kom fram i «I trygge hender» fungerte for alle foreldre. Informantene mente at ved å formidle at helseesykepleierne er der for å hjelpe og veilede, hvis foreldrene står i en vanskelig situasjon med barnet, kan forhåpentligvis bidra til å forebygge vold. Også kanskje bidra til å gi større trygghet for foreldrene til å fortelle om eventuelle utfordringer.

## **6.2.2 Følelser- hva er normalt?**

Alle informantene formidlet et stort fokus på å samtale med foreldre om normaliseringsbegrepet. At det er normalt å kjenne på følelser som stress, slitenhet, irritasjon, frustrasjon og sinne, og hvordan det påvirker oss. De samtalte om barnegråt, og normaliserte at gråt kan trigge mange vanskelige følelser. Flere informanter brukte å formidle at det er normalt at man blir sint. At mange foreldre kjenner på den dårlige samvittigheten hvis de blir

sint eller irritert, og at mange synes det er utfordrende. De brukte å fortelle at flere foreldre går med negative tanker og følelser med å ikke klare å roe barnet, og føle seg utilstrekkelig og uegnet. Marit formidlet det slik:

*«Når vi blir veldig sliten og det er fjerde natt, og de ikke har sovet og babyen ikke vil roe seg. De fleste kjenner jo på den der at man har vært veldig sliten og man bikker fortene over».*

Informantene fortalte at flere foreldre hadde gitt tilbakemelding om at det var godt å prate om det, og høre normaliteten i forhold til ulike følelser mange kjenner på, og skjønne at det faktisk skjer andre også. Flere informanter sa det kanskje kunne gjøre at det ble litt mer akseptabelt å snakke om. Informantene fortalte at de formidlet at gråten er den eneste måten barnet kan få gitt beskjed om behov. At det ikke er å stoppe gråten som er det viktigste, men å være der for barnet og gi trøst. Alle informantene fortalte at de kanskje kunne forebygge vold ved å tørre å snakke om og normalisere tanker, følelser og reaksjoner foreldre kan ha.

### **6.3 Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster**

Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster handler om erfaringer helsesykepleierne har med å bruke filmen og refleksjons spørsmålene i grupper, individuelt og sammen med fremmedspråklige foreldre. Dette presenteres under temaene «Gruppe vs. individuell» og «Møtet med fremmedspråklige».

#### **6.3.1 Gruppe vs. individuell**

Informantene fortalte at det er mye de skal samtale om, og ønsket god tid sammen med foreldrene til å se filmen og gjøre refleksjoner. Tiden som ble satt av til gjennomgang av tema varierte mellom 45 min og 1,5 time, der de fleste lå på 1 time. Ved bruk individuelt ble det først utført en komprimert ordinær konsultasjon, før de så filmen og samtalte om tema. Samtlige informanter mente en fordel med å bruke samtaleverktøyet i gruppe var at foreldrene kunne dele erfaringer, og de kunne ha utbytte av å høre hvordan andre håndterte utfordrende situasjoner. Ofte kjente mange foreldre seg igjen i det andre i gruppen delte. Dette mente

informantene man mister dersom samtaleverktøyet brukes individuelt. Alle informantene erfarte noen ganger at det kunne være vanskelig å få til en god dialog og refleksjoner. I gruppe opplevde de flere ganger at foreldre var stille og sa ingenting, men stort sett var det alltid en eller to som pratet litt ekstra. Flere informanter tenkte at de som var stille, ville ha en fordel i gruppe ved å høre andres refleksjoner og erfaringer. Dersom det var stille, hjalp helsesykepleier til med å stille spørsmål rundt tema for å skape refleksjoner. Flere tenkte at årsaken til at noen ble stille var at de ikke turte å snakke i gruppe, hadde erfaringer med hendelser fra egen oppvekst, var ubehagelig å snakke om og kanskje ikke ville dele med fremmede. Informantene hadde en mening om at dersom foreldrene skulle si noe om egne erfaringer, måtte de selv være klare for det.

Stort sett alle informantene trakk frem fordelene av å bruke samtaleverktøyet sammen med «egne barn». Informantene fortalte at de prøvde å skape en god relasjon til foreldrene, slik at det forhåpentligvis ble tryggere å ta kontakt med sin faste helsesykepleier, hvis det skulle være noe i ettertid. Også lettere for helsesykepleier å følge opp familiene, dersom de la merke til noe spesielt når samtaleverktøyet ble brukt. Lise fortalte at de er to helsesykepleiere på gruppene, sammen med familiene som de er faste helsesykepleier til. Dette var en motsetning til June som fortalte at hun stort sett alltid var alene, og har ansvaret for alle gruppene. Dersom June la merke til noe som burde følges opp, ga hun beskjed til helsesykepleieren som skal følge opp familien. Lise fortalte:

*«Det er en av grunnene til at vi er to helsesykepleiere på gruppa. Det skal være lettere for vedkommende som vi prater med i gruppa til å ta kontakt med sin helsesykepleier. Når du ikke kjenner vedkommende er det viktig å ha den som du kjenner best da fra før. Jeg tenker det er viktig at man ikke blir tvungen til å prate med meg da».*

Informantene hadde ulike erfaringer med bruk av samtaleverktøyet i gruppe og individuelt. Informantene fortalte at individuell konsultasjon ga rom for foreldrene til å være mer personlig, og spørsmålene ble brukt på en annen måte enn i gruppe. Det gjorde at ved bruk individuelt var informantene overasket over hvor nært de kom flere av foreldrene, og hvor mye som ble delt etter samtaleverktøyet ble tatt i bruk. Flere foreldre fortalte blant annet om deres oppvekst og utfordringer i foreldrerollen. Det kom også fram at noen foreldre ikke hadde familie i nærheten å støtte seg til eller var kanskje var alene. De samtalte om sinne og de negative følelsene. Flere foreldre delte sine tanker rundt dette, og fortalte om hvilke typer

mennesker de er. Foreldrenes psykiske helse var også et tema de samtalte om. Informasjonen ble sett på som svært betydningsfull, og informantene mente det ga bedre grunnlag for å gi oppfølging, støtte og veiledning, som er viktig for å trygge de i foreldrerollen i forhold til når barnet vokser opp. Flere opplevde at på hjemmebesøk var liksom alt greit og når foreldrene kom på individuell konsultasjon og filmen ble vist, fortalte flere foreldre om ting som var vanskelig. Kine formidlet det slik:

*«Du har vært på hjemmebesøk hos dem, ting går greit også kommer de og ser filmen også er det liksom øs-pøs og masse tårer, faren min gjorde sånn og moren min gjorde sånn (...) en pappa som slo eller pappa som stakk av eller som ikke var til stede eller dårlig kommunikasjon eller ja. Du får liksom nesten hele livshistorien. Du må være beredt for å stå i det når du får det. Det hadde ikke kommet fram i det hele tatt tror jeg hvis filmen ikke hadde blitt vist (...) det er en sånn døråpner til å ta opp temaene som har vært vanskelig tidligere, og så får du jobbet med dem».*

Informantene fortalte at i grupper samtalte de med foreldrene om temaene fra filmen, og reflekterte over spørsmålene, men det ble på et mer generelt nivå. Flere mente det var uetisk og unaturlig å be folk komme med så personlige delinger i gruppe. Foreldrene møtes kanskje for første gang på 2-4 ukers kontroll, og for flere var det kanskje første gang de var på en helsestasjon. Marit forteller:

*«Altså, det hadde ikke blitt naturlig å stille de spørsmålene som går konkret på hvordan var det hjemme hos deg når du var barn type spørsmål, og sånn med hvordan person er du, hvordan var du før du fikk barn, hvordan temperament vil du beskrive at du har og hva gjør du når du blir sint, den mister vi. Det blir ikke naturlig å ta sånne spørsmål i gruppe».*

Dette ble bekreftet av informantene med erfaringer fra gruppe, som fortalte at enkelte spørsmål som ble for personlige var ikke gode å bruke. Informant June fortalte at det er viktig å la foreldrene snakke, men samtidig at det ikke blir for personlig. Dette er noe hun bruker å informere foreldrene om på forhånd. June formidlet det slik:

*«Noen av de aller personligste spørsmålene har jeg ikke brukt. Det er jo ett spørsmål, har du noen gang gått over streken. Det tar jeg liksom ikke i gruppa fordi da er det litt*

*mer sånn at det kan bli litt sånn (...) også spørsmål om det med ulike temperament og hvordan de vil beskrive seg selv, den har jeg heller ikke, for den synes jeg og blir sånn detaljsak».*

June fortalte om en gruppe hun hadde der en mor delte litt mye, hadde litt holdninger og hun måtte ta styringen og gå videre slik at det ble greit for alle å møtes. Flere av informantene formidlet viktigheten av å se og ivareta alle foreldrene. Noen informanter hadde opplevd foreldre som syntes det var så sterkt tema at tårene trilte, og at det var vanskelig for enkelte foreldre å vise følelser når det var flere til stede.

I grupper var det flere foreldre og barn til stede. Erfaringene var stortsett at det gikk fint. Dersom det ble mye gråt og uro brukte helsesykepleierne å formidle at det er babyen som kommer først, og tok pause om behov. Det ga gode samtaler rundt det med gråt og hva man kan gjøre da. Ved å benytte samtaleverktøyet individuelt kunne det også være litt uro, men de fleste informantene så ikke på det som en utfordring. En bakdel som flere informanter formidlet, var at noen foreldre ikke ville være med i gruppe. Disse foreldrene ble oppfordret til å se filmen hjemme. Noen foreldre møtte ikke opp i gruppe. Noen informanter fortalte at ved å ta det individuelt, hadde kanskje flere av disse foreldrene møtt.

### **6.3.2 Møtet med fremmedspråklige**

Alle informantene fortalte at de syntes det var utfordrende når foreldrene ikke kunne snakke norsk, og de ikke hadde filmen på det aktuelle språket. Samtlige mente det var viktig at de kunne ha en ordentlig samtale ved et slik tema. Filmene er laget på mange språk, men ikke alltid den traff på språkene til foreldrene de møtte. Flere informanter fortalte at man nærmest var avhengig av tolk fysisk til stede, for via telefon kunne det være håpløst. Noen hadde ikke tilgang på fysisk tolk. Noen fortalte at mange foreldre fra andre land var analfabeter. Der foreldrene forstod såpass godt norsk, fortalte noen informanter at de kunne se filmen på norsk, og hadde en dialog sakte på bokmål. Da klarte de lettere å forstå hverandre. Noen ganger var partner bedre i norsk og oversette underveis i samtalen. Hvis foreldrene snakket litt engelsk, så de filmen på engelsk, men det ble likevel ikke bra.

