

# Helsesykepleieres tilnærminger for å anerkjenne foreldre ved bekymring for barns oppvekstmiljø

Anette Sola Foss og Margareth Kristoffersen

Anette Sola Foss, Universitetet i Stavanger. [anette.s.foss@uis.no](mailto:anette.s.foss@uis.no)

Margareth Kristoffersen, Universitetet i Stavanger

## Sammendrag

*Hensikten med studien var å beskrive hvordan helsesykepleiere tilnærmer seg for å anerkjenne foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø. Studien benyttet et kvalitativt design med strategisk utvalg. Åtte helsesykepleiere deltok i individuelle intervju. Innholdsanalyse ble gjennomført og resultatene formulert i tema: Avklare sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med foreldre, Nedtone sin bekymring for barns oppvekstmiljø overfor foreldre, Uttrykke sin bekymring for barns oppvekstmiljø til foreldre. Konklusjonen er at helsesykepleierne tilnærmer seg foreldre i et fellesskap der anerkjennelse synes å utspille seg i form av respekt, kjærlighet og solidaritet, som kan bidra til foreldres utvikling av sin selyforståelse. Å uttrykke bekymring for barns oppvekstmiljø kan innebære å krenke foreldre, likevel gjør helsesykepleierne dette når de må ivareta barn. Organisasjon og ledelse kan tilrettelegge for helsesykepleieres refleksjon over hvordan anerkjenne foreldre, uten å overse barns beste. Det trengs mer forskning om hvordan anerkjenne foreldre ved bekymring for barns oppvekstmiljø.*

## Nøkkelord

*Anerkjennelse, barns oppvekstmiljø, bekymring, helsesykepleier, innholdsanalyse,*

## Fagfellevurdert artikkel

## Introduksjon

Denne studien undersøker hvordan helsesykepleiere tilnærmer seg foreldre i situasjoner der de bekymrer seg for barns oppvekstmiljø. Tilnærminger handler om hvordan helsesykepleiere går fram i møte med foreldre eller foresatte (Clancy, 2012; Clancy et al., 2024). Disse tilnærmingene kan være med og påvirke hvordan foreldre støtter barnas utvikling av kunnskaper og ferdigheter til å mestre både barndom og voksenliv. I Norge har helsesykepleiere vanligvis kontakt med alle barn i alderen null til fem år i sin helsestasjonstjeneste (Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten, 2018, §5). Tjenesten har som mål å fremme helse og forebygge sykdom. Dette innebærer å identifisere og håndtere problemstillinger knyttet til barn, og å støtte foreldre slik at de kan bidra til et best mulig oppvekstmiljø for barna (Dahl, 2020; Dahlbo et al., 2017; Helsedirektoratet, 2017). Oppvekstmiljøet omfatter alle forhold i barns omgivelser som påvirker motorisk, språklig, sosial, mental og fysisk utvikling (Helsedirektoratet, 2017; Kvello, 2021). I barns oppvekstår kan fysisk og psykisk vanskjøtsel, eller omsorgssvikt forekomme (Hildyard & Wolfe, 2002; Stoltenborgh et al., 2015). Forekomststudier i ulike land og kontekster viser anslag på 16 til 30 prosent i oppvekstårene, og psykisk vanskjøtsel av barn er mest utbredt, men vanskeligst å identifisere (Brandtzæg & Torsteinson, 2023; Hafstad & Augusti, 2019; McTavish et al., 2017; Stoltenborgh et al., 2015; Stoltenborgh et al., 2013). Det er en kjent sammenheng mellom belastninger i oppvekstmiljø og negative helseutfall for barn senere i livet (Schønning et al., 2024; Surén, 2021). Bekymringer for barns oppvekstmiljø oppstår ofte i situasjoner der foreldre ikke ser ut til å ivareta barnets behov på en tilstrekkelig måte (Friedman & Billick, 2015; Kvello, 2015;2021; Midtsund et al., 2023). Foreldre kan ha manglende tilgang på kunnskap, ressurser eller støtte, snarere enn en intensjon om å skade barnet (Killén, 2019; World Health Organization, 2022). Barnets beste er et helt grunnleggende prinsipp i helsestasjonstjenester og også retningsgivende i beslutninger som berører barn (Haugli, 2023; Lov om barnevern, 2021; FNs barnekonvensjon, 1989, art. 3), derfor gir det helsesykepleiere særlig grunn til bekymring når barns utvikling synes å være truet i deres oppvekstmiljø.

Foreldres ansvar for barns oppvekstmiljø kan føre til at de oppsøker helsestasjonstjenester og søker støtte fra helsesykepleiere. Slik støtte kan bidra til å styrke foreldres tillit til seg selv (Backstrom et al., 2021; Boelsma et al., 2021; Fostenes & Bondas, 2024; Høgmø et al, 2023; Jack et al., 2021; Walls, 2019). Å ivareta denne oppgaven innebærer for helsesykepleiere et ansvar for å møte foreldre med anerkjennelse, vise respekt for deres historier og tilby veiledning (Clancy, 2012; Clancy et al., 2024; Dahlbo et al., 2017; Midtsund et al., 2023; Porr, 2015). Når foreldre ikke selv uttrykker bekymring for barnet, og helsesykepleiere ønsker å tilnærme seg på måter som ivaretar fellesskapet med foreldre, kan det være utfordrende å formulere seg om barns oppvekstmiljø (Drugli et al., 2022; Midtsund

et al., 2023; Støles et al., 2019). Dette er særlig krevende når omsorgssvikt ikke kan utelukkes eller ser ut til å være til stede (Dahlbo et al., 2017; Visscher & van Stel, 2017). Oppgaven forutsetter at helsesykepleiere har oppdatert kunnskap om barns utvikling (Dahl & Clancy, 2015). Slik kunnskap gjør det mulig både å observere barn og å formidle disse observasjonene til foreldre på en måte som er tilpasset barnets alder og utvikling (Kvello, 2021). Internasjonale studier dokumenterer at helsesykepleiere balanserer mellom å opprettholde et fellesskap med foreldre og samtidig ivareta og beskytte barnet (Saltmarsh & Wilson, 2017; Brook & Salmon, 2017).

