



**Høgskolen
i Innlandet**

Fakultet for helse – og sosialvitenskap

Elin Henjesand Kvam

Masteroppgåve
Samarbeid om dei same barna – det
tverrfaglege samarbeidet mellom
barnehage og helsestasjon.

Collaboration on the same children –
interprofessional collaboration between
kindergarten and health care clinic.

Master i tverrfaglig arbeid med barn, unge og familier

Emnekode: TBU4901_1

2022

Samandrag

Bakgrunn

Fokus og forventning til tverrfagleg samarbeid for barn og unge har auka dei siste åra. Barnehagane og helsestasjon møter dei same borna, og har god oversikt over barn i kommunane. Ved å jobba tverrfagleg kan kvar fagprofesjon saman sjå heilskapen kring barn og unge, og bidra til å setje inn rett tiltak på eit tidleg tidspunkt. Det er sterke anbefalingar i helsestasjon sine faglege retningslinjer knytt til samarbeid mellom helsestasjon og barnehagen på systemnivå, samt anbefaling om samarbeid på individnivå dersom det er behov for det. I rammeplan for barnehagen er det beskrive at det er styrar som skal sikre at barnehagen har rutinar for samarbeid med blant anna helsestasjon.

Problemstilling

Problemstillinga i denne masterstudien er: *Korleis opplever tilsette i barnehagane det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon?*

Metode

Denne studien har eit kvalitativt forskingsdesign med individuelle intervju som metode. Det er gjennomført delvis strukturerte intervju med seks informantar frå to kommunar i Vestland fylke. Informantane er utdanna førskulelærarar og fleire har i tillegg ulike vidareutdanningar. Som analysemetode er det nytta tematisk analyse.

Resultat

Etter analyse av datamaterialet kom eg fram til fem tema som skildrar funna i studien. *Kjennskap til kvarandre* handlar om kor godt ein kjenner til kvarandre. Både når det gjeld kjennskap til kvarandre sine tenester og arbeidsområde, men også å kjenne fjesa og vite kven som jobbar på helsestasjon. Informantane opplever at det er betre samarbeid no enn før, og at meir fokus på tverrfagleg samarbeid i kommunen, helsesjukepleiar i barnehagen og betre system var årsaker til endringa, og at dei å då vart betre kjende. *Ulik terskel for å kontakte helsestasjon* handlar om kvar tilsett sin føresetnad for å ta kontakt med helsestasjon. Funna syner at det er ulik terskel for å ta kontakt, men at det er lett å ta kontakt og låg terskel dersom ein har behov for å ta kontakt. Informantane fortel at dei oftast tek kontakt om spørsmål knytt til helse, utvikling, språk og minoritetsbarn, og det treng heller ikkje vere grunna store bekymringar, men faglege råd. *Moglegheiter og utfordringar med teieplikta* handlar om korleis informantane opplever at teieplikta påverkar samarbeidet, og moglegheita til å

samarbeide. Informantane fortel at det kan vere utfordrande med teieplikta, men at bruk av samtykke gir dei moglegheit til å samarbeide. *Rammer for samarbeidet* handlar om ulike organisatoriske, systemiske og relasjonelle faktorar som påverkar det tverrfaglege samarbeidet. Informantane fortel at det er behov for meir tid og ressursar til å jobbe tverrfagleg. Funna syner at det er ulike rutinar for samarbeid i dei to kommunane. *Ønskjer for samarbeidet* handlar om kva barnehagen og helsestasjon bør og kan samarbeida meir om. Informantane gir uttrykk for at det er behov for meir samarbeid både på individ – og systemnivå, og legg vekt på samarbeid om helsekonsultasjonane og ønskje om at fleire av desse vert gjennomført i barnehagen.

Oppsummering og konklusjon

Funna i studien syner at dei tilsette i barnehagane opplever at samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon er godt. Studien syner ei positiv utvikling, der meir fokus på tverrfagleg samarbeid i kommunane, betre system for tverrfagleg samarbeid, samt helsesjukepleiar i barnehagen vert trekt fram som årsaker til forbetring. Det tverrfaglege samarbeidet er ulikt organisert i dei to kommunane. For å få det tverrfaglege samarbeidet til å fungere i kvardagen legg informantane vekt på at det er viktig at ein veit kven som jobbar på helsestasjon, og ein må ha kjennskap til kvarandre, då vert terskelen for å ta kontakt lågare. Det vert også lagt vekt på at dei tilsette må ha tilstrekkeleg med tid og personalressursar for å kunne oppretthalde og ha moglegheit til tverrfagleg samarbeid i arbeidskvardagen. Funn i studien syner at styrar har ei viktig rolle i tverrfagleg samarbeid, og er i følge barnehagelærarane den som ei tek opp ei undring med og som oftast avgjer vegen vidare i høve tverrfagleg drøfting og samarbeid.

Forord

Då var eg i mål!

Masterstudie har gitt meg moglegheit til fagleg utvikling og meir fagleg tyngde i eigen arbeidskvardag. Eg er særst glad for at eg byrja på studiet, og nøgd med at eg no har komme i mål. Å skriva masteroppgåva har vore lærerikt og givande, men og til tider krevjande når ein skal kombinere med fulltidsjobb og familie. Gjennom prosessen har eg måtta jobba målretta og strukturert, og i periodar må ein prioritere skriving framfor familie og fritid. Takk til sambuaren min som har vore særst tolmodig, og helde fortet heime!

Eg vil takke informantane i studien som sa ja til å delta med det same. Og eg vil rette ei stor takk til rettleiaren min, Marie Dahlen Granrud for god og konstruktiv rettleiing gjennom heile skriveprosessen.

Studietida hadde heller ikkje vore den same utan min medstudent, Juliet. Me har delt frustrasjonar, mykje latter, og me har motivert og løfta kvarandre opp gjennom prosessen. Tusen takk!

Til slutt vil eg takka venner og kollegaer som har støtta meg og hatt trua gjennom desse åra på masterstudiet!

Sogndal, 15.09.22

Elin Henjesand Kvam

Innholdsliste

1.0 Innleiing	7
1.1 Tema og formål med masteroppgåva	7
1.2 Problemstilling	8
1.2.1 Bakgrunn for val av problemstilling	8
1.3 Oppbygging av oppgåva.....	10
2.0 Bakgrunn	11
2.1 Sentrale omgrep som vert nytta i oppgåva	11
2.1.1 Tverrfagleg samarbeid.....	11
2.1.2 Helsestasjon.....	11
2.1.3 Barnehagen.....	11
2.1.4 Barna	12
2.2 Kunnskapsstatus	12
2.2.1 Tidlegare forskning	12
2.2.2 Sentrale rammer og anbefalingar	15
3.0 Teori	17
3.1 Tverrfagleg samarbeid.....	17
3.1.1 Føresetnader for tverrfagleg samarbeid.....	19
3.1.2 Hemmande og fremjande faktorar som påverkar det tverrfaglege samarbeidet	21
3.1.3 Systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorar	21
3.1.4 Tverrfagleg samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon.....	23
3.1.5 System for tverrfagleg samarbeid	26
3.1.6 Teieplikt og samtykke i det tverrfaglege samarbeidet	26
4.0 Forskningsdesign og metode	29
4.1 Vitskapsteoretisk ståstad	30
4.1.1 Forforståing	31
4.2 Utval og rekruttering	31
4.2.1 Kontekst	33
4.3 Datainnsamling.....	33
4.3.1 Førebuing til intervju.....	33
4.3.2 Gjennomføring av intervju	34
4.3.3 Transkribering	35
4.4 Tematisk analyse	35
4.4.1 Analyseprosessen	36

4.5 Studien sin truverdighet	37
4.5.1 Validitet	38
4.5.2 Reliabilitet	38
4.5.3 Overføringsevne	38
4.6 Etske vurderingar	39
4.7 Metoderefleksjon.....	40
5.0 Presentasjon av funn.....	42
5.1 Kjennskap til kvarandre	43
5.2 Ulik terskel for å kontakte helsestasjon.....	45
5.3 Moglegheiter og utfordringar med teieplikta	48
5.4 Rammer for samarbeidet	49
5.5 Ønskjer for samarbeidet	52
5.6 Oppsummering av funn	53
6.0 Drøfting av resultat.....	55
6.1 Kjennskap til kvarandre	55
6.2 Ulik terskel for å kontakte helsestasjon.....	58
6.3 Moglegheiter og utfordringar med teieplikta	60
6.4 Rammer for samarbeidet	61
6.5 Ønskjer for samarbeidet	65
7.0 Oppsummering og konklusjon	67
7.1 Vegen vidare	68
8.0 Litteraturliste	69
Vedlegg	75
Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema	75
Vedlegg 2: Intervjuguide.....	79
Vedlegg 3: Godkjenning frå NSD	81

1.0 Innleiing

1.1 Tema og formål med masteroppgåva

Tema for denne masteroppgåva er samarbeid mellom barnehagane og helsestasjon i høve barn 0-5 år.

Hovudformålet med studien er å finne ut korleis tilsette i barnehagane i to kommunar på Vestlandet opplever det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon. Eg vil også undersøkje kva individuelle og strukturelle faktorar som kan bidra til fremja eller hemma eit godt samarbeid mellom helsestasjonen og barnehagane, og kva faktorar som kan gjere samarbeidet utfordrande, og kva som kan ha innverknad på korleis samarbeidet kan oppretthaldast i arbeidskvardagen. Det ein kan oppleve er at alle ønskjer å ha eit godt samarbeid, men at dei i ein travel arbeidskvardag kan vere utfordringar med å halde dette samarbeidet ved like over tid. I følgje Ødegård & Willumsen (2011) er samarbeid komplisert og det er mange faktorar som ligg til grunn for eit vellukka samarbeid.

I masterstudien ønskjer eg å få kunnskap om dei tilsette i barnehagen sine subjektive opplevingar og meiningar om det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon, og kva faktorar dei meiner som hemmar og fremjar dette samarbeidet. Dei tilsette i barnehagen kan bidra med viktige innspel om samarbeidet som kan vere med å betre tenestene til barn.

Helsestasjon og barnehagen møter dei same borna regelmessig og har oversikt over barn i kommunen. Både helsestasjon og barnehagen har mandat i høve å i vareta barn, samt mandat knytt til det førebyggjande arbeidet med barn. Eit godt tverrfagleg samarbeid mellom desse vil vere grunnleggjande for tidleg innsats knytt til barn i barnehagealder. Ein vil også kunne ha nytte av å dele erfaringar og kunnskap gjennom eit godt systemretta tverrfagleg samarbeid (Helsedirektoratet, 2019).

I nasjonale faglege retningslinjer for helsestasjon og skulehelsetenesta er det sterk anbefaling om samarbeid mellom helsestasjon og barnehagane på systemnivå, samt at ein samarbeider på individnivå. På individnivå vil ein vere avhengig av at føresette samtykker til samarbeid mellom instansane (Helsedirektoratet, 2019). Det er også ei anbefaling at helsestasjonen og barnehagen bør ha ein skriftleg samarbeidsavtale. (Helsedirektoratet, 2019).

På linje med helsestasjonstenesta, skal også barnehagen ha ein helsefremjande og førebyggjande funksjon, og den fysiske og psykiske helsa skal fremjast (Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetjenesten, 2018, § 1; Barnehageloven, 2005, § 2). I rammeplan for barnehagen er ansvaret for å sikre rutinar for samarbeid med helsestasjon lagt til styrar

(Kunnskapsdepartementet, 2017). Rammeplanen seier ikkje noko om kva samarbeidet omfattar, som det til dømes gjer i helsestasjonen sine nasjonale faglege retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019).

1.2 Problemstilling

For å få kunnskap om temaet i min masterstudie har eg valt følgjande problemstilling:

«Korleis opplever tilsette i barnehagane det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon?»

For å belyse problemstillinga har eg valt følgjande forskingsspørsmål:

- Kva hemmar og fremjar tverrfagleg samarbeid mellom barnehagane og helsestasjon?
- Kva skal dei samarbeide om og i kva tilfelle og saker skal dei samarbeide?
- Korleis skal ein samarbeide?
- Korleis kan samarbeidet oppretthaldast i kvardagen?

Forskingsspørsmåla dannar grunnlag for spørsmål i intervjuguiden.

1.2.1 Bakgrunn for val av problemstilling

Dei siste åra har det blitt auka fokus og større forventning til tverrfagleg samarbeid, og dei sentrale føringane er tydeligare på eit sterkare behov for tverrfagleg samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 19). I arbeidskvardagen har eg eit stort engasjement for tverrfagleg samarbeid kring barn og unge, og eg har tru på at ved å jobbe saman kan me hjelpe barn og familiar betre og gjerne få sett i verk rett tiltak tidlegare. Fleire av dei sentrale føringane og dokumenta legg vekt på tverrfagleg samarbeid i høve førebygging og tidleg innsats (Glavin & Erdal, 2018, s. 19). Som helsesjukepleiar ser eg også verdi av at barnehagen og helsestasjonen er synlege saman i ulike settingar, til dømes i høve foreldremøte og foreldrerettleiingskurs. På den måten ser også foreldre at dei ulike faggruppene samarbeida på tvers.

Med bakgrunn i eigen jobb ser eg at det tverrfaglege samarbeidet mellom helsestasjon og barnehagane mogleg kan bli betre enn det er i dag. Det er mange gonger ein opplever å ta kontakt med kvarandre om eit barn og ein møter kvarandre med «det har me også lurt på, kvifor har de ikkje ringt før», eller «så bra de ringjer, me har lurt på det same». Dette har eg

undra meg over dette fleire gonger, og i nokre tilfelle kan teieplikt og manglande samtykke vere årsaker til at ein ikkje samarbeider på tvers.

Det auka fokuset på tverrfagleg samarbeid for barn og unge nasjonalt, er også noko av bakgrunnen for val av tema. I samband med barnevernsreforma som tredde i kraft 1.januar 2022, vart det gjort endringar i fleire lovverk frå 1.august når det gjeld plikt til å samarbeide med andre tenester kring utsette barn og unge. Målsetjinga med lovendringane er å styrka oppfølginga av barn, unge og deira familie, samt sikre at dei får eit heilskapleg tilbod (Statsforvaltaren, 2022). Ein har sett at i fleire saker kring born og unge har samarbeidet svikta, slik at born ikkje har fått den hjelpa dei treng i rett tid. Kvar teneste har sin fagkompetanse på gjerne berre ein del av heilskapen, og saman kan ein få ei heilskapleg forståing og på denne måten gi best mogleg hjelp (Glavin & Erdal, 2018, s. 21).

Barnevernsreforma handlar om å styrkje det førebyggjande arbeidet i oppvekstsektoren, og legg føringar på at tenestene i kommunen som helsestasjon, skule og barnehagane skal jobbe enda meir førebyggjande før ein melder bekymring til barnevernet. Dersom ein skal lukkast med å gi rett hjelp i rett tid til born og unge, må ein ha fokus på tidleg innsats og tverrfagleg samarbeid (Statsforvaltaren, 2022).

Ofte opplever ein at både helsestasjon og barnehagane ser tidleg utfordring knytt til barnet og familien, men likevel let ein kanskje vere å kontakte kvarandre, eller forventar at den andre instansen tek kontakt. Kunnskap om og kjennskap til kvarandre er ein føresetnad for samarbeid, og kan bidra til at det er lågare terskel for å ta kontakt. Dette kan vere av betydning for raskare og tidlegare hjelp for born og familiar (Baklien, 2010).

Mange problemstillingar og utfordringar kring born krev tidleg innsats og tverrfagleg samarbeid for å kunne gi rett hjelp til rett tid. Mangel på samarbeid er ei utfordring og kan føre til at viktig og naudsynt informasjon ikkje når dei som treng den, og det kan føre til at barn og familiare ikkje får den hjelpa dei har behov for (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 78-79). Glavin & Erdal (2018, s. 38) er opptekne av at samarbeid må lærast, og at leiinga i kommunen har ansvar for at dei tilsette får kunnskap om tverrfagleg samarbeid rundt barn og unge.