Lise som brukte samtaleverktøyet i gruppe, hadde forsøkt å vise filmen individuelt på engelsk til de som ikke kunne norsk. Hun følte da at foreldrene trodde hun mistenkte de for å drive

med vold, og var ikke komfortabel i settingen. Hun fortalte samtidig at man ikke vet hvilken familie som har utfordringer eller potensielt kan utøve vold, så mente det var viktig at de snakket med alle foreldrene om tema. Flere trakk frem utfordringer i forhold til foreldre som kommer fra visse afrikanske kulturer og er arabisk talende. Det fremsto noen ganger for informantene som at foreldrene ble mistenksomme, opplevde tema fremmed og ble usikker på hva helsesykepleierne ville fram til. Informantene trakk frem viktigheten av å formidle til foreldrene at det her er noe de viser til alle, for å forebygge at foreldrene blir mistenksomme. Informanten June fortalte at hun skulle ønske de hadde et mer fast tilbud til de som ikke kan så godt norsk, så de visste at de fikk likt tilbud som de norske. De hadde diskutert på jobben hvordan de kan følge opp disse foreldrene, men hadde ikke landet noe enda. Hun forteller dersom foreldrene ser filmen hjemme på sitt språk før de kommer i gruppa, er foreldrene mer forberedt. Junes erfaringer er at de som ikke kan norsk får med seg noe i gruppa selv om de ikke skjønner alt, og har konkludert med at de ønsker å ha utenlandske med i gruppa til tross for språkutfordringer. June hadde en gang forsøkt å benytte samtaleverktøyet på engelsk i gruppa. Erfaringene da var at det ekskluderte de norske, for da ville ikke de snakke. June hadde forslag til endring på filmen og formidler:

*«En ting som burde vært endret er at vi kunne sett den på norsk og at den for eksempel var tekstet på et annet språk, og at vi kunne valgt tekst. Vi kunne kjørt den på norsk og hatt somalisk tekst eller polsk tekst eller engelsk tekst for da hadde det vært lettere for de fremmedspråklige som deltok i gruppa og følge med».*

Flere informanter fortalte at noen foreldre er veldig opplyst og andre ikke, så de må ta det ut ifra det nivået foreldrene er på. Kulturene beskrives som veldig forskjellige, og noen informanter fortalte at flere foreldre de har snakket med kommer fra kulturer hvor de oppdrar barn med vold. Det er slik foreldrene har vært vant til å gjøre det. Flere informanter mente disse foreldrene trenger ekstra veiledning, for de er ikke vant med tankegangen vi har i Norge.

## 7 Drøfting

I dette kapitlet presenteres betraktninger rundt studiens hovedfunn, som er samtaleverktøyets funksjon i samtalen om vold, faktorer som kan påvirke samtalen. Viktigheten av å komme tidlig inn. Hva som kan styrke foreldrene til økt foreldremestring for å bidra til å forebygge vold. Refleksjoner rundt bruk av visuelle hjelpemidler. Ulikheter, fordeler, ulemper og behov ved bruk av samtaleverktøyet i grupper og individuelt. Erfaringer i samtale med fremmedspråklige foreldre og bruk av tolk.

Funn diskuteres med utgangspunkt i tidligere presentert teori, forskning og egne refleksjoner. Kapitlet deles inn i tre deler og presenteres under overskriftene «Samtaleverktøyets funksjon», «Hva kan forebygge vold» og «Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster».

### 7.1 Samtaleverktøyets funksjon

Informantene likte samtaleverktøyet godt. Syntes det var lettere å ta opp tematikken, når de hadde samtaleverktøyet å støtte seg til. Før samtaleverktøyet kom syntes de det var kjempevanskelig, og snakket de ikke om temaet i samme grad som nå. De var usikre på hvordan samtale om tema uten virke for direkte å risikere å skremme foreldrene bort. I likhet med mine funn viser også andre studier usikkerhet knyttet til samtale om vold. Intervju med helsesykepleiere i 2015, viste at vold mot barn var tema de syntes var vanskelig å samtale om. Var ingen rutine i å ta opp temaet, og flere tok det kun opp ved mistanke om vold (Hansen et al., 2019). I Nimborg et al. (2022) sin studie, viser funn at vold er tema forbundet med mange følelser, er tabu, og føles som å trække inn på et privat anliggende. Barnehelsesykepleierne hadde bekymringer rundt foreldrenes reaksjoner på spørsmål om vold, og mente det var viktig å gjennomføre samtalen på en god måte, samtidig som foreldrenes reaksjoner ble tatt hensyn til. Kruse og Bergman (2014) viser også at vold er tema som er tabubelagt og preges av fortvilelse, skyld og skam for de det gjelder.

I lys av disse studiene kan det se ut til at samtalen om vold er tema, som av ulike årsaker oppleves svært utfordrende å ta opp i en samtale. Informantene hadde trolig tenkt over viktigheten av å ta opp tema med foreldrene, og deres ansvar og funksjon som helsesykepleier med å forebygge vold. Likevel så det ut til at usikkerheten for samtalen, og frykten for foreldrenes reaksjon ved å ta opp tema var såpass utfordrende at flere unnlot ta det opp.



Helsesykepleierne jobber helsefremmende og forebyggende, og følger opp alle barn og familiene gjennom småbarns tiden (Helsedirektoratet, 2022). Relasjon anses som svært viktig for et godt samarbeid, og for muligheten til å komme i posisjon til å blant annet veilede foreldre (Tveiten, 2016). Gjennom sitt arbeid i helsestasjon har helsesykepleierne mulighet til å bli kjent med familiene, komme med råd, undervise og veilede foreldrene. Slik kan de bidra til å fremme barnets helse, og styrke foreldrene i sin rolle (Helsedirektoratet, 2022).

Informantene fryktet trolig å ødelegge muligheten til samarbeid, veiledning og muligheten til å bygge en god relasjon med foreldrene, ved å ta opp tema vold før samtaleverktøyet kom.

Dermed ble det trolig ikke systematisk snakket om tema, og mer tilfeldig hvilke foreldre som fikk tilgang denne kunnskapen og økt bevisstgjøring. Dette støttes av funn fra undersøkelsen fra 2015 Hansen et al. (2019), der det ble trukket fram viktigheten av at helsesykepleierne har et godt forhold til foreldrene, basert på samarbeid og tillit. De fryktet at tillitten hos foreldrene ble svekket ved å ta opp tema vold (Hansen et al., 2019).

Informantene opplevde at samtaleverktøyet gjorde samtalen mer systematisert, og kvalitets sikret at alle foreldrene fikk samme tilbud uavhengig av helsesykepleier. Samtaleverktøyet ble brukt fast på 2-4 ukers kontrollen, for å være tidlig ute å bidra til økt kunnskap, bevisstgjøring og strategier i forkant av eventuelle utfordringer. Det ga også mulighet å bli kjent med foreldrene. De informerte foreldrene at «I trygge hender» er tilbud til alle foreldre med nyfødte barn, slik at ingen skulle føle seg mistenkeliggjort. Nimborg et al. (2022) viser lignende funn, der barnehelsesykepleierne ble tryggere på å stille spørsmål om vold, da dette ble gjort rutinemessig til alle foreldre. Dermed følte ikke foreldrene seg utpekt. Ved å følge et program, ga det samtalen mer dybde enn tidligere samtaler (Nimborg et al., 2022). I lys av dette kan det bety at da «I trygge hender» er et universelt program, som tilbys alle foreldre med nyfødte, blir trolig frykten for at noen foreldre skal føle seg uthengt og mistenkeliggjort mindre. Dermed trolig tryggere og lettere å ta opp tema ved å ha programmet å støtte seg til, og kan bidra til at alle foreldre får samme tilbud.

Ved at samtaleverktøyet rutinemessig benyttes på 2-4 ukers kontrollen, bidrar det til å komme tidlig inn i dialogen om vold. I studien til Hjälmhult og Lomborg (2012), ser vi at mødrene opplevde utfordringer i å bevare kontroll og integritet i sin rolle som mor. Førstegangsmødre var usikker og bekymret for forståelsen og håndteringen av barnet. Mange faktorer virket inn på hvordan mødrene opplevde å ha det, var sårbare med mange følelser, og var lite som skulle

til for å skape stress. De strakk seg langt og nedprioriterte egne behov, for å leve opp til forventningene til å lykkes i morsrollen (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Disse funnene viser viktigheten av å være tidlig ute for å forebygge, slik informantene i min og Engen (2021) sin studie også formidlet. Dette samsvarer også med funn fra Engen (2021) sin studie, der flere foreldre hadde kjent på uventede følelser, som ble forsterket når man opplevde utfordringer eller var sliten, og de forstod at vold kunne skje i frustrasjon (Engen, 2021). Årsaken til vold er blant annet er blant annet slitne og frustrerte foreldre som mister kontrollen, grunnet utfordringer med barnets primærbehov. Dette er noe alle foreldre kan oppleve, derfor viktig at foreldrene lærer gode strategier til å håndtere slike situasjoner (Helsedirektoratet, 2022; Kripos, 2019). De yngste barna er veldig sårbare for stress og ytre påvirkninger. Filleristing er den mest alvorlige formen for mishandling av barn under ett år, og kan gi store konsekvenser for barnet (Kripos, 2019; Mossige & Stefansen, 2016). Ved å være tidlig ute med å benytte samtaleverktøyet, kan man gi foreldrene like muligheter for kunnskap og strategier, til å møte utfordrende situasjoner, på en bedre og mer kontrollert måte. Det gir og helsesykepleier anledning gjennom dialogen, til å tidlig kartlegge om det er noen utfordringer foreldrene trenger hjelp til.

På den andre siden så er foreldre med nyfødte kanskje preget av situasjonen som Hjälmhult og Lomborg (2012) studie viser. Smerter, «Ammetåka» og manglende tilfredsstillelse av andre grunnleggende behov, kan gjøre at foreldre kanskje ikke klarer å nyttiggjøre seg av informasjonen (Tveiten, 2016). Dette var det flere i min studie som formidlet, og mente det kunne vært en fordel med rutinemessig oppfriskning av samtaleverktøyet på et senere tidspunkt. Foreldrene kunne kanskje da nyttiggjøre seg bedre av informasjonen, var bedre kjent med barnet og hadde kanskje møtt på flere utfordrende situasjoner.

Informantene syntes refleksjonsspørsmålene i veiledningsheftet var fine, for å lettere starte en dialog med foreldrene. I Nimborg et al. (2022), sin studie viser funn at rutinespørsmålene ga større trygghet i å starte dialog. Spørsmålene ga også tyngde til dialogen, ved at foreldrene kom med sine tanker og refleksjoner om tema (Nimborg et al., 2022). Denne tryggheten i dialogen, ved bruk av samtaleverktøyet så vi også i min studie. Ene delen av samtaleverktøyet er animasjonsfilm som vises til foreldrene, for å formidle temaets budskap. Andre delen består av veiledningshefte med refleksjonsspørsmål, som helsesykepleierne kan benytte seg av (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Informantene mente at veiledningsheftets åpne spørsmål, gjorde at det ble lettere å få i gang en dialog, og var trygge å ha i hånda. Ble det stille kunne

informantene bruke spørsmålene til å drive samtalen videre, og bidra til refleksjoner, noe som også (Tveiten, 2016) trekker fram. Som nevnt tidligere mente informantene i min studie at det var vanskelig å ta opp tema før samtaleverktøyet kom, derfor ble det ikke tatt opp i samme grad som nå. Dette støtter derfor viktigheten av å ha et program å forholde seg til for større trygghet, som kan gi økt mestringsfølelse og dermed trolig styrke den enkelte i sitt arbeid med å samtale om et sensitivt tema.

Informantene syntes filmen tok opp tematikken på en veldig illustrativ og forklarende måte, slik at budskapet ble lett forståelig. Informantene mente filmen kunne være sterk og vanskelig å se for enkelte foreldre, grunnet det visuelle og dens sterke budskap. Dette var også noe som ble trukket fram i Engen (2021) sin studie. Foreldrene mente filmen med mye bilder og lyder gjorde det fengende og effektivt, og bidro til at poengene kom tydelig fram (Engen, 2021). Hvordan man lærer er individuelt. Ved å bruke film kan det visuelle med lyd og bilder, være virkemidler som brukes for å formidle kunnskap. Slik kan det gi økt læring på en annen måte enn ved å kun samtale om tema (Tveiten, 2016). Dette trekkes også fram i studien til Maxwell et al. (2021), hvor foreldrene visualiserte barnets behov ved å se for seg COS sirkelen.