Det finnes kunnskap om tilnæringer helsesykepleiere benytter for å anerkjenne foreldre når de bekymrer seg for barns oppvekstmiljø (Dahlbo et al., 2017; McTavish et al., 2017; Midtsund et al., 2023). Det er likevel behov for økt kunnskap. Denne studien skal bidra med kunnskap ut fra helsesykepleieres eget perspektiv, og hvordan deres tilnæringer til foreldre kan forstås som et uttrykk for anerkjennelse av foreldre. Studien tar utgangspunkt i tenkningen om anerkjennelse hos den tyske sosial- og moralfilosofen Axel Honneth (2008). Han anser anerkjennelse som grunnleggende for et menneske. Inspirert av den tyske filosofen Georg W.F. Hegel, knyttes anerkjennelse til fellesskap og menneskets interaksjoner med andre. Honneth (2008) hevder anerkjennelse bidrar til å forme menneskets selvforståelse basert på erfaringer og utvikles i en dynamisk prosess over tid. Anerkjennelse forstås som en forutsetning for utvikling av positiv selvforståelse. Selvforståelse kan forstås som innsikt i egne følelser, tanker og handlinger, og beskrives som å bli seg selv gjennom andre (Strand, 2019). Honneth (2008) omtaler tre områder hvor anerkjennelse utspiller seg i fellesskap: kjærlighet, solidaritet og rettigheter. Områdene impliserer at anerkjennelse bygger fellesskap gjennom gjensidighet, der fravær av anerkjennelse kan føre til at mennesket blir såret, eller krenket. Honneth (2008) understreker at ubalanse i fellesskap, eller manglende gjensidighet kan skape maktesløshet og utløse konflikt. Økt kunnskap om hvordan helsesykepleieres tilnæringer kan forstås som et uttrykk for anerkjennelse av foreldre, vil kunne gi innsikt i hvordan helsesykepleiere i daglig praksis på helsestasjoner bidrar til at bekymring for barns oppvekstmiljø bringes frem, med sikte på å fremme et best mulig oppvekstmiljø for barn. Hensikten med studien var å beskrive hvordan helsesykepleiere tilnærmer seg for å anerkjenne foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø.

## **Metode**

### ***Forskningsdesign***

Studien hadde et kvalitativt forskningsdesign med hermeneutisk forsknings-tilnærming, som innebærer å bygge kunnskap på subjektive hverdagslige erfaringer og innta en åpen forskerholdning (Thagaard, 2018). Forskningstilnærmingen ble vurdert som egnet også fordi den innebar å kunne fortolke hva deltakerne selv sa

om hvordan de tilnærmer seg for å anerkjenne foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø. Data ble innsamlet gjennom individuelle intervju med åpne spørsmål (Silverman, 2019), som vil si at deltakerne ble forespurt om å fortelle. Innholdsanalyse ble valgt for å kunne gjennomføre en strukturert analyseprosess og fortolke latent mening i intervjumaterialet (Graneheim & Lundman, 2004). Fortolkning av latent mening er en analyse utført i helhet-delhelhet relasjoner (Thagaard, 2018).

### ***Utvalg***

Studien hadde et strategisk utvalg (Thagaard, 2018). Inklusjonskriteriene var helsesykepleiere med mastergrad eller videreutdanning i helsesykepleie, ansatt i minimum 50 prosent stilling på kommunal helsestasjon, og minst to års jobberfaring som helsesykepleier på helsestasjon, der de daglig møter foreldre og barn.

Seks av deltakerne ble rekruttert ved å kontakte ledere for helsestasjonstjenester i fem kommuner i Sør-Vest Norge. Lederne mottok epost med forespørsel om tilgang til forskningsfeltet, rekruttering av deltakere, og informasjon om studien. Lederne videreformidlet informasjonen til aktuelle helsesykepleiere ansatt i helsestasjonene. Helsesykepleiere som samtykket til å delta, ble kontaktet av førsteforfatter via epost for å avtale intervju. To ytterligere deltakere ble rekruttert av førsteforfatter gjennom sosiale medier/Facebook. Utvalget bestod av totalt åtte kvinnelige deltakere (medianalder 46 år), som alle innfridde inklusjonskriteriene. Se tabell 1.

**Tabell 1. Oversikt over utvalg**

Alder	Antall år yrkeserfaring som helsesykepleier	Antall år yrkeserfaring som sykepleier	Stillingsprosent som helsesykepleier	Utdanning som helsesykepleier
46	9	13	80	Master i helsesykepleie
51	6	19	80	Videreutd. i helsesykepleie
64	29	4	60	Videreutd. i helsesykepleie
55	5	24	50	Videreutd. i helsesykepleie
49	12	14	60	Videreutd. i helsesykepleie
27	2	5	80	Videreutd. i helsesykepleie
43	13	9	80	Videreutd. i helsesykepleie
35	4	10	80	Videreutd. i helsesykepleie

### ***Datainnsamling***

Individuelle intervju ble gjennomført av førsteforfatter i perioden desember-februar 2020-2021. Fire intervju ble gjennomført digitalt via Teams, grunnet Covid-19

pandemien, og fire ble gjennomført på deltakerens arbeidssted, i et rom uten forstyrrelser. Intervjuene varte fra 60 inntil 100 minutter. Intervjuet var forberedt med en intervjuguide, og ble innledet med at deltakerne ble spurt om å fortelle hvordan de tilnærmer seg foreldre, for å anerkjenne dem. Det ble stilt oppfølgingsspørsmål til det deltakerne sa. I tillegg ble helsesykepleierne spurt om de kunne fortelle hvordan de samtaler med foreldre, dersom det er behov for kunnskap om hvordan foreldre ivaretar barn. Videre ble helsesykepleierne spurt om hvordan foreldre involveres i observasjon av barn, samt hva de gjør for å anerkjenne foreldre ved bekymring for barns oppvekstmiljø og når utfordringer oppstår i samarbeidet med foreldre.

### ***Forskningsetikk***

Studien ble gjennomført i tråd med forskningsetiske retningslinjer (Den nasjonale forskningsetiske komité [NESH], 2023), som informert samtykke, personvern og respekt for personlig integritet. Studien ble meldt til Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt) (Prosjektnr. 891895). Deltakerne ble informert om hva deltakelse i studien ville innebære, frivillig deltakelse, og muligheten til å trekke seg. Skriftlig samtykke ble innhentet før oppstart av intervju. Alle personopplysninger ble behandlet i fortrolighet, bare førsteforfatter hadde tilgang til disse. Deltakerne ble beskyttet mot gjenkjennelse ved at data ble aidentifisert og erstattet med en kode. Lydopptakene ble lagret i samsvar med personvernombudets regler for dataoppbevaring.

