

Et helsefremmende perspektiv på foreldrenes psykiske helse for å forebygge omsorgssvikt hos barn

En kvalitativ studie om helsesykepleiere sine erfaringer

May Linn Fostenes og Terese Bondas

May Linn Fostenes, Universitetet i Stavanger, maylinn.fostenes@gmail.com

Terese Bondas, Universitetet i Stavanger.

Sammendrag

Omsorgssvikt fremstår som et globalt problem som kan resultere i uheldige konsekvenser for barn, og foreldrenes utfoldelse anses som avgjørende for omsorgsutøvelsen. Helsesykepleiere har en unik mulighet til å fremme foreldrehelse og forebygge omsorgssvikt hos barn i konsultasjoner på helsestasjonen. Hensikt med denne studie var å utforske helsesykepleiere sine erfaringer med å fremme foreldrehelse for å forebygge omsorgssvikt hos barn i alderen to- til fire år i en tid av stor utvikling. Kvalitativ forskningsdesign og Braun og Clarkes tematiske refleksive analyse ble valgt. Seksten helsesykepleiere ble rekruttert via strategisk utvalg, fordelt på tre fokusgruppeintervju med vignett. Helsesykepleier ønsket å forstå omsorgssvikt, benevnt som den «usynlige svikten». Kjennskap til familien, samt veiledning i konsultasjonene var viktig for å synliggjøre og avdekke risiko for omsorgssvikt. Prioritering av tid og fokus var viktig for å beskytte barnet mot omsorgssvikt, samtidig som foreldrehelsen ble prioritert for å forebygge. Helsesykepleierne bør inkludere foreldrehelsen på to- og fireårs konsultasjonene for å avdekke behov for støtte og oppfølging av familien for å forebygge at barn ikke utsettes for omsorgssvikt.

Nøkkelord

Helsesykepleie, helsefremmende, foreldrehelse, omsorgssvikt, barn 2-4 år

Fagfellevurdert artikkel

Introduksjon

Fokuset i denne studien er foreldrehelse og forebygging av omsorgssvikt i alderen to til fire år ut fra et helsefremmende perspektiv. Omsorgssvikt blir omtalt som en form for barnemishandling (WHO, 2022), og forekommer ved sviktende omsorgsevne av omsorgsgiver i form av psykisk eller fysisk skade, eller forsømmelse av barnet. Det kan bidra til at barn sin fysiske- og psykiske utvikling og beskyttelse står i fare (Paavilainen & Tarkka, 2003). Omsorgssvikt fremstår som et globalt problem og det er vanskelig å anslå eksakte data på omfanget ettersom det er vanskelig å oppdage, i tillegg til underreportering (WHO, 2022). I Norge anslås det å være 5-10% som blir utsatt for omsorgssvikt i løpet av oppveksten (Köpp et al., 2020). Det å identifisere omsorgssvikt og barnemishandling blir sett på som utfordrende blant helsepersonell (Ahlvik & Lundgren, 2022; Jack et al., 2021; Skarsaune & Bondas, 2015). Helsepsykiatere rapporterer høye kunnskapsnivåer omkring risikofaktorer, men finner det utfordrende å skille mellom faktisk omsorgssvikt og risikofaktorer (Jack et al., 2021).

Forskning har vist at å fremme foreldrehelse har positiv betydning for barnets utvikling (Grant et al., 2018; Savolainen et al., 2021). Garner og Yogman (2021) trekker frem at barn utvikles i relasjon med sine omsorgsgivere, og ved å styrke hele familien og bygge gode foreldre-barn relasjon bidrar det til å fremme barnets helse (Dahlbo et al., 2017; Poutiainen et al., 2014; Söderman & Jackson, 2011). Samtidig har studier vist at god relasjon mellom helsepsykiatere og foreldre er viktig (Ahlvik & Lundgren, 2022; Jack et al., 2021), og at relasjonsbygging er avgjørende for å kunne ta opp vanskelige temaer (Gurné et al., 2023). Ahlvik og Lundgren (2022) trekker samtidig frem at tidspress og korte konsultasjoner bidrar til at det ikke er nok tid til å bygge gode nok relasjoner.

Norske helsepsykiatere møter så godt som alle barn i alderen 0-5 år med omsorgsgiver på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2023). Det gir mulighet til å fremme barnets helse og utvikling, samt bidra til at foreldre erfarer mestring og trygghet i foreldrerollen (Savolainen et al., 2021). Samtidig skal helsepsykiatere være oppmerksom på forhold hvor en mistenker sviktende omsorg og bidra til å forebygge, samt avdekke- og avverge omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2023). Det er videre forankret i norsk lovverk, og ifølge barnevernsloven (2021, § 15-1) skal kommunene sikre gode oppvekstvilkår gjennom forebyggende tiltak slik at barn og unge ikke blir utsatt for omsorgssvikt.

Barn i alderen to til fire år går gjennom stor utvikling og barnets utviklende selvstendighet gjør det utfordrende for foreldre. Mødre rapporterer usikkerhet rundt foreldrerollen og barnets temperament i denne alderen (Prihidko & Swank, 2018). I tillegg kan barnets emosjonelle utfoldelse i småbarnsalder påvirke hvordan foreldrene handler og responderer (Armour et al., 2018). Småbarnsforeldre står ofte overfor tidspress i hverdagen og livsstilen blir mer og mer preget av at en skal

fremstå som vellykkede foreldre (Samdal et al., 2017, s. 37), og ut fra foreldreperspektivet blir det rapportert vanskelig å balansere familielivet, samt å leve opp til samfunnets forventninger (Prikkhidko & Swank, 2018).

Utfordringer og risikofaktorer i foreldrenes liv utgjør risiko for barnets helse og velvære (Savolainen et al., 2021; Stith et al., 2009; Taylor et al., 2009). Helseesykepleiere må være mer bevisst på hva som bidrar til omsorgssvikt (Poutiainen et al., 2014). Det er en sterk anbefaling i nasjonale retningslinjer for helsestasjon (Helsedirektoratet, 2023) om at helseesykepleier skal kartlegge foreldrehelsen på helsestasjonen, og foreldrehelse skal være et gjennomgående tema i alle konsultasjonene. Det å kartlegge foreldrehelsen omfatter at helseesykepleier er ekstra oppmerksom på foreldre som uttrykker usikkerhet i foreldrerollen, foreldrenes psykiske helse, foreldre som blir utsatt for mye belastning, samt rus og vold i nær familie (Helsedirektoratet, 2023).