Eg er nysgjerrig på korleis dei tilsette barnehagen i dei to kommunane opplever samarbeidet med helsestasjonen og om dei tilsette opplever behov for ei styrking. Eg vil difor sjå på to kommunar for å få fram eventuelle variasjonar i opplevingane i høve samarbeidet, og kva på faktorar som fremjar og hemmar samarbeidet, og kva faktorar som kan bidra til å vedlikehalde samarbeidet i arbeidskvardagen.

1.3 Oppbygging av oppgåva

I kapittel 2 vil eg gjere greie for sentrale omgrep kunnskapsstatus som tidlegare forskning, samt sentrale rammer som omtalar tverrfagleg samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon. I kapittel 3 vert det teoretiske perspektivet for oppgåva presentert. Kapittel 4 handlar om metode og design. I kapittel 5 vert funna i studien presentert. I kapittel 6 drøftar eg funna i studien opp mot teori og tidlegare forskning. Oppsummering og konklusjon vert presentert i kapittel 7.

2.0 Bakgrunn

I dette kapittelet vert sentrale omgrep i studien omtala. Vidare syner kapittelet til tidlegare forskning på tema, samt nokre av dei sentrale og politiske rammene som belyser tverrfagleg samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon.

2.1 Sentrale omgrep som vert nytta i oppgåva

2.1.1 Tverrfagleg samarbeid

Tverrfagleg samarbeid handlar om at to eller fleire personar med ulik fagbakgrunn og kompetanse arbeidar saman for å til dømes løyse ei felles oppgåve eller eit problem (Glavin & Erdal, 2018, s. 28). Omgrepet tverrfagleg samarbeid vert i fleire fagbøker omtala synonymt med tverrprofesjonelt samarbeid, som tyder samarbeid mellom ulike fagprofesjonar (Glavin & Erdal, 2018, s. 24). I denne oppgåva har eg valt nytte omgrepet tverrfagleg samarbeid.

2.1.2 Helsestasjon

Gjennom helsestasjonsprogrammet møter helsestasjon - og skulehelsetenesta dei fleste barn i alderen 0-18 år. Tenesta arbeidar helsefremjande og førebyggjande, og er eit lovpålagt lågterskeltilbod til alle barn, unge og deira føresette. Føremåla med tenesta er å fremja psykisk og fysisk helse, fremja gode sosial – og miljømessige forhold, førebyggje sjukdom og skadar, utjamne sosiale helseskilnader og å førebyggje og avdekke vald, overgrep og omsorgssvikt (Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetjenesten, 2018, §1). Samarbeid med andre tenester til barn og unge er sterke anbefalingar i dei nasjonale faglege retningslinjene for tenesta (Helsedirektoratet, 2022).

2.1.3 Barnehagen

Barnehagen har ei viktig rolle i det norske samfunnet, og tal frå 2020 viser at om lag 272 300 barn i Norge går i barnehagen (Stensig, 2021). Dette utgjer om lag 93 % av alle barn i alderen 1-5 år (Løkås, 2021). Barnehagen sitt formål er i følge barnehagelova:

«Barnehagen skal i samarbeid og forståelse med hjemmet ivareta barnas behov for omsorg og lek, og fremme læring og danning som grunnlag for allsidig utvikling»
(Barnehageloven, 2005, §1).

Ut frå dette kan ein anta at barnehagen har eit stort ansvar for barn sin utvikling og gjere barna robust til å takle utfordringar. Med så stor del av barn i alder 1-5 år som går i barnehagen, har barnehagen ein unik moglegheit til å sjå og hjelpe barn og familiar som treng

ekstra oppfølging. Med plikt til samarbeid med føresette, har barnehagen moglegheit til å setje i verk tiltak på eit tidleg tidspunkt for å førebyggje ytterlegare negativ utvikling (Meld.St. 6 (2019-2020), s. 12).

2.1.4 Barna

I masterstudien er det samarbeid kring born i barnehagealder 1-5 år som er omtala. Helsestasjonstenesta møter alle barn gjennom sped – og småbarnskonsultasjonar, og barnehagen møter svært mange av dei same barna. I følgje *Kvalitet i barnehagen* (St.meld. nr. 41 (2008-2009)) tilbringar eit stort fleirtal av barn i denne alderen mykje tid i barnehagen, og barnehagen har difor ei viktig rolle og stort medansvar for å sikre ein trygg og god oppvekst for barna. Samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon kan vera om heile barnegruppa eller om enkeltbarn. Tidleg innsats er eit satsingsområde der det er fokus på tidleg oppdaging og avdekking for å kunne setje i verk tiltak på eit tidleg tidspunkt for å unngå at utfordringar vert større. Tidleg innsats forutset også at dei som jobbar kring barna har gode system for å sjå og oppdage utfordringar. Ved at ein samarbeidar på tvers, kan ein sjå barna sin situasjon og utfordringar frå ulike fagfelt og på den måten skape ei heilskapleg forståing (Myrann et al., 2018, s. 119).

2.2 Kunnskapsstatus

Det finst mykje forskning på tverrfagleg samarbeid både nasjonalt og internasjonalt. Mykje av den tidlegare forskinga viser til kvifor tverrfagleg samarbeid er viktig, samt kva faktorar som er hemmande og fremjande for det tverrfaglege samarbeidet. Det har vore vanskelegare å finne forskingsbasert kunnskap om det tverrfaglege samarbeidet mellom helsestasjon og barnehagen og korleis barnehagen opplever dette. Det er generelt lite forskning kring samarbeid med helsestasjonstenesta. Denne masterstudien vil vere eit bidrag til ny kunnskap i forhold til korleis ein av samarbeidspartane opplever samarbeidet med helsestasjonen. Samstundes vil det vera nyttig å få andre tenester sitt perspektiv inn på tenesta.

2.2.1 Tidlegare forskning

Forsking viser at tverrfagleg samarbeid er positivt og viktig, men det vert i fleire artiklar vist til ulike faktorar og forhold som må vere til stades for at tverrfagleg samarbeid skal fungere og ha den effekten sentrale dokument, litteratur og forskning viser til.

I ein kvalitativ studie om barnevernet sine formaliserte samarbeidsnettverk, kjem det fram at både helsestasjon og barnehagane er viktige samarbeidspartar for barnevernstenesta. Studien

viser også til at barnehagen kan konferere med helsesjukepleiar ved bekymring (Breimo et al., 2019). I same studie var også leiarar intervju, og viste til at formelle og uformelle samarbeid er naudsynt for å skape og oppretthalde tillit mellom dei ulike instansane (Breimo et al., 2019).

Studien til Baklien (2010) viser til at oppfatningar og opplevingar ein instans har av og med andre samarbeidspartar har betydning for samarbeidet. I denne kvalitative studien er lærerar, barnehagetilsette, tilsette i barnevernet og helsesjukepleiarar intervju. Studien viser til at det er ein føresetnad for felles forståing at samarbeidspartane er synlege og tilgjengeleg for kvarandre. Ein anna føresetnad for samarbeid er at partane har kunnskap om kvarandre, slik at terskelen for å ta kontakt kan vere lågare (Baklien, 2010).

Ein australsk case – studie viser til at det er eit tomrom i høve forskning på samarbeidet mellom barnehagelærarar og helsesjukepleiar (Garvis et al., 2016, s. 44). Studien baserar sine funn på tre ulike case som omhandlar samarbeid mellom fagpersonar, kommunikasjon og faglege grenser. Studien utforskar deira erfaring kring tverrfagleg samarbeid om felles helsekonsultasjon av barnehagebarn i barnehagen basert på samtykke frå føresette. Felles forståing og fagleg respekt er viktige funn, samt at samarbeidet tillot kontinuerleg og open diskusjon om borna. Både barnehagelærar og helsesjukepleiar viser til at støtte frå leiing er viktig for å lukkast med det tverrfaglege samarbeidet, både i forhold til tid og å setje samarbeid i system (Garvis et al., 2016). Vidare viser studien til at det var viktig at helsesjukepleiar hadde faste besøk i barnehagen gjennom året, for at ein då kunne følgje opp nokre av borna, samt at det var viktig for samarbeidet mellom barnehagelærar og helsesjukepleiar. Når det gjaldt faglege grenser viste funna til at manglande kommunikasjon og deling av informasjon kunne vere ei utfordring. Barnehagelærar viste til at om ein hadde visst viktig informasjon, kunne ein ha sett i verk tiltak tidlegare (Garvis et al., 2016). Studien viser også til at det å skape rom for tverrfagleg samarbeid er gunstig for barn, og ved å dele informasjon og diskutere kvart enkelt barn, kan fagpersonane i saman vere ein betre støtte til familiane. Det er viktig at fagpersoane sjølve ser det som viktig å samarbeide med andre (Garvis et al., 2016).

Teige og Hedlund (2016) har gjennomført ein studie om tverrfagleg samarbeid mellom helsesjukepleiar og barnehagelærar om fireårskonsultasjon i barnehagen, og korleis helsesjukepleiar erfarte samarbeidet. Studien viser til at helsesjukepleiarane opplevde at deira rolle vart styrka. Dei opplevd at dei vart fagleg tryggare, meir førebudde til konsultasjon, samt meir konkrete og tydelegare når dei ga faglege råd (Teige & Hedlund, 2016). Samstundes

viser studien til at det var utfordringar knytt til det tverrfaglege samarbeidet med dei tilsette. Helsesjukepleiarane opplevde at dei tilsette vart ein bidragsytar, medan det var helsesjukepleiarane som hadde kontrollen, og ein fekk ei oppleving av at tiden til dei barnehagetilsette vart brukt unødig (Teige & Hedlund, 2016). Likevel viser studien til at helsesjukepleiarane opplevde godt samarbeid med barnehaglærane, sjølv dei samarbeida lite. Funna i studien viser til at det er behov for å kjenne til kvar profesjon sin kompetanse, då samarbeidet var meir basert på å dele på oppgåvene i konsultasjon enn å bruke kvarandre sin kompetanse (Teige & Hedlund, 2016).

Den kvalitative studien til Clancy & Svensson (2009) handlar om korleis lokalpolitikarar og kommuneadministrasjon opplever helsesjukepleiartenesta. Studien viste at informantane var tilfredse med helsesjukepleiartenesta, men at dei faglege grensene bør vere definerte, og at helsesjukepleiarane bør vere meir synlege og fremje arbeidet sitt. Vidare viser studien til at erfaringar informantane sjølve hadde med helsesjukepleiar påverka deira syn på helsesjukepleiar som samarbeidspart. Det kjem også fram i artikkelen at tverrfagleg samarbeid er utfordrande, det synes å omhandle kjennskap til kvarandre sin profesjon og kunnskap (Clancy & Svensson, 2009).

Artikkelen til Lone & Værnor (2019) viser til at dersom ein skal få til eit godt tverrfagleg samarbeid i kommunen må det vera ein god samarbeidskultur. Ein må leggje vekt på felles mål og ønskje om å skape gode og heilskaplege løysingar til det beste for brukarane. God samarbeidskultur vert også kjenneteikna av at tilsette opplever at andre tenester bidreg til kunnskapsdeling og ein har kjennskap og tillit til kvarandre si rolle og kunnskap. (Lone & Værnor, 2019, s. 62). Artikkelen peikar på at tverrfagleg leiing har stor betydning for å halde ved like og utvikle ein god samarbeidskultur, samt betydning for å etablere strukturar og system på tvers av tenestene. Det tverrfaglege samarbeidet må forankrast i leiing som har ansvar for å skape ei felles forståing, rutiner og felles mål (Lone & Værnor, 2019, ss. 63-64).

Ødegård og Willumsen (2011) utforska i sin studie korleis tilsette som jobbar med barn og unge forstår omgrepet samarbeid. Studien viser til at omgrepet kan oppfattast ulikt ut frå type samarbeid ein tek del i (Ødegård & Willumsen, 2011). Funn i studien viser at ein kan dele opp faktorar som beskriv samarbeidet som hemmande eller fremjande i to kjernekategoriar; relasjon og planlegging. Relasjonelle forhold omhandlar relasjonen mellom dei ulike deltakarane i samarbeidet. Planlegging omhandlar i kva grad samarbeidet er planlagt (Ødegård & Willumsen, 2011).

Kunnskapsoppsummeringa til San Martin - Rodriguez et.al (2005) er ein gjennomgang av empiriske og teoretiske studiar som omhandlar tverrfagleg samarbeid og kva faktorar som påverkar dette samarbeidet. Det vert lagt vekt på at samarbeid er ein mellommenneskeleg prosess, og at dei som skal samarbeide må vere villige til å samarbeide. Tillit, gjensidig respekt og tydeleg kommunikasjon er nokre av faktorane som må vere til stades for å få til eit godt samarbeid. Artikkelen viser også til at i tillegg til dei viktige relasjonelle faktorane, er systemiske og organisatoriske faktorar avgjerande for korleis samarbeidet vert (San Martin - Rodriguez et al., 2005). Systemiske faktorar som påverkar samarbeidet er utdanning, profesjon, lovverk og kultur. Tverrfagleg samarbeid krev organisatoriske rammer som til dømes struktur, verdiar, fordeling av ressursar, koordinering, støtte i leiing og rutinar (San Martin - Rodriguez et al., 2005).

2.2.2 Sentrale rammer og anbefalingar

Dei seinare åra har det komme sterke føringar og fleire sentrale rammeverk som underbyggjer og legg vekt på det auka behovet for å styrke det viktige arbeidet med tverrfagleg samarbeid og heilskapleg perspektiv kring barn og unge. Alle som jobbar med barn og unge bør samarbeide på tvers og med barn, unge og deira familiar, for å bidra til å styrke barnet sitt oppvekstmiljø. Ved å jobbe tverrfagleg vil ein få eit meir heilskapleg bilete av ulike vanskar barn og unge opplever (Glavin & Erdal, 2018, ss. 19-21). Også rammeplan, lovverk og nasjonale faglege retningslinjer som regulerer barnehage og helsestasjon har tydelege anbefalingar knytt til samarbeid og tverrfagleg samarbeid. I *Tett på - tidleg innsats og inkluderande fellesskap i barnehage, skule og SFO* (Meld. St. 6 (2019-2020)) er regjeringa tydeleg på sine mål for tverrfagleg samarbeid. Måla er retta mot tidleg oppdaging av barn som treng hjelp og får den hjelpa dei treng, og at barn og deira familiar får ei heilskapleg oppfølging, samt at tverrfagleg samarbeid bidreg til ei oppleving av inkluderande oppvekst-, leike – og læringsmiljø. Det vert vidare lagt vekt på fagmiljøa som møter barn og unge arbeidar og snakkar godt saman, og ser tilboda til denne gruppa i samanheng, med barna sine behov som hovudfokus. Kommuneleiinga har ansvar for å skape ein god samarbeidskultur og felles engasjement for barna sin utvikling i kommunen, samt følgje opp tiltak staten anbefalar (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 78). Fleire stortingsmeldingar nemner tverrfagleg samarbeid særleg knytt til individnivå og då barn med særskilde behov. *Framtidens barnehage* (Meld. St. 24 (2012-2013), s. 103) syner til at dersom barn og unge skal få eit heilskapleg tilbod og oppfølging så er det tverrfaglege samarbeidet ein føresetnad. Helsestasjon – og skulehelsetenesta skal ha eit samarbeid med barnehagen, og kan vere ein samarbeidspart for å

leggje til rette for tilbodet til barn med særskilde behov. Barnehagen har ei viktig rolle i å oppdage barn som har vanskar, setje i verk tiltak tidleg og hindre at vanskane får utvikle seg. *Tidlig lek og læring* (Meld. St. 19, (2015-2016)) viser til at det krev eit utstrakt samarbeid med andre tenester og foreldre når det skal tilretteleggjast for barn i barnehagen. Føresetnader for slike samarbeid er rolleavklaringar, klare mål, tydelege leiing og gode system for informasjonsutveksling. I *fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet* (Meld. St. 26 (2014-2015)) vert det vist til at helsestasjons – og skulehelsetenesta er ei viktig teneste til barn og unge. Ei av dei viktigaste oppgåvene samfunnet har er å leggje til rette for gode oppvekstvilkår, som også bidreg til god helse. Førebygging og tidleg innsatser naudsynt for at barn og unge skal få den hjelpa dei treng i rett tid. Vidare vert det peika på at fagfolk som til dømes helsesjukepleiar og barnehagepersonalet som jobbar med barn og unge må ha kunnskap om hjelpetiltak, samt vilje til å ta tak i utfordringar som vert observert hjå barnet. Ofte kan det vere naudsynt med tverrfagleg samarbeid for å gi gode tenester til barn, unge og deira familiar. Kunnskap om eiga og andre sin rolle og kompetanse samt det å forstå ansvaret som følg rolla er føresetnader for godt tverrfagleg samarbeid. Felles møtepunkt, forankring og kunnskap i leiing er også viktige føresetnader for å lukkast med det tverrfaglege samarbeidet (Meld. St. 26 (2014-2015), s. 95-98). Både *Rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver* (Kunnskapsdepartementet, 2017) og *Nasjonale faglige retningslinjer for helsestasjon – og skulehelsetjenesten* (Helsedirektoratet, 2019) viser til samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon.