### ***Analyse***

Analysen av 90 sider transkribert intervjumateriale, enkel linjeavstand, ble gjennomført i flere steg. Materialet ble transkribert av førsteforfatter. Deretter ble det først lest flere ganger for å danne et helhetsinntrykk av innholdet (Graneheim & Lundman, 2004). I andre steg ble meningsbærende enheter i hvert intervjumateriale identifisert, som var relevante tekstavsnitt som relaterer til samme mening om hvordan helsesykepleierne tilnærmer seg for å anerkjenne foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø. I tredje steg ble identifiserte meningsbærende enheter kondensert uten å endre meningsinnholdet. Det var for å bevare innholdet at analysearbeidet foregikk tett på manifest innhold (Graneheim & Lundman, 2004). I fjerde steg ble de kondenserte meningsbærende enhetene tildelt en kode. Koder er 'verktøy' å tenke med (Graneheim & Lundman, 2004), og relaterer seg mot å beskrive studiens hensikt. Femte steg innebar å formulere kategorier. Det vil si at koder med fellestrekk ble sortert i samme kategori, som refererer hovedsakelig til et beskrivende innhold. Siste analysesteg var å formulere tema, som av Graneheim og Lundman (2004) omtales som en 'rød tråd' gjennom kategorier. Det er tema som utgjør en fortolkning av underliggende mening i teksten som studeres. Begge forfatterne deltok i analysearbeidet. Eksempler på analyseprosessen ses i Tabell 2.

Tabell 2. Eksempler analyseprosess

<b>Meningsbærende enhet</b>	<i>Jeg håper at barnet er friskt, men har en uro. Noen ganger en rar magefølelse, gjerne en følelse av at det er noe, men vet ikke helt hva det er (7). Å gi kunnskap om barns normalutvikling, er essensielt. Jeg må ned på det grunnleggende, basis, forklare dem hvorfor det er viktig for barn med ernæring eller blikkontakt. Vi må snakke om hva vi ønsker å se hos foreldre (1).</i>
<b>Kondensert meningsenhet</b>	Bekymring for barn oppstod ofte når helsesykepleieren kjente en form for kroppslig uro. Kunnskap om barns normalutvikling er grunnleggende, og helsesykepleierne må snakke med foreldre om dette og om rollen deres.
<b>Koder</b>	Uro oppstod når foreldre antydte manglende kunnskap om foreldrerollen. Uro oppstod når barns oppførsel avvek fra kunnskap om barn normalutvikling.  Involvere foreldre i samtaler om barns utvikling. Involvere foreldre på en slik måte at de kan bidra til barns utvikling. Vise respekt for foreldres rolle.
<b>Kategori</b>	Opprettholde et fellesskap med foreldre, for å klargjøre en forståelse av oppvekstmiljøet til barn.
<b>Tema</b>	Avklarer sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med foreldre.

<b>Meningsbærende enhet</b>	<i>Jeg skal ikke være 'dommer' over foreldre, men sikre at barnet deres får en helsemessig oppfølging. Vi ønsker helsestasjoner skal å være et sted foreldre kommer til (8). Jeg tror at foreldre instinktivt vet at ting ikke er helt på topp, og derfor forsøker å skjule det eller unngå å snakke om det som er vanskelig. Er det feigt å ikke presse på, kanskje? Men, det handler om nytte, hva det fører til for barnet (5).</i>
<b>Kondensert meningsenhet</b>	Helsesykepleierne ville helst unngå å fremstå som kritisk til oppvekstmiljøet, for da kunne de fortsatt beholde et fellesskap med foreldre, og samtidig oppnå en enda bedre forståelse for barns oppvekstmiljø. Foreldre kan vite at barnets oppvekstmiljø ikke er perfekt, og derfor skjule dette. En undring fantes hos helsesykepleierne om det å nedtone sin bekymring for barn kunne forstås om et uttrykk for egen feighet, eller unngåelse av ansvar.
<b>Koder</b>	Ikke fremstå som 'dommer' overfor foreldre. Unngå å bli assosiert med en ovenfra og ned holdning, som ofte er en delvis skråsikker, eller bastant måte å fremstå på. Språklig uttrykt bekymring for barns oppvekstmiljø kan skade fellesskap med foreldre. Undre seg over om en undring om det å nedtone sin bekymring for barn kan være et uttrykk for egen feighet, eller unngåelse av ansvar.
<b>Kategori</b>	Dempe bekymringen ved å ikke direkte uttrykke den til foreldre.
<b>Tema</b>	Nedtoner sin bekymring for barns oppvekstmiljø overfor foreldre.

<b>Meningsbærende enhet</b>	<i>Når jeg beveger meg over i ekspertrollen handler det om at jeg ser at foreldre ikke mestrer rollen sin godt nok. Ser jeg avvik i utvikling hos barnet eller i foreldreutøvelsen, må jeg formidle forventninger og valg av mulige tiltak, det er en del av å være barnets advokat (3). Å ta en ekspertrolle er egentlig veldig vanskelig for jeg trør over en grense, 'du trækker på noens tær', og det kan gjøre vondt. Det er slik at du må ta mer styring om du ser ting og tenker at dette ikke er godt nok (7).</i>
<b>Kondensert meningsenhet</b>	Når foreldre ikke mestrer ansvaret sitt godt nok, inntok helsesykepleierne en ekspertrolle. Avvik i barns normalutvikling, eller i foreldreutøvelsen, ville de meddele språklig, og formidle mulige tiltak. Det å uttrykke sin bekymring for barns oppvekstmiljø var krevende for helsesykepleierne, og innebar ofte å gå så nær at de kanskje 'trækker' på noen foreldres 'tær'.
<b>Koder</b>	Observere barnet og vurdere dets oppvekstmiljø. En språklig uttalt bekymring kan krenke foreldre. Risikoen for å krenke foreldre, kan samtidig innebære å krenke dem. Helsesykepleierne har ikke myndighet til å bestemme over foreldre på barns vegne.
<b>Kategori</b>	Tre tydeligere frem med helsesykepleiefaglig autoritet.
<b>Tema</b>	Uttrykker sin bekymring for barns oppvekstmiljø til foreldre.

## Resultater

Analysen resulterte i tre tema som beskriver hvordan helsesykepleiere tilnærmer seg for å anerkjenne foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø: Å avklare sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med foreldre, å nedtone sin bekymring for barns oppvekstmiljø overfor foreldre, og å uttrykke sin bekymring for barns oppvekstmiljø til foreldre.