Wightman et al. (2021) viste at helseesykepleiere tar vare på barnet gjennom gode samhandlinger med foreldrene. Resultatene fra Boelsma et al. (2021) sin forskning påpeker også at det er behov for mer forskning på hvordan helsepersonell kan tilby bedre og mer individuell og forebyggende støtte til foreldre. Det leder inn til denne studiens *hensikt* som er å utforske og beskrive hvordan helseesykepleier erfarer å fremme foreldrehelse for å forebygge omsorgssvikt hos barn i alderen 2-4 år. Denne studien er en selvstendig del av et forskningsprosjekt om helseesykepleie og oppfølging av omsorgssvikt ved helsestasjon.

Helsefremming vil danne et grunnleggende teoretisk perspektiv i forskningen da studien tar sikte på å utforske hvilke erfaringer helseesykepleier har med å fremme foreldrehelse. I tillegg vil forskningsprosjektet diskuteres opp mot Kari Martinsens omsorgsteori (2003) ettersom studien tar utgangspunkt i forholdet mellom helseesykepleier og foreldre, det mellommenneskelige.

Metode

Design

Studiens forskningsdesign er kvalitativ, med induktiv tilnærming (Vaismoradi et al., 2013). Tematisk refleksiv analyse ble valgt som egnet til å undersøke meninger og erfaringer (Braun & Clarke, 2021). Hermeneutisk vitenskapssyn lå til grunn i forskningsprosessen for å bli, og være bevisst på egen forforståelse, for å kunne tolke de ulike erfaringene som kom frem gjennom motiver, handlinger og følelser for å finne en dypere mening i datamaterialet (Koskinen & Lindström, 2013). Fokusgrupper med helseesykepleiere og bruk av vignett ble valgt for datainnsamling for å utforske dybde, kontekst og detaljer ut fra problemstillingen (Nyumba et al., 2018). Vignett i form av video ble brukt for å sette i gang intervjuet og ga helseesykepleierne et solid grunnlag for å stimulere virkeligheten (Hughes & Huby,

2002). Vignetten med navn «Er det normalt?» (Bufdir, 2019) fremstiller en hektisk hverdag og inkluderer frustrasjon og utfordringer mellom foreldre og barn.

Datainnsamlingen ble gjennomført i et forskersamarbeid for å ivareta bredde og dybde i tematikken, og gjennom veksling mellom tre forskjellige forskerroller; moderator, observatør og sekretær. Førsteforfatter utviklet intervjuguide og vignett relatert til hensikt, som ble utprøvd på forhånd.

Utvalg

Studien utgår fra et strategisk utvalg for å sikre deltakere med god informasjonsstyrke, og for å sikre metning gjennom et bredt spekter av deltakere med ulik arbeidsmengde og erfaringer (Malterud, 2017, s. 58). Det ble stilt krav til at deltakerne var ferdig utdannet helsesykepleiere med erfaring innen tematikken. Helsesykepleierne skulle arbeide med ordinært helsestasjonsprogram som innebærer regelmessige konsultasjoner på helsestasjon for alle barn fra 0-5 år (Helsedirektoratet, 2023). Deltakerne ble invitert via et informasjonsskriv som ble sendt ut til helsestasjonsledere på helsestasjoner fordelt på tre kommuner. Informasjonsskrivet inkluderte informasjon om prosjektet, samt bekreftelse på godkjent forskning. Til sammen seksten helsesykepleiere fra åtte ulike helsestasjoner ble inkludert i studien. En helsesykepleier hadde 2 måneders erfaring, de resterende helsesykepleierne hadde mellom 3-28 års erfaring i helsestasjonstjenesten, hvor flertallet hadde over ti års erfaring.

Datainnsamling

Datamateriale ble samlet inn gjennom tre fokusgruppeintervjuer med fire-seks deltakere i hver gruppe. Fokusgruppe ble valgt for å utnytte verdien av samhandling og interaksjoner mellom informantene (Kitzinger, 1994), og ettersom omsorgssvikt kan fremstå som et sårbart tema ble det sett på som en fordel å dele erfaringer innad i en gruppe (Nyumba et al., 2018). Intervjuene ble innledet med generell informasjon om tema, personvern og praktisk informasjon om fokusgruppeintervju og bruk av vignett. Det ble tydeliggjort at helsesykepleierne kunne prate fritt i fokusgruppeintervjuet. Det ble utarbeidet en intervjuguide for å sikre at hensikten ble belyst. I de tre fokusgruppene ble det vekslet mellom moderator, sekretær- og observatørrollene for tre forskere. Vignett og pause sikret at alle deler av tematikken ble belyst. Begge forfattere har bakgrunn som helsesykepleiere. Andreforfatter som prosjektleder validerte intervjuguiden, vignett og analyse som erfaren kvalitativ forsker. En refleksiv dialog kjennetegnet forskningsprosessen som helhet i et tematisk forskningssamarbeid.

Intervjuet startet med video-vignett, som ble fulgt opp med oppfølgingsspørsmål, etterfulgt av gruppedialog omkring tema. Den semistrukturerte intervjuguiden fungerte som et støtteverktøy for moderator, og dialogen ble fulgt med planlagte og uplanlagte utdypnings- og oppfølgingsspørsmål (Malterud, 2012, s. 65). Intervjuet

ble tatt opp på lydfil, og videre transkribert ordrett av intervjuer for å ikke miste verdifullt datamateriale (Malterud, 2017, s. 81).

Analyse

Tematisk refleksiv analyse ble brukt for å utforske likhetstrekk og variasjoner i helsesykepleier sine erfaringer, holdninger og følelser. Analysemetoden ble brukt for å generere et rikt, komplekst og detaljert datamateriale (Braun & Clarke, 2021) Først ble de 38 sidene med transkriberte materialet lest grundig for å gi et helhetlig inntrykk av datamaterialet og for å starte prosessen med å lete etter mønstre og meninger. Deretter ble det transkriberte materialet kodet i hvert av de tre fokusgruppeintervjuene. Det kom frem 383 meningsbærende enheter som ble kodet. De identifiserte kodene ble analysert og utforsket for å finne mønstre, og for å danne undertema og hovedtema. Underveis i prosessen ble kodene analysert omfattende og bredt. Noen tema ble splittet opp, noen satt sammen, og temaene fikk etter hvert endelige navn (Braun & Clarke, 2021). Eksempel fra transkribert data til koding, under- og hovedtema er presentert i tabell 1.