3.0 Teori

I dette kapittelet vert det teoretiske perspektivet eg har valt for å tolke og forstå funna i studien presentert.

Den teoretiske referanseramma er dei brillene ein har på når ein les datamaterialet og finn mønster i desse. Teorien hjelper oss å forstå funn, og i mange tilfelle vert denne referanseramma endra og utvikla undervegs i forskingsprosessen (Malterud, 2017, s. 47).

Teoretisk fokus i studien er teori knytt til tverrfagleg samarbeid. Tverrfagleg samarbeid vert i studien omtala på ulike nivå. Nasjonale faglege retningslinjer for helsestasjon – og skulehelsetenesta nyttar omgrepa samarbeid på individnivå og systemretta samarbeid. Individretta samarbeid vil seie samarbeid på ulike nivå kring enkeltbarn og familiar som har behov for ekstra støtte og oppfølging. Systemretta samarbeid vil omfatte til dømes felles deltaking på foreldremøte, samarbeid i ulike møtefora og felles temadagar der ein drøftar aktuelle tema og felles utfordringar (Helsedirektoratet, 2019). Glavin & Erdal (2018, ss. 30-31) beskriv tverrfagleg samarbeid på nivåa primær, sekundær og tertiær. Då tema i studien handlar om tverrfagleg samarbeid, er det difor naturleg å velje teori knytt til tverrfagleg samarbeid når eg skal drøfte funn i studien.

3.1 Tverrfagleg samarbeid

I det tverrfaglege arbeidet er det fokus på heilskapleg forståing, og det er naudsynt å tenkje heilskapsperspektivet i arbeidet med barn og unge for at denne brukargruppa skal få best mogleg oppfølging. Kvar fagkompetanse har som oftast berre forståing for ein del av heilheita, og ikkje det totale bildet av ei problemstilling (Glavin & Erdal, 2018). Ein må utnytte både den kvar enkelte og heile hjelpeapparatet sin samla kompetanse, ein må spele på lag (Kinge, 2012, s. 18). Tverrfagleg samarbeid gir moglegheit for å setje i verk rett tiltak og i rett tid, og ein kan på den måten hindre at eit byrjande problem vert større. Det er difor ein føresetnad at ein involverer føresette på eit tidleg tidspunkt, slik at ein får kartleggje kva dette barnet og denne familien har behov for av hjelp. Kvar profesjon sin kompetanse og perspektiv er naudsynt for å kunne gi rett hjelp og setje i verk gode tiltak (Glavin & Erdal, 2018, s. 23).

Samarbeid er eit omgrep som ein ofte brukar i det daglege, og vert definert som samspel og det å arbeide saman (Glavin & Erdal, 2018, s. 25). Omgrepet samarbeid vert oppfatta ulikt ut frå kva den enkelte opplever som samarbeid (Ødegård, 2016, s. 119). Tverrfagleg samarbeid

er samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjonar om eit felles problem mot eit felles mål. Samarbeidet kan vere på ulike nivå, og det må vera ei målsetjing med samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, ss. 30-31). Dei ulike nivåa er: primærførebyggjande, sekundærførebyggjande og tertiærførebyggjande. I min masterstudie vil eg også omtala det tverrfaglege samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon på individ – og systemnivå, då det er desse omgrepa som er nytta i nasjonale faglege retningslinjer for helsestasjon – og skulehelsetenesta (Helsedirektoratet, 2019).

Det er ikkje gitt at alle som jobbar med barn og unge har kunnskap og kompetanse om tverrfagleg samarbeid og kva det er. Dette er noko ein må lære. Ein viktig føresetnad for å tileigne seg kunnskap og ferdigheiter om samarbeid, er kjennskap til samarbeidspartane sine fagfelt (Glavin & Erdal, 2018, ss. 38-39). Å jobbe tverrfagleg kan opplevast krevjande, og krev at ein er bevisst eigen profesjon og kompetanse. Samstundes som ein må vere tydeleg på kva eiga teneste kan bidra med inn i samarbeidet og ut frå aktuelt problem, er det også viktig å ha kjennskap til og kunnskap om samarbeidspartane si teneste og deira kompetanse, og kva desse kan bidra med i det tverrfaglege samarbeidet. På denne måten bidreg ein til at brukarane opplever eit heilskapleg fokus. For å sikre god kvalitet og oppnå fagleg utvikling, må kvar fagprofesjon vise respekt for andre sine bidrag og kompetanse inn i samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 38; Willumsen, 2009, s. 22). Det kan vera tenleg å gjere rolleavklaringar i det aktuelle samarbeidet. På den måten kan ein betre forstå og synleggjere dei ulike fagprofesjonane sitt bidrag og kompetanse i samarbeidet. Ei slik rolleavklaring kan gjere at ein kan sjå eigen kompetanse i forhold til ein anna fagprofesjon, og på den måten kan ein skape tydelegare forventningar til samarbeidspartane. Når samarbeidspartane har kunnskap om dei andre si teneste og deira kompetanse, kan ein også lettare forstå ulikskapar. Kunnskap og forståing av samarbeidspartane sine tenester vil på mange måtar vere ein føresetnad for samarbeid med god dynamikk (Willumsen, 2009, s. 25-26).

Willumsen (2016, s. 43-44) skil mellom fire typar av kompetanse hjå fagprofesjonane:

1. Kjernekompetanse vil seie kompetansen ein fagprofesjon har som ikkje dei samarbeidane fagprofesjonane har. Det er naudsynt at kvar sin kjernekompetanse vert anerkjent i det tverrfaglege samarbeidet.
2. Overlappande kompetanse er ein kompetanse som fleire profesjonar kan ha, og som kan vera tilnærma lik.

3. Felleskompetanse er kompetanse utvikla over tid i eit tverrfagleg samarbeid, og utgjer summen av kvar enkelt sin kompetanse.
4. Spisskompetanse er kompetanse ein har tileigna seg gjennom til dømes vidareutdanning innanfor eit bestemt fagområde (Willumsen, 2016, s. 43-44).

Det er naudsynt med samarbeid på ulike nivå kring barn og unge, og Glavin & Erdal (2018, s. 75-76) viser til tre samarbeidsnivå:

Nivå 1 er det primærførebyggjande samarbeidet der ein samarbeidar med til dømes ulike kommunale tenester. Dette er samarbeid som gjeld utfordringar ein ser i lokalmiljøet, og som gjeld tilnærma alle barn og unge. Dømer kan vere foreldrerettleiingsprogram, samarbeid om foreldremøter, planarbeid mm.

Nivå 2 er det sekundærførebyggjande samarbeidet der to eller fleire fagprofesjonar samarbeidar, og ein er uroa for eit einskild barn eller ein familie. Dømer kan vere drøftingsteam og betre tverrfagleg innsats (BTI).

Nivå 3 er det tertiærførebyggjande samarbeidet der det allereie er oppståtte vanskar hjå barnet eller familien, og der ein gjerne har sett i verk ansvarsgrupper (Glavin & Erdal, 2018, ss. 75-76).

For å kunne setje i verk tiltak og tilby tidleg hjelp til barn og familiar er det viktig at tilsette i til dømes barnehage og helsestasjon har kompetanse til å oppdage problem og skeivutvikling. Det er naudsynt at fagprofesjonane i det tverrfaglege samarbeidet også har god kjennskap til kvarandre sin kompetanse, samt god kjennskap til kva hjelpetiltak som finst. Når ein kan belyse ei sak frå kvar fagprofesjon si side skapar ein eit heilskapleg bilete av situasjonen, og ein kan hjelpe barnet og familien på best mogleg måte (Glavin & Erdal, 2018, ss. 154-155).

3.1.1 Føresetnader for tverrfagleg samarbeid

Det er ulike føresetnader som ligg til grunn for å utvikle og halde ved like det tverrfaglege samarbeidet i arbeidskvardagen. Glavin og Erdal (2018, s. 33) trekk fram forankring i leiing, å ha eit felles verdigrunnlag og evne til å samarbeide som tre faktorar som har særskild betydning for det tverrfaglege samarbeidet. Ein føresetnad er å vise tryggleik i eige fag. Det får ein ved tilstrekkeleg praktisk erfaring og kunnskap om teorien. For å ha ei felles målsetjing, må fagprofesjonane vere samde om kva problemstillinga er. Ei tydeleg ansvarfordeling og semje om forventningane til samarbeidet kan bidra til at samarbeidet vert effektivt. Moglege hindringar bør takast opp før ein byrjar samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 33). Ein anna

føresetnad for å få til gode samarbeid, er at fagprofesjonane må ha felles forståing om kva tverrfagleg samarbeid omfattar, og kva som ligg i omgrepet. Den enkelte si oppfatning om kva det enkelte samarbeid skal vera, vil ha noko å seie for kommunikasjon mellom samarbeidspartane, ansvaret ein har, samt kva ein vil oppnå med samarbeidet (Ødegård, 2009, s. 52).

Med bakgrunn i forskning har Vangen og Huxham (2009) utvikla ein teoretisk modell for å forstå samarbeidet sin synergi. Kompleksiteten som ligg til grunn for samarbeid og utfordringar knytt til samarbeid vert synleggjort i den teoretiske modellen. Teorien trekk fram tillit, mål, leiing og kulturelt mangfald som sentrale temaområde som ligg til grunn for å forstå og utvikle tverrprofesjonelt og tverretatleg samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 34; Vangen & Huxham, 2009, ss. 67-69). Leiinga har stor betydning for utviklinga av det tverrfaglege samarbeidet. Det er viktig at leiinga viser engasjement, og tek ansvar for at system for tverrfagleg samarbeid vert forankra i planarbeidet i kommunane (Glavin & Erdal, 2018). Å leggje til rette for ein god organisasjonskultur kan bidra til å oppretthalde og utvikle samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 34). Lone og Værnor (2019) viser i sin artikkel til at ein god tverrfagleg samarbeidskultur tyder at både tilsette og leiarar har felles mål og felles ønske om å skape tilfredsstillande og heilskaplege tenester til brukarane. Når det er ein god tverrfagleg samarbeidskultur der fagprofesjonane kjenner kvarandre og den kompetansen den enkelte har, vert også kunnskap delt aktiv mellom tenestene (Lone & Værnor, 2019).

Felles verdigrunnlag er naudsynt i eit samarbeid og når ein skal yte tenester til barn, unge og deira familiar. Utgangspunktet for det tverrfaglege samarbeidet er ulikt, då ein har ulik fagbakgrunn, ulike føresetnader, ulike lovverk og ulike yrkesetisike rammer. Menneskesyn, respekt, vera open og ærleg, samt anerkjenne ulikskap er verdiar ein må vera bevisst i eit tverrfagleg samarbeid. Gjensidig respekt er ein verdi som ligg til grunn for velfungerande samarbeid. Det er lettare å vere både samde og usamde dersom ein har respekt for kvarandre. Ved ueinigheiter er det også viktig at ein kan skilje mellom sak og person. Ein syner respekt når ein kan sjå saker frå ulike synsvinklar, tek dei andre samarbeidspartane på alvor, anerkjenner og set pris på andre sine syn og erfaringar, og svarar på andre sine meiningar med eiga forståing. (Glavin & Erdal, 2018, ss. 36-38). Ulike verdiar, syn og ulikskapar på korleis ting skal gjerast og løysast er noko som kan medføre usemje i eit tverrfagleg samarbeid. For at samarbeidet skal fungere er det viktig at det er tryggleik og openheit i samarbeidet, slik at dei involverte kan ta opp usemjer for å unngå at konflikter eskalerer (Glavin & Erdal, 2018, ss. 37-38).

3.1.2 Hemmande og fremjande faktorar som påverkar det tverrfaglege samarbeidet

Det er fleire faktorar som er med på å påverke samarbeidet, faktorar som både er hemmande og fremjande (Kinge, 2012). Å samordne ulike etatar eller etablere system for tverrfagleg samarbeid er ikkje tilstrekkeleg for å lukkast, så lenge dei involverte ikkje har evne og vilje til å samarbeide. Dette er faktorar som er særst avgjerande for å få til det tverrfaglege samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018; Lauvås & Lauvås, 2004; San Martin - Rodriguez et al. 2005). Ødegård og Willumsen (2011) har i sin studie komme fram til relasjon og planlegging som to kjernekatagoriar som beskriv hemmande og fremjande faktorar som påverkar samarbeidet. Ein kombinasjon av desse kategoriane beskriv korleis ulike samarbeid vert opplevd. Eit velfungerande samarbeid vert kjenneteikna av gode relasjonar og god møteplanlegging (Ødegård & Willumsen, 2011, ss. 193-196).

3.1.3 Systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorar

Kunnskapsoppssummeringa til San Martin - Rodriguez et al. (2005) viser til systemiske, organisatoriske og relasjonelle faktorar som har betydning for om ein lukkast med det tverrfaglege samarbeidet. Forskinga viser til at alle nivåa av faktorar er viktige og naudsynte for at ein skal lukkast med dette arbeidet. Faktorane bør sjåast i ein samanheng slik at ein får ei betre forståing for korleis desse faktorane saman påverkar det tverrfaglege samarbeidet. Samarbeid er ein mellommenneskeleg prosess som krev at dei som skal samarbeide har vilje til å samarbeide. Tillit til kvarandre, gjensidig respekt og kommunikasjon er andre viktige faktorar for å få til det tverrfaglege samarbeidet. Vidare viser artikkelen til at det ikkje er fagfolka åleine som kan skape dei naudsynte føresetnadane for å lukkast, men dei organisatoriske faktorane som styring av ressursar og godt leiarskap er avgjerande faktorar for å få det til. Leiinga må ha kunnskap om kva som bidreg til å fremje det tverrfaglege samarbeidet (San Martin - Rodriguez et al., 2005).

Systemiske faktorar

Dei systemiske faktorane San Martin - Rodriguez et al. (2005) viser til er faktorar utanfor organisasjonen som til dømes; sosiale, kulturelle, utdanningmessige og profesjonelle system. Sosiale system er relatert til makt og ulikskapar som kan vere mellom fagpersonane i eit samarbeid, samt korleis desse faktorane påverkar samarbeidet. Med kulturelle system meiner ein dei ulike fagfolka sin kulturelle bakgrunn, og kva det kan ha å seie for utviklinga av samarbeidet. San Martin - Rodriguez et al. (2005) viser til utdanningssystemet som ein av dei viktigaste systemiske faktorane. Under utdanning får kvar profesjon vite lite om kva praksis, kompetanse, ansvarsområde, kunnskapar, verdiar og teoretiske perspektiv dei andre

fagprofesjonane ein skal samarbeide med har. Artikkelen viser til at dette er noko utdanningsinstitusjonane kan bidra til å hjelpe studentane med. Glavin og Erdal (2018, s. 45) viser til at kunnskap om andre fagprofesjonar sine fagområder er ein viktig førsetnad for å få til det tverrfaglege samarbeidet. I følgje San Martin - Rodriguez et al. (2005) har profesjonsystemet betydeleg effekt på utvikling av samarbeid då det fremjar motsetningar til det som fremjar samarbeid. Profesjonalisering er prega av å oppnå dominering, kontroll og autonomi framfor tillit og kollegialitet og gjensidig anerkjennelse som er faktorar som har stor betydning for samarbeid. Profesjonaliseringsdynamikken kan føre til ei differensiering av fagprofesjonane og til ein territorial oppførsel i samarbeidet (San Martin - Rodriguez et al., 2005, ss. 136 - 137).