### *Avklare sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med foreldre*

For å anerkjenne foreldre avklarte helsesykepleierne sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med dem. Tilnærmingen innebar å opprettholde et fellesskap med foreldre for å utvikle en felles forståelse av barns oppvekstmiljø. Det kom fram at helsesykepleierens bekymring ofte oppsto når de kjente en form for kroppslig uro. «Jeg håper at barnet er friskt, men har en uro. Noen ganger en rar magefølelse, gjerne en følelse av at det er noe, men vet ikke helt hva det er» (7). Uroen oppsto dersom samtalen med foreldre antydte manglende kunnskap om foreldrerollen, eller når barns oppførsel avvek fra den kunnskapen helsesykepleierne hadde om barns normalutvikling. I slike tilfeller vektla de å avklare sin bekymring gjennom å opprettholde fellesskapet med foreldre, blant annet ved å dele generell kunnskap om barns normale utvikling.

*Å gi kunnskap om barns normalutvikling, er essensielt. Jeg må ned på det grunnleggende, basis, forklare dem hvorfor det er viktig for barn med ernæring eller blikkontakt: Vi må snakke om hva vi ønsker å se hos foreldre (1).*

Ved å involvere foreldre i samtaler om barns normale utvikling og hvordan de kan støtte denne, viste helsesykepleierne respekt for foreldrenes rolle. De ga foreldre mulighet til å reflektere og bidra med egne perspektiver. Ofte økte dette foreldres selvtillit og styrket fellesskapet, noe som kunne legge et grunnlag for at bekymringer kunne uttrykkes på et senere tidspunkt.

*Vi må alltid lytte til foreldrenes fortellinger om barnet, det er de som har innsikten og ser barnet hver dag, de er ekspertene på sitt barn. Det er først når vi er sammen om observasjonene at vi kan se om barnet følger normale milepæler (2).*

Samtidig gjennomførte helsesykepleierne systematiske observasjoner av barn og deres samspill med foreldre. Observasjonene tok utgangspunkt i kunnskap om barns normalutvikling og omfattet vurderinger av fysisk vekst, følelsesmessig tilstand og sosiale ferdigheter, tilpasset den konkrete situasjonen til både barn og foreldre. I den videre samtalen med foreldre rettet helsesykepleierne oppmerksomheten mot konkrete observasjoner av barnets utvikling. Målet var å oppmuntre foreldre til å se sitt barn og skape rom for en generell samtale om utviklingen.

Det kom frem at helsesykepleierne anerkjente at ingen klarer foreldreoppgaven 'hundre prosent', som er å klare oppgaven fullt ut, men klarer den godt nok i de aller fleste tilfellene. Foreldre som viste interesse og var åpne for å samtale om barnet, gjorde avklaringen enklere for helsesykepleierne. Når foreldre derimot ikke engasjerte seg, ble situasjonen beskrevet med metaforen 'å snakke til en vegg'. Dette uttrykte hvor krevende det kunne være å etablere en samtale om barnets situasjon, og hvordan avklaringen av bekymring kunne bli vanskelig eller hindret.

*Det er som å snakke til en vegg å gi råd til noen som egentlig ikke er interessert. Jeg får ikke til en samtale. Jeg får noen tanker, men ikke skikkelig innsikt i barnets situasjon eller foreldres forståelse av barnet (7).*

Det kom frem at dersom foreldre var avvisende, brukte helsesykepleierne enda mer tid på å gi informasjon om barns utvikling. I slike situasjoner og for å ivareta foreldre, valgte de iblant å ha 'is i magen', en metafor som uttrykte tålmodighet med foreldre, forbli rolig og villighet til å bruke tid. De gjennomførte gjentatte samtaler, og ved å opprettholde fellesskapet med foreldre kunne helsesykepleierne enten få styrket eller avkrefte sin bekymring for barnets oppvekstmiljø.

### ***Nedtone sin bekymring for barns oppvekstmiljø overfor foreldre***

For å anerkjenne foreldre nedtonet helsesykepleierne noen ganger sin bekymring for barns oppvekstmiljø. Tilnærmingen innebar å dempe sin bekymringen ved ikke å uttrykke den direkte overfor foreldre. Helsesykepleierne ønsket å unngå å fremstå som kritiske til oppvekstmiljøet, og de var oppmerksomme på at særlig verbalt uttrykt bekymring for barns oppvekstmiljø kunne skade

fellesskapet og utløse konflikt med foreldre. Ved å nedtone bekymringen, kunne de opprettholde et fellesskap med foreldre, samtidig som de styrket sin forståelse for barns oppvekstmiljø. «Jeg skal ikke være 'dommer' over foreldre, men sikre at barnet deres får en helsemessig oppfølging. Vi ønsker helsestasjoner skal å være et sted foreldre kommer til» (8). Det å fremstå som 'dommer' overfor foreldre, ble assosiert med en ovenfra-og-ned holdning, ofte knyttet til en delvis skråsikker eller bastant måte å opptre på. Kritikkk rettet mot foreldre i en situasjon der de utvikler sin foreldrerolle og søker respekt, ble ikke ansett som et uttrykk for ivaretagelse. Foreldre kan samtidig ha en oppfatning av at barnets oppvekstmiljø kanskje ikke er perfekt. Det fantes derfor en undring hos helsesykepleierne om nedtoning av bekymring kunne forstås som et uttrykk for egen feighet, eller unngåelse av ansvar.

*Jeg tror at foreldre instinktivt vet at ting ikke er helt på topp, og derfor forsøker å skjule det eller unngå å snakke om det som er vanskelig. Er det feigt å ikke presse på, kanskje? Men, det handler om nytte, hva det fører til for barnet (5).*

Selv om det var viktigst for helsesykepleierne å vurdere hva som var best for barn, var de avhengig av et godt samspill med foreldre for å unngå at de trakk seg bort fra helsestasjonstjenestene. Særlig gjaldt dette når samspillet med foreldre ikke var enkelt, og risikoen for avvising var til stede. En konflikt med foreldre kunne gjøre det vanskelig å opprettholde fellesskapet og dermed redusere – eller helt fjerne - helsesykepleiernes mulighet for videre oppfølging og støtte.

*Du kan fort komme i 'klinsj' om du er for bastant, for foreldre lever i situasjonen. Som helsesykepleier kan du få mye motstand om du er for direkte på tiltak, da 'lukker de ned'. Jeg prøver derfor å uttrykke det jeg ser direkte (6).*

En forutsetning for å kunne nedtone sin bekymring for barns oppvekstmiljø var imidlertid kontinuitet i kontakten med foreldre. Dette gjorde at helsesykepleierne kunne bli bedre kjent med foreldre og sikre at de ble møtt av en helsesykepleier som kjente deres situasjon. «Det føles vanskelig å ta opp sårbare tema med foreldre jeg ikke har en skikkelig relasjon til, eller kjenner» (7). Et etablert fellesskap var ofte avgjørende for å kunne formulere en mulig svikt overfor foreldre.