Tabell 1. Eksempel på prosessen fra transkribert data til koding, under- og hovedtema

Transkribert materiale	Koding	Undertema	Hovedtema
H2: Når foreldre kjenner at de har mulighet til å komme for å si noe om de bekymringene de har. Da blir det også lettere å kunne fremme helsen. Den er så superviktig den tilliten (FG1).	Fremme helse i dialogen avhenger av god tillit. Enklere å fremme helse ved tillit.	Betydningen av tillit og å få foreldrene til å fortelle	Å lære å kjenne familien for å avdekke risiko for omsorgssvikt
H1: Det er jo litt det å se, hvordan gjør dere det hjemme. Det tror jeg er viktig. At de får fortelle litt om hvordan de har det hjemme når ting skjer, når noe går bra eller ikke går så bra. Ikke forhøre, men høre de litt ut (FG1).	Stille seg åpen og utforske hvordan foreldrene har det hjemme gjennom det de forteller for å forstå hvordan barnet har det.		
H1: Da har en på en måte blitt kjent. Målet er jo at vi skal kjenne familien, at de liksom skal gå til oss fra vi er på hjemmebesøk, og frem til vi sier «hader-bra» på 4 år (FG3)	Helsesykepleier opplever at en blir godt kjent med familien dersom en følger barnet jevnlig fra fødsel.	Fordel med kjennskap til familien fra fødsel	
H5: Hvis du tenker risikofaktorer. Vi vet jo en del risikofaktorer. Og når du får 2 og 4 år har du gjerne en historie fra før av (FG2)	Helsesykepleier er observant på risikofaktorer som barnet og foreldrene har før de møter på 2 og 4 års konsultasjonene		
H1: [...] som jeg aldri har møtt før som kommer på 2 års kontroll. Da blir jeg faktisk litt svett. For da vet jeg liksom ikke så mye om det som har vært før (FG1)	Det å møte familien for første gang ved 2 års kontroll skaper usikkerhet		
H6: For jeg har hatt så mange vikarer på 2 og 4 år konsultasjonene siden jeg begynte her. Så jeg har ikke hatt så mange 2 og 4 års konsultasjonene slik situasjonen har vært her på helsestasjonen. Men jeg gleder meg til den dagen jeg kommer der for du har en helt annen tyngde når du kommer der (FG1)	Situasjoner på helsestasjonen fører til at vikarer ofte har 2 og 4 års konsultasjonene. Tyngde i faget når de kjenner barnet fra tidligere.		

Forskningsetiske overveielser

Datamaterialet ble ivaretatt i tråd med forskningsetiske retningslinjer og personvernlovgivning (Forskningsetikkloven, 2017, § 4; Personopplysningsloven, 2018, § 1) og lydopptakene ble lagret sikkert i datainnsamlingsverktøyet Nettskjema (Universitetet i Oslo, u.å.). Studien er godkjent av Norsk senter for forskningsdata-SIKT, (Sikt, u.å), (referansenummer: 1634425). Det ble innhentet informert samtykke før intervjuene for å sikre deltakerne sin autonomi og personvern (Malterud, 2012, s. 140), og deltakerne fikk informasjon om at deres samtykke til studien kunne trekkes tilbake når som helst (Helseforskningsloven, 2008, § 16). Alle deltakerne samtykket til deltagelse og ingen trakk seg underveis i studien.

Resultater

Det ble dannet fire hovedtema med følgende åtte undertema som representerer funnene i studien, se tabell 2.

Tabell 2. Resultat fra kvalitativ tematisk analyse

Hovedtema	Subtema
Å forstå omsorgssvikt – Den <i>usynlige</i> svikten	Omsorgssvikt som et utfordrende tema
	Foreldrenes helse fremstår avgjørende for omsorgsevnen
Å lære å kjenne familien for å <i>synliggjør og avdekke risiko</i> for omsorgssvikt	Betydningen av en trygg dialog for åpenhet
	Fordel med kjennskap til familien fra fødsel
Å veilede foreldre for å <i>forebygge og synliggjør</i> omsorgssvikt	Samarbeid og støtte til foreldrene
	Normalisere familiehverdagen
Å skape rom for å <i>se det usynlige</i> krever tid og fokus	Hovedfokus på barnet og prioriteringer
	Oppfølging uten barnet til stede

Å forstå omsorgssvikt – Den usynlige svikten

Omsorgssvikt som et utfordrende tema

Samtlige helsesykepleiere uttrykket at, omsorgssvikt, var et krevende, men viktig tema innenfor tjenesten. Det ble poengtert ved: «*vi som helsesykepleiere burde snakke mer om hvilken belastning det er i vår rolle*» (FG-1). Belastningen bidro til at undringer, egne følelser og usikkerhet stod sentralt når de omtalte temaet. Helsesykepleierne erfarte at det var utfordrende å oppdage omsorgssvikt i de enkelte konsultasjonene, og omsorgssvikt ble omtalt som: «*den usynlige svikten*» (FG-2). De stilte seg undrende til hva som var god nok omsorg og hvordan de skulle avdekke omsorgssvikt som kunne være vanskelig å se med det blotte øyet. Samtidig ble foreldre sin omsorgsevne sett på som viktige overfor barnet og for å forstå omsorgssvikt.

Foreldrenes helse fremstår avgjørende for omsorgsevnen

For å forstå den usynlige omsorgssvikten fremhevet helsesykepleierne at fokuset på foreldrene var viktig. Mangelfull tid og stress i hverdagen, krav fra samfunnet, utfordringer i parforholdet og uenigheter i oppdragelsesstilen var noen av utfordringene foreldrene kunne møte i denne alderen. Helsesykepleierne opplevde at den travle hverdagen kunne skape uro, høye krav og forventninger til foreldrene, som igjen kunne bidra til uhelse hos barnet. Deres rolle i å forstå foreldrene ble beskrevet slik: «*Det er viktig at vi som helsesykepleiere da er bevisst på dette presset som foreldrene kan oppleve og tone det ned*» (FG-1). Helsesykepleierne påpeker også at foreldregenerasjonen har endret seg de siste årene og en helsesykepleier oppsummerer det med: «*Jeg føler at det rett og slett er blitt mer press på å fremstå som en perfekt familie i dag, sammenlignet med tidligere*» (FG-1). En annen utfordring ble beskrevet som at foreldrenes- og dermed barnets robusthet er i ferd med å forsvinne, og at foreldre avleder mer enn tidligere. Helsesykepleierne assosierte det økte presset i samfunnet, stressede foreldre med mangelfullt overskudd og en foreldregenerasjon som stadig var i endring, med økt risiko for å utøve omsorgssvikt overfor barna i denne alderen.