Organisatoriske faktorar

Dei organisatoriske faktorane er rammene i organisasjonen som kan ha noko å seie i høve tverrfagleg samarbeid. Slike rammer kan vere organisasjonsstruktur, verdigrunnlag, administrativ støtte, ressurar, koordinering og kommunikasjon (San Martin - Rodriguez et al., 2005, ss. 138 - 140). I følgje artikkelen til San Martin - Rodriguez et al. (2005, ss. 138 – 139) krev vellukka samarbeid at det skjer eit skifte frå hierarkiske strukturar til horisontale strukturar som legg til rette for delt beslutningstaking og meir open og direkte kommunikasjon. Eit verdigrunnlag som verdset deltaking, rettferd, yringsfridom og gjensidig avhengigheit er avgjerande for utvikling av samarbeid. Openheit, risikotaking, integritet og tillit er verdiar som fremjar fagprofesjonane sine haldningar til samarbeid. Tverrfagleg samarbeid krev administrativ støtte frå leiarar som motiverar til og fremjar samarbeid, og som skapar eit godt samarbeidsklima (San Martin - Rodriguez et al., 2005, s. 139). Tilstreккеleg ressurar som tid og rom for å møtast, samt bemanning og arbeidsbelastning har mykje å seie for om ein får til det tverrfaglege samarbeidet. Dersom samarbeidspartane skal utvikle eit godt samarbeidsklima krev det at dei har nok tid til som til dømes å møtast for å drøfte og å følgje opp saker (Baklien, 2010; San Martin - Rodriguez et al., 2005). Det vert i artikkelen til San Martin - Rodriguez et al. (2005) vist til at samlokalisering med tenester ein samarbeidar kan bidra til å fremja samarbeid. Utvikling av samarbeid krev både koordinering og kommunikasjon, og ein kan ha nytte av tilgjengelegheit av retningslinjer og prosedyrer, samt dokumentasjonssystem og system for samarbeid (San Martin - Rodriguez et al., 2005, s. 140).

Relasjonelle faktorar

Dei relasjonelle faktorane handlar om mellommenneskelege relasjonar mellom samarbeidspartane i eit tverrfagleg samarbeid. Dømer på desse faktorane er: vilje til å samarbeide, gjensidig tillit, respekt og kommunikasjon. For å implementere gode samarbeidsstrukturar i ein organisasjon må fagfolka vere villige til å forplikte seg til samarbeidsprosessen. Gruppesamhold, fagleg stabilitet, utdanning, tidlegare erfaring frå samarbeid, personleg modenheit, faglege forventningar, felles målsetjing og det å ha tru på fordelane med å jobbe tverrfagleg er faktorar som har betydning for fagfolk sin vilje til å samarbeide og til å utvikle samarbeidet (San Martin - Rodriguez et al., 2005, s. 14; Ødegård & Willumsen, 2011). Forskinga til San Martin - Rodriguez et al. (2005) legg vekt på tillit som eit av nøkkelementa for utvikling av og for å lukkast med tverrfagleg samarbeid. Det tek tid og innsats å oppnå tillit. Tillit byggjer også på tillit til eigen og andre sin kunnskap, kompetanse og erfaring. Gjensidig respekt som innebærer kunnskap om andre fagprofesjonar og anerkjenning av desse og deira synspunkt vert sett på som avgjerande faktor for samarbeid. Mangel på respekt vil vera ein hemmande faktor for tverrfagleg samarbeid (Glavin & Erdal, 2018; San Martin - Rodriguez et al. 2005). Kommunikasjonsferdigheiter spelar ei rolle når det gjeld samhandling mellom samarbeidspartane i eit tverrfagleg samarbeid. Artikkelen til San Martin - Rodriguez et al. (2005) viser til tre hovudårsaker til at kommunikasjon er sentral faktor i tverrfagleg samarbeid:

- Utvikling av samarbeid krev at fagfolk forstår korleis deira arbeid bidreg til resultat og felles målsetjing, samt korleis ein formidlar eige bidrag til andre fagpersonar.
- Kommunikasjon er viktig for konstruktive, faglege drøftingar mellom fagprofesjonane
- Kommunikasjon er eit viktig reiskap for å oppnå gjensidig respekt, deling av informasjon og gjensidig tillit.

3.1.4 Tverrfagleg samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon

Fagprofesjonane og tenestene i det tverrfaglege samarbeidet har ulike oppgåver, og ein arbeidar etter ulike ramar, lovverk og faglege retningslinjer. Willumsen (2016, ss. 25-26) skil mellom dei ulike tenestene sine oppgåver:

1. Primæroppgåver er oppgåver regulert etter ramar og målsetjingar for verksemda. Desse oppgåvene skil tenestene frå kvarande.
2. Fellesoppgåver er oppgåver der fleire tenester har felles ansvar. Dette kan vere tverrfagleg arbeid kring barn og unge i risiko. Her vil til dømes barnehage og

helsestasjon ha eit felles ansvar for å førebyggje og setje i verk tiltak for å hindre at eit problem oppstår eller får utvikla seg (Willumsen, 2016, s. 45).

Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 78-79) viser til at barn og unge skal bli sett og få rett hjelp til rett tid.

Tenestene til barn og unge og samarbeidet mellom desse skal styrkast og ein må sjå tilboda i ein samanheng. Det er viktig at kompetansen som dei ulike tenestene og fagprofesjonane har som til dømes barnehagen, er nær borna. Dei tilsette skal vere merksame på barn og deira familiesituasjon, og dei skal saman med andre tenester, som til dømes helsestasjon bidra til at desse får den oppfølginga dei har behov for (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 78). Når ein møter born med ulike utfordringar som til dømes i barnehagen, kan ein ofte sjå at desse utfordringane er samansette, og har noko å seie både for utvikling, læring og samspel med andre barn. Slike utfordringar krev tidleg og god tverrfagleg innsats, slik at ein saman kan førebyggje at byrjande problem vert større (Meld. St. 6 (2019-2020), s. 78-79).

Barnehagen er ein viktig del av dei fleste barn sitt oppvekstmiljø, og har mykje å bety for barn si utvikling og læring (Glavin & Erdal, 2018, s. 173). *Framtidens barnehage* (Meld. St. 24 (2012-2013)) viser til at:

«Barnehagen skal bidra til en god barndom og gi alle barn en god start, uavhengig av bakgrunn og behov» (Meld. St. 24, (2012-2013), s. 10).

Mange barn byrjar gjerne i barnehagen frå 1 års alder. Difor har også barnehagen fått ei større førebyggjande og helsesfremjande rolle (Glavin & Erdal, 2018, s. 173). Barnehagen skal bidra til å fremja den fysiske og psykiske helsa til barna. Dette innebærer å bidra til at barna opplever god trivsel, glede, meistring og kjensle av eigenverd, og hindre at barna opplever krenking og mobbing (Kunnskapsdepartementet, 2017, s. 11).

I barnet sitt første leveår er helsestasjon den einaste offentlege tenesta som regelmessig møter barnet og deira føresette. Tenesta har ei unik moglegheit til tidleg oppdaging av risikofaktorar og skeivutvikling, samt å tidleg setje i verk tiltak som kan hindre ytterlegare negativ utvikling. Helsestasjon jobbar helsefremjande og førebyggjande og har ei viktig rolle i dette arbeidet i kommunen (Meld. St. 24 (2012-2013), s. 103). Gjennom barna sine fem første leveår får føresette tilbod om regelmessige konsultasjonar. Vanleg helsestasjonsprogram er sett til 14 konsultasjonar, der fire av konsultasjonane er etter barnet har fylt eit år. Dersom det er behov, vert det også gitt tilbod om ekstra oppfølging (Helsedirektoratet, 2022).

Helsestasjon – og skulehelsetenesta skal leggja til rette for og ha rutinar for samarbeid med relevante kommunale og statlege samarbeidspartar (Forskrift om helsestasjons- og skulehelsetjenesten, 2018, § 4). Rammeplan for barnehagen (Kunnskapsdepartementet, 2017) viser til at det er styraren sitt ansvar å syte for at barnehagen har gode rutinar for samarbeid med andre instansar, som til dømes helsestasjon. Samarbeid mellom helsestasjon og barnehagen er ei sterk anbefaling i helsestasjon sine nasjonale faglege retningslinjer (Helsedirektoratet, 2019). Grunngevinga for anbefalinga er blant anna at barnehagen og helsestasjon kjenner til dei fleste barna i kommunen, samt har kunnskap om desse. Det er også ei anbefaling om at tenestene bør ha ein samarbeidsavtale der det vert lagt vekt på rolleavklaring og kunnskap om tenestene (Helsedirektoratet, 2019).

Helsedirektoratet (2019) nyttar omgrepa individ – og systemretta samarbeid når det gjeld helsestasjon og barnehagen. Etter barnehagestart møter helsestasjon og barnehagen dei same barna regelmessig, og det kan difor vere tenleg å samarbeide kring desse borna for å dele erfaringar og drøfte tema som er aktuelle. Samarbeid på systemnivå kan vere temadagar med fokus på felles utfordringar og tema (Helsedirektoratet, 2019). I følgje helsedirektoratet (2019) kan barnehagen og helsestasjon samarbeide på individnivå ved behov, men då også i samarbeid med foreldre og er basert på samtykke. Ved tidleg samarbeid kan tenestene saman setje i verk tiltak på eit tidleg tidspunkt (Helsedirektoratet, 2019; Glavin & Erdal, 2018, s. 173). Glavin og Erdal (2018, s. 173) viser også til at det kan vera behov for at desse tenestene samarbeidar om både enkeltbarn og problemstillingar knytt til helse. Det kan også vere aktuelt at helsestasjon tek del i undervising og rettleiing til foreldre og tilsette i barnehagen. Ved oppstart i barnehagen kan det vere aktuelt med samarbeid med barnehagen og føresette, slik at barnet får vidare oppfølging i barnehagen (Glavin & Erdal, 2018, s. 188).

Garvis et al. (2016, s. 47) si forskning på samarbeidet mellom helsesjukepleiar og barnehagelærar viser til at det var viktig for partane å ha nokon å samarbeide med som også kjente familien. På den måten kunne dei dela kunnskap og vurdera barnet saman. Fleire kommunar i Norge har prøvd ut gjennomføring av fireårskonsultasjon i barnehagen, samt helsesjukepleiar med fast kontortid i barnehagen. Bakgrunn for dette var å betre samarbeidet mellom desse tenestene (Lein, 2020; Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, 2019). Helsejukepleiarane i barnehagen opplevde at samarbeidet med barnehagen vart betre og at dei såg på barnet med same auge, samt at dei nytta seg av kvarandre sin kompetanse (Lein, 2020). Funn frå rapporten til Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet (2019) viste at ein positiv effekt av å gjennomføre fireårskonsultasjon i barnehagen var eit betre samarbeid på individ –

og systemnivå. Det var også lettare å oppdage skeivutvikling, og moglegheita for tidleg innsats var god. Grunna ulike årsaker som til dømes ressursar, lokale og storleik vart det ikkje noko nasjonal anbefaling om gjennomføre fireårskonsultasjon i barnehagen (Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet, 2019).

3.1.5 System for tverrfagleg samarbeid

Litteraturen viser til fleire modellar og system for tverrfagleg samarbeid. Gode modellar er viktig, men det er ikkje gitt at ein lukkast (Myrann et al., 2018, s. 117). For å hindre at drift av tverrfaglege samarbeid er bundne opp mot enkeltpersonar og er avhengig av desse, er det viktig at system er forankra i kommuneleiinga (Glavin & Erdal, 2018, s. 43).

Tverrfaglege møter som drøftingsforum er ein metode for samarbeid, og vert nytta på alle nivå for samarbeid. Førebuing, møteleiing og møteleiing er viktige faktorar for å få til gode tverrfaglege møter. Faste deltakarar og faste møtetider vert også sett som betydningsfulle for å lukkast. Deltakarane er tverrfagleg samansett med ulike fagleg ståstad, men med ei felles målsetjing. Saker kan takast opp både med samtykke frå foreldre eller anonymt, og med eller utan foreldra si deltaking. Foreldra og barna sin brukarmedverknad og dialog med dei er viktig då dei kjenner sin situasjon, kompetanse og sine ressursar best (Glavin & Erdal, 2018, ss. 76-77).

Det er ulikt korleis kommunane organiserar samarbeid, og det finst ulike system for tverrfagleg samarbeid. Eit døme på eit slikt system for tverrfagleg samarbeid er BTI (betre tverrfagleg innsats), som er ein samhandlingsmodell for barn og unge. Modellen er meint til bruk for tenester som møter gravide, barn, unge og føresette, og som det er knytt ei undring eller bekymring til. Målsetjinga med BTI-modellen er at den skal bidra til tidleg innsats, samt sikre at det vert gitt heilskapelege og samordna tenester utan brot i oppfølginga (Forebygging.no, 2021). BTI-modellen er også nemnd som viktig ressurs i arbeidet med den nye barnevernsreforma som tredde i kraft 01.01.2022. Statsforvaltaren legg vekt at tverrfagleg samarbeid er ein av dei medverkande faktorane som skal til for å lukkast med å gi barn og unge heilskapelege tenester til rett tid (Statsforvaltaren, 2022). Ein viktig del av BTI er brukarmedverknad og tidleg involvering av barn og føresette (Forebygging.no, 2021).

3.1.6 Teieplikt og samtykke i det tverrfaglege samarbeidet

For å leggje til rette for gode oppvekstvilkår for barn og unge er det naudsynt med samarbeid på tvers av dei ulike fagprofesjonane. I tverrfagleg samarbeid vil det også vere behov for

informasjonsutveksling, og teieplikta kan vere eit hinder i høve det. Hensikta med teieplikta er å hindre at opplysningar om ein person vert spreidd (Glavin & Erdal, 2018, s. 47). Ein må kunne forstå, praktisere og ha kunnskap om reglane knytt til teieplikta når ein skal samarbeide, slik at ein ikkje hindrar naudsynt samarbeid og informasjonsdeling (Driscoll, 2018, s. 150). Barnehagen og helsestasjon har ulikt lovverk knytt til teieplikta. Dei fleste tilsette i barnehagen har teieplikt etter forvaltningslova og det same gjeld helsesjukepleiarane tilsett i offentleg sektor. I tillegg har helsesjukepleiarane yrkesmessig teieplikt etter helsepersonellova og helse – og omsorgstenestelova (Driscoll, 2018, s. 157; Forvaltningsloven, 1967, § 13; Helsepersonelloven, 1999, § 21; Helse – og omsorgstjenesteloven, 2011, § 12-1). Teieplikta gjeld både på jobb og på fritid, det vil seie at ein ikkje kan snakke om teiepliktige opplysningar ein har fått gjennom jobben, til andre. Yrkesmessig eller profesjonsmessig teieplikt tyder at ein har teieplikt etter yrket eller profesjonen ein har. Helseprofesjonane får kjennskap til brukarane sine helseopplysningar og andre personlege forhold gjennom å vera helsepersonell, og alle desse opplysningane som har ein teieplikt om. Dette gjeld både sensitive og ikkje - sensitive opplysningar. Den yrkesmessige teieplikta gjeld når ein gir helsehjelp, men ikkje ved administrativt arbeid (Driscoll, 2018, s. 157). Teieplikt etter forvaltningslova for barnehagepersonell gjeld personlege forhold, men ein skil mellom sensitive og ikkje sensitive opplysningar. Dei ikkje - sensitive opplysningane kan formidlast vidare, dersom ikkje eit klientforhold eller liknande kan sjåast som personlege (KS, 2019, s. 22).