### ***Uttrykke sin bekymring for barns oppvekstmiljø til foreldre***

Det å uttrykke bekymring for barns oppvekstmiljø til foreldre innebar en tilnærming der helsesykepleierne trådte tydeligere frem med helsefaglig autoritet. I slike tilfeller hadde de observert barnet og vurdert oppvekstmiljøet som lite tilfredsstillende. Denne vurderingen var tidvis nødvendig å formidle verbalt til foreldre for å ivareta barnets beste.

*Når jeg beveger meg over i ekspertrollen handler det om at jeg ser at foreldre ikke mestrer rollen sin godt nok. Ser jeg avvik i utvikling hos barnet eller i foreldreutøvelsen, må jeg formidle forventninger og valg av mulige tiltak, det er en del av å være barnets advokat (3).*

I situasjoner der helsesykepleierne trådte frem med helsefaglig autoritet for å uttrykke bekymring for barns oppvekstmiljø, fikk foreldre mulighet til å reflektere over bekymringene slik de ble formidlet. Helsesykepleierne åpnet for at foreldre kunne dele sine tanker og følelser knyttet til de spesifikke forholdene som var identifisert i barnets utvikling. Dette ble gjort for å anerkjenne foreldre ved å ta deres ansvar for barns oppvekstmiljø på alvor, og fordi helsesykepleierne så dem som viktige samarbeidspartnere i fellesskapet. «Det handler om å være ydmyk, 'løfte foreldre' ved å høre på hva de tenker. Dersom vi er enige om at det foreligger bekymringer, kan vi gå veien sammen, det er det aller beste» (1). Det kom fram at det ofte var vanskelig for helsesykepleierne å vurdere hva som utgjorde et 'godt nok' oppvekstmiljø for barn, og enda vanskeligere å trekke en tydelig konklusjon. Et oppvekstmiljø kunne være godt nok på mange områder, men ikke nødvendigvis på alle. «Det er vel først og fremst når det er svikt på flere områder at graden av alvorlighet i situasjonen går over i omsorgssvikt» (8). Vanskeligheten med å vurdere barns oppvekstmiljø førte til at helsesykepleierne, også i de mest alvorlige situasjonene, valgte å ha tiltro til at foreldre kunne bidra til å håndtere situasjonen med sitt barn. Dette for å ivareta foreldre, bevare deres selvrespekt og opprettholde fellesskapet i arbeidet med å finne løsninger.

*Å ta en ekspertrolle er egentlig veldig vanskelig for jeg trør over en grense, 'du trækker på noens tær', og det kan gjøre vondt. Det er slik at du må ta mer styring om du ser ting og tenker at dette ikke er godt nok (7).*

Det å stå i situasjoner der helsesykepleierne uttrykte bekymring til foreldre om barns oppvekstmiljø, var krevende fordi det innebar å komme så tett på at de risikerte å 'trække på foreldres tær'. Metaforen ble brukt for å formidle at en uttalt bekymring kunne innebære en risiko for å fornærme eller krenke foreldre. Risikoen oppstod særlig fordi helsesykepleierne ikke har myndighet til å bestemme over foreldre på barns vegne.

*Jeg har en autoritet som kan brukes når det er nødvendig. Autoriteten går sammen med fagkunnskapen, men jeg har ingen autoritet i forhold til foreldres valg. Eller jo, jeg kan si; 'nei, vet du hva, nå er dette så alvorlig at nå må vi ta tak i det. Og så kan jeg nesten stille et ultimatum: Nå har vi prøvd så lenge at alternativet er at jeg melder til en høyere instans (4).*

Det kom videre frem at helsesykepleierne ofte var forsiktige med å sende skriftlig bekymringsmelding til norsk barnevern. Barnevernet ble forstått som en 'høyere instans' med juridisk myndighet til å vurdere om foreldre gir barn et godt oppvekstmiljø. Helsesykepleiernes tilbakeholdenhet hang sammen med deres begrenset myndighet overfor foreldre. De håndterte derfor bekymringer for barns oppvekstmiljø ved helsestasjonen så lenge dette ble vurdert som faglig forsvarlig. Involvering av barnevernet kunne i verste fall skade fellesskapet med foreldre og skape brudd i kontakten med helsestasjonen. Da risikerte foreldre å bli stående alene, uten fagpersoner som kunne gi støtte. Selv om en bekymringsmelding til barnevernet kunne innebære et brudd i fellesskapet med foreldre, har helsesykepleierne et faglig ansvar for barn. De har meldeplikt til barnevernet, og barnevernet ble kontaktet når bekymringen for barns oppvekstmiljø ikke lot seg løse på annen måte.

## Diskusjon

Studien bidrar med kunnskap om hvordan helsesykepleierne tilnærmer seg for å anerkjenne foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø. Dens kunnskapsbidrag inkluderer tre tilnæringer: å avklare sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med foreldre, å nedtone sin bekymring overfor dem, og å uttrykke sin bekymring til foreldre. Studien viser at disse tilnærmingene utvikles i et samspill med foreldre, der anerkjennelsen av dem kommer til uttrykk gjennom kjærlighet, solidaritet og respekt for deres rettigheter. Anerkjennelsen handler også om helsesykepleiernes ønske om å unngå konflikt i møtet med foreldre. Det er Honneths (2008) tenkning om anerkjennelse som gir et teoretisk grunnlag for å forstå tilnærmingene på denne måten.

Det er når helsesykepleierne avklarer sin bekymring for barns oppvekstmiljø sammen med foreldre, at tilnærmingen kan forstås som et uttrykk for anerkjennelse i form av kjærlighet. Kjærlighet beskriver Honneth (2008) som et område som omhandler fellesskap, hvor anerkjennelse gir mennesket selvtillit gjennom interaksjoner kjennetegnet ved at det mottas støtte. Ved å støtte for å etablere og opprettholde et fellesskap med foreldre, kan helsesykepleierne styrke foreldres selvtillit. Vanligvis kjenner helsesykepleierne en uro når de er usikre på sine observasjoner av barns oppvekstmiljø. I stedet for å uttrykke denne umiddelbare uroen til foreldre, bruker de tid på å avklare bekymringen med utgangspunkt i oppdatert kunnskap om barns utvikling. Slik tar helsesykepleierne hensyn til at foreldre kan være i en sårbar situasjon, der de har et behov for selvtillit. Mange foreldre ønsker bekreftelse og anerkjennelse fra helsesykepleiere på at de mestrer foreldrerollen (Boelsma et al., 2021; Høgmo et al., 2023). Helsesykepleiere har som viktig oppgave å støtte foreldre (Fostenes & Bondas, 2024; Helsedirektoratet, 2017), og støtte kan bidra til et konstruktivt samarbeid om barns oppvekstmiljø (Støles et al., 2019; Theuns-Boumans et al., 2021).