«Haimusikken» som hjalp foreldrene til å gjenkjenne vanskelige følelser, og film som viste støttende foreldreatferd og hjalp foreldrene med økt forståelse (Maxwell et al., 2021).

På den andre siden, viste funn fra min studie at filmen med det visuelle og sterke budskap kan være vanskelig å se for enkelte. Maxwell et al. (2021) sine funn støtter dette, ved at det kan vekke følelser hos foreldrene, som kan skape utrygghet og oppleves vanskelig, og ikke alle er sterke nok til å håndtere dette (Maxwell et al., 2021). Denne utryggheten kan ifølge Tveiten (2016) hindre muligheten for læring. I Engen (2021) sin studie, syntes foreldrene det var følelsesmessig sterkt å se barnehodets pendelbevegelse ved risting. Maxwell et al. (2021) sin studie viste at film som viser en god foreldre- barn relasjon, kan virke sterkt på foreldre som ikke har opplevd slik relasjon selv. Ubevisste følelser kan komme til syne, og oppleves vanskelig og utrygt (Maxwell et al., 2021). En informant mente filmen kunne oppleves mindre skummel ved at det var animasjon og ikke mennesker. Trolig kan mennesker gjøre film mer virkelighetsnær, og dermed gi større ubehag ved å se sterke scener.

I lys av dette kan det synes som visuelle virkemidler kan virke både positivt og negativt på foreldrene. På den ene siden kan det bidra til økt forståelse og læring. På den andre siden kan det hindre læring, dersom følelser som «vekkes til livet», gjør at man ikke er mottakelig og klarer å ta til seg læring. Informantene mente det var viktig å forberede foreldrene på filmens

tematikk og når den vises. Ved at foreldre forberedes får de anledning til å tenke igjennom mulige følelsesmessige trigger, slik kan kanskje foreldrene rustes bedre til å møte situasjonen. Slik kan man trolig unngå situasjon som vi så i min studie, der en mor opplevde det ble så sterkt at hun nesten forlot gruppekonsultasjonen. Situasjonen gjorde da trolig at det hemmet læring istedenfor å fremme det (Tveiten, 2016).

## **7.2 Hva kan forebygge vold**

Alle informantene formidlet fokus på å samtale og reflektere sammen med foreldrene om temaene «I trygge hender» tok opp. De reflekterte rundt ulike typer vold. Flere informanter trodde ikke alle foreldre var klar over at krangling, høylytte diskusjoner, skremming, kjefting, ignorering og være nedlatende var definert som psykisk vold, og var ikke klar over konsekvensene det kunne få for barnet. Informantene informerte også om ulike strategier foreldrene kunne bruke i utfordrende situasjoner. Informantene mente at for flere foreldre bidro samtaleverktøyet til å gi foreldrene endel ny kunnskap og bevisstgjøring. Bidro ikke det til kunnskapsløft, mente de det i alle fall ga foreldrene økt bevisstgjøring om tema. Informantene mente at å samtale om tema, øke kunnskapen, bevisstgjøre, normalisere og fortelle foreldrene at de er tilgjengelig for hjelp og veiledning, er måter man kan bidra til å forebygge at en del av volden skjer.

I Glavin et al. (2017) sin studie kom det fram at det var helsesykepleier som bidro mest til informasjon. Dette viser viktigheten av at helsesykepleierne tar opp tema i dialog med foreldrene. I nasjonal faglige retningslinjer for helsestasjon- og skolehelsetjenesten står det at helsesykepleier har store muligheter og ansvar til å gi foreldrene råd, undervisning og veiledning tilpasset deres kunnskap og behov, for å styrke de i foreldrerollen (Helsedirektoratet, 2022). Helsepedagogikken er derfor sentral i helsesykepleierens rolle i helsestasjon (Helsedirektoratet, 2022; Tveiten, 2016). Man kan se på samtaleverktøyet «I trygge hender» som å undervise foreldre, for å fremme læring gjennom et fastsatt program. Gjennom undervisningen gir man rom for dialog og skaper refleksjoner. Dette kan bidra til økt kunnskap og bevisstgjøring gjennom aktiv deltakelse, og anses som positivt for å fremme læring (Tveiten, 2016). Læring fremmes også og dersom man ser sammenheng mellom innholdet i undervisningen og egen situasjon. Slik kan det gi mening og dermed bli mer nyttig og engasjerende (Tveiten, 2016).

I studien til Glavin et al. (2017) ser vi at mødre var usikre og hadde mange spørsmål etter fødselen. Helseesykepleierne ga informasjon og råd som var nyttig og verdifull. Noe av informasjonen visste ikke foreldrene at de trengte, før de fikk den (Glavin et al., 2017). I Engen (2021) sin studie var foreldre overasket over hvor akutt farlig risting var, og visste ikke at lege skulle oppsøkes etter kun ett sekunds risting. Flere foreldre ble også mer bevisst samspilletets betydning, lærte strategier og fikk ny kunnskap om andre temaer «I trygge hender» tok opp. Hva som var psykisk vold var ukjent for flere foreldre (Engen, 2021). I lys av disse studiene, kan det synes som at det var behov for økt kunnskap. Foreldre var på søken etter informasjon for å styrke de i foreldrerollen, men var ikke alltid de visste hvilken kunnskap de hadde behov for. I funn fra min studie ser vi likheter til disse to studiene. Informantene avdekket manglende kunnskap hos flere foreldre, spesielt kunnskap som omhandlet psykisk vold. Ved å bruke samtaleverktøyet, får foreldrene tilgang til kunnskap de kanskje ikke visste at de trengte, om temaer som «I trygge hender» tok opp. Slik kunne foreldrene gis mulighet til å ta bedre valg gjennom økt kunnskap, innsikt og forståelse for å styrke de i foreldrerollen, og forhåpentligvis bidra til å forebygge vold.

Det står i nasjonal faglige retningslinjer at informasjonen som formidles, bør ta utgangspunkt i foreldrenes kunnskap og behov (Helsedirektoratet, 2022). Dette blir ofte ikke kartlagt i forkant av at samtaleverktøyet tas i bruk, og kan derfor være noe motstridende i forhold til det som anbefales. Tveiten (2016) mener det er lett å tro at kunnskapsrike foreldre med god utdanning ikke har behov for undervisning, men det i seg selv trenger ikke redusere behovet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Tveiten, 2016). De kan likevel ha feil eller manglende kunnskap på områder «I trygge hender» formidler. Helseesykepleier bør derfor ikke automatisk si ut hvem de tenker trenger kunnskapen, og derfor viktig at alle får tilgang til dette. De med god utdanning og høy helsekompetanse kan likevel ha et bedre utgangspunkt, for å lære og nyttiggjøre seg av kunnskapen samtaleverktøyet gir (Nutbeam, 2000; Nutbeam & Muscat, 2021; Tveiten, 2016). Selv om individuelle behov ikke kartlegges i forkant av samtaleverktøyet, kan det likevel være forebyggende, ved at programmets innhold gir et bredt kunnskapsgrunnlag tilgjengelig for alle foreldre. Dermed kan den enkelte benytte seg av informasjonen de selv anser som nyttig, for å mestre foreldrerollen.

På den andre siden er det ifølge Tveiten (2016) viktig med kunnskap om hva foreldrene vet fra før, for å kunne treffe på behov. Ser ikke foreldrene behovet eller sammenheng mellom det som undervises og egen situasjon, og ikke relaterer seg til informasjonen som formidles,

kan det oppleves unyttig og lite engasjerende (Tveiten, 2016). Dette kan ifølge Tveiten (2016) hemme læring. Det kan tenkes at foreldrene mister fokus, ikke følger dialogen og ikke får med seg informasjonen som formidles. Foreldrene kan gå glipp av informasjon som kunne vist seg å bidra til større perspektiv, økt kunnskap og bevisstgjøring.

Helsesykepleier har heller ikke nødvendigvis kartlagt hvilke forutsetninger foreldrene har for læring, og kan derfor bli vanskelig å tilpasse undervisningen til deres nivå (Tveiten, 2016). Selv om «I trygge hender» er utviklet for å kunne brukes med alle foreldre, kan det likevel tenkes at noen foreldre trenger tilpasninger i undervisningen, for at det skal oppleves hensiktsmessig. Helsesykepleiere møter alle foreldre, og noen har utfordringer med å tilegne seg nødvendig helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Helsedirektoratet, 2022). Noen foreldre har lavere utdanning, utfordringer knyttet til dysleksi, fremmedspråklige fra andre kulturer, lavere kognitiv funksjon eller andre utfordringer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Foreldre har ulike behov for å kunne nyttiggjøre seg av læring. Hvilket nivå av helsekompetanse foreldrene har, spiller inn på deres muligheter til å forstå og nyttiggjøre seg av informasjonen som formidles, for å ta gode beslutninger, fremme og ivareta god helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Nutbeam, 2000). Helsesykepleiere har et ansvar å tilpasse undervisningen, slik at foreldrene får tilgang til oppdatert kunnskap på en forståelig måte (Nutbeam & Muscat, 2021).

Gjennom samtaleverktøyet formidles ikke kunnskapen gjennom selvstudier, men ved film, samtaler og refleksjoner om tema. Dette kan bidra til økt forståelse og bevisstgjøring. Det kan trolig være lettere å benytte seg av kunnskapen ved en slik formidlingsform. Dette mente informantene at samtaleverktøyet bidro til. Trolig kan dette begrense foreldrenes søk etter slik informasjon på andre, kanskje mindre pålitelige steder. Mange søker i internett etter svar på spørsmål de lurer på. Ikke all informasjonen de finner er nødvendigvis kvalitetssikret og til og stole på, og informasjonen kan være motstridende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Tveiten, 2016). For å kunne søke opp, forstå, bruke og kritisk vurdere informasjonen som finnes, kreves et høyrere nivå av helsekompetanse. Ikke alle foreldre har det, og kan derfor bli utfordrende å benytte seg av, og vurdere informasjonen man finner (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Nutbeam, 2000; Tveiten, 2016). Dette er noe vi ser i studien til Hjälmhult et al. (2014), hvor foreldrene bruker internett for å søke etter helseinformasjon. Dette kunne oppleves vanskelig og flere foreldre ble forvirret av all informasjonen de fant. Foreldrene syntes det var fint når helsesykepleier hjalp med å sortere informasjonen,

diskuterte og mente det bidro til økt foreldremestring (Hjälmhult et al., 2014). Dette viser det enorme ansvaret helsesykepleier har med å formidle relevant og oppdatert informasjon til alle foreldrene, tilpasset deres nivå.