For å kunne samarbeide på tvers og utveksle informasjon finst det unnatak for teieplikta. I høve det tverrfaglege samarbeid kring born 0-5 år er det samtykke frå føresette ein treng for å kunne utveksle naudsynte opplysningar mellom tenestene. Det vil seie at føresette samtykker på vegne av barnet (Glavin & Erdal, 2018, ss. 47-48). Samtykke som unnatak for teieplikta er lovfesta i helsepersonellova (1999, § 22) og forvaltningsloven (1967, § 13 a. nr. 1). Teieplikta og omsyn til person vert ofte omtala som hinder for tverrfagleg samarbeid. I følgje Glavin & Erdal (2018, s. 66-67) er det største hinderet å dele si uro kring barnet med foreldra. Då mange tilsette syns det er vanskeleg å ta opp med foreldra det dei uroar seg for, kan det ta lang tid frå noko er oppdaga til det vert teke opp med foreldra. Deler ein si uro med foreldra på eit tidleg tidspunkt, vil det truleg vere lettare å få eit samtykke seinare (Glavin & Erdal, 2018, ss. 66-67). Mange foreldre vil ofte sjå på det som positivt at fleire tenester samarbeider og tenkjer heilscapeleg kring deira born. Difor vil dei truleg også ønskje at dei samarbeidande tenestene deler informasjon. Dersom ein begrunnar overfor foreldra kvifor det er naudsynt

med kunnskapsdeling i eit tverrfagleg samarbeid, vil som regel også forledra sjå at dette er positivt, og samtykker difor til dette (Kinge, 2012, s. 184). Eit samtykke må vere informert. Det vil seie at den som gir samtykke må få kunnskap om kva samtykket handlar om, kva konsekvensar det kan ha, kven som kan få informasjon og kva det skal utvekslast informasjon om (Glavin & Erdal, 2018, s. 50).

4.0 Forskingsdesign og metode

Det er mange val og vurderingar ein må gjere når ein skal gjennomføre ei undersøking. Ein må ta stilling til kva som skal undersøkjast, kven som er aktuelle deltakarar og kvar og korleis undersøkinga skal gjennomførast. Det er problemstillinga som gir retning for forskingsdesignet, som er ein plan for korleis for forskingsprosjektet kan leggjast opp (Thagaard, 2018, s. 50).

I studien ønskte eg å få fram dei tilsette i barnehagen sine subjektive opplevingar av det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon, og valde med bakgrunn i problemstillinga eit kvalitativt forskingsdesign med individuelle intervju som metode for datainnsamling. Med eit kvalitativt forskingsdesign får eg moglegheit til å gå i djupna på problemstillinga eg søker svar på (Brottveit, 2018b, s. 65). I ein kvalitativ studie er som regel utvalet av informantar lite, då hensikta er å få fram detaljrik informasjon og kunnskap om til dømes eit bestemt tema (Brottveit, 2018b, s. 66). Målet er å bidra med ny innsikt og kunnskap som kan ha overføringsverdi og vera nyttig i andre samanhengar (Brottveit, 2018c, s. 87).

Fleksibilitet er noko som kjenneteiknar det kvalitative designet, slik at ein kan vidareutvikle problemstilling og revidere planen for prosjektet undervegs i prosessen (Thagaard, 2018, s. 16). Eit anna kjenneteikn ved den kvalitative forskingsprosessen er at ein som forskar er nær kjelda, og ein kan på denne måten lettare forstå informanten si oppfatning (Jacobsen, 2018, s. 129). Moglegheit for fleksibilitet er ein fordel i ei kvalitativ tilnærming, det vil seie at både problemstilling og datainnsamlingsmetode kan endrast undervegs i undersøkinga. Ein bakdel ved denne fleksibiliteten er at det stadig dukkar opp ny informasjon, og at ein å kan ha vanskar med å avslutte (Jacobsen, 2018, ss. 130-132).

Dersom ein ønskjer å få vite meir om menneskelege eigenskapar som erfaringar, opplevingar, tankar, forventningar, motiv og haldningar, er kvalitativ metode godt eigna (Malterud, 2017, s. 31). Kvalitativ metode vil vera eigna til å gi svar på problemstillinga i min studie, då det er lite tidlegare forskning på samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon, og ein har difor behov for openheit og fleksibilitet frå informantane (Thagaard, 2018, s. 12). Samstundes er metoden også eigna for eit mangfald av svar, samt eigna for å stille nye spørsmål og problemstillingar (Malterud, 2017, s. 32).

Som metode for datainnsamling valde eg kvalitativt metode med individuelle intervju. Kvalitative intervju kan omtalast som ein samtale mellom forskar og informant der begge er aktive deltakarar. Sidan eg ønskte meir utdjupande kunnskap om dei tilsette sine subjektive

opplevingar av samarbeidet, valde eg kvalitativt intervju som metode for datainnsamling. Det ga meg moglegheit til å gå meir i djupna på problemstillinga og på den måten få ei heilskapleg forståing for tema (Brottveit, 2018c, s. 94).

4.1 Vitskapsteoretisk ståstad

Metode er framgangsmåten ein vel for å skaffe informasjon om verkelegheita (Jacobsen, 2018, s. 21). Samanhengen mellom metode og korleis ein oppfattar verkelegheita er tett, og det er ulike syn på verkelegheita og ulike syn på kunnskap i vitskapsteorien (Jacobsen, 2018, ss. 21-22). Dei ulike fortolkande teoretiske retningane er eit viktig grunnlag for kvalitative metodar, og meining og betydning vert vektlagt (Thagaard, 2018, s. 33). Fortolkande tilnærmingar, med forskaren som eit viktig og medverkande verktøy, anerkjenner og undersøker subjektiviteten ut frå ei grunnforståing om at verda kan oppfattast ulikt ut frå kva ståstad ein har (Malterud, 2017, s. 27).

Denne masterstudien tek utgangspunktet i hermeneutikk som vitskapleg ståstad. Målet med studien er å få ny kunnskap og forståing om dei barnehagetilsette sine opplevingar kring samarbeidet med helsestasjon. Som forskar må eg fortolke og så forstå dei barnehagetilsette sine opplevingar, samstundes som eg har godt kjennskap til tema. Den hermeneutiske fortolkingsprosessen vert kjenneteikna ved forståing, tolking og å anvende. Korleis eg som forskar forstår og fortolkar datamaterialet frå intervjua vil vera grunnlag for resultat i studien (Brottveit, 2018a, ss. 34-35). Hermeneutikken handlar om å skape forståing med bakgrunn i å tolke meiningar i menneskelege uttrykk, og ein ønskjer å oppnå forståing for kva ein tekst tyder og ein legg vekt på samanhengen mellom heile og delar av teksten. Dette vert kalla den hermeneutiske sirkel (Malterud, 2017, s. 28). Målet er å komme fram til nye moglege forståingar av eit fenomen, men ikkje å forklare det (Brottveit, 2018a, s. 35). I mitt forskingsprosjekt har eg på førehand ei oppfatning om det tverrfaglege samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon. Oppfatningane eg har vert undersøkt gjennom intervju med dei tilsette i ulike barnehagar. Etter intervjua vert datamaterialet fortolka. I tråd med den hermeneutiske sirkel vart kvar informant sine svar tolka kvar for seg som ein del og i forhold til kvarandre som ein heilskap, og også i samheng med kontekst. Gjennom å fortolke datamaterialet og forstå kva det fortel oss, skapar ein ny meining. Dette gir grunnlag for ny forståing av eiga oppfatning av det tverrfaglege samarbeidet (Brottveit, 2018d, ss. 129-132).

4.1.1 Forforståing

Forskaren si forforståing er eit viktig prinsipp i den hermeneutiske tilnærminga, og påverkar dei vala ein tek i forskingsprosessen, og er ikkje noko ein kan sjå vekk frå (Brottveit, 2018a, s. 40; Malterud, 2017, s.45). Forforståinga er dei erfaringane og kunnskapane ein som forskar har med seg før prosjektet byrjar, som ein til dømes har med seg frå eige yrke og utdanning (Malterud, 2017, ss. 44-45). Denne forforståinga vil påverke korleis data vert samla inn, korleis ein les og tolkar data (Brottveit, 2018a, s. 44). Det er både fordelar og ulemper ved forforståinga ein kan ha som forskar. Ein fordel kan vera at forforståinga kan vera både motivasjon og orsak til å forske på tema. Forforståinga vil vera ei ulempe dersom ein byrjar å forske med snevert syn og med avgrensa horisont og det empiriske materialet vert overskygga (Malterud, 2017, s. 45).

Gjennom eigen jobb og utdanning har eg fått god kunnskap om tverrfagleg samarbeid, og det å samarbeide med barnehagen. Barnehagen og helsestasjon møter dei same borna, og eg ser at ein mogleg kunne samarbeida meir. Dette har påverka min motivasjon og val av tema, for å finne meir ut om korleis dei tilsette i barnehagen opplever samarbeidet med helsestasjon.

Eg har vore bevisst og reflektert over min forforståing gjennom heile forskingsprosessen. I intervjuet var det viktig for meg å informere informantane om at deira kjennskap til min fagbakgrunn ikkje skulle hindre dei i å vere ærlige i intervjuet. Det var viktig for meg som intervjuar å vere bevisst mi forforståing både før og under intervjuet, slik at dette ikkje skulle påverka intervjuet både gjennom spørsmål og måten ein stiller oppfølgingsspørsmål på. Dette var noko eg snakka med rettleiar om undervegs i datainnsamlinga, då ein merka i intervjuet at ein kunne styre retninga når ein stilte oppfølgingsspørsmål. Om ein ikkje er bevisst sin eigen forforståing er det fort å styre intervjuet i retning mot kunnskapen ein allereie har (Malterud, 2017, s. 134).

4.2 Utval og rekruttering

Det finst ulike måtar å rekruttere informantar på i kvalitative studiar. Eg valde å gjere eit strategisk utval av informantar. Strategisk utval tyder at ein rekrutterer informantar som kan bidra med informasjon og kunnskap som er strategisk i forhold til problemstillinga ein søker svar på (Brottveit, 2018c, s. 87). Tilsette i barnehagen var det naturlege utvalet for å svara på problemstillinga, då det var deira opplevingar eg ville utforske gjennom problemstillinga. Eg har valt å intervjuet styrarar, fordi det i følgje rammeplanen for barnehagen er styrar som skal

sikre at barnehagen har innarbeida rutinar for samarbeid med helsestasjon (Kunnskapsdepartementet, 2017). Det er også naturleg å intervju barnehagelærarar om jobbar tettare på barnegruppa, for å få fram deira opplevingar.

Eg har valt å inkludere to kommunar i studien, og vil gjere kvalitative individuelle intervju med tre tilsette i barnehagen frå kvar kommune. For å få fram spreing og nyansar i opplevingane dei tilsette har, samt eventuelle likskapar og ulikskapar i opplevingane, valde eg å intervju tilsette i tre ulike barnehagar i to kommunar med ulik storleik i Vestland fylke (Brottveit, 2018c, s. 88).

Eg tok direkte kontakt via telefon med styrarar i tre ulike barnehagar i kvar av kommunane. Under telefonsamtalen vart det gitt munnleg informasjon om studien og styrarane vart førespurt om å vidareformidle informasjon om studien til aktuelle deltakarar til studien. To av styrarane vart direkte førespurt om deltaking i studien, og takka ja. Etter informasjon på telefon vart førespurnaden om deltaking, informasjonsskriv og samtykkeskjema til aktuelle informantar sendt til styrar på e-post (Vedlegg 1). Deretter ga styrarane rask attendemelding på aktuelle deltakarar på e-post med kontaktinformasjon til desse. Informantane vart kontakta på telefon for avtale om tidspunkt for intervju.

Utvalet i kvalitative studiar er ofte avgrensa, og eg måtte ta stilling til kor mange informantar eg skulle intervju. Då intervju er tidkrevjande og datamaterialet oftast er rikt på detaljar, bør ikkje utvalet vere større enn at ein kan gjennomføre ein omfattande analyse (Jacobsen, 2018, s. 178). Eg fekk oversikt over datamaterialet undervegs, slik at eg hadde ein peikepinn på informasjonsstyrken i materialet (Malterud, 2017, s. 63). Eg opplevde å få rikt materiale frå dei informantane eg hadde, og tilstrekkeleg datamateriale til å svare på problemstillinga.

Til saman seks informantar frå seks forskjellige barnehagar deltok i studien, derav tre styrarar og tre barnehagelærarar. Alle informantane var kvinner. Samtlege informantar har formell utdanning som barnehagelærar, og to av styrarane har teke styrarutdanning. Fleire av informantane hadde også andre vidareutdanningar som psykososialt arbeid med barn og unge, matematikk, norsk, leiing og rettleiing. Deltakarane er i alderen 31-57 år, og har mellom 12 og 31 års erfaring som tilsett i barnehage. Kva kommunar, barnehagar og tilsette som er inkludert i studien er anonymisert i tråd med etiske retningslinjer for forskning (Norsk senter for forskningsdata, u.å.).

4.2.1 Kontekst

I denne studien har eg inkludert to kommunar av ulik storleik. Kommunane eg har valt å inkludere i studien er ulikt organisert. I den eine kommunen er barnehagane organisert i sektor oppvekst og helsestasjon i sektor helse. I den andre kommunen er helsestasjon og barnehagane er organisert i oppvekstsektoren i kommunen, og har på den måten gode føresetnader for eit godt tverrfagleg samarbeid. Denne kommunen valde denne organisasjonsforma då ein meinte det ville bli lettare med tverrfagleg samarbeid om einingane som samarbeider mest om barn og unge låg under same sektor. Det er fleire fordelar med felles organisasjonsform som til dømes færre hindringar knytt til forvaltning i høve tverrfagleg samarbeid, fleire felles samhandlingsarenaer, samt betre moglegheit til heilskapleg perspektiv i planlegging og styring av verksemda (Andersson et al., 2005, s. 52).

4.3 Datainnsamling

Før eg starta datainnsamlinga gjennomførte eit prøveintervju med kollega, og transkriberte dette. Etter prøveintervjuet gjorde eg små justeringar i intervjuguiden og kunne på den måten kvalitetssikre den. Datainnsamlinga vart gjennomført som planlagt og utan hindringar.

4.3.1 Førebuing til intervju

Kvalitative intervju kan ha ulik form for struktur som strukturert, ustrukturert eller delvis strukturert. I eit strukturert intervju er spørsmåla formulert på førehand, og vert i stor grad stilt i same rekkjefølgje. Utstrukturert intervju er prega av lite struktur, der ein har ein uformell tilnærming, og spørsmåla vert stilt ut frå tema informanten tek opp. Den delvis strukturerte tilnærminga har ein fleksibel struktur. Tema ein søker svar på er fastlagde på førehand, men rekkjefølgja vert bestemt undervegs, og ein har moglegheit til å følgje opp tema som kjem opp i intervjuet (Thagaard, 2018, ss. 90-91).

Før gjennomføringa av intervjuar utarbeida eg ein intervjuguide som eit hjelpemiddel til å nytta under gjennomføringa av intervjuar (Vedlegg 2). Det vart teke omsyn til at intervjuguiden ikkje var for detaljert, slik at det ikkje vart til hinder for at informanten fritt fekk dele sine egne opplevingar om tema (Malterud, 2017, ss. 133-134). Eg la vekt på at spørsmåla i intervjuguiden var mest mogleg opne, men samstundes var det viktig at spørsmåla som vart stilt var så spesifikke at dei kunne gi meg informasjon for å kunne svare på problemstillinga (Malterud, 2017, ss. 134-135). Det å kunne stille oppfølgingsspørsmål undervegs i intervjuet er noko som kjenneteiknar det delvis strukturerte intervjuet (Brottveit,

2018c, s. 92). Å kunne stille oppfølgingsspørsmål krev at ein er aktiv lyttar. Det vil seie at ein må lytte til det informantene seier (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 170).

Intervjuguiden bestod av spørsmål knytt til tema eg ville belyse i intervjuet. Denne vart gjennomgått med rettleiar før intervjuet, for å sikre at spørsmåla var godt formulert, og for at eg kunne gjere endringar før gjennomføringa av intervjuet. Det vart gjort nokre endringar for å gjere spørsmåla meir opne.