Mens avklaringen av bekymringen for barns oppvekstmiljø pågår, synes helsesykepleierne å nedtone denne bekymringen overfor foreldre. Å nedtone bekymringen innebærer å dempe den inntil helsesykepleierne har fått bedre forståelse av situasjonen. Slik kan nedtoningen forstås som et uttrykk for anerkjennelse i form av helsesykepleiernes solidaritet med foreldre. Solidaritet beskrives av Honneth (2008) som et område som refererer til roller i samfunnet, hvor anerkjennelse av menneskers bidrag styrker selvrespekt ved å bekrefte deres tilhørighet og betydning. Ettersom helsesykepleierne nedtoner sin bekymring for barns oppvekstmiljø ved å ikke direkte uttrykke den overfor foreldre, kan de oppnå å bekrefte foreldres rolle i samfunnet og foreldres betydning for sitt barn. Gitt at dette er en form for solidaritet, kan slik anerkjennelse gi foreldre et grunnlag for å opprettholde selvrespekt. Gjennom samhandling med helsesykepleiere kan selvrespekten styrkes og bidra til en mer positiv forståelse av seg selv som foreldre. Selvforståelse beskrives som å bli seg selv gjennom andre, og handler om en innsikt i sine egne følelser, tanker og handlinger (Strand, 2019). Annen forskning bekrefter at foreldre er avhengig av ikke bare kunnskap og ferdigheter (Walls, 2019), men også av anerkjennelse som betydningsfulle i barns oppvekstmiljø (Dahlbo et al., 2017; Jack et al., 2021; Theuns-Boumans et al., 2022). Ved at helsesykepleiere viser respekt for foreldre og ikke direkte uttrykker sine observasjoner av barnets utvikling (Jack et al., 2021), kan foreldre reflektere uten å føle seg kritisert (Boelsma et al., 2021). Slik kan de både styrke sin forståelse av seg selv og av barnet (Dahlbo et al., 2017; Dahl & Clancy, 2015; McTavish et al., 2017).

Helsesykepleierne problematiserer imidlertid sin nedtoning av bekymring for barns oppvekstmiljø overfor foreldre, fordi tilnærmingen kan innebære en risiko for at viktige forhold i oppvekstmiljø ikke oppdages eller blir tatt opp. Samtidig begrunnes nedtoningen med et ønske om å anerkjenne foreldre, opprettholde fellesskap med dem og unngå å fremstå kritiske – en balanse som oppleves som utfordrende. Fremstår helsesykepleierne som kritiske til oppvekstmiljøet, innebærer dette en risiko for at foreldre trekker seg fra fellesskapet i helsestasjonstjenester. I lys av Honneth (2008) kan vi forstå hvordan mangel på gjensidighet i et fellesskap kan gi opphav til opplevelser av nedvurdering eller maktesløshet, noe som igjen kan bidra til konflikt. Det er alltid usikkert hvordan foreldre reagerer når bekymringer tas opp som de selv ikke har satt søkelyset på (Drugli et al., 2022; King, 2016; Skarsaune & Bondas, 2021). En nedtoning av sin bekymring kan samtidig forstås som et uttrykk for helsesykepleieres unngåelse av det å snakke med foreldre om barns oppvekstmiljø. I verste fall kan en slik unngåelse medføre forsinket helsehjelp til barnet. Det er særlig dette som bidrar til at helsesykepleierne problematiserer nedtoningen av sin bekymring overfor foreldre. At det er en risiko for forsinket helsehjelp til barn, støttes i tidligere forskning (Midtsund et al., 2023; Skarsaune & Bondas, 2021). Helsesykepleiere har heller ikke fastlagte rutiner for hvordan ubekreftede bekymringer formidlet til foreldre skal følges opp etterpå (Clancy, 2012; Clancy et al., 2024). Dette utgjør

valgsituasjoner helsesykepleiere står i, og som er beskrevet som et dilemma mellom hensynet til anerkjennelse av foreldre og ivaretagelse av barnets beste (Fostenes & Bondas, 2024; Haugli, 2023; Midtsund et al., 2023).

For å anerkjenne foreldre, uttrykker helsesykepleierne sin bekymring for barns oppvekstmiljø på en måte som synes å ivareta foreldres selvaktelse. I lys av Honneth (2008), er det mulig å forstå at helsesykepleierne vektlegger foreldres verdighet og forsøker å motvirke unødvendig krenkelse. Når bekymring er nødvendig å direkte uttrykke, åpner helsesykepleierne likevel for at foreldre kan dele sine tanker og følelser om spesifikke bekymringer om barnets utvikling. På samme tid tar helsesykepleierne ansvar for sine observasjoner av barns oppvekstmiljø på en faglig forsvarlig måte. Slik sikrer de både foreldre og barns rettigheter. Rettighetsområdet relaterer Honneth (2008) til respekt for individuelle rettigheter, som kan styrke menneskets selvaktelse og verdighet. For helsesykepleierne innebærer dette å framstå med en helsesykepleiefaglig autoritet, som også omfatter at de ikke har myndighet til å bestemme over foreldres valg. Forskning støtter at dette er det viktig å være klar over, selv når bekymringer for barns oppvekstmiljø oppstår og skal uttrykkes overfor foreldre (Jack et al., 2021; Skarsaune & Bondas, 2021). Helsesykepleierne i denne studien er derfor tilbakeholdne med å sende bekymringsmelding om barn til norsk barnevern. En slik tilbakeholdenhet kan også ha å gjøre med at når bekymringer skal uttrykkes overfor foreldre, blir helsesykepleiere ofte sårbare og usikre (Clancy, 2012; Clancy et al., 2024), og trenger trygghet (Theuns-Boumans et al., 2022). Likevel sendes bekymringsmelding om oppvekstmiljø til barnevernet når dette anses nødvendig for å ivareta barnets beste.