Informantene fortalte at de samtalte om normaliteten i å kjenne på mange ulike følelser, og hvordan det kan påvirke oss. Barnegråtens funksjon, hvordan gråten kan trigge følelser i oss og gi dårlig samvittighet, negative tanker og følelsen av å være utilstrekkelig og uegnet. Tilbakemeldinger var at det var godt å prate og høre normaliteten i forhold til følelser mange kjenner på, og skjønne at også andre har det slik. Informantene trodde at ved å normalisere tanker og følelser kunne det bidra til å roe foreldrene på at de er gode nok, og slik bidra til å forebygge vold. Hjälmhult og Lomborg (2012) viser til funn, der foreldrene følte de ikke kunne snakke om hvordan de hadde det følelsesmessig. Noen følte seg ikke god nok som mor, og flere var redde for at følelsene var unormale (Hjälmhult & Lomborg, 2012). Negative tanker og følelser er faktorer som i affekt kan føre til vold (Helsedirektoratet, 2022; Kripos, 2019). I studien til Engen (2021) fortalte foreldrene at samtaleverktøyet bidro til å normalisere følelser, og foreldrene gjenkjente de vanskelige følelsene i utfordrende situasjoner. Samtaleverktøyet fjernet følelsesmessig tabu og følelsene ble mer akseptable (Engen, 2021). Dette beskriver hvor viktig det er å løfte tema, å snakke om hva som er normalt. Ved at foreldre kjente seg igjen, kan det ifølge Tveiten (2016) fremme læring. Ved at foreldrene ser sammenheng mellom det som formidles og egen situasjon, kan foreldrene skjønne at det er greit å kjenne på alle følelser, også de dårlige, og forstå at det ikke gjør de til en dårlig forelder. Slik klarer foreldrene kanskje bedre å beholde roen og tenke klarere, og dermed bidra til å forebygge vold. Derimot hvis foreldrene ikke hadde fått denne forståelsen, kunne de negative følelsene og tabuet knyttet til dem vært selvforsterkende i negativ retning. Foreldrene hadde kanskje ikke turt å snakke om det, drevet foreldrene til større fortvilelse, og i affekt bidra til utøvelse vold (Helsedirektoratet, 2022; Kripos, 2019; Kruse & Bergman, 2014).

### 7.3 Samtaleverktøyet ved bruk i ulike kontekster

Informantene mente fordelene ved å bruke samtaleverktøyet i gruppe, var å dele erfaringer og høre hvordan andre foreldre håndterte utfordrende situasjoner. Ofte kjente mange foreldre seg igjen i det andre i gruppen delte. Informantene mente man mistet dette, ved å bruke samtaleverktøyet individuelt. God dialog og refleksjoner ble noen ganger vanskelig å få til, både i gruppe og individuelt. Foreldre som var stille i grupper, hadde likevel en fordel ved å høre andres refleksjoner og erfaringer. Flere informanter tenkte årsaken til stillheten lå i foreldrenes utrygghet i situasjonen, eller egne vonde erfaringer. Som vi ser i studien min, er en fordel med grupper at erfaring og synspunkter deles, og foreldre kan få en opplevelse av validering og støtte. Disse funnene støttes av flere andre studier (Engen, 2021; Glavin et al., 2017; Hjälmhult et al., 2014; Maxwell et al., 2021). Tveiten (2016) hevder at utveksling av erfaring, ideer og løsninger kan styrke mestringskompetanse og selvfølelse. Gjennom refleksjoner bevisstgjøres tanker og følelser, og man ser egen situasjon i et nytt perspektiv. Følelsen av samhørighet er også positiv, da dette kan oppleves sosialt støttende (Tveiten, 2016). Annerbäck hevder at mangel på sosial støtte, kan utgjøre en risikofaktor for å utøve vold mot barn (Annerbäck, 2011 referert i Kruse & Bergman, 2014). I Glavin et al. (2017) sin studie viste funn at opplevelsen av støtte fra andre foreldre og helsesykepleier ga større trygghet i morsrollen. Var også en førstegangsmor som sa at å snakke med andre med erfaring bidro til å normalisere, og reduserte behovet for å være så god i alt. Dette synliggjør hvordan foreldrene ved å møte likesinnede, kan oppleve støtte ved å kjenne seg igjen i det andre forteller, og få følelsen av validering. I gruppene hvor samtaleverktøyet benyttes møtes foreldrene kanskje bare en gang, men gir likevel mulighet for foreldre å finne sammen. På den andre siden ser vi også ulemper med grupper. Funn fra min studie viste at i gruppe ble spørsmålene og diskusjonene om tema mer generelle, da det ble ansett som uetisk og unaturlig å skulle være for personlig. En informant hadde erfaring der en mor i gruppe delte litt ukritisk og mye. Informanten brukte derfor å si på forhånd at foreldrene ikke måtte bli for personlige. I Hjälmhult et al. (2014) sin studie så foreldrene på grupper som et sted der barna kunne bli sammenlignet. Dette opplevdes risikabelt og stigmatiserende for noen. Foreldrene kunne bli stille, skjulte problemer og noen ville ikke delta i gruppe. I Engen (2021) sin studie mente flere foreldre det kunne være vanskelig for noen å se filmen i gruppe, spesielt dersom de hadde vonde erfaringer som var vanskelig å dele med andre. Flere tenkte enkelte valgte bort deltakelse i gruppe, og individuell konsultasjon hadde kanskje vært bedre. Dette



samsvarer med funn fra min studie. Studien min viste også at spørsmålene og diskusjonene i gruppen var mer generelle og mindre personlig. Dette bidro trolig til at det opplevdes tryggere, ved at foreldrene ikke følte de måtte utlevere seg selv. På den andre siden kan det trolig gi begrensede muligheter til å fange opp om foreldrene har utfordringer de trenger hjelp og veiledning til.

Det ble av flere informanter trukket fram som uetisk å be foreldrene om å være for personlige i gruppe. Lignende funn ser vi i studien til Hjälmhult et al. (2014) der helsesykepleier ikke ønsket at foreldrene skulle prate om dype problemer i gruppa. Dersom noen i gruppen snakket for mye om sitt problem, ønsket foreldrene at gruppeleder tok styringen. I lys av dette kan det tyde på at grupper kanskje ikke er stedet hvor utfordrende saker av mer personlig art tas opp. Som vi så av funn i min studie, var det en mor som delte litt ukritisk og mye. Det kan tenkes at denne moren ville hatt større utbytte av å benytte samtaleverktøyet individuelt, da det kunne åpnet opp muligheten for å være mer personlig. Det kunne gitt helsesykepleier mulighet til å bidra med tilpasset hjelp og veiledning. I stedet begrenset dette trolig moren på grunn av gruppesituasjonen, og dermed hindret muligheten til å gi moren oppfølging hun kanskje trengte.

Studien min viste at helsesykepleier i gruppe måtte ta en mer styrende rolle, for å sørge for at det ble greit for alle å møtes. Det var viktig at helsesykepleier så og ivaretok alle foreldrene. I Glavin et al. (2017) og Hjälmhult et al. (2014) sine studier kom det fram at foreldrene ønsket at helsesykepleier lyttet, viste lederskap, og hadde struktur. I Maxwell et al. (2021) sin studie viste funn viktigheten ved at gruppeleder hadde pedagogiske ferdigheter, blant annet god formidlingsevne for å sikre forståelse. Kunne «lese» gruppen for å skape et trygt og tillitsfullt rom for foreldrene til å reflektere, og skape diskusjon på en måte som støtter læring (Maxwell et al., 2021). Dette støttes av Tveiten (2016), som hevder at fagperson har et stort ansvar for å legge til rette for å skape trygghet for en god gruppeprosess. Slik kan det åpne opp for at alle som vil, kan komme til ordet. Det er viktig at deltakerne viser hverandre respekt. Dersom noen tar for stor plass er det viktig at gruppeleder tar styringen (Tveiten, 2016). I 2-4 ukers gruppe på helsestasjon, er det flere foreldre som ikke kjenner hverandre fra før, og kan for flere oppleves utrygt. Flere foreldre i Engen (2021) sin studie mente at for å få noe nyttig ut av gruppesamlingen, var det viktig at noen tok ordet. Tveiten (2016) hevder relasjonene i gruppen og hvordan man oppfattes av andre, er av betydning for gruppedynamikken. Noen foreldre er veldig stille og forsvinner litt i gruppen, mens andre tar

større plass. Begge deler kan skape utrygghet og ha innvirkning på gruppen (Tveiten, 2016). Dette samsvarer med funn fra min og Engen (2021) sin studie, som viste at utrygghet kan hindre at foreldrene deler det de har på hjertet. Dette kan redusere muligheter for en god dialog i gruppen.

Videre henger taushetsplikt og følelse av trygghet også sammen. I gruppe har ikke foreldrene samme taushetsplikt som helsepersonell, men foreldrene vil likevel ha en moralsk taushetsplikt (Tveiten, 2016, 2019). Det er viktig å samtale i gruppen om dette. Å fortelle om egne erfaringer kan oppleves vanskelig og utrygt for mange. Det kan være usikkerhet knyttet til hvordan man selv vil reagere ved å åpne for egne erfaringer. Kan også være en usikkerhet knyttet til hva de andre foreldrene tenker om det som blir fortalt, og hva som fortelles videre til andre utenfor gruppen. Tveiten (2016) hevder at dersom ikke foreldrene er fortrolig i situasjonen kan kommunikasjon og deltakelse i gruppen oppleves utrygt, og påvirke kvaliteten på dialogen og gruppeprosessen (Tveiten, 2016). Samtaleverktøyet skal gi foreldre økt kunnskap og bevisstgjøring blant annet gjennom dialog og refleksjoner (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Dersom dialogen ikke blir god, kan gruppeprosessen påvirkes ved at refleksjoner uteblir og minsker muligheter for læring (Tveiten, 2016). På den andre siden der hvor gruppene bidrar til gode refleksjoner og dialog, kan det fremme læring og bidra positivt til gruppa generelt. Slik kan også de som ikke tar ordet av ulike årsaker, likevel få utbytte av å delta i gruppen, som flere i min studie formidlet.

I lys av disse betraktningene kan det se ut til at gruppeleder har et stort ansvar, og det kreves ulike kvalifikasjoner. Der det blir en god gruppeprosess kan samtaleverktøyet trolig bidra til fruktige samtaler og refleksjoner, som kan styrke foreldremestring. På den andre siden, dersom helsesykepleier ikke har erfaring, egenskapene og tilstrekkelig trygghet med å lede gruppe, kan det til tross for helsesykepleierens gode intensjoner tenkes å påvirke gruppeprosessen negativt. Slik kan det trolig redusere mulighetene for å nyttiggjøre seg av det samtaleverktøyet formidler, og dermed trolig begrense den forebyggende virkningen.

Et annet funn vi så i min og andre studier nevnt over (Engen, 2021; Hjalmskult et al., 2014; Söderbäck & Ekström, 2014), var at flere foreldre ikke ønsket å delta i gruppe eller unnlot å møte opp. Informantene tenkte man kanskje nådde flere foreldre ved å bruke samtaleverktøyet individuelt. Flere informanter oppfordret foreldrene til å se filmen hjemme, dersom de ikke ville se den i gruppe eller ikke møtte opp. Dette kan ses på som en svakhet. Det kan tenkes at flere av foreldrene som ikke møter, kanskje er de som trenger det mest. Dette var noe Reay et

al. (2019) sin studie trakk fram, der funn viste at de som «står i mye» eller har psykisk sykdom, kan ha vanskeligheter med å delta i gruppe. Dersom foreldrene får beskjed om å se filmen «I trygge hender» hjemme, kan det være noen foreldre unnlater å se den, og går glipp av kunnskapen filmen formidler. For foreldrene som velger å benytte seg av samtaleverktøyet hjemme, kan det likevel tenkes å redusere læring ved at dialogen og refleksjoner reduseres (Tveiten, 2016).