Å lære å kjenne familien for å synliggjør og avdekke risiko for omsorgssvikt

Betydningen av en trygg dialog for åpenhet

Helsesykepleierne uttrykket at det var helt avgjørende at foreldrene uttrykket seg for at helsesykepleier skulle bli kjent med, og hjelpe familien. Det fremstod som en forutsetning for at omsorgssvikt skulle synliggjøres, og ble poengtert med: «*Vi kan ikke lukte oss til ting. Foreldrene må jo komme med det selv*» (FG-2). De ønsket å få frem foreldrenes meninger, følelser og tanker i konsultasjonen, og gjennom dialogen ble det tilstrebet å stille seg undrende og etterspør dersom de mistenkte uhelse blant foreldrene eller tegn til omsorgssvikt.

En forutsetning for helsesykepleierne for å oppnå en trygg og god dialog var gjensidig tillit, og fremhevet at god tillit kunne gjøre det enklere å fremme helse. De uttrykket at det var avgjørende at foreldrene hadde god nok tillit til helsesykepleier for å fortelle, og påpekte at foreldrene kunne sette opp en fasade under konsultasjonen dersom de ikke opplevde tillit til helsesykepleier. På denne måten kunne foreldrene skjule omsorgssvikt. Helsesykepleierne formidlet også at egne holdninger og hvordan de selv formulerte seg i konsultasjonen var avgjørende for om foreldrene opplevde tillit og våget å uttrykke seg i samtalen. Som en helsesykepleier oppsummerte fint: «*Jeg må ha tillit for at foreldrene skal tørre å være åpen om det som er utfordrende. Dette temaet tror jeg det er veldig avgjørende om du har allianse for å få mest mulig rett bilde*» (FG-1). I tillegg ble det trukket frem at trygghet, åpenhet og mestring gjorde foreldrene mer rystet til å ta opp vanskelig tema, slik at omsorgssvikt kunne bli synliggjort.

Fordel med kjennskap til familien fra fødsel

Helsesykepleierne så på det som en stor fordel å kunne følge familien over en lengre periode fra nyfødt og til skolealder. Det ble sagt: «*Det er en stor fordel med faste og jevne møter med foreldrene gjennom barnets oppvekst, slik at de kjenner oss på to og fire års konsultasjonene*» (FG-3). De jevnlig møtene ga rom for å kartlegge foreldrehelsen, reparere dersom noe uheldig oppstod, samt mulighet til å skape en trygg og god relasjon over tid.

Selv om de jevnlig møtene ble sett på som en stor tyngde i faget, var det tydelig at ikke alle helsesykepleierne delte samme erfaring. To- og fire konsultasjonene ble ofte sett på som de enkleste konsultasjonene ettersom de var de eldste barna på helsestasjonen, og hadde fått jevnlig oppfølging tidligere. Disse konsultasjonene ble derfor delegert videre og gjennomført av vikarer uten relevant utdanning grunnet mangel på tid blant fast helsepersonell, sykdom på helsestasjonen eller mangel på utdannede helsesykepleiere. Samtidig opplyste flere av de erfarne helsesykepleierne at de selv kunne føle seg usikker og opplevde det utfordrende når de møtte barn og foreldre for første gang ved to eller fire års konsultasjonene.

Å veilede foreldre for å forebygge og synliggjør omsorgssvikt

Samarbeid og støtte til foreldrene

For helsesykepleierne var det avgjørende at foreldrene var villige til å motta veiledning for at helsefremming skulle føre frem. Foreldrenes evne til å lytte, deres tilstedeværelse, samt forståelse var viktig for at relasjonen mellom foreldre og helsesykepleier, og videre mellom foreldre og barn skulle være best mulig. Når helsesykepleierne omtalte foreldrenes veiledningsevne ble det fremhevet at de mest sårbare foreldrene kunne ha mindre evne til å motta veiledning i konsultasjonene og en helsesykepleier understreket: «*Jeg merker jo selv at de som det blir lettest å*

drøfte med er jo ofte de ressurssterke [...], men de som ikke er det er jo ofte de som trenger det mest» (FG-1). På denne måten ble det vanskelig å synliggjøre utfordringer hos foreldrene. Helsepsykepleierne erfarte også at de selv noen ganger kunne være utålmodige og komme med råd og løsninger, fremfor å lytte og veilede foreldrene når de var klar.

Normalisere familiehverdagen

Helsepsykepleierne påpekte at det å normalisere familiehverdagen var en viktig del av deres arbeid, og omhandlet blant annet å normalisere barnets selvstendighet og utvikling. Det var noe samtlige var enig i at var en viktig oppgave ved to og fire års konsultasjonene, og det trekkes frem: *«Vi kan trygge på hva som er normal utvikling i den alderen»* (FG-2).

Samtlige helsepsykepleiere delte også erfaring rundt hvor viktig det var å normalisere og anerkjenne foreldrenes følelser. Gjennom å berømme deres positive responser overfor barnet uttrykket de at foreldrene pratet om det som var vanskelig. Helsepsykepleierne ønsket å formidle at det viktigste var at foreldrene lærte å kjenne seg selv og barnet sitt. Videre ønsket de å bevisstgjøre foreldrene i deres rolle i barnets utfoldelse, i tillegg til å gi foreldrene redskaper til å forstå, tolke og skape trygge rammer for barnet sitt. Gjennom helsepsykepleier sin forkunnskap ønsket de å veilede og synliggjøre for foreldrene på hva som var det beste for barnet uten å virke dømmende.