### ***Metodiske overveielser***

Studiens teoretiske perspektiv ble funnet egnet til å belyse dens hensikt. Et alternativt teoretisk perspektiv kunne ha vært begreper som etisk nærvær og profesjonell sårbarhet (Clancy, 2012; Clancy et al., 2024). Utvalgsstrategien medførte at alle deltakerne var autoriserte helsesykepleiere i daglig arbeid med barn og foreldre. Utvalget inkluderte helsesykepleiere fra by og land, med ulik erfaring, som ga en bred inngang til datamaterialet. At alle deltakerne var kvinner, er representativt for helsesykepleiere i Norge. Førsteforfatter hadde faglig kjennskap til deltakerne gjennom sin rolle som helsesykepleier, og pilotdeltakeren var en kollega. Kjennskapet var ikke personlig eller privat. Selv om et større utvalg kunne gitt et annet intervjumateriale, var materialet nyansert og rikt. Innsamlingen av data kan ha medført skjevheter i intervjumaterialet. Digital deltakelse kan begrense muligheten til å oppfatte nyanser i kommunikasjonen, men bruk av Teams gjorde det likevel mulig å se deltakerne og delvis observere kroppsspråk. Det er hevdet at digitale intervju i stor grad kan anses som likeverdige med fysiske (Astrup Nielsen et al., 2021). Ingen tekniske problemer oppstod, samtaleflyten var god, og deltakerne engasjerte. Intervjuguiden bidro til å holde søkelys på studiens hensikt

og alle deltakerne fikk samme spørsmål. Gjennomføring av pilotintervjuet ga førsteforfatter intervjutrening, men førte ikke til endringer i intervjuguidens spørsmål. Intervjuet ble derfor inkludert i materialet. Førsteforfatters manuelle transkribering ga god kjennskap til intervjumaterialet, og Kvale et al. (2015) hevder manuell transkribering kan bidra til en autentisk analyseprosess. Analysearbeidet ble utført systematisk og er grundig beskrevet for å sikre transparens. Dette gjorde det mulig å bevare deltakernes stemmer og unngå tidlig abstrahering (Graneheim & Lundman, 2004). Fleksibilitet og åpenhet ble ivaretatt, men med bevissthet om å belyse studiens hensikt. Førsteforfatters yrkestilhørighet kan ha påvirket datainnsamlingen og analysearbeidet, men ga samtidig forståelse for det deltakerne sa i intervjuene. Det ble reflektert over forskerrollen for å minimere uønskede påvirkninger. Begge forfatterne deltok i alle fasene av forskningsprosessen, og analysearbeidet pågikk til resultatene syntes å bli bekreftet i intervjumaterialet. Resultatene fremstilles ikke som eneste mulige fortolkning, men antas å ha overføringsverdi til annen kontekst, forutsatt gjenkjennelse blant andre helsesykepleiere.

### ***Implikasjoner for praksis***

En implikasjon av denne studien er at helsesykepleiere først må avklare sin bekymring for barnet gjennom observasjon av barnet og dets oppvekstmiljø. For å anerkjenne foreldre i den hensikt å ivareta barn, kan helsesykepleiere nedtone sin bekymring overfor foreldre mens avklaringen fortsatt pågår. Denne tilnærmingen innebærer å ikke fremstå som kritisk til oppvekstmiljøet, men vektlegge å støtte og veilede foreldre. Slik kan helsesykepleiere redusere en risiko for at foreldre unnlater å dele nødvendig informasjon om barn og barns oppvekstmiljø. I situasjoner der helsesykepleiere uttrykker sin bekymring til foreldre, er det avgjørende at fellesskapet med dem søkes opprettholdt. Tilnærmingen handler om å fremtre med helsefaglig autoritet, noe som forutsetter en faglig trygghet hos helsesykepleiere. Organisasjonen og ledelse i tjenesten kan ha betydning for denne tryggheten ved å legge til rette for refleksjon, systematisk veiledning og kollegiale drøftinger av utfordrende situasjoner. Det kan bidra til at helsesykepleiere utvikler faglig trygghet i sine tilnærminger og samtidig ivareta både foreldres behov for anerkjennelse og barns beste.

### **Konklusjon**

Helsesykepleierne i denne studien synes å tilnærme seg foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstmiljø ved å avklare sin bekymring sammen med foreldre, tidvis ved å nedtone den overfor foreldre, men, om nødvendig, ved å uttrykke sin bekymring til foreldre. Dette gjøres for å anerkjenne foreldre, samtidig som de bidrar til et best mulig oppvekstmiljø for barn. Studien indikerer at helsesykepleierne anerkjenner foreldre i et fellesskap som synes å utspille seg som en form for kjærlighet og solidaritet, samt ivaretagelse av rettigheter, der

foreldres selvaktelse og verdighet søkes opprettholdt. Det trengs mer kunnskap om hvordan helsesykepleiere håndterer bekymring for barns oppvekstmiljø. Kvalitative forskningstilnæringer vil være velegnet for å utforske erfaringene til både helsesykepleiere og foreldre når det oppstår bekymring for barns oppvekstsvilkår.

## Takk

Forfatterne ønsker å takke helsesykepleierne i helsestasjonstjenester som deltok i studien og bidro til kunnskap om tilnæringer til foreldre når det er bekymring for oppvekstmiljøet.

## Litteratur

- Backstrom, C., Thorstensson, S., Pihlblad, J., Forsman, A-C., & Larsson, M. (2021). Parents' Experiences of Receiving Professional Support Through Extended Home Visits During Pregnancy and Early Childhood – A Phenomenographic Study. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.578917>
- Barnevernsloven (2021). *Lov om barnevern* (LOV-2021-06-18-97). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/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 Study on Health and Well-being*, 16(1), 1-14. <https://doi.org/10.1080/17482631.2021.1966874>
- Brandtzæg, I., & Torsteinson, S. (2023). Den glemte svikten: forståelse og konsekvenser av emosjonell neglekt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 60(3), 152-157. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2023as02ae-Den-glemte-svikten-forstaelse-og-konsekvenser-av-emosjonell-neglekt>
- Brook, J., & Salmon, D. (2017). A qualitative study exploring parental perspectives and involvement in health visiting services during the Health Visitor Implementation Plan in the South West of England. *Health Social Care Community*, 25(2), 349-356. <https://doi.org/10.1111/hsc.12308>
- Clancy, A. (2012). Dybden i et helsesøstermøte. I R. Thorsen, K. S. Mæhre & K. Martinsen (red.), *Fortellinger om etikk* (s. 63-83). Fagbokforlaget.
- Clancy, A., Hovden, J. T., Andersen, R. A., & Laholt, H. (2024). Public health nurses' experiences of ethical responsibility: A meta-ethnography. *Nursing Ethics*, 31(5), 875-895. <https://doi.org/10.1177/09697330231209294>
- Dahl, B. M. (2020). Helsesykepleierens samfunnsmandat og profesjonsidentitet. I B. M. Dahl (red.), *Helsesykepleie. En grunnbok*, (s.57-72). Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M., & Clancy, A. (2015). Meanings of knowledge and identity in public health nursing in a time of transition: interpretations of public health