Ifølge nasjonale faglige retningslinjer, er en sterk anbefaling at foreldrene bør tilbys deltakelse i gruppekonsultasjoner i tillegg til individuelle konsultasjoner. Der gruppetilbud ikke er ønsket eller å foretrekke, bør foreldrene få tilbud om individuell konsultasjon (Helsedirektoratet, 2022). Det kan tenkes at dersom helsesykepleierne hadde kartlagt foreldrenes tanker og behov på hjemmebesøk, kunne de gjort individuelle tilpasninger, og dermed hadde kanskje flere foreldre møtt. Man vet at helsesykepleierne som jobber i helsestasjon, opplever et høyt arbeidspress. Det kan likevel tenkes at i situasjoner hvor målet er å forebygge vold mot barn, som i dette tilfellet ved bruk av samtaleverktøyet, kan det likevel være gunstig å gjøre slike tilpasninger. Ved at foreldre får kunnskap som styrker de i foreldrerollen, kan det gi grunnlag for bedre foreldre-barn relasjon, god tilknytning og styrke barnets utvikling (Helsedirektoratet, 2022). Dette kan trolig bidra til at foreldre og barn trenger mindre oppfølging av helsesykepleier, og forhåpentligvis forebygger vold.

Fordelen med å benytte samtaleverktøyet sammen med «egne» barn ble nevnt av flere informanter. Slik kunne det bli tryggere for foreldrene å ta kontakt med sin helsesykepleier. Det kunne også bli lettere for helsesykepleier å følge opp, dersom de la merke til noe spesielt ved bruk av samtaleverktøyet. Kommunikasjon uttrykkes også non-verbalt (Tveiten, 2016). Det kan være foreldrene har noe de ønsker å formidle, men unnlater det grunnet gruppesituasjonen. Tveiten (2016) hevder at det er betydningsfullt å fange opp disse non-verbale signalene, for å kunne følge opp, gi hjelp og veiledning, dersom det skulle vise seg at det var noe foreldrene ønsket å formidle (Tveiten, 2016). Hadde samtaleverktøyet blitt brukt individuelt, kan det tenkes foreldrene ville fortalt det de hadde på hjertet. Ved å bruke samtaleverktøyet i gruppe sammen med «egne barn», kan det bli lettere å følge opp observasjonene man gjør, og ta det opp med foreldrene i etterkant. Tar ikke helsesykepleier opp observasjonene med foreldrene, kan det tenkes at muligheten går tapt. Foreldrene tar kanskje ikke opp dette selv, og dermed går glipp av muligheten til hjelp og veiledning de kanskje har behov for.

I motsetning til grupper, viste funn i min studie at ved bruk av samtaleverktøyet individuelt var det rom for at foreldrene kunne være mer personlig. Foreldrene delte mer, dette ga informantene større kjennskap til foreldrenes bakgrunn og utfordringer. Helsesykepleier brukte åpne spørsmål, kunne likevel være mer konkret og direkte. Denne informasjonen ble sett på som svært betydningsfull. Det hadde stor betydning for barnet, da det ga rom for bedre oppfølging, støtte og veiledning for å trygge de i foreldrerollen. En av grunnene til at foreldrene delte mer ved individuell konsultasjon, kan være større trygghet ved at det var færre til stede. Dermed kunne det bidra til at foreldrene fortalte om eventuelle utfordringer de hadde. I følge Tveiten (2016) kan man ved å lytte til det som blir fortalt, vise omsorg og forståelse, skape trygghet og tillit. Slik kan man bidra til bedre dialog og bygge relasjon, som har betydning for kvaliteten på veiledningen. (Tveiten, 2016). Helsesykepleier skal tilby familien ekstra oppfølging og veiledning når det anses nødvendig. Tverrfaglig samarbeid med andre instanser skal også tilbys, dersom det vurderes som behov (Helsedirektoratet, 2022). Ved å få større kjennskap til foreldrene, kan det kartlegges bedre om det er behov for slikt samarbeid. Slik kan man hjelpe foreldrene, gi bedre oppfølging og veiledning for å øke deres foreldremestring, og kanskje bidra til å forebygge at vold mot barn skjer (Helsedirektoratet, 2022). Tilpasset veiledning styrker kvaliteten, ved å hjelpe foreldrene å selv finne svar, og ta tak i egen situasjon. Hjelp de å forstå, se sammenhenger og egne ressurser (Tveiten, 2016). Ved å møte foreldrene individuelt, kan det også bli lettere å avdekke om foreldrene har kunnskapshull. Dersom dette avdekkes, kan foreldrene få tilpasset undervisning slik at kunnskapen økes, for så å kunne veilede foreldrene (Tveiten, 2019).

Informantene fortalte også om utfordringer med å bruke samtaleverktøyet sammen med fremmedspråklige foreldre. Trakk fram viktigheten av en ordentlig samtale når man tematiserte dette. Flere utenlandske foreldre var analfabeter. Noen foreldre var veldig opplyst og andre ikke, og formidlingen måtte tilpasses nivået til foreldrene. Individuelt forsøkte de å tilpasse bruk av samtaleverktøyet til den enkelte familien, men var likevel utfordrende. I gruppe foregikk alt på norsk. En informant anbefalte foreldrene å se filmen hjemme på eget språk, før de kom til gruppekonsultasjon. Hun erfarte at de som ikke kan norsk likevel fikk med seg noe i gruppe, selv om de ikke skjønnte alt. Flere trakk fram viktigheten av å formidle at samtaleverktøyet tilbys alle foreldre, for å forebygge mistenksomhet. I Söderbäck og Ekström (2014) sin studie, viste funn at språkutfordringer kunne begrense kommunikasjon og forståelsen av informasjonen foreldrene fikk. Likevel svarte foreldrene bekreftende på at de

hadde forstått det som var sagt, og det førte til misforståelser (Söderbäck & Ekström, 2014). Helseyskepleiere møter mange foreldre med innvandrerbakgrunn, hvor språk kan være utfordrende for kommunikasjon og forståelsen (Helsedirektoratet, 2022). Tveiten (2016), hevder at ved undervisning eller veiledning er det viktig å forstå hverandre. Slik kan man forebygge at kommunikasjonen ikke preges av språkbarrierer, som kan føre til misforståelser, dårligere oppfølging og veiledning, og hindre muligheter for økt mestring (Tveiten, 2016). Johansson et al. (2016) sin studie viser at foreldre av utenlandsk opprinnelse har like behov som norske foreldre, og i Söderbäck og Ekström (2014) sin studie viser funn at det var viktig å støtte foreldrene og styrke foreldrekompetansen (Söderbäck & Ekström, 2014). I lys av disse studiene ser vi at foreldre trolig har like behov uavhengig av etnisitet. Det er viktig å tilpasse kommunikasjonen, slik at dialogen gir muligheter til å kunne hjelpe og veilede foreldrene om behov på best mulig måte.

En stor andel barn opplever en form for vold hvert år, og det er fortsatt flere land i verden som ikke forbyr fysisk avstraffelse av barn (Hansen et al., 2019; Kripos, 2019; World Health Organization, 2020). Dette var noe informantene i studien min trakk fram, ved at kulturene ble beskrevet som veldig forskjellig og noen foreldre de møtte var fra kulturer hvor lovverk ikke forbyr vold i oppdragelsen. Flere mente derfor at noen utenlandske foreldre trolig hadde ekstra behov for veiledning. Dette viser viktigheten av å bruke samtaleverktøyet sammen med alle foreldre, også de med utenlandsk opprinnelse.

Pettersen og Jenum (2014) og Tveiten (2016) hevder det er viktig å vite om foreldrenes kunnskapsgrunnlag og forutsetninger for læring, for å tilpasse kommunikasjonen og språket til foreldrenes nivå (Pettersen & Jenum, 2014; Tveiten, 2016). Fagpersoners kommunikasjonsferdigheter kan ha stor betydning for foreldre med lav helsekompetanse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Pettersen & Jenum, 2014). Informantene fortalte at flere foreldre de møtte var analfabeter, og hadde lav helsekompetanse. Dette var også noe vi så i studien til Söderbäck og Ekström (2014), der foreldrene hadde dårlige lese og skriveferdigheter, men innrømmet det ikke trolig grunnet skam. Dette var til hinder for å tilegne seg helseinformasjon (Söderbäck & Ekström, 2014). Dette innebærer dårligere muligheter for å tilegne seg informasjon, kunne forstå og bruke den (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Nutbeam, 2000). Derfor kan det være viktig å kartlegge helsekompetanse til foreldrene, da de selv trolig ikke vil si ifra om behov, slik vi ser av

Söderbäck og Ekström (2014) sin studie. Helseesykepleier kan også ved slik kunnskap forberede seg i forkant av møtet, for å bedre mulighetene for en god dialog.

Pettersen og Jenum (2014) hevder at bruk av visuelt materiale kan øke forståelsen. Dette støttes av Söderbäck og Ekström (2014) studie, som viste at barnehelseesykepleierne hadde positive erfaringer med å bruke bilder, tale og kroppsspråk i formidlingen av informasjon til utenlandske foreldre. Ved å benytte filmen «I trygge hender», kan dette være et slikt bidrag. Ved å bruke den individuelt kan man stoppe opp underveis, forklare og gjøre nødvendige tilpasninger. Dette kan derimot være vanskeligere å få til i en gruppekonsultasjon, der min studie viste at eneste tilpasning var at foreldrene ble anbefalt å se filmen hjemme på eget språk i forkant, der dette var mulig.

Funn fra min studie viste at foreldrene i gruppe fulgte samme opplegg som de norske, uten spesielle tilpasninger til foreldrenes nivå. Det var tilfeldig hva foreldrene fikk med seg. Dette kan føre til mangelfull informasjon, misforståelser og feiltolkninger. Dermed trolig gi dårligere muligheter for læring (Tveiten, 2016). Refleksjoner kan bidra til økt forståelse og bevisstgjøring. I en gruppesituasjon kan språkproblemer redusere utbyttet, ved at utenlandske foreldre kan ha utfordringer med å forstå og følge dialogen. Kvaliteten på gruppeprosessen kan også reduseres, og foreldrene blir kanskje passivisert eller kjenner seg utenfor fellesskapet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Tveiten, 2016). Slik kan samtaleverktøyets funksjon og mulighetene til å forebygge vold begrenses. I Söderbäck og Ekström (2014) sin studie viste også funn at dersom det var mange tilstede i rommet, kunne det påvirke situasjonen. Dermed gi dårligere muligheter for veiledning og refleksjoner uteble. Det var også flere foreldre som ikke ville delta i grupper (Söderbäck & Ekström, 2014). I lys av dette kan det synes å vanskeliggjøre mulighetene for foreldre med språkvansker og lav helsekompetanse, å nyttiggjøre seg av formidling av informasjon i gruppe. Kanskje individuelle konsultasjoner hadde vært et bedre alternativ.