Å skape rom for å se det usynlige krever tid og fokus

Hovedfokus på barnet og prioriteringer

I starten av alle tre fokusgruppeintervjuene virket det til å være et stort fokus på foreldrene på to- og fire års konsultasjonene, men underveis i intervjuene fremkommer det at helsepsykepleierne ikke har tid til foreldrene på disse konsultasjonene. Helsepsykepleierne var tydelige og beskrev at både to og fire-års konsultasjonene var travle med mange faste oppgaver og at tiden de hadde til rådighet måtte prioriteres. Av erfaring uttrykket de at de hadde størst fokus på barnet, og påpekte: *«Det er ikke nok tid til å kartlegge foreldrene»* (FG-3). Barnet skulle være i fokus både i form av observasjoner og gjennom faste oppgaver i helsestasjonsprogrammet, samtidig som de uttrykket at de fikk et bedre bilde av foreldrenes omsorgsevne gjennom å observere barnets utfoldelse for å avdekke omsorgssvikt. Det ble videre lagt vekt på at de travle konsultasjonene kunne gjøre omsorgssvikt mer skjult og vanskelig å oppdage.

Helsepsykepleierne uttrykket at de ofte kjente familiene godt fra før, hadde kartlagt foreldrenes helse tidligere og at det derfor ikke var like stort behov for å kartlegge foreldrehelsen ved to og fire-års alderen. Det blir sagt: *«Jeg har som regel lagt ned mye tid i å spør hvordan foreldrene har det før to og fire-års konsultasjonen»* (FG-3), men legger til at de alltid spurte foreldrene om det er noe de ønsker å ta opp eller

prate om i den enkelte konsultasjonen, og det blir sagt: «*Dersom barna kommer velstelt og med rene tenner kan en heller fokusere på foreldrene dersom de ser slitne ut*» (FG-1). Samtlige legger til at de skulle ønske de hadde mer tid til å prate med foreldrene for å høre hvordan de hadde det og på denne måten være enda mer tilgjengelige for foreldrene.

Oppfølging uten barnet til stede

Det var enighet blant helsesykepleierne at to-års konsultasjonene kunne være krevende i form av støy og disse konsultasjonene ble omtalt som: «*kaotiske*» (FG-1). Samarbeidet med barnet kunne være utfordrende ettersom barnet uttrykket selvstendighet, noe som gjorde det vanskelig å ta opp utfordrende tema, samt å se det usynlige. Ved fire-års konsultasjonene erfarte de at det var vanskelig å ta opp utfordringer med barnet til stede på grunn av barnets forståelse. Helsesykepleier uttrykket: «*Det er vanskelig å ta opp utfordrende situasjoner med fire-åringen til stede. Fordi fire-åringen forstår så mye*» (FG-2), og de trekker frem at det ikke er alt barnet behøver å høre og det blir sagt: «*Vi voksne får ta det, dette er en voksen-samtale*» (FG-3). De beskriver det som en balansegang for hva en skal og bør ta opp med fire-åringen til stede.

Diskusjon

Omsorgssvikt ble av helsesykepleierne beskrevet som «den usynlige svikten», som kan synliggjøres og videre forebygges gjennom forståelse og kjennskap til familien. Ifølge helsesykepleierne er det imidlertid behov for veiledning av familien, samtidig som helsefremming krever tid og riktig fokus.

Flere studier påpeker at foreldrenes helse kan utgjøre en risiko for barnets utvikling (Savolainen et al., 2021; Stith et al., 2009; Taylor et al., 2009). Helsesykepleierne erfarte at foreldrenes bakgrunn og livssituasjon var viktig å ta i betraktning for å sikre barnets beste. Studien til Savolainen et al. (2021) trekker frem at god helse hos foreldrene assosieres med et trygt hjem for barnet. Helsesykepleierne i denne studien var bevisst på hvilke risikofaktorer foreldrene stod overfor i alderen to- til fire år, og hadde kunnskap om hvilke risikofaktorer som kunne bidra til omsorgssvikt. Med denne bakgrunnskunnskapen kan helsesykepleier synliggjøre for foreldrene hvilke utfordringer og risikofaktorer som kan være til skade for barnet og på den måten arbeide helsefremmende. På lik linje beskriver Garner og Yogman (2021) at å styrke foreldrenes helse og gjøre de bevisst på uhelse kan styrke barnets helse.

Helsesykepleierne rapporterte at foreldregenerasjonen i dag er mindre robust, foreldrene gir barna urealistiske valg, og avleder mer enn før. På samme måte poengterer Savolainen et al. (2021) i sin forskning at dagens foreldre har problemer med å sette grenser for barna. Samtidig som mødre erfarer økt press rundt dagens foreldregenerasjon og opplever det utfordrende å tilfredsstille alle forventningene

(Prikhidko & Swank, 2018). Helseesykepleierne i denne studien ønsket å tone ned det presset foreldrene kunne oppleve, og samtidig veilede foreldrene i hvordan de best kan sette grenser og forstår barnet uten å fremstå dømmende. Det å styrke foreldrenes iboende ressurser kan bidra til at foreldrene oppnår kontroll og mestring, og å støtte foreldrene gjennom å gjøre de i stand til å forstå barnet sitt har vist å bidra til positiv helse hos barnet (Wightman et al., 2021).

Relasjon og tillit ble sett på som viktig i konsultasjonen. Martinsen (2003, s. 69) beskriver relasjonen mellom mennesket og hvordan vi uttrykker omsorg for hverandre som helt essensielt i all omsorg. I denne studien ble god relasjon mellom helseesykepleier og foreldrene sett på som en styrke og kunne bidra til at omsorgssvikt ble mer synlig. De var samtidig avhengig av at foreldrene fortalte hvordan de hadde det for at helseesykepleier skulle kunne hjelpe. Flere studier bekrefter at god relasjon mellom helseesykepleier og foreldre skaper trygghet og er viktig for at foreldrene skal åpne seg opp å fortelle om det som er vanskelig (Jack et al., 2021; Söderman & Jackson, 2011; Wightman et al., 2021). Clancy et al. (2023) påpeker også hvor avgjørende det er med støttende relasjoner for å fremme helse, og trekker frem at krevende situasjoner ofte førte til at foreldrene mistet tilliten til helseesykepleierne. Helseesykepleierne i denne studien erfarte at mestring og trygghet bidro til at foreldrene åpnet seg og fortalte dersom de opplevde noe vanskelig, men erfarte samarbeidet utfordrende når relasjonen mellom helseesykepleier og foreldre ble skadet, og omsorgssvikt kunne på denne måten bli mindre synlig for helseesykepleier.