Eg valde delvis strukturerte intervju, der eg har ein intervjuguide som sikrar at informantane svarar på problemstillinga, samstundes som eg stiller oppfølgingsspørsmål som gjer at eg har moglegheit til å gå i djupna på tema (Thagaard, 2018, ss. 89-91). Når ein kan stille oppfølgingsspørsmål vil opplevingane til informantane komme betre fram og ein kan får meir informasjon om tema ein undersøker (Brottveit, 2018c, ss. 92-94).

4.3.2 Gjennomføring av intervju

Informantane var på førehand kjend med informasjon om studien gjennom informasjonsskriv dei fekk ved førespurnad om deltaking. Intervjuet starta med det Kvale og Brinkmann (2015, s.160) kallar for ein «brifing». Det vil seie at intervjuaren gir informasjon om formål med intervju, informasjon om opptak av intervju og behandling av opptaket, samt at ein spør om informanten har spørsmål før intervjuet startar (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 160). Før intervjuet starta fylte informantane ut skjema om demografiske data som alder, kjønn, noverande stilling, utdanning og erfaring. Dette vart det ikkje gjort opptak av.

Intervjuet vart gjennomført som ein dialog mellom intervjuar og informant, der formålet var å finne svar på problemstillinga (Johannessen et al., 2010, s. 135; Malterud, 2017, s. 133). Dei same spørsmåla vart stilt til alle, og som intervjuar følgde eg opp med oppfølgingsspørsmål som eg ikkje hadde planlagt på førehand. Dømer på oppfølgingsspørsmål som vart stilt er «fortel meir om det...», «korleis fungerer det hjå dykk...», «kva var bra med det...». Oppfølgingsspørsmåla vart stilt ut frå svara til informanten, og ga rom for individuell utdjuping (Brottveit, 2018c, s. 92).

Ein av informantane ga attendemelding etter intervjuet på at ein venta på at intervjuar skulle snakke meir eller bekrefte meir det informanten sa. Eg nikka eller viste at eg forstod ved å bruke «mhm» undervegs i intervjuet. I eit intervju er det informanten som skal snakke mest, og intervjuaren skal vise at den forstår, som til dømes ved å nikke eller bruke uttrykk som «mhm» jamt gjennom intervjuet (Jacobsen, 2018, s. 157).

Intervjua vart avslutta med spørsmål om det var noko som informanten syns det var viktig å få fram om tema eller som informanten ville leggje til av avsluttande kommentarar. På den måten kan ein sikre at ikkje informanten sat inne med opplevingar eller informasjon som ikkje var komme fram undervegs (Johannessen et al., 2010, s. 142).

Kva kontekst intervjuet går føre seg i kan ha innverknad på innhaldet i intervjuet, men det er umogeleg å seie kva kontekst som er best (Jacobsen, 2018, s. 152). Fem av intervjua vart gjennomført på informanten sin arbeidsplass og eit på intervjuar sin arbeidsplass etter informantane sitt ønskje. Intervjua vart gjennomført i perioden 17.11.21 – 01.12.21, og kvart intervju hadde ei varigheit på 30 – 50 minutt.

4.3.3 Transkribering

Transkripsjon tyder å gjere om ein munnleg samtale til ein skriftleg tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 210). . Det vart gjort lydopptak av intervjua, og eg transkriberte intervjua fortløpande etter at intervjua var gjennomført. Sjølv om transkriberinga er krevjande, er det i følgje Malterud (2017, s. 79-80) anbefalt å gjere denne jobben sjølv, fordi ein sjølv sit med erfaringane frå intervjua og får gjort seg kjent med eige datamateriale. Samstundes kan ein også oppklara noko som er uklart, og som vil ha noko å seie for meininga i teksten (Malterud, 2017, ss. 79-80). Samtlege intervju er transkribert ordrett, noko som betyr at eg også tok med pausar, halve og ufullstendige setningar, latter og lydar. Det finst ingen fasit for kva som er rett og feil å inkludere i transkriberinga, det er ofte avhengig av kva datamaterialet skal brukast til (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 208).

4.4 Tematisk analyse

For å analysere datamaterialet har eg valt å nytte tematisk analyse etter Braun og Clarke, då dette er ei systematisk og fleksibel tilnærming, som bidreg til å strukturere det transkriberte datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, ss. 79-94). Analysemetoden har tema i fokus, og samanliknar data om kvart tema frå kvar deltakar, og ein har på denne måten moglegheit til å gå i djupna på kvart tema (Thagaard, 2018, s. 171). Tematisk analyse er ein eigna metode for å identifisere, analysere og rapportere tematiske mønster i data (Braun & Clarke, 2006, s. 79). Ein fordel med tematisk analyse er at det er ein fleksibel metode (Braun & Clarke, 2006, s. 78).

Braun & Clarke (2006, s. 82) beskriv tema som noko som fangar opp noko viktig i datamaterialet. Ein kan velje å fokusere på tema som er gjentakande flest gonger, eller ein

fokuserer på noko som er gjentakande færre gonger, men som knyt seg meir direkte opp mot problemstillinga, og som ein som forskar ser på som viktig. Dette seier noko om fleksibiliteten ein må ta stilling til (Braun & Clarke, 2006, s. 82). Som forskar må ein også ta stilling til om ein vil gi ein rik beskriving av heile datamaterialet, eller deler av det (Braun & Clarke, 2006, s. 83). Eg har valt å gjere ein analyse av heile datamaterialet, slik at eg får rike beskrivingar av heile datamaterialet. I denne studien utgjer gjentakande mønster i datamaterialet dei ulike tema i analysen, dette beskriv Braun & Clarke (2006, s. 83) som datadrivne tema.

4.4.1 Analyseprosessen

Braun & Clarke (2006) sin analysemodell har ein framgangsmåte i seks fasar:

- 1.** Det første ein må gjere er å gjere seg kjend med datamaterialet. Alle intervju vart tekne opp på diktafon og deretter transkribert fortløpande etter kvart intervju. Allereie under intervju byrja eg å leggje merke til mønster som gjekk att. Braun & Clarke (2006, s. 86) viser til at analyseprosessen startar når ein byrjar å leggje merke til og ser etter mønster og meining i datamaterialet, dette kan vere under datainnsamlinga. Grundig gjennomgang, fram og tilbake i datamaterialet er naudsynt for å få ei god oversikt (Braun & Clarke, 2006, ss. 86-87). Eg leste gjennom dei seks intervju fleire gonger før eg byrja å koda, og undervegs byrja eg å sjå etter meining og mønster.
- 2.** I fase to byrjar ein å kode datamaterialet. Når ein kodar set ein ord på og framhevar viktige trekk som er interessante i datamaterialet (Johannessen et al., 2018, s. 284). Det er hensiktsmessig å lese gjennom heile datamaterialet minst ein gong før ein byrjar kodinga, då identifisering av moglege mønster vil sjåast etter kvart som ein les (Braun & Clarke, 2006, s. 87). Eg byrja å kode etter at eg hadde blitt kjend med datamaterialet. Eit og eit intervju vart koda fortløpande i teksten, og markerte kodane med raud skrift. Kodane er meir spesifikke enn tema, som dekkja breiare. I følge Braun & Clarke (2006, s. 89) kan ein kode så mange kodar som mogleg i denne fasen. Etter at eg hadde koda ferdig alle intervju vart kodane sortert i ein tabell som viste kvart intervju og samtlege kodar eg hadde identifisert.
- 3.** I fase tre søkjer ein etter tema/kategoriar i datamaterialet. Etter at samtlege kodar var sortert laga eg ein ny tabell. Eg byrja å sjå etter kodar som gjekk att i datamaterialet, sorterte og plasserte desse i kategoriar under potensielle tema (Braun & Clarke, 2006, s. 89). I kvar kategori samla eg data som hadde noko felles, nyansar av det same. I denne omgang sette eg

namn på tema med undertema. Eg hadde no definert seks tema, med undertema. Deretter presenterte eg førebelse tema for rettleiar, der me diskuterte tema og analyse.

4. Etter gjennomgang med rettleiar vart det tydeleg at nokre tema kunne slåast saman med andre. I denne fasen går ein gjennom tema/kategoriar. Då justerte eg kategoriane, slik at dei skulle spegla datamaterialet som heilheit. Eg valde å ta vekk undertema då eg såg at desse kunne gå inn i andre separate hovudtema (Braun & Clarke, 2006, s. 91). I denne delen av analysen slo eg saman to tema som handla om nokolunde det same, og dette resulterte i fem tema.

5. I denne fasen definerer og namngir ein tema. Ein kan gå over til denne fasen når ein har ein tilfredsstillande tematisk oversikt over datamaterialet (Braun & Clarke, 2006, s. 92). Eg opplevde at det var ein god oversikt over tema etter at kategoriane var justert, og eg var bevisst på at namn på tema skulle passe til innhaldet i desse. Braun & Clarke (2006, s. 92-93) legg vekt på at namn på tema må vere tydeleg og gi lesaren ei omgåande kjensle av kva tema handlar om. I denne delen av analysen kom eg fram til følgjande fem tema: kjennskap til kvarandre, ulik terskel for å kontakte helsestasjon, moglegheiter og utfordringar med teieplikta, rammer for samarbeidet og ønskjer for samarbeidet.

6. I den siste delen av analysen skal det skrivast ein rapport. Dei fem temaa vil bli presentert i sin heilheit under presentasjon av resultat. Rapporten skal vera samanhengande og interessant, og gjere greie for den historia data fortel. Kwart tema vert presentert med utdrag som speglar innhaldet i dei ulike tema (Braun & Clarke, 2006, s. 93).

4.5 Studien sin truverdighet

Studien sin truverdighet tyder at ein må stola på undersøkinga som er gjort, og at måten den er gjennomført på er truverdige, og at ein må stole på resultatene i studien (Jacobsen, 2018, s. 17). Ein kan vurdere truverdet og kvaliteten på kvalitativ forskning ved å vurdere studien sin validitet, reliabilitet og overføringsevne (Thagaard, 2018, s. 181).

Med bakgrunn i fleksibiliteten i tematisk analyse etter Braun og Clarke, valde eg å analysere heile datamaterialet. På den måten kan ein få fram mangfaldet i tverrfagleg samarbeid, som kan bidra til å styrke studien sin truverdighet.

4.5.1 Validitet

Kvale og Brinkmann (2015, s. 277-279) legg vekt på at ein bør ha fokus på validitet gjennom heile forskingsprosessen. Validitet handlar om i kva stor grad resultata ein kjem fram til er gyldige, og korleis desse blir tolka. Vidare handlar validitet om materialet og metoden, og kva desse kan seie noko om. Andre studiar som kan bekrefte mine funn, kan bidra til å auke validiteten i studien (Malterud, 2017, s. 23; Thagaard, 2018, s. 181). Dette var viktig for meg slik at ikkje tolking av resultat vart påverka av mi erfaring. I intervjusituasjon var eg bevisst på korleis eg stilte spørsmål og oppfølgingsspørsmål slik at eg ikkje styrte dei i retning mot eigen forforståing og eigen nærheit til feltet. Gjennom prosessen har eg og rettleiar saman sett på og diskutert intervju og analyse. Thagaard (2018, s. 189) viser til at studien sin validitet kan styrkast ved at nokon andre ser over analysen og stiller kritiske spørsmål knytt til denne. I presentasjon av funn har eg valt å nytte sitat frå informantane for å synleggjere mine tolkingar av opplevingane til informantane.

4.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handlar om korleis data er framstilt. Det handlar om at studien er gjennomført på ein påliteleg og tillitsvekkjande måte, og om gjere greie for korleis ein utvikla data (Thagaard, 2018, s. 181). Reliabilitet er knytt til om ein anna forskar som nyttar same metode hadde kome fram til same resultat (Thagaard, 2018, s. 187). Som forskar kan ein påverke kvaliteten på intervju, og det er difor viktig at ein reflekterer over dette i intervjusituasjon, og også reflekterer over kva relasjon ein har til informantane, og korleis framtoning ein som forskar har. Ein må også reflektere over på kva måte eigenskapane og posisjonen til forskaren har betydning for utvikling av data (Thagaard, 2018, ss. 188-189). Ein styrkar reliabiliteten når forskingsprosessen vert gjort gjennomsiktig, slik at andre kan sjå kva ein har gjort gjennom heile forskingsprosessen (Thagaard, 2018, s. 188). Under intervju nytta eg bandopptakar for å kunne fokusera mest mogleg på informanten og vera ein aktiv lyttar. Transkripsjonen gjennomførte eg sjølv, og på den måten kjenner eg innhaldet godt, noko som er nyttig når eg jobbar med analyse og resultat.

4.5.3 Overføringsevne

Studien sin overføringsevne handlar om at resultata ein kjem fram til er overførbare og kan vera relevant i ein større samanheng og i praksisfeltet (Thagaard, 2018, s. 194). Ein kvalitativ studie bør innehalde så mange intervju at ein oppnår metning, som vil seie at nytt intervju ikkje tilfører ny informasjon utover det ein allereie har (Jacobsen, 2018, s. 238). Utvalet i min studie utgjorde seks informantar, eg vurderte om eg skulle gjere fleire intervju, men opplevde

at det sjette intervjuet ikkje ga betydeleg meir informasjon. Dette er relativt lite utval, men eg vel likevel å tru at resultatet kan vere atkjennande for mange, særleg blant samarbeidspartar i tverrfagleg samarbeid kring barn og unge. Studien kan også gi grunnlag for nye studiar kring same tema. Likevel vil det vera opp til lesaren å avgjere om funna i studien er overførbare (Thagaard, 2018, ss. 193-196).

4.6 Ethiske vurderingar

Det var naudsynt å søkje Norsk senter for forskningsdata (NSD) for godkjenning av studien då ein i denne studien skulle samle inn personopplysningar (Norsk senter for forskningsdata, u.å.). Prosjektet vart godkjent av NSD 02.11.2021 (Vedlegg 1).

Ein tek omsyn til etiske vurderingar gjennom heile forskingsprosessen (Jacobsen, 2018, s. 45). Det er difor viktig at forskaren gjer seg kjend med kva etiske utfordringar ein kan møte (Malterud, 2017, s. 211). Informert samtykke, konfidensialitet og konsekvensar av å ta del i forskingsprosjektet er etiske retningslinjer som vert trekt fram som særskild viktig å ta omsyn til i den kvalitative forskingsprosessen (Thagaard, 2018, s. 22).

Før ein startar forskingsprosjektet er det viktig at deltakarane har gitt informert samtykke til deltaking i studien. Ein må ta omsyn til at samtykke som er gitt er informert og fritt. Det vil seie at samtykket er gitt utan påverknad, og at informanten veit nok om kva det vil seie å delta i studien (Thagaard, 2018, s. 23).

Eg utarbeida informasjonsskriv med førespurnad om deltaking i studien og samtykkeskjema som eg sende til dei aktuelle informantane (Vedlegg 3). I informasjonsskrivet vart det gitt informasjon om bakgrunn og formål studien, samt informasjon om datainnsamling. Det vart også gitt informasjon om kva det innebar å delta i studien og om informanten sine rettigheter. Informantane fekk også informasjon om at dei undervegs står fritt til å trekke seg frå deltaking i studien utan grunngjeving, og utan at det medførte nokre konsekvensar (Norsk senter for forskningsdata, u.å.).

Krav om anonymitet og konfidensialitet skal følgjast i heile forskingsprosessen. Dette tyder at personleg informasjon skal behandlast konfidensielt, og kan i vare takast ved at personlege opplysningar og datamateriale vert anonymisert. Informasjon frå behandlast slik at ein skjuler identiteten til informantane (Thagaard, 2018, ss. 24-25).

Lydopptaka som vart gjort av intervjua vart lagra på Høgskolen i Innlandet sin dataløysing basert på Feide - pålogging. Dette sikra sikker og trygg datahandtering, og hindra at uvedkommande fekk tilgang. Samtykke vart underskrive når intervjuet vart gjennomført, og vart oppbevart i låsbart skap på mitt kontor. Kwart transkriberte intervju vart lagra og nummerert, samt sortert etter kommune. Dette for å ha oversikt og for at det skulle vere lett å finne att om informanten ville trekke seg frå studien. Det skriftlege datamaterialet var lagra med passordinnlogging på OneDrive fillagring knytt til Høgskolen på Innlandet.