I motsetning til gruppe ble flere tilpasninger gjort ved bruk av samtaleverktøyet individuelt. Filmene ble benyttet på språket, som passet best for den enkelte familien. Flere informanter pratet sakte bokmål eller engelsk for å sikre mest mulig utfordringer grunnet språk. Ved behov brukte de tolk. Flere informanter mente fysisk tolk var best, via telefon kunne det være håpløst. Noen ganger var partner bedre i norsk og fungerte som tolk. Ved å gjøre slike tilpasninger, fikk foreldrene trolig bedre utgangspunkt for å nyttiggjøre seg av

samtaleverktøyet. Gjennom dialog kan mulighetene bli bedre til å bli kjent med familiene, deres bakgrunn, kultur og avdekke eventuelle utfordringer. Dette kan øke mulighetene for å gi bedre hjelp, veiledning og oppfølging dersom behov avdekkes. Forskning viser at foreldre med lav helsekompetanse stiller færre spørsmål til helsepersonell, og er mindre aktive i å søke informasjon om helse (Tveiten, 2016). Dette støttes av studien til Söderbäck og Ekström (2014), som viste at foreldrene måtte stilles spesifikke spørsmål, for å synliggjøre hvilke behov de hadde. Hvis ikke svarte de «det går bra» eller smilte. Ble ikke spørsmål stilt, holdt foreldrene informasjon tilbake og fortalte ingenting om seg selv (Söderbäck & Ekström, 2014). I lys av dette tyder det på at helsesykepleier må delta aktivt, for å få en dialog med foreldrene. Trolig lettere å få til individuelt enn i gruppe, som vi så fra funn i min studie. Det kan være nyttig å oppsummere eller stille kontrollspørsmål i etterkant, for å avklare hva som er forstått. Det kan være gap mellom hva man tror foreldrene har forstått, og hva som faktisk er forstått. Foreldrene må også få anledning til å stille spørsmål. Dette kan forebygge misforståelser og sikre best mulig oppfølging (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019; Johansson et al., 2016; Pettersen & Jennum, 2014; Tveiten, 2016).

Ved bruk av samtaleverktøyet individuelt ga det muligheter for å benytte tolk. Tolk kan gi gode muligheter for å bedre kommunikasjonen med foreldrene, men kan også by på utfordringer. Man vet ikke hva som oversettes, nyanser i språket kan bli borte eller feiltolkes og misforståelser kan oppstå (Tveiten, 2016). I studien min mente noen informanter det var best med fysisk tolk til stede, for ved telefontolk det ikke bra. Disse funnene synes noe motstridende med funn fra Johansson et al. (2016). Der viser funn at telefontolk kunne redusere risikoen for dårligere samspill og feilkommunikasjon, grunnet at man ikke så tolkens kroppsspråk. Tilstedeværelse av en annen i rommet kunne hindre samtalen. Ved personlige spørsmål mente de likevel tolk fysisk til stede var det beste, da kulturelle faktorer som kan føre til misforståelser lettere kunne forklares (Johansson et al., 2016).

I studien til Söderbäck og Ekström (2014) viste funn at dersom foreldrene ikke aksepterte tolken, kunne de holde informasjon tilbake og unngå å ta opp sensitive ting. Var tolken familie kunne det også være problematisk. Dette samsvarer med funn fra Johansson et al. (2016) sin studie, som viser at dersom foreldrene kjente tolken kunne det påvirke hva som blir fortalt. Tveiten (2016) hevder også at dersom man kjenner tolken, kan kommunikasjonen påvirkes ved at tolkens tanker og meninger farger hva som formidles. I lys av dette, er det

viktig å tenke over ulike aspekter når man skal kommunisere med foreldre ved bruk av tolk. Samtaleverktøyet tematiserer sensitive tema, og kan påvirke hvilken informasjon foreldrene velger å dele, og hvilken informasjon tolken formidler. Noen av informantene i min studie brukte partner som tolk. Dersom partner ikke er enig i det den andre eller helsesykepleier formidler, kan det trolig gjøre at informasjonen endres eller holdes tilbake. Funn fra Söderbäck og Ekström (2014) og Johansson et al. (2016) sine studier viste at det var viktig at det ble ordrett oversatt, hvis ikke kunne det skape usikkerhet og det ble ikke bra. Det kan derfor tenkes at påvirkninger nevnt over kan vanskeliggjøre dialogen med familien, til tross for at tolk benyttes, som også ble nevnt i min studie. Dermed kan dette trolig begrense helsesykepleierens muligheter til å hjelpe familien, og i å forebygge vold.

## **8 Avslutning**

### **8.1 Oppsummering**

Gjennom studiens problemstilling søkte jeg kunnskap om helsesykepleieres erfaringer ved bruk av samtaleverktøyet «I trygge hender», og på hvilken måte den kan bidra til å forebygge vold mot sped- og småbarn. Funn viste at samtaleverktøyet bidro til å gi helsesykepleierne større trygghet i dialogen, og det ble lettere å samtale om vold med foreldrene. Det bidro også til at foreldrene fikk samme tilbudet, uavhengig av helsesykepleier.

Erfaringene viste at filmen formidlet budskapet på en lett forståelig måte. Visuelle virkemidler, kunne bidra positivt og negativt. Filmen kunne trolig bidra til økt læring, men for enkelte foreldre kunne den være vanskelig å se, med dets sterke budskap. Spesielt dersom foreldrene kanskje har hatt vanskelige opplevelser tidligere. Var derfor viktig å forberede foreldrene på filmens tematikk, og når den vises. Helsesykepleierne mente flere foreldre manglet kunnskap, spesielt angående hva som er psykisk vold. Studien viste at ved å komme tidlig inn, kunne samtaleverktøyet gjennom samtale og refleksjoner trolig bidra til å gi foreldrene økt kunnskap, forståelse, bevisstgjøring og strategier. Slik kunne foreldrene trygges og styrkes i foreldrerollen, ga de muligheten til å ta bedre valg i utfordrende situasjoner med barnet. Dermed trolig bidra til å forebygge vold mot sped- og småbarn. Flere faktorer spilte inn på mulighetene foreldrene hadde for å nyttiggjøre seg av kunnskapen som ble formidlet. Det kunne være nyttig å gjøre individuelle tilpasninger, for å bidra til økt



utbytte tilpasset den enkeltes behov. Funnene viste til ulike erfaringer ved bruk av samtaleverktøyet, individuelt og i grupper. Det var fordeler ved å bruke samtaleverktøyet sammen med «egne» barn, for bedre muligheter til oppfølging. Individuelt delte flere foreldrene mer om seg selv. Det ga større muligheter til å bli kjent med foreldrene, skape relasjon, hjelpe og veilede foreldrene om behov. Ulempe var at foreldrene mistet muligheten til å dele erfaringer og lære av hverandre. Dette kunne grupper bidra til. På den andre siden, ble samtaleverktøyet i grupper brukt på et mer generelt grunnlag, og ga ikke like muligheter til individuelle tilpasninger, slik individuell bruk gjorde. De som var stille, hadde utbytte av å høre andres erfaringer og refleksjoner. I grupper måtte helsesykepleier ta mer en mer styrende rolle, for en god gruppeprosess. Noen foreldre ønsket ikke å delta i grupper, og noen unnløt å møte. Flere av disse foreldrene hadde kanskje møtt, dersom det ble brukt individuelt. Det var viktig å komme i posisjon for en god dialog med utenlandske foreldre. Dialogen kunne være svært utfordrende. Årsaken var blant annet språkvansker, og at filmen ikke alltid var tilgjengelig på foreldrenes språk. Flere foreldre var analfabeter, og hadde lav helsekompetanse. Derfor var det viktig å tilpasse samtalen og informasjonen som ble formidlet til deres nivå. Tolk kunne bidra til å hjelpe med dialogen, men kunne også by på utfordringer.

## **8.2 Betydning for praksis**

Denne studien er et bidrag til hvordan rutinemessig bruk av et universelt samtaleverktøy, for å ta opp temaer rundt vold kan bidra til samtalen om et sensitivt tema. Studien gir innsikt i ulike erfaringer ved bruk av samtaleverktøyet individuelt, i grupper og med fremmedspråklige foreldre. Fordeler og ulemper løftes fram ved bruk av samtaleverktøyet i de ulike kontekstene, og kan bidra til å gi andre som skal samtale med foreldre om vold, bedre grunnlag til å vurdere hva som er mest hensiktsmessig bruk i deres situasjon. Studien belyser ulike faktorer som kan være nyttig å ta med i vurderingen dersom tolk skal benyttes.

Belyser også hvordan bruk av visuelt virkemiddel kan oppleves for foreldrene. Denne innsikten kan ha betydning for vurderinger rundt videre praksis, der samtaleverktøy ved bruk av film benyttes for å formidle slik sterkt budskap.

### **8.3 Videre forskning**

Det er behov for forskning, som tar sikte på å undersøke om det er forskjell i antall barn som opplever vold etter samtaleverktøyet ble tatt i bruk. Blant annet kan statistikker på innmeldte voldshendelser og barnevernsmeldinger trolig gi en indikasjon på hvor mange barn som opplever vold. For å avdekke om samtaleverktøyet forebygger psykisk vold, kan en longitudinell metode trolig bidra til å se om det er noen endringer i antall barn som vokser opp, og utvikler vansker som trolig kan skyldes vold.

Kvalitativ og kvantitativ forskning utført på et senere tidspunkt, kan også trolig bidra til å si noe om det har bidratt til forebygging av fysisk og psykisk vold.

Kan også være interessant å undersøke om foreldrene fortsatt har utbytte av samtaleverktøyets innhold når barnet blir litt eldre, eller om repetisjon på et senere tidspunkt hadde vært nyttig, som flere av informantene formidlet.

Videre forskning kunne også undersøkt om individuelle tilpasninger ved bruk av samtaleverktøyet kunne bidratt til at flere foreldre møter opp, og om det bidrar til bedre oppfølging og veiledning for å forebygge vold.

## Referanseliste

- Avdeling for forskning utdanning og formidling. (2021, 30. september). *Retningslinjer for behandling av personopplysninger i forsknings- og studentprosjekt ved UiT Norges arktiske universitet (UiT)*.  
<https://uit.no/Content/755221/cache=1637158889000/Retningslinjer+for+behandling+av+personopplysninger+i+forskings-+og+studentprosjekt+ved+UiT+%28oppdatert+300921%29.pdf>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breivik, K., Eng, H., Kaiser, S., Karjalainen, P., Kurki, M., Kyrrested, H., Laajasalo, T., Martinussen, M., Merikukka, M., Perlonen, K., Pettersen, S. D., Rasmussen, L.-M. P., Reedtz, C. & Rye, M. (2021, 22. juni). *The First 1000 Days in the Nordic Countries: Psychosocial Interventions and Psychological Tests: A Review of the Evidence*. Nordic Council of Ministers. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1571297/FULLTEXT01.pdf>
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2014, 10. oktober). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. <https://www.forskningsetikk.no/om-oss/komiteer-og-utvalg/rek/>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM). (2019, 23. mai). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. De nasjonale forskningsetiske komiteene. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Engen, H. S. (2021). *Foreldres erfaringer med foreldreveiledningsprogrammet «I trygge hender» på helsestasjonen* [VID vitenskapelige høyskole]. VID: Open. <https://hdl.handle.net/11250/2979131>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid: Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Gyldendal.
- Glavin, K., Tveiten, S., Økland, T. & Hjälmhult, E. (2017). Maternity groups in the postpartum period at well child clinics- Mothers' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 26(19-20), 3079-3087. <https://doi.org/10.1111/jocn.13654>
- Hansen, E. H., Ingebrigtsen, A., Odnakk, G., Sollid, M. F. & Sundt-Schwebs, T. (2019). Helsesøstre har ikke rutinemessig spurt om foreldre utøver vold. *Sykepleien*, 107, Artikkel e- 74018. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.74018>

- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019, 9. mai). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30#KAPITTEL_3)
- Helsedirektoratet. (2022, 10. mai). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten: Helsestasjon 0–5 år*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar>
- Hjälmhult, E., Glavin, K., Økland, T. & Tveiten, S. (2014). Parental groups during the child's first year: An interview study of parents' experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 23(19-20), 2980-2989. <https://doi.org/10.1111/jocn.12528>
- Hjälmhult, E. & Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: A grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 654-662. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x>
- Hofstad, E. (2019, 17. oktober). *"I trygge hender" er blitt verdenskjent*. Sykepleien. <https://sykepleien.no/2019/10/i-trygge-hender-er-blitt-verdenskjent>
- Isdal, P. (2018). *Meningen med volden* (2. utg.). Kommuneforlaget.
- Johannessen, A., Christoffersen, L. & Tufte, P. A. (2021). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (6. utg.). Abstrakt forlag.
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori?: Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Johansson, L., Golsäter, M. & Hedberg, B. (2016). Health dialogue with non-native-speaking parents: Child health nurses' experiences. *Nordic journal of nursing research*, 36(4), 209-215. <https://doi.org/10.1177/2057158516635480>
- Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Hentet 22. september 2022 fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Krogh, T. (2014). *Hermeneutikk: Om å forstå og fortolke* (2. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kruse, A. E. & Bergman, S. (2014). *Jeg kan jo ikke kalle det noe annet enn vold: En forskningsoversikt og en intervjustudie om mødres vold mot barn* (Rapport 4/2014). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. <https://www.nkvts.no/rapport/jeg-kan-jo-ikke-kalle-det-noe-annet-enn-vold-en-forskningsoversikt-og-en-intervjustudie-om-modres-vold-mot-barn/>

- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Landsgruppen av helsesykepleiere. (u.å.). *I trygge hender* [Video]. Norsk sykepleierforbund. [https://files.nsf.no/LaH/video/NOR\\_full\\_text.mp4](https://files.nsf.no/LaH/video/NOR_full_text.mp4)
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Maxwell, A. M., Reay, R. E., Huber, A., Hawkins, E., Woolnough, E. & McMahon, C. (2021). Parent and practitioner perspectives on Circle of Security Parenting (COS - P): A qualitative study. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 452-468. <https://doi.org/10.1002/imhj.21916>
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2016). *Vold og overgrep mot barn og unge: Omfang og utviklingstrekk 2007-2015*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Hentet 22. september 2022 fra <https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/5104/Vold-og-overgrep-mot-barn-og-ung-NOVA-Rapport-5-16-web.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Nimborg, J., Lindskog, U., Nordgren, L. & Annerbäck, E.-M. (2022). Routine conversations about violence conducted in Swedish child health services- A mixed methods study of nurses' experiences. *Acta Paediatrica nurturing the child*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/apa.16355>
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Fylle ut meldeskjema for personopplysninger*. Hentet 20. februar 2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger>
- Norsk sykepleierforbund. (u.å.). *I trygge hender*. Hentet 07. september 2022 fra <https://www.nsf.no/fg/helsesykepleiere/i-trygge-hender-0>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. & Muscat, D. M. (2021). Health Promotion Glossary 2021. *Health Promotion International*, 36(6), 1578-1598. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaa157>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger (personopplysningsloven)* (LOV-06-15-38). Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL\\_3#KAPITTEL\\_3](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2018-06-15-38/KAPITTEL_3#KAPITTEL_3)
- Pettersen, K. S. & Jennum, A. K. (2014). Hva betyr lav «health literacy» for sykepleiernes helsekommunikasjon? *Sykepleien forskning*, 9(3), 272-280. <https://doi.org/10.4220/sykepleief.2014.0145>

- Reay, R. E., Palfrey, N., Bragg, J., Kelly, M., Ringland, C. & Bungbrakearti, M. (2019). Clinician Perspectives on the Circle of Security - Parenting (COS - P) Program: A Qualitative Study. *Australian and New Zealand journal of family therapy*, 40(2), 242-254. <https://doi.org/10.1002/anzf.1357>
- Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK). (u.å.). *Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK)*. Hentet 16. oktober 2022 fra <https://rekportalen.no/#/hjem>
- Spinnangr, T. E. (2020, 10. august). *Sykepleiere kan hindre vold mot spedbarn*. Hentet 23. september 2022 fra <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2020/08/sykepleiere-kan-hindre-vold-mot-spedbarn>
- Söderbäck, M. & Ekström, C. (2014). Hälsovägledning med somaliska föräldrar inom svensk barnhälsovård: En kvalitativ studie/Health counseling with somali parents in swedish primary child health care- A qualitative study. *Vård i Norden*, 34(4), 33-37. <https://doi.org/10.1177/010740831403400407>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2016). *Helsepedagogikk: Pasient- og pårørendeopplæring*. Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2019). *Veiledning: -Mer enn ord* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- UiT Norges arktiske universitet. (2019, 5. april). *Retningslinje for klassifisering av informasjon*. <https://uit.no/Content/714606/cache=1610450302000/Retningslinjer+for+klassifisering+-+vedtatt+5-4-19.pdf>
- UiT Norges arktiske universitet. (2021, 19. oktober). *Sikker lagring, innsamling og bearbeiding*. [https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p\\_document\\_id=729087#modal\\_729150](https://uit.no/forskning/forskningsdata/art?p_document_id=729087#modal_729150)
- UiT Norges arktiske universitet. (u.å.). *Hvilke tjenester kan du bruke til hvilket innhold?* Hentet 25. oktober 2022 fra [https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#innhold\\_675089](https://uit.no/om/informasjonsikkerhet#innhold_675089)
- Universitetet i Oslo. (2022, 28. september). *Nettskjema-diktafon mobilapp*. <https://www.uio.no/tjenester/it/adm-app/nettskjema/hjelp/diktafon.html>
- World Health Organization. (2020, 18. juni). *Global status report on preventing violence against children 2020*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240004191>

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv til deltakere og samtykkeerklæring

### Vil du delta i forskningsprosjektet

#### *«I trygge hender- et godt samtaleverktøy?»*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i helsesykepleierens erfaringer i bruk av filmen «i trygge hender» som samtaleverktøy for å forebygge vold mot sped- og småbarn.

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

#### **Formål**

Denne masteroppgaven har som formål å undersøke helsesykepleierens erfaringer og synspunkter, for å få viktig kunnskap om bruk av filmen «i trygge hender» og medfølgende veiledningshefte som samtaleverktøy til å ta opp tema vold i dialog med foreldre på helsestasjonen, med mål å forebygge vold mot sped- og småbarn.

Problemstillingen i dette prosjektet er «Hvilke erfaringer har helsesykepleier i bruk av filmen «i trygge hender» og på hvilken måte kan filmen bidra til forebygging av vold mot sped- og småbarn?

Dette skal knyttes opp mot forskerspørsmål:

- Når blir filmen vist og på hvilken måte blir den vist med tanke på opplegg før, under og etter filmvisning?
- Hvilke oppfatninger har helsesykepleier om at filmen kan forebygge vold?

- På hvilken måte har filmen bidratt som «døråpner» til å ta opp tema vold ved videre konsultasjoner, og skape større trygghet for foreldre og helsesykepleier til å ta opp tema?

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

Universitetet i Tromsø- Norges Arktiske Universitet

Avd. Helsefakultet

Institutt for helse og omsorgsfag

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

Jeg ønsker å høre om dine erfaringer i bruk av filmen «I trygge hender» som samtaleverktøy, og hvilke oppfatninger du har om at filmen kan forebygge vold mot sped- og småbarn. Du kan delta i studien hvis du har jobbet i helsestasjonen i perioden før og etter filmen «i trygge hender» ble tatt i bruk og filmen må brukes som samtaleverktøy i helsestasjonen, som en del av tilbudet i helsestasjonsprogrammet.

I forkant av at jeg spør deg om å delta, har jeg sendt ut spørsmål til din leder om tillatelse til å sende deg denne invitasjonen.

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

Dersom du samtykker til å delta, kan du kontakte masterstudent Elisabeth Hagen og det vil avtales tid for intervju.

Det blir gjennomført digitalt via teams som et videointervju, hvor det kun gjøres lydopptak via nettskjema- diktafon app. Det kan også bli tatt notater. Om du ikke ønsker å ha intervjuet via teams, kan det også være aktuelt å gjennomføre intervju på annet egnet sted som du bestemmer. Intervjuet vil vare rundt 45- 60 minutter. I intervjuet vil jeg spørre deg om dine erfaringer rundt bruk av filmen og veiledningsheftet «i trygge hender». Dine svar aidentifiseres og vil ikke være til skade for deg og din arbeidsplass.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet.



Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dersom du ønsker å trekke ditt samtykke kan du ta kontakt med oss.

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

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

Lydopptaket som gjøres i forbindelse med intervjuet vil bli håndtert og lagret forsvarlig iht.

Universitet i Tromsø sine retningslinjer, og vil ikke være tilgjengelig for uvedkommende.

Intervjuet transkriberes til skriftlig materiale av student og opplysningene om deg aidentifiseres. Det innebærer at det ikke vil være mulig å identifisere deg som enkeltperson når resultatene presenteres. Det er kun jeg og prosjektveileder som har tilgang til data som samles inn. Dataene blir lagret med tofaktor autentisering, og skriftlig samtykke blir låst inn i skap kun student har tilgang til.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Opplysningene aidentifiseres fortløpende i prosjektet. Prosjektet skal etter planen avsluttes desember 2022. Når prosjektet avsluttes/ oppgaven er godkjent vil lydopptak, det nedskrevne intervju og samtykkeskjema slettes.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra UIT- Norges Arktiske Universitet har NSD- Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

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

- Innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og få utlevert en kopi av opplysningene.
- Å få rettet personopplysninger om deg.
- Å få slettet personopplysninger om deg.
- Å sende klage til datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

Hvis du har spørsmål om studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med UIT, Norges arktiske universitet ved Hilde Laholt, førsteamanuensis/prosjektveileder

Telefon: 77660725, E-post: [hilde.laholt@uit.no](mailto:hilde.laholt@uit.no)

Elisabeth Hagen, masterstudent/ intervjuer, Telefon: 95205307, E-post: [eha270@uit.no](mailto:eha270@uit.no)

Vårt personvernombud er NSD- Norsk senter for forskningsdata

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Hilde Laholt

(Forsker/veileder)

Elisabeth Hagen

(Masterstudent)

## Samtykkeerklæring

Om intervjuet foregår over teams vil jeg innhente muntlig samtykke fra deg og spørre om du har mottatt og forstått hva det innebærer for deg å være med i prosjektet. Dersom intervjuet gjennomføres ved oppmøte, må du signere skriftlig.

Jeg har mottatt og forstått informasjon om forskningsprosjektet «*I trygge hender- et godt samtaleverktøy?*» og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- Å delta i intervju

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

-----  
E-post

-----  
Telefonnummer

## Vedlegg 2: Intervjuguide

### Intervjuguide

#### Introduksjon om meg og studiet

- Introduksjon av meg, takke for deltakelse
- Spør om deltaker har lest samtykkeskjema og bekrefter samtykke til deltakelse

#### Bakgrunnskunnskap

- Hvor lenge har du jobbet i helsestasjonen 0-5 år?
- Når ble filmen «i trygge hender» tatt i bruk som samtaleverktøy i helsestasjonen?