Det å bli kjent med og kartlegge foreldrenes helse og omsorgsevne over tid ble sett på som en stor fordel blant helseesykepleierne. Det å bygge mestringsressurser gjennom oppveksten blir sett på som en stor fordel dersom barnet og familien erfarer et støttende oppvekstmiljø (Aglen et al., 2018). Det at helseesykepleierne erfarte to- og fire års konsultasjonene som de enkleste konsultasjonene som ofte ble delegert til ufaglærte eller vikarer kan bidra til mangel på kontinuitet og støtte til familien. I forskningen til Jack et al. (2021) erfarte helseesykepleiere å ha høy kunnskap rundt symptomer og risikofaktorer på omsorgssvikt. Andre yrkesgrupper erfarte derimot usikkerhet knyttet til egen kunnskap rundt fenomenet (Ahlvik & Lundgren, 2022; Lines et al., 2017; Skarsaune & Bondas, 2015). Det å steppe inn i konsultasjoner hvor en ikke har kjennskap til familien og heller ikke kunnskap rundt hva som skal til for å fremme foreldrehelse eller forebygge omsorgssvikt kan i denne sammenhengen fremstå som en svakhet ved helsefremming.

Veiledning og foreldrenes mottagelighet var viktig for helseesykepleierne ved helsefremming. Savolainen et al. (2021) viser også i sin studie at veiledning til foreldre er nødvendig for å fremme barnets mentale helse. Helseesykepleierne i denne studien erfarte at noen foreldre ikke var mottagelige for veiledning og det gjorde det utfordrende å synliggjøre utfordringer og omsorgssvikt. Samtidig som de selv noen ganger var utålmodige og kom med råd fremfor å veilede. Martinsen

(2003, s. 15) beskriver at omsorg kan kjennetegnes ved praktiske handlinger overfor den andre. På denne måten må helsesykepleier ha forståelse og innsikt i foreldrenes livssituasjon, samt kunnskap rundt begrensninger og muligheter i situasjonen. Det er derfor viktig at helsesykepleier setter seg inn i foreldrenes situasjon og forsøker med en forsiktig tilnærming for å lære å kjenne familien. Söderman og Jackson (2011) fant i sin forskning at det å støtte og hjelpe familier med allerede oppståtte utfordringer bidrar til å hjelpe utsatte barn.

Det å støtte og normalisere familiehverdagen ble sett på som en helsefremmende faktor og helsesykepleierne ønsket å øke foreldrenes kunnskap om normalutvikling hos barnet. Det å støtte foreldrene ble i studien til Wightman et al. (2021) vist å være viktig for å gjøre foreldrene i stand til å forstå barnets utvikling. Studien til Aston et al. (2006) viste samtidig at mødre erfarte at det å normalisere deres rolle og barnets utvikling i konsultasjonene bidro til at de ble bekymret for om det de gjorde for barnet sitt var riktig. Likevel ble det rapportert at helsesykepleier sin formidling av kunnskap og normalisering bidro til trygghet blant foreldrene. Helsesykepleiere i denne studien rapporterte også at det å normalisere familiehverdagen og barnets normale utvikling bidro til å trygge foreldrene. På lik linje med denne studien påpeker Eklund et al. (2022) at det å normalisere foreldrenes følelser var en viktig del for å trygge foreldrene i deres omsorgsutøvelse.

Erfaringer viste at det oppstod konflikt mellom arbeidsoppgaver i konsultasjonen og mangel på tid, som igjen gjorde det utfordrende å synliggjøre omsorgssvikt. Tidligere studier som har undersøkt risiko for omsorgssvikt har vist at det er viktig å ha søkelys på hele familien og ikke bare barnet (Jack et al., 2021; Poutiainen et al., 2014). Helsesykepleierne i studien erfarte at de ikke hadde tid til foreldrene i konsultasjonene og prioriterte derfor barnet. Martinsen (2005, s. 43) beskriver tidspress og effektivitet som ødeleggende for en god samtale, noe som blir bekreftet i Ahlvik og Lundgren (2022) sin forskning hvor de beskriver at tidspress kan bidra til at foreldrenes behov ikke blir møtt og helsepersonell har ikke nok grunnlag til å vurdere foreldrenes omsorgsevne. Helsesykepleierne i studien forsvarte tidspresset med at de fikk best bilde av foreldrenes omsorgsevne gjennom å observere barnet. Det fremstår motstridende til Poutiainen et al. (2014) sin studie som trekker frem at fokus på hele familien vil danne det beste bilde av barnet. Fokus på hele familien ble også sett på som en stor fordel for barnet i forskningen til Dahlbo et al. (2017) som trekker frem at det er nødvendig å støtte hele familien for å at barnet skal få det best mulig.

Funn i denne studien viste at helsesykepleierne unnlot å ta opp utfordrende tema ved to- og fire-års konsultasjonene grunnet urolige barn eller fordi barnet forstod for mye av det som ble sagt. Det å unnlate å fortelle skaper ikke rom og åpenhet i møte med foreldrene. Det er viktig å få situasjonene frem i lyset slik at foreldrenes tanker blir synliggjort, og at de ulike sidene av en sak blir lagt frem slik at foreldrene

kan se sammenheng og selv få innsikt (Martinsen, 2005, s. 125). Studier har vist at hjemmebesøk kan være en trygg arena for foreldre å prate åpent, samtidig som helsesykepleier får observert sosiale interaksjoner mellom barnet og foreldrene i mer trygge omgivelser (Engström et al., 2022; Staal et al., 2015). På denne måten kan både foreldrene og barnet bli tatt med i beslutninger på en omsorgsfull og trygg måte.

Styrker og svakheter ved studien

Studiens utvalg med ulik erfaring og perspektiv bidro til et rikt og mett datamateriale som fremstår som en styrke i studien (Malterud, 2017, s. 58). Intervjuene ble transkribert selv for å bli godt kjent med materiale, og gjennom analysearbeidet ble det tilstrebet å kode datamaterialet så nært som mulig det meningsinnholdet som ble formidlet (Braun & Clarke, 2021), noe som kan styrke troverdigheten i studien.