Forskaren skal syta for at deltakarane i studien ikkje skal oppleve unødvendige belastningar knytt til deltakinga i studien, og ein må reflektere over om deltakinga i prosjektet kan ha uheldige konsekvensar for deltakarane gjennom heile forskingsprosessen (Thagaard, 2018, ss. 26-27). Gjennom heile forskingsprosessen skal integriteten til deltakarane vere i vare teken, og ein skal unngå konsekvensar som kan vere uheldige for integriteten. Slike negative konsekvensar kan vere i høve tema ein tek opp og at ein stiller uventa oppfølgingsspørsmål som kan vera problematiske for deltakaren, samt at deltakarane kan kjenne seg att i presentasjon av resultatet (Thagaard, 2018, ss. 26-27). Deltakarane vil få tilbod om å lese den ferdige oppgåva.

4.7 Metoderefleksjon

Metode er framgangsmåten ein vel for å komme fram til truverdig og gyldig forskning (Jacobsen, 2018, s. 15). Kvalitative metodar opnar for moglegheita til å forske på tema som ein har avgrensa kunnskap om frå før (Malterud, 2017, s. 32).

Eg valde kvalitative intervju som metode for å få fram kvar enkelt informant sine opplevingar og meiningar knytt til tema, samt moglegheit til å gå i djupna (Malterud, 2017). På eit tidleg tidspunkt i prosessen vurderte eg å gjennomføre fokusgruppeintervju. Dette er ein type gruppeintervju der ein samlar ei gruppe med seks til ti informantar for å belyse tema med målsetjing i forbetring (Brottveit, 2018c, s. 94). Eg såg at det ville bli tidkrevjande og vanskeleg å samle informantane, då desse var frå seks ulike barnehagar. Difor valde eg individuelle intervju.

Informantane som deltok i studien varierte i alder og erfaring, samt frå seks ulike barnehagar. Dette kan få fram variasjonar i opplevingane, og som kan vere med å styrke studien.

Eg valde delvis strukturert intervju for å sikre at alle informantane svarde på same spørsmål, samstundes som det ga moglegheit til å stille oppfølgingsspørsmål. Undervegs i transkriberinga såg eg at eg kunne stilt fleire oppfølgingsspørsmål i nokre av intervjua der informanten svara lite utfyllande på spørsmåla i intervjuguiden. Dette har eg sett tydlegare i drøfting, då eg ser at oppfølgingsspørsmål som kunne fått fram fleire grunngevingar og utdjupingar som kunne vore relevant. Men eg opplever likevel at eg har fått eit rikt materiale. I følge Thagaard (2018, ss. 95-96) kan oppfølgingsspørsmål bidra til å kompensere for ulikskapen som kan vere i høve kor ope informantane svarar i hovudspørsmåla.

Med bakgrunn i eigen jobb som helsesjukepleiar har eg tilknytning til den eine kommunen. Når ein har erfaring med tema og ein har ei forforståing, kan det vere fare for å blande rollane. Eg har vore bevisst på min rolle som student i møte med informantane, slik at eg har reflektert over min posisjon og vore bevisst på at informantane ikkje skal bli «farga» av min utdanning og erfaring (Jacobsen, 2018, ss. 56-57).

Sjølv om eg har vore bevisst mi eiga forforståing gjennom forskingsprosessen, kan forforståinga likevel ha innverknad på spørsmål som vart stillt, tolking av datamaterial og kva eg ser på som viktige funn i studien (Malterud, 2017, ss. 43-46).

5.0 Presentasjon av funn

I dette kapittelet vert sentrale funn og resultat frå dei seks intervjua presentert. Med bakgrunn i den tematiske analysen kom eg fram til fem tema. Temaene skal bidra til å belyse korleis dei tilsette i barnehagen opplever samarbeidet med helsestasjon. For å få fram informantane sine opplevingar, vert aktuelle sitat frå intervjua presentert. Kvart tema byggjer på kodar (Tabell 1).

Tema	Kjennskap til kvarandre	Ulik terskel for å kontakte helsestasjon	Moglegheiter og utfordringar med teieplikta	Rammer for samarbeidet	Ønskjer for samarbeidet
Kodar	<ul style="list-style-type: none"> *Godt samarbeid. *Betre samarbeid no enn før-positiv endring. *Meir fokus på samarbeid. *Gjensidig kontakt. *Kjenne fjesa. *Kjenner dei som jobbar der. *Byrja å bruke BTI. *Trygghet i å drøfte. *Sjå heilheit. *Viktig med dialog. 	<ul style="list-style-type: none"> *Lett tilgjengeleg. *Lett å ta kontakt. *Låg terskel for å ta kontakt. *Bekymring om enkeltbarn. *Drøfting av enkeltbarn. *Lett å ringje. *Drøftar internt i barnehagen. *Ringjer om minoritetsbarn/flyktningar. *Ringjer om helse. *Ringjer om utvikling. *Drøftar anonymt. *Ringjer/tek kontakt ved behov. *Kjenner til fast kontaktperson. *Styrar avgjer vegen vidare i høve drøfting. *Styrar meiner det må vera grunn for å ringje. *Lettare å bruke helsesjukepleiar i barnehagen. *Ringjer når det er behov. *Lagar ikkje problem *Dårleg erfaring pregar-større terskel for kontakt. 	<ul style="list-style-type: none"> *Utfordrande i samarbeid. *Ønskje om å dela fritt. *Kunne ha meir open dialog. *Utfordrande med ulik teieplikt. *Lett å få samtykke. *Usikkerheit når ein ikkje får samtykke. *Viktig å få samtykke til å kunne dele. *Meir fokus på å få tidleg samtykke. 	<ul style="list-style-type: none"> *Ulike rutinar. *Faste møtepunkt. *Manglar møtepunkt. *Tverrfaglege møter. *Ansvarsgruppe møter. *Samarbeid om enkeltbarn. *Tilsette kjenner ikkje til skriftleg samarbeidsavtale. *Har rutinar for samarbeidet. BTI *Helsesjukepleiar i barnehagen. *Drop in vert lite brukt. *For lite rammer (tid og ressursar). *Prioritere tida. *Prioritere samarbeid. *Styrar kallar inn til hsp - møter. *Viktig med støtte frå styrar. *Styrar har ansvar for tverrfaglege møter. 	<ul style="list-style-type: none"> *Samarbeide om helsekonsultasjonar. *Konsultasjonar i barnehagen. *Helsesjukepleiar i barnehagen. *Samarbeide meir ut mot foreldra. *Helsestasjon kan ta meir kontakt.

Tabell 1. Oversikt over tema og tilhøyrande kodar

5.1 Kjennskap til kvarandre

Kjennskap til kvarandre handlar om kor godt ein kjenner til kvarandre, både når det gjeld kjennskap til tenester og arbeidsområde, men også når det gjeld å vite kven ein skal samarbeide med. Samtlege av informantane fortalde at dei opplevde samarbeidet med helsestasjon som godt, og kom med konkrete dømer på konkrete situasjonar der dei opplevde godt tverrfagleg samarbeid med helsestasjon. Dei tilsette i den eine kommunen fortalde at helsesjukepleiar med fast kontortid i barnehagen ein gong i månaden var ein av årsakene til at dei opplevde samarbeidet som betre no enn tidlegare. Ein av informantane sa dette:

«Det er betre enn det har vore på mange år. Og det handlar litt om prosjektstillinga. At helsesjukepleiar kjem ut i barnehagen. Og då får du eit litt tettare samarbeid, og du får eit fjes» (Informant 2).

Barnehagelærarane viste her til at dei opplever eit tettare samarbeid når ein møter kvarandre fysisk i barnehagen, samt at dei opplevde også at det vart lettare å ta kontakt med helsesjukepleiar når dei vart betre kjende.

Dei tilsette i den andre kommunen trakk fram at det tverrfaglege samarbeidet har blitt betre etter at kommunen tok i bruk BTI – modellen (Betre tverrfagleg innsats), og at det då vart eit system som dei prøver å følgje. Det kom også fram at modellen krev øving og ein skal ha tid i barnehagekvardagen. Ein av barnehagelærarane sa dette:

«Før var du litt meir usikker på når kunne du ta kontakt og når var det lov og korleis skulle du gjere det. Men, vi har jo fått inn BTI'en, då har vi litt meir system på det» (Informant 4).

Ein av informantane som hadde vore med på kommunesamanslåing synte til ei endring frå det negative til det positive når det gjaldt samarbeid med helsestasjon. Informanten synte til at det tidlegare ofte vart skulda på teieplikt, men det var også sjeldan at helsestasjon tok kontakt, og det kunne vere utfordrande med samarbeid. Etter kommunesamanslåing synte informanten til at helsestasjon har vist særst stor interesse for samarbeid, og kva som kunne samarbeidast om. Kontaktperson på helsestasjon tok raskt kontakt for å informere om aktuelt samarbeid, og for å bli kjende. Informanten synte også til at denne forbetringa kunne komme av satsing på tverrfagleg samarbeid i kommunen, samt betre system:

Me visste ikkje heilt kva dei dreiv med, me følte me dreiv to ulike plassar, mens no føler eg det er mykje betre samarbeid, og det er jo og sjølvstykkt knytt til alle

satsingsområda og tema, så det blir jo meir synleggjort då. Så veldig bra akkurat no.
(Informant 6)

Samtlege informantar fortalde at dei hadde kjennskap til at sin barnehage hadde eigen kontaktperson på helsestasjon. I tillegg hadde dei også kontakt med andre helsesjukepleiarar, i samband med til dømes ansvarsgrupper. Fleire av informantane trakk fram det å ha eit kjent ansikt og kjenne dei som jobbar på helsestasjon som noko som gjorde det lettare å ta kontakt og å samarbeide. Nokre av informantane synte til at ein kjenner kvarandre betre når ein har jobba nokre, har møtt nokre helsesjukepleiarar, og då har meir erfaring. Medan nokre av dei andre informantane viste til det at helsesjukepleiar er ute i barnehagane og at ein ser kvarandre oftare, gjer at ein blir meir kjende og ein få eit fjes og eit ansikt utad. Ein av informantane sa dette:

«Du veit kven som er der og du har jo sett forskjellige helsesjukepleiarar innom, og eg trur det er lettare når du har vore ei stund i barnehagen og kjenner fjesa» (Informant 4).

Nokre av informantane synte til at dei opplevde meir gjensidig kontakt mellom barnehagen og helsestasjon enn tidlegare. Dette kunne vere fordi ein hadde meir kjennskap til kvarandre ved at helsesjukepleiar oftare var til stades ute i barnehagen både i samband med pågåande prosjekt med helsesjukepleiar i barnehagen, men også på felles møter i barnehagen. Men det kunne også vere fordi det var auka fokus på tverrfagleg samarbeid i kommunane.

Ein av informantane viste til at:

«Dei tek kontakt med oss og me tek kontakt med dei viss det er noko me lurar på om ungane» (Informant 5).

Fleire av informantane trakk fram at det var viktig for samarbeidet at ein hadde med god dialog med helsestasjon, då ein møter dei same borna. Dei synte til at det å kunne ringje og drøfte anonymt eller med samtykke, og ein vart møtt, lytta til og ein fekk råd og rettleiing, ga ei trygghet. Informantane synte til at barnehagen og helsestasjon saman kunne sjå heilheita kring barnet.

Ein av barnehagelærarane sa dette:

«Så er det viktig at eg som barnehagelærer og den som er på helsestasjon kan ha ein god dialog og at vi er lydhøyre for kvarandre» (Informant 4).

Ein av barnehagelærarane trakk fram at ein burde treffe kvarandre meir for å bli betre kjente med fagfelta, då ein har ulike faglege perspektiv i møte med barnet.

Ein av informantane sa dette:

«Å kunne hatt ein felles arena der ein kunne blitt meir kjent med fagområda våre, trur eg faktisk at vi kunne tent på, rett og slett» (Informant 4).

Dette viser at det å ha kjennskap til kvarandre og fagfelta er viktig for å få til eit godt samarbeid.

5.2 Ulik terskel for å kontakte helsestasjon

Ulik terskel handlar om den enkelte sin føresetnad for å ta kontakt. Gjennom intervju kom det fram at informantane hadde ulik terskel for å ta kontakt med helsestasjon. Informantane ga uttrykk for at det var lett å ta kontakt med helsestasjon. Vidare sa informantane at dei opplevde helsestasjon som lett tilgjengelege både på telefon og e-post, samt at ein følte seg møtt. Ein av barnehagelærarane sa at:

Eg syns det er god tilgjengelegheit og ein blir teken på alvor. Det er lett å ta den telefonen, og me får stort sett svar med ein gong, og viss ikkje så kan me få beskjed om at dette skal me finne ut av så ringjer me oppatt. Det gjer dei, så det blir følgt opp. (Informant 2)

Fleire av informantane fortalde at det som regel var låg terskel for å ta kontakt med helsestasjon, men at dei oftast har drøfta og prøvd å løysa utfordringane internt i barnehagen før dei tek kontakt med helsestasjon. Informantane syntte til at terskelen var lågare enn før når det gjaldt å ta kontakt, og det behøvde ikkje vera noko av alvorleg grad.

Ein styrar syntte til at det var meir gjensidig kontakt, og det gjorde til at terskelen vart lågare:

«Og terskelen er ikkje så høg som den var før. Eg trur det har litt med at barnehagane har fått meir status og at dei ringjer oss og spør, og då føler eg at me bidreg begge vegar» (Informant 5).

Ein av barnehagelærarane påpeika at terskelen for å ta kontakt med helsestasjon vart større om ein hadde opplevd negativ erfaring relatert til samarbeid med helsestasjon. Dette kunne skuldast misforståingar i til dømes møter og ulike oppfatningar av case, som igjen kunne føre til at ein vegrar seg for å ta kontakt ved seinare høve.

«Og når du prøver å drøfte og du føler du blir misforstått då på ein måte. Då blir kanskje terskelen større for å ta kontakt» (Informant 4).

Ein av styrarane fortalde at dei tok kontakt med helsestasjon når dei opplever at det er noko meir enn det dei kan finne ut av sjølve, og der dei treng nokre svar og råd utanfrå.

Ein av barnehagelærarane fortalde at dei fleire gonger hadde teke kontakt med helsestasjon for å få råd om korleis dei skal gå fram i høve bekymring rundt foreldre si psykiske helse. Fleire av informantane fortalde at dei også ringde om generelle spørsmål som gjaldt søvn, sjukdom og smitte. Ein av barnehagelærarane uttrykte det slik:

Altså det treng ikkje vera ei alvorleg bekymring eller ei bekymring i seg sjølv, men det kan vera eit spørsmål som ikkje går direkte på ein unge heller, men rett og slett faglege spørsmål som er relatert til helse då eller ungar. (Informant 6)

Ein av styrarane fortalde at det var lett å ta kontakt med helsestasjon om ein hadde behov for det, men at det måtte det vera ein grunn for å ringje. Styraren viste til at deira barnehage hadde lite utfordringar og kanskje ikkje var dei som brukte helsestasjon mest. Men når dei hadde behov for det, var terskelen låg for kontakt.

Barnehagelærarane la vekt på at styrar hadde særskilt mykje å seie for det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon. Dei syner til at styrar var den dei først tok opp ei problemstilling eller bekymring med, og at det var styrar som var med på å avgjere vegen vidare i høve ei eventuell drøfting med helsestasjon eller andre aktuelle instansar.