#### Erfaringer ved bruk av filmen

- **Kan du fortelle litt om hvordan dere bruker filmen og veiledningsheftet? (opplegg før/ forarbeid, under filmvisning, etterarbeid)**
  - Er det noen oppfølging i etterkant av å ha sett filmen, i så fall hvilke?
- **Hvilken type form har konsultasjonen filmen vises i (gruppe/individuell)?**
  - Hvordan opplever du å ha det i den formen?
  - Hvilke fordeler/ ulemper tenker du det er med visning i gruppe/ individuelt?
- **Ut ifra dine erfaringer, hva tenker du om filmen og refleksjonsspørsmålene i veiledningsheftet som utgangspunkt for samtale?**
  - Er det noen endringer du tenker burde vært gjort med filmen eller veiledningsheftet?
- **Hvilke erfaringer har du med tid satt av i konsultasjon til gjennomgang av filmen og refleksjonsspørsmålene?**
- **På hvilken måte erfarer du at samtaleverktøyet kan bidra til å forebygge vold?**
- **Hvilke forskjeller erfarer du det er (for helsesykepleier) i å ta opp tema vold etter filmen ble tatt i bruk?**

- På hvilken måte har filmen bidratt som «døråpner» til å ta opp tema vold på andre konsultasjoner?
- **Hvilke erfaringer har du med bruk av filmen i situasjoner hvor foreldre er sliten, barnet gråter etc. under konsultasjonen?**
  - Følges det videre opp dersom filmen ikke blir sett med helsesykepleier?
    - Hvordan?
- **Hvilke erfaringer har du med hvem som møter på konsultasjoner der filmen skal vises?**
  - Hva gjør dere for å øke sjansen til at begge foreldre møter?
  - Hva gjør dere for at innholdet i filmen skal nå ut til den som ikke møter?
    - Hvordan følges det opp?
- **Hvilke erfaringer har du med om filmen skaper større trygghet for foreldre til å ta opp vanskelige tema og da bidra til å forebygge vold?**
  - Hvilke forskjeller er det i hva foreldre tar opp før og etter filmen ble tatt i bruk på helsestasjonen?
- **Hvilke tilbakemeldinger har foreldrene kommet med etter å ha sett filmen?**

#### **Avrundings spørsmål**

- Er det noe du ønsker å tillegge?
- Har du noen spørsmål til meg?
- Takk studiedeltaker for deltakelse

(Hvite kulepunkt er ment som oppfølgingsspørsmål dersom det ikke kommer fram i de overordnede spørsmålene- svarte kulepunkt)

## **Vedlegg 3: Presentasjon av kapitlene fra filmen «I trygge hender»**

Link til filmen: [http://files.nsf.no/LaH/video/NOR\\_full\\_text.mp4](http://files.nsf.no/LaH/video/NOR_full_text.mp4)

### Kapittel 1: Hjernens utvikling

Informasjon om babyens hjerne. Den er ikke er ferdig utviklet ved fødsel, og vokser raskt i det første leveåret og nesten dobler størrelsen. Viktigheten av at foreldrene hjelper barnet med å bygge en solid «grunnmur» fordi byggingen av hjernen påvirkes av erfaringer. Hjernen er bruksavhengig der forbindelsene som brukes mye blir sterke, de som brukes lite blir svakere. Det barnet opplever i hverdagen har mest å si for hjernebyggingen, og for å bygge en solid hjerne hos babyen trengs det repetisjon, trygghet og ro. Babyen tåler mindre stress enn voksne, og har et underutviklet og mer sensitivt alarmsystem. Alarmsystemet skal beskytte mot farer og kan utløses ved intense inntrykk. Når alarmen hos babyen blir utløst og uttrykkes via gråt, trenger det hjelp fra foreldrene til å slå av alarmsystemet. Foreldrene kan regulere babyen, og med god hjelp fra foreldrene tåler babyen etter hvert mer uten at alarmen skrur på. Eksempel på spørsmål fra helsesykepleier til foreldrene for refleksjon og læring: «Hva tenker du kan stresse babyen din?», «Hvilke opplevelser kan bli uheldig for babyen din dersom de oppstår mange ganger?», «Hvilke repetisjoner opplever babyen deres i hverdagen?» (Landsgruppen av helsesykepleiere, u.å.).

### Kapittel 2: Sinne og de negative følelsene

Foreldre vil det beste for barna sine. Foreldre er mer sårbare i spedbarnstiden, og frustrasjon og fortvilelse kan lettere dukke opp. Å få barn er en stor omveltning i livet. Sinne er en normal følelse. Viktig å tenke over hva som kan gjøre oss sinte og om vi har kontroll over eget sinne. Foreldre kan bli overrasket over kraften og uforutsigbarheten i eget sinne. Viktig å vite at man kan få hjelp til å snakke om og mestre eget sinne. Eksempel på spørsmål fra helsesykepleier til foreldrene for refleksjon og læring: «Vi er alle født med ulikt temperament, hvordan vi du beskrive deg selv?», «Hva er det som kan gjøre deg sint?», «Hva skjer med deg når barnet ditt gråter?» (Landsgruppen av helsesykepleiere, u.å.).

### Kapittel 3: Hva er vold mot barn?

Vold kan forekomme i alle typer familier, også mot barn. De minste barna er mest sårbare. Fysisk vold er å påføre kroppslig skade ved eksempel klyping, lugging, knipsing og slag. Fille risting er svært farlig for babyen. Pendelbevegelsen som kan oppstå kan gi store hjerneskadene,

og i verste fall kan barnet dø. Hvis barnet har vært ristet i mer enn et sekund skal barnet undersøkes av lege. Psykisk vold er å skade, skremme eller krenke uten å være fysisk, som for eksempel ved latterliggjøring, utskjelling, trusler eller at barnets følelser og behov blir ignorert. Ved psykisk vold aktiviseres alarmsystemet på samme måte som ved fysisk vold. Det er også skadelig for barnet å leve i en familie der det skjer vold mellom andre. Eksempel på spørsmål fra helsesykepleier til foreldrene for refleksjon og læring: «Hva tenker du om at psykisk vold og å være vitne til vold aktiverer alarmsystemet på samme måte som ved fysisk vold?», «Visste dere at fille risting kan være så farlig?», «Vi vet at fille risting av barn skjer. Kan du se for deg en situasjon der det kan skje?» (Landsgruppen av helsesykepleiere, u.å.).

#### Kapittel 4: Hvordan påvirker vold barnet?

Er man utrygg går hjernen i alarmmodus, og den blir opptatt av å beskytte seg mot fare i stedet for å utforske verden og lære nye ting. Når «alarmen går» vil babyen søke omsorgspersonene sine i forsøk på å få trøst. Når det er de som er skremmende får ikke barnet hjelp til å regulere ned frykten sin og slå av alarmen. Blir alarmen aktivert igjen og igjen, kan den til slutt henge seg opp. Hypersensitiv alarm kan få barns utvikling til å spore av på ulike måter. En viktig utviklingsoppgave det første leveåret er å få tillit til andre, og kan bli forstyrret hvis man er utrygg hjemme. Det kan lages hull i «grunnmuren» slik at det blir vanskelig å skape gode relasjoner til andre senere. Utvikling av følelser kan påvirkes av en hypersensitiv alarm og skjør «grunnmur». Det kan også svekke utviklingen av tanker og forståelse. Foreldre kan ha med seg vonde opplevelser fra egen barndom de er redd for å ta med seg inn i foreldrerollen. Eksempel på spørsmål fra helsesykepleier til foreldrene for refleksjon og læring: «Hvordan kan spedbarn huske skremmende hendelser senere i livet?», «Hvilke erfaringer fra egen oppvekst ønsker du å gi videre til dine barn, og hvilke vil du ikke gi videre?» (Landsgruppen av helsesykepleiere, u.å.).

#### Kapittel 5: Hvordan hjelpe foreldre takle utfordrende situasjoner med barnet sitt?

Barnegråt er normalt og betyr at babyen prøver å si fra om noe. Måten babyen blir møtt på danner grunnmuren for barnets selvfølelse. Det kan være vanskelig å holde seg rolig når barnet gråter uavbrutt, og ingenting av det man gjør ser ut til å hjelpe. Det er forståelsen man viser for barnets følelse, og forsøket på å trøste som er viktigst for barnets følelsesmessige utvikling, ikke det å stoppe gråten i seg selv. Kjenner man at frustrasjonen eller sinne er i ferd med å få overtaket er det viktig med en plan for å håndtere barnet på best mulig måte. Man

kan legge barnet trygt ned en og ta en pause for å roe seg selv, gå ut og trekke frisk luft. Pausen skal ikke være lang. Det er viktig å legge merke til egne tanker og følelser. Negative følelser kommer som regel av negative tanker. Disse tankene kommer raskt, men er verken hensiktsmessige eller realistiske. Ved å være bevisst på eget tankemønster kan den enkelte finne hjelpetanker som passer for dem. Det kan være fint både for foreldre og barn med beroligende selvsnakk som blant annet; «Du har så vondt i magen din», «Du trenger at jeg er her for deg», «Jeg er stresset, det er naturlig og det vil gå over». Det oppfordres til å søke støtte om man kjenner at man trenger det. Eksempel på spørsmål fra helsesykepleier til foreldrene for refleksjon og læring: «Hva kan være gode hjelpetanker for deg?», «Har du opplevd at du ikke har lykket med å roe barnet ditt?», «Hvem kan du søke støtte hos?» (Landsgruppen av helsesykepleiere, u.å.).



## **Vedlegg 4: Tilbakemelding NSD**

### Vurdering

**Referansenummer**

542808

**Type**

Standard

**Dato**

28.09.2021

**Prosjektittel**

I trygge hender- helsesykepleieres erfaring i bruk av samtaleverktøyet

**Behandlingsansvarlig institusjon**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

**Prosjektansvarlig**

Hilde Laholt

**Student**

Elisabeth Hagen

**Prosjektperiode**

01.10.2021 - 30.06.2022

## **Kategorier personopplysninger**

- Alminnelige

## **Rettslig grunnlag**

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

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 30.06.2022.

## [Meldeskjema](#)

## **Kommentar**

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 28.09.2021. Behandlingen kan starte.

## **HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT**

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

## **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 30.06.2022.

## **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## **PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

### **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

Dersom du benytter en databehandler i prosjektet må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

### **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

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

## Vedlegg 5: Tilbakemelding på endringer til NSD

### Vurdering

**Referansenummer**

542808

**Type**

Standard

**Dato**

02.12.2021

**Prosjektittel**

I trygge hender- helsesykepleierens erfaring i bruk av samtaleverktøyet

**Behandlingsansvarlig institusjon**

UiT Norges Arktiske Universitet / Det helsevitenskapelige fakultet / Institutt for helse- og omsorgsfag

**Prosjektansvarlig**

Hilde Laholt

**Student**

Elisabeth Hagen

**Prosjektperiode**

01.10.2021 - 31.12.2022

**Kategorier personopplysninger**

- Alminnelige

**Rettslig grunnlag**

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

Behandlingen av personopplysningene kan starte så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det rettslige grunnlaget gjelder til 31.12.2022.

[Meldeskjema](#)

## **Kommentar**

### **BAKGRUNN**

Den 01.12.2021 ble det meldt en endring i prosjektet. Endringene er knyttet til utvalget, varighet, hvordan samtykke dokumenteres, intervjuguide og informasjonsskriv. Vi har derfor gjort en ny vurdering av prosjektet. 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 02.12.2021. Behandlingen kan starte.

### **HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT**

Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksomme på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet.

### **MELD VESENTLIGE ENDRINGER**

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

[https://nsd.no/personvernombud/meld\\_prosjekt/meld\\_endringer.html](https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html)

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

## **TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 31.12.2022.

## **LOVLIG GRUNNLAG**

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger.

Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

## **PERSONVERNPRINSIPPER**

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

## **DE REGISTRERTES RETTIGHETER**

Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

### **FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER**

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). UiO gjennom nettskjema diktafon app og nettskjema er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

### **OPPFØLGING AV PROSJEKTET**

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!

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