Bruk av fokusgrupper i en sensitiv tematikk i datainnsamlingen kan fremstå som en styrke og svakhet. En svakhet kan være at deltakerne følte det ble mye å forholde seg til i ett og samme fokusgruppeintervju. Vignett kan være et godt verktøy dersom det blir forsket på sensitive tema (Hughes & Hubby, 2002), og vignett kan derfor ha styrket studien og bidratt til at deltakerne følte seg trygge nok til å fortelle. Atmosfæren i intervjuene fremstod trygg og helsesykepleierne delte fritt og nyansert til tross for sensitivt tema, og det ble trukket frem styrker og svakheter ved eget arbeid.

Gruppesammensetningen i fokusgrupper kan være en utfordring. Til tross for at helsesykepleierne var fra flere ulike helsestasjoner hadde flere kjennskap til hverandre, noe som fremstår som en styrke i fokusgruppeintervjuer (Nyumba et al., 2018). Likevel kan noen ha erfart at fokusgruppeintervju var til hinder for dialogen grunnet utrygg gruppesammensetning (Halkier, 2010, s. 14). En må derfor alltid stille seg åpen om andre deltakere eller gruppesammensetninger hadde gitt annet datamateriale.

Implikasjoner

Studien anerkjenner hvor viktig det er at foreldrehelsen prioriteres i konsultasjonene. Foreldrene fremstår nedprioritert i to- og fire års alderen, og det tyder på at det er behov for mer tilrettelagt tid til foreldrehelse i konsultasjonene på helsestasjonen. Det å støtte foreldrene gjennom veiledning og trygghet har vist å være en viktig del av helsefremming og kan bidra til å bevisstgjøre foreldrene til å ta gode valg for barnet sitt. På denne måten kan studien bli brukt både av helsesykepleiere og foreldre for å tilegne seg ny kunnskap. Samlet sett kan denne studien gi økt kunnskap om forståelsen av omsorgssvikt og mulighetene til å synliggjøre og forebygge omsorgssvikt i utsatte familier. Studien kan i tillegg bidra til forbedret forskningsbasert kunnskap om hvordan helsesykepleier kan forebygge. Utvidet forskning på foreldrehelse i helsestasjonen kan synliggjøre og øke

kunnskapen til foreldrene for å forebygge omsorgssvikt. En kan også inkludere foreldrenes synspunkter og erfaringer rundt helsefremming, som kan bidra til mer spisset kompetanse i helsestasjonen.

Konklusjon

Funnene i studien viste at helsesykepleierne ønsket å forstå tematikken omsorgssvikt og synliggjøre det i konsultasjonene. Fokuset på foreldrehelsen ble antatt å være til stor fordel for barnet. Studien løfter frem at det er viktig å fremme og styrke foreldrehelsen for å forebygge omsorgssvikt, og helsesykepleierne var bevisst på hva som påvirket foreldrehelsen. For å synliggjøre omsorgssvikt erfarte helsesykepleierne at det var viktig med kjennskap til familien og å opparbeide en trygg dialog. Studien trekker frem betydningen av å etablere en god og tillitsfull relasjon til foreldrene. Helsesykepleierne erfarte at mangel på tillit og god relasjon bidro til å usynlig-gjøre omsorgssvikt. Samtidig som kommunikasjonen mellom helsesykepleier og foreldrene fremstod avgjørende for om det ble pratet om utfordringer eller ikke. I konsultasjonene var målet å veilede foreldrene for å synliggjøre omsorgssvikt gjennom samarbeid, støtte og normalisering. Helsesykepleierne erfarte at det var lite fokus på foreldrene på to- og fire års konsultasjonene grunnet tidspress. Fokuset var på barnet og helsesykepleierne erfarte at det var utfordrende å skape tid og rom med riktig fokus for å forebygge og synliggjøre omsorgssvikt. Kunnskapen om helsesykepleier sine erfaringer kan bringe økt fokus på foreldrehelsen, og dermed bidra til å redusere antall barn som utsettes for omsorgssvikt.

Referanser

- Aglen, B. S., Olufsen, V., & Espnes, G.-A. (2018). Helsefremming og sykdomsforebygging er ikke to sider av samme sak. *Sykepleien*, 106, Artikkel e-70809. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70809>
- Ahlvik, M., & Lundgren, I. (2022). An important task: Midwives' experiences of identifying children at risk of neglect. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 32, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2022.100701>
- Armour, J. -A., Joussemet, M., Kurdi, V., Tessier, J., Boivin, M., & Tremblay, R. E. (2018). How toddlers' irritability and fearfulness relate to parenting: A longitudinal study conducted among Quebec families. *Infant & Child Development*, 27(2), 1–16. <https://doi.org/10.1002/icd.2062>
- Aston, M., Meagher-Stewart, D., Sheppard-Lemoine, D., Vukic, A., & Chircop, A. (2006). Practice applications of research. Family health nursing and empowering relationships. *Pediatric Nursing*, 32(1), 61–67. https://www.researchgate.net/publication/7205962_Practice_applications_of_research_Family_health_nursing_and_empowering_relationships
- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97>

- Boelsma, F., Bektas, G., Wesdorp, C. L., Seidell, J. C., & Dijkstra, S. C. (2021). The perspectives of parents and healthcare professionals towards parental needs and support from healthcare professionals during the first two years of children's lives. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 16(1), 1–16.
<https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1966874>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling & Psychotherapy Research*, 21(1), 37–47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Buadir. (2019, 28.oktober). *Er det normalt? | Foreldrehverdag*. [Video]. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=fOBVINKEd8I>
- Clancy, A., Hovden, J. T., Andersen, R. A. & Laholt, H. (2023). Public health nurses' experiences of ethical responsibility: A meta-ethnography. *Nursing Ethics*, 1-21. <https://doi.org/10.1177/09697330231209294>
- Dahlbo, M., Jakobsson, L., & Lundqvist, P. (2017). Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 103–111.
<https://doi.org/10.1177/1367493516686200>
- Eklund, A.-L., Jangsten, E., & Gunnarsdóttir, H. (2022). Assessing and promoting responsive interaction between parents and children – A qualitative study of the experiences of child health care nurses in Sweden. *Journal of Pediatric Nursing*, 63, 95–101. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.10.006>
- Engström, M., Randell, E., & Lucas, S. (2022). Child health nurses' experiences of using the safe environment for every kid (SEEK) model or current standard practice in the Swedish child health services to address psychosocial risk factors in families with young children – A mixed-methods study. *Child Abuse & Neglect*, 132, 1–13.
<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105820>
- Forskningsetikkloven. (2017). *Lov om organisering av forskningsetisk arbeid* (LOV-2017-04-28-23). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2017-04-28-23>
- Garner, A., & Yogman, M. (2021). Preventing childhood toxic stress: Partnering with families and communities to promote relational health. *Pediatrics*, 148(2), 1–24. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-052582>
- Grant, J., Hutton, A., & Lines, L. (2018). How do nurses keep children safe from abuse and neglect, and does it make a difference? A scoping review. *Journal of Pediatric Nursing*, 43, 75–84.
<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.010>
- Gurné, F. L., Jakobsson, S., Lidén, E., & Björkman, I. (2023). District nurses' perspectives on health-promotive and disease-preventive work at primary health care centres: A qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(1), 153–162. <https://doi.org/10.1111/scs.13100>
- Halkier, B. (2010). *Fokusgrupper* (K. Gjerpe, Overs.). Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2023, 18.januar). *Helsestasjon- og skolehelsetjenesten: Nasjonal faglig retningslinje*. Helsedirektoratet.