- nurses' narratives. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 29(4), 679-687. <https://doi.org/10.1111/scs.12196>
- 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>
- Den nasjonale forskningsetiske komité. (2023). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Lastet ned 01.10.2025. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>.
- Forskrift om helsestasjon- og skolehelsetjenesten (FOR-2018-10-19-1582). (2018). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2018-10-19-1584>
- Fostenes, M. L., & Bondas, T. (2024). Et helsefremmende perspektiv på foreldrenes psykiske helse for å forebygge omsorgssvikt hos barn: En kvalitativ studie om helsesykepleiere sine erfaringer. *Nordisk tidsskrift for helseforskning*, 20(2). <https://doi.org/10.7557/14.7261>
- FNs barnekonvensjon (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. <https://www.regjeringen.no/no/tema/familie-og-barn/innsiktsartikler/fns-barnekonvensjon/fns-konvensjon-om-barnets-rettigheter/id2511390/>
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001>
- Hafstad, G. S., & Augusti, E. M. (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år* (Rapport 4/2019). Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS). [https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport\\_4\\_19\\_UEVO.pdf](https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf)
- Haugli, T. (2023). Barnets beste og rettssikkerhet for barn. I L. R. L. Bendiksen & T. Haugli (red.), *Sentrale emner i barneretten* (5 utg.), (s.27-32). Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonalt faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom* [nettdokument]. Helsedirektoratet (lastet ned 12.09.2025). <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6), 679-695. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00341-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00341-1)
- Honneth, A. (2008). *Kamp om anerkjennelse: om de sosiale konfliktenes moralske grammatikk*. Pax.

- Høgmo, B. K., Bondas, T., & Alstveit, M. (2023). Parents' experiences with public health nursing during the postnatal period: A reflective lifeworld research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 373-383. <https://doi.org/10.1111/scs.13117>
- Jack, S. M., Gonzalez, A., Marcellus, L., Tonmyr, L., Varcoe, C., Van Borek, N., Sheehan, D., MacKinnon, K., Campbell, K., Catherine, N., Kurtz Landy, C., 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, <https://doi.org/10.1177/2333393621993450>
- Killén, K. (2019). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar* (4. utg.). Kommuneforlaget AS.
- King, C. (2016). 'Sticking to carpets' - assessment and judgement in health visiting practice in an era of risk: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13-14), 1901-1911. <https://doi.org/10.1111/jocn.13204>
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2021). Making the Combination of Support and Social Control Work in Supervision. I: Ness, O., McNamee, S., Kvello, Ø. (red.) *Relational Processes in Counselling and Psychotherapy Supervision. Palgrave Texts in Counselling and Psychotherapy*. Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-71010-1\\_5](https://doi.org/10.1007/978-3-030-71010-1_5)
- McTavish, J. R., Kimber, M., Devries, K., Colombini, M., MacGregor, J. C. D., Wathen, C. N., Agarwal, A., & MacMillan, H. L. (2017). Mandated reporters' experiences with reporting child maltreatment: a meta-synthesis of qualitative studies. *BMJ Open*, 7(10), 1-15, <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013942>
- Midtsund, A. D., Garnweidner-Holme, L., Valla, L., Lukasse, M., & Henriksen, L. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in primary care settings. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4660-4671. <https://doi.org/10.1111/jan.15761>
- Porr, C. J. (2015). Important Interactional Strategies for Everyday Public Health Nursing Practice. *Public Health Nursing*, 32(1), 43-49. <https://doi.org/10.1111/phn.12097>
- Saltmarsh, T. & Wilson, D. (2017). Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing*, 26, 2244-2255. <https://doi.org/10.1111/jocn.13645>
- Schønning, V., Dovran, A., Hysing, M., Hafstad, G. S., Nilsen, S. A., Aarø, L. E., & Sivertsen, B. (2024). Mental health in Norwegian children and adolescents exposed to childhood maltreatment: a comparison to a general population sample. *Nordic Psychology*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/19012276.2024.2390428>

- Silverman, D. 2019. *Interpreting qualitative data*. Sage Publications.
- Skarsaune, K., & Bondas, T. (2021). Sykepleieledelse ved mistanke om barnemishandling. *Nordisk sygeplejeforskning*, 11(3), 183-196. <https://www.scup.com/doi/10.18261/issn.1892-2686-2021-03-02>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(3), 345-355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A., & van IJzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Strand, T. (2019) Tingliggjøring som anerkjennelsesglemsel – en introduksjon. I Honneth, A. (2008) *Cappelens upopulære skrifter Tingliggjøring og anerkjennelse: Et nytt blikk på et gammelt begrep* (73, s. 7-30). Cappelen Damm Akademisk.
- Støles, M., Glavin, K., & Groven, K. S. (2019). Hvilken betydning får omsorg i formidling til foreldre av et barns overvekt – helsesøstres erfaringer. *Nordisk sygeplejeforskning*, 9(2), 128-140. <https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2019-02-06>
- Surén, T. T., Abel MH, Holvik K, Brantsæter AL, Torheim LE, et al. (2021). *Barn og unges helse: oppvekst og levekår. I: Folkehelse rapporten - Helsetilstanden i Norge*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/he/folkehelse rapporten/samfunn/barn-oppvekst/?term=>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Theuns-Boumans, L., Mathijssen, J., Rots-de Vries, C., & van de Goor, I. (2021). Problem- and solution-focused characteristics of parenting support, 3 years after implementation of the solution-focused approach: A qualitative content analysis. *Child & Family Social Work*, 26(1), 163-172. <https://doi.org/10.1111/cfs.12800>
- Visscher, S. J. A., & van Stel, H. F. (2017). Variation in prevention of child maltreatment by Dutch child healthcare professionals. *Child Abuse & Neglect*, 70, 264-273. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.05.020>
- Walls, E. (2019). How can all nurses support parenting? *British Journal of Nursing*, 28(19), 1245-1247. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.19.1245>
- World Health Organization (2022). *Violence against children*. World Health Organization. Lastet ned 01.10.2025. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children>