- <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helseforskningsloven. (2008). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning* (LOV-2008-06-20-44). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social and nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), 382–386. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x>
- Jack, S. M., Gonzalez, A., Marcellus, L., Tonmyr, L., Varcoe, C., Borek, Natasha. V., Sheehan, D., MacKinnon, K., Campbell, K., Catherine, N., Landy, Christine. K., MacMillan, H. L., & Waddell, C. (2021). Public health nurses' professional practices to prevent, recognize, and respond to suspected child maltreatment in home visiting: An interpretive descriptive study. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2333393621993450>
- Kitzinger, J. (1994). The methodology of focus groups: The importance of interaction between research participants. *Sociology of Health and Illness*, 16(1), 103–121. <https://doi.org/10.1111/1467-9566.ep11347023>
- Koskinen, C. A.-L., & Lindström, U. Å. (2013). Hermeneutic reading of classic texts. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 757–764. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01080.x>
- Köpp, U. M. S., Myhre, A. K., Stray-Pedersen, A., Myhre, M., Stensland, S. Ø., & Killén, K. (2020, 1. januar). *Pediatriveiledere fra Norsk barnelegeforening: 12.10 Vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som årsak til skade, helseplager og sykdom*. Helsebiblioteket. <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/retningslinjer/pediatri/generell-veileder-i-pediatri/12.psykosomatiske-plager-psykiske-vansker-og-atferdsproblemer/12.10-vold-seksuelle-overgrep-og-omsorgssvikt-som-arsak-til-skade-helseplager-og-sykdom>
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: Nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302–322. <https://doi.org/10.1111/jan.13101>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2003). *Omsorg, sykepleie og medisin: Historisk-filosofiske essays* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe.
- Nyumba, T. O., Wilson, K., Derrick, C. J., & Mukherjee, N. (2018). The use of focus group discussion methodology: Insights from two decades of application in conservation. *Methods in Ecology and Evolution*, 9(1), 20–32. <https://doi.org/10.1111/2041-210X.12860>
- Personopplysningsloven. (2018). *Lov om behandling av personopplysninger* (LOV-2018-06-15-38). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2018-06-15-38>
- Poutiainen, H., Hakulinen-Viitanen, T., & Laatikainen, T. (2014). Associations between family characteristics and public health nurses' concerns at

- children's health examinations. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 225–234. <https://doi.org/10.1111/scs.12035>
- Prikhidko, A., & Swank, J. M. (2018). Motherhood experiences and expectations: A qualitative exploration of mothers of toddlers. *The Family Journal*, 26(3), 278–284. <https://doi.org/10.1177/1066480718795116>
- Paavilainen, E., & Tarkka, M.-T. (2003). Definition and identification of child abuse by Finnish public health nurses. *Public Health Nursing*, 20(1), 49–55. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2003.20107.x>
- Samdal, O., Wold, B., Harris, A., & Torsheim, T. (2017). *Stress og mestring* (IS-2655). Helsedirektoratet. https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/stress-og-mestring/Stress%20og%20mestring.pdf/_attachment/inline/11df8af9-831e-4535-aaef-43178fa9b389:faf7b30a63b6004ff91eb7d4bbf2c6a89c4d4718/Stress%20og%20mestring.pdf
- Savolainen, O., Sormunen, M., & Turunen, H. (2021). Public health nurses' perceptions on promotive and risk factors for children's mental health: A qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 77(12), 4815–4826. <https://doi.org/10.1111/jan.14987>
- Sikt. (u.å). *Meldeskjema for personopplysninger i forskning*. SIKT - Norsk senter for tjenesteforskning. <https://sikt.no/sjekkliste-innsending-av-meldeskjema>
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2015). Neglected nursing responsibility when suspecting child abuse. *Clinical Nursing Studies*, 4(1), 24–32. <https://doi.org/10.5430/cns.v4n1p24>
- Stith, S. M., Liu, T., Davies, L. C., Boykin, E. L., Alder, M. C., Harris, J. M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J. E. M. E. G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Staal, I. I. E., Stel, H. F. V., Hermanns, J. M. A., & Schrijvers, A. J. P. (2015). Early detection of parenting and developmental problems in toddlers: A randomized trial of home visits versus well-baby clinic visits in the Netherlands. *Preventive Medicine*, 81, 236–242. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.09.003>
- Söderman, A., & Jackson, K. (2011). Barn som far illa i sin hemmiljö—BVC-sjuksköterskors upplevelser av att möta och hjälpa barnen. *Nordic Journal of Nursin Reearch*, 31(4), 38–42. <https://doi.org/10.1177/010740831103100408>
- Taylor, C. A., Guterman, N. B., Lee, S. J., & Rathouz, P. J. (2009). Intimate partner violence, maternal stress, nativity, and risk for maternal maltreatment of young children. *American Journal of Public Health*, 99(1), 175–183. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.126722>
- Universitetet i Oslo. (u.å.). *Nettskjema*. Nettskjema. Hentet 20.januar 2023 fra <https://nettskjema.no/>
- Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study.

Nursing & Health Sciences, 15(3), 398–405.

<https://doi.org/10.1111/nhs.12048>

WHO. (2022, 19. september). *Child maltreatment*. World Health Organization.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Wightman, L., Hutton, A., & Grant, J. (2021). Child and family health nurses' roles in the care of infants and children: A scoping review. *Journal of Child Health Care*, 26(3), 448–460.

<https://doi.org/10.1177/13674935211026123>