Du drøfta jo først med leiaren din, der du rådfører, kva tenkjer du eg skal gjere, skal eg kontakte dei? Når du har ein leiar som er på og du kan luften ting med så er det kanskje litt lettare for då føler du at, okay, styraren min støttar meg i dette og då er det fleire som står om det og kanskje ser den same tingen før ein tek kontakt. Men har du ein leiar som ikkje er til stades som du ikkje kan drøfte ting med, så kan hende terskelen blir enda større. For du må jo ofte gjennom styrar før ei går vidare. I vertfall i barnehagen tenkjer eg. (Informant 4)

Det var varierende om det var barnehagelærer eller styrar som tok kontakt med helsestasjon etter intern drøfting. Styrarane var ikkje så opptekne av deira ansvar for rutinar i høve samarbeid med helsestasjon som gjekk på drøfting av enkeltbarn og å avklare vegen vidare i lag med tilsette. To av styrarane tolka deira ansvar for å sikre at barnehagen har rutinar for samarbeid mot å leggje til rette for det systemretta i høve møteverksemd, helsesjukepleiar i

barnehagen, men også det at helsesjukepleiar kunne bli brukt meir inn mot foreldremøte. Ein av styrarane tolkar sitt ansvar slik:

Eg tolkar det dit hen at ein tek kontakt med helsestasjon når ein har behov for det. Og at me lagar ikkje problem ut av ting som ikkje er problem. Men kanskje me skulle brukt dei meir i forhold til foreldregruppa, foreldremøte og personalgruppa.

(Informant 5)

Ein anna styrar tolka si rolle i høve samarbeidet slik:

«At me har desse møta, som er fastlagde og skal gjennomførast, som hsp-møta. Sånn at det blir sikra eit samarbeid då [...]. Men eg har lagt opp til at ja, samarbeidet skal vera for alle» (Informant 1).

Når dei hadde fast helsesjukepleiar i barnehagen fortalde fleire av informantane at det var lettare å ta ein uformell samtale og avklare ting der og då medan helsesjukepleiar var i barnehagen, samt at det var moglegheit til å gjennomføre samtale med foreldre saman dersom det var behov for det. Nokre av informantane fortalde at helsesjukepleiar i barnehagen også kunne nyttast av foreldra som eit drop – in tilbod, men at tilbodet vart lite brukt. Desse informantane synte til at det tok tid å innarbeide slike tilbod som årsak til at det vart lite brukt. Ein annan informant synte til at det var enklare å drøfte enkeltbarn når helsesjukepleiar hadde sett det same barnet i barnehagen, og at det vart lettare å følgje opp.

Det trur eg kanskje har hjelpt med å ha ein helsesjukepleiar som kjem i barnehagen. For då ser dei den same ungen som me ser, og då er det lettare å snakke om det. Viss eg berre skal ta ein telefon til helsestasjon og spørje korleis er den på kontroll hjå dykk, så er det litt større barriere. (Informant 2)

Nokre av informantane fortalde at det var nyttig at helsesjukepleiar kom ut i barnehagen for å sjå ungane i den naturlege og trygge settinga og ikkje berre inne på helsestasjonen, der ungane kan bli meir skeptiske og ein ikkje ser det totale bildet.

Informantane fortalde at det var ulike årsaker til at dei tok kontakt med helsestasjon, men at det oftast handla om drøfting av bekymring kring enkeltbarn, anonymt eller med samtykke frå foreldra. Det kunne vera bekymring knytt til helse, utvikling, språk, minoritetsbarn. Funna syner også at det var ulik terskel for når barnehagen tok kontakt med helsestasjon.

5.3 Moglegheiter og utfordringar med teieplikta

Moglegheiter og utfordringar med teieplikta handlar om korleis informantane opplever at teieplikta påverkar samarbeidet. Fleire av informantane ga uttrykk for at ei opplevde at teieplikta kunne vere utfordrande med tanke på samarbeid. Nokre av informantane hadde eit ønskje om at ein kunne dela meir fritt mellom instansane, særleg i saker der ein hadde ei bekymring og i høve minoritetsbarn. Ein av informantane sa dette:

Det eg savna egentleg er at det kunne vore litt friare dialog mellom barnehagen og helsestasjon. Vi har jo taushetsplikt, helsestasjonen har taushetsplikt. Det å kunne drøfta litt i lag litt meir opent utan å ha så masse papirarbeid og då i alle fall spesielt inn mot dei minoritetsspråklege foreldra, fordi dei er ofte litt redde sånn som helsestasjon og barnevern for det er litt sånn nederlag viss ein må kontakte dei. For det å kunne hatt ein liten flyt der det var litt meir ope kanskje. Det savna eg litt, for då er det mykje lettare å kunne luften enkeltbarn og. (Informant 4)

Nokre av informantane synte også til at ein kunne hatt meir open dialog også i forhold til minoritetsspråklege barn, då desse i følge informanten er meir redde og kan sjå på det som eit nederlag om ein spør dei om samtykke til å snakke med helsestasjon.

Ein av informantane opplevde at det kan vera utfordrande med at helsestasjon har si teieplikt, og ikkje får dele informasjon fritt med barnehagen.

Viss me veit at dei veit noko som dei ikkje kan seie til oss, helseopplysningar, som kanskje hadde hatt noko å seie for oss då. Så ville me sagt at jammen det er barns beste at me får vite om det, fordi me har dei barnehagen heile dagen. Og så er dei på ein måte underlagt si teieplikt. Men det er ikkje så ofte ein kjem oppi sånne situasjonar, stort sett så er foreldre greie å ha med å gjere. (Informant 1)

Informantane fortalde at dei i mange tilfelle valde å drøfte anonymt, dette kunne vera fordi dei enda ikkje hadde spurt etter samtykke, eller ikkje fått samtykke. Informantane fortalde at det var viktig å få samtykke til samarbeid, og at det ga ein moglegheit for å kunne snakke meir fritt. Samtlege av informantane sa at det stort sett var uproblematisk å få samtykke frå foreldra til å samarbeide med helsestasjon.

Nokre av informantane viste til ei usikkerheit og bekymring når dei ikkje fekk samtykke, og viste til at dei kunne kjenna seg låst i situasjonen.

«Når du får eit nei, kva gjer du då? Då føler du deg litt sånn bunden på ein måte. Og så skal du tenkje på barnets beste. Då byrjar du å bli usikker der då» (Informant 4).

Nokre av informantane som hadde teke i bruk BTI – modellen fortalde at dei hadde meir fokus på å få tidleg samtykke i møte med foreldra no enn tidlegare.

«Det er alltid samtykkeskjema med på ein av dei første samtalan viss det er spesielle utfordringar» (Informant 6).

Dette syner at ved å vere gode til å ta i bruk samtykkeskjema gir det moglegheiter til tverrfagleg samarbeid på eit tidleg tidspunkt.

5.4 Rammer for samarbeidet

Rammer for samarbeidet handlar om å belyse ulike organisatoriske, systemiske og relasjonelle faktorar som påverkar det tverrfaglege samarbeidet. Gjennom intervjuua kom det fram at det var ulike rammer for samarbeidet mellom barnehagane og helsestasjon. Dei tilsette skildra ulike rutinar og system for samarbeidet, samt faktorar som påverka samarbeidet.

Helsestasjon sine faglege retningslinjer har ei sterk anbefaling om ein skriftleg samarbeidsavtale mellom tenestene som skildra system – og individretta samarbeid. Det kom fram at ingen av informantane hadde kjennskap til om deira barnehage hadde ein slik avtale. Fleire av informantane viste til at det hadde skjedd ei positiv endring i høve samarbeidet, og at det var betre no enn før. Dette kunne blant anna vere fordi det hadde vore meir fokus på samarbeid og at det var betre system.

Informantane synte til at det var ulike rutinar for samarbeid i sine kommunar. Informantane i den eine kommunen synte til helsesjukepleiar i barnehagen, familieforum og helse, sosial og pedagogikk møter (HSP-møter) som deira rutinar, samt samarbeid om foreldrerettleiingskurs som felles rutinar i barnehagane. Den andre kommunen synte til manglande møtepunkt og få rutinar, men at dei hadde byrja ta i bruk BTI – modellen som system for tverrfagleg samarbeid i kommunen. Dei tilsette i denne kommunen opplevde BTI som eit godt system og hadde tru på at det vart bra, men synte til at dei framleis var i startfasen. Ein av informantane i denne kommunen sa dette:

Vi prøver no å følgje BTI'en no då. Og vera flinke til å snakke litt i lag personalet først, styrar observerer litt og viss vi tenkjer inn mot den modellen då, så snakke

kanskje med foreldra og så blir vi så einige om eventuelt det er greitt for oss å kontakte helsestasjon. (Informant 4)

Same informanten viste vidare til at slike system også krev at ein har rammer for det i arbeidskvardagen:

Vi må sikkert ha den litt meir innarbeidd, vi er litt ferske i gamet. [...]Det er ein fin måte å gå gjennom, men vi ser at den krev veldig masse av oss. Personalet må møtast veldig ofte og det er det ikkje rammer for i barnehagen. Så det ser vi er den største utfordringa med den modellen då, at vi liksom ikkje har desse møtepunkta. (Informant 4)

Informantane i den eine kommunen synte til HSP - møter og familieteam som faste møtepunkt i deira kommune, og var møter som fungerte godt. Informantane fortalde at det var styrar som hadde ansvar for å kalle inn til HSP-møta, men at det var ulikt korleis desse var organisert. Det var ulike oppfatningar om kven som hadde ansvar for familieforum.

Så er det ulikt korleis barnehagane løyser det hsp-møtet. Me her vel at kvar pedagogiske leiar er med på møta og alle instansane er med, då får alle på ein måte høyre det same og alle har eit kontinuerleg samarbeid heile tida då. (Informant 1)

Nokre av informantane i den andre kommunen fortalde at det hadde vore faste HSP – møter i barnehagen tidlegare. Etter kommunesamanslåing og pandemi hadde det ikkje blitt innkalla til desse møta. Ein av informantane sa dette:

Me hadde jo desse voldsomt gode hsp-møta, dei hadde me gode system på. Og då var helsestasjon flinke til å møte når me hadde det. Og då avtalte me faste tema som me drøfta og det fungerte fint, men så kom samanslåinga og koronaen, så har det på ein måte sklidd ut i sanden. Så eg veit ikkje om det er nokon som har det lenger eller kva. (Informant 5)

Berre ein av informantane i den eine kommunen fortalde at dei hadde fast møtepunkt med helsestasjon i dag utanom ansvarsgruppemøter. Informanten fortalde at dei hadde ressursteam, noko dei hadde starta opp med i samband med BTI. Ein anna informant uttrykte behov for tverrfagleg møtepunkt for å bli kjende, men også drøfta case frå ulike ståstad.

Å det å kunne setje seg ned og drøfte syn på ulike case for eksempel. Korleis ser du som barnehage på den situasjonen, korleis ser du på helsestasjon situasjonen. Fordi vi har så ulike briller på oss. Det å kunne ha slike samarbeid der vi kjenner til kvarandre

og drøftar ting. Eg trur eg ser ein situasjon på ein måte og dei frå helsestasjon ser det på ein anna måte. (Informant 4)

Fleire av informantane fortalde at dei i dag samarbeida mest med helsestasjon om enkeltbarn, og spesielt barn som har ekstra utfordringar eller er knytt undring til. Ein av barnehagelærarane synta til at barnehagen og helsestasjon ser dei same ungane, og at difor er det naudsynt å ha eit godt samarbeid og god dialog om borna.

Altså eg tenkjer at vi ser dei same ungane, og vi jobbar jo for at ungane skal ha det best mogleg. Så eg tenkjer det å ha eit godt samarbeid og ein dialog om dei barna som vi har er viktig. For eg tenkjer at då får vi sjå heilheita i ungen, og det er jo det vi skal sjå etter at vi kan. (Informant 4)

Når informantane vart spurt om kva dei opplevde som hemma og fremja samarbeidet med helsestasjonen peika dei på ulike faktorar som hadde betydning for det. Informantane nemnde faktorar som tid, ressursar, teieplikt og samtykke, respekt, kompetanse, system, møtepunkt og god dialog. Ein av informantane trakk fram at respekt for kvarandre sine oppgåver og kompetanse er faktorar som bidreg til godt samarbeid. Fleire av informantane trakk fram det å prioritere tid til tverrfagleg samarbeid som ein utfordrande faktor. Ein av informantane sa dette:

«For vi har som regel den klokka vi går etter alle. Og korleis skal vi få det til. Det trur eg hindrar eventuelt ein moglegheit til å løfte samarbeidet på tvers» (Informant 4).

Ein anna informant sa dette:

«Men det handlar om tid for alle. Å kva ein skal prioritere. [...] Altså viss det er noko ein skal samarbeide om så får ein jo tid til det. Ein lagar seg tid» (Informant 5).

Vidare viste fleire av informantane til utfordringar med avgrensa ressursar som skuldast lite bemanning:

Det kan fort bli nedprioritert i kvardagen. [...] Vi har knapp bemanning føler eg, spesielt veldig sårbar når det er sjukdom og det å få inn folk. Hovudfokuset blir då ungane du har her og no, og få dagen til å og. Og du får ikkje den moglegheita til tenkjer lenger fram enn akkurat her. (Informant 4)

Funna syner at tid, ressursar og system er viktige faktorar som påverkar det tverrfaglege samarbeidet i arbeidskvardagen.

5.5 Ønskjer for samarbeidet

Ønskjer for samarbeid handlar om kva bør og kan barnehagane og helsestasjon samarbeide meir om. Informantane hadde ulike tankar om kva barnehagen og helsestasjon kunne samarbeide meir om. Dei fleste av informantane har erfaring med helsesjukepleiar i barnehagen. Nokre har hatt det og ønskjer tilbodet attende, medan andre har det og ønsker å behalde tilbodet. Fleire syntte til at det var nyttig at helsesjukepleiar var ute i barnehagen og møtte dei tilsette og ungane, og viste til at det er lett å avklare ting når dei kjem i barnehagen. Det vart også lagt vekt på at det kunne vere lettare å bruke helsesjukepleiar når dei er ute i barnehagen, og at ein ønskjer ein fast helsesjukepleiar og sleppe å forholde seg til nye.

To av informantane syntte også til at ein kunne få faste møtepunkt og tettare samarbeid ved at helsesjukepleiar hadde fast tid i barnehagen. Det vart også vist til at ein saman kunne ha betre dialog med foreldra.

«At vi ser nytten av samarbeidet, og vi ser konkrete eksempel på at det har vore nyttig. Altså når vi opplever at vi jobbar godt saman i forhold til å få ein god dialog med foreldra» (Informant 3).

Fleire av informantane fortalde at dei hadde ønskje om å samarbeide med helsestasjon om dei faste helsekonsultasjonane, og meinte at helsesjukepleiar kunne gjennomføre enkelte konsultasjonar i barnehagen. Dei syntte blant anna til at trygge omgivnader og å sjå borna i ein naturleg setting ville vere fordelar med det.

Altså rett og slett samarbeide om kontrollane, utviklinga til borna. Me ser dei kvar dag, det gjer ikkje dei. Og etter mi meining så skulle dei kontrollane blitt tekne ut i barnehagen. Det hadde vore heilt perfekt at dei hadde komme meir ut og sett ungane. Då ser dei ungane i naturleg setting. Dei er meir skeptisk når dei kjem på helsestasjon. (Informant 5)

Ein av informantane peikte på moglegheit for å sjå heilskapen kring barnet ved å samarbeide om helsekonsultasjon i barnehagen.

For vi ser jo ungane her i leik og dei er trygge og dei har venner og du ser korleis dei fungerer. På helsestasjon blir det kanskje berre enkeltbarnet du ser, i alle fall viss du skal sjekke sånn som språk, tegneferdigheit, motorikk og den type ting, så ser du kanskje lettare det i barnehagen enn på helsestasjon. (Informant 4)

Nokre av informantane trakk fram ein burde samarbeide meir med helsestasjon og brukt helsestasjon meir inn mot foreldregruppa, som til dømes gjennom foreldrerettleiing og foreldremøte.

Ein av informantane sa dette:

Me ser dette her med å styrka foreldra og COS (Circle of security). Det har jo både helsesjukepleiarar og barnehagetilsette, eller pedagogane. Mange av oss har sertifisering i forhold til det. Så det bør forsetja. For der har me og eit bra samarbeid på å få til då. For me ser at foreldre må meir og meir rettleiast på alt. (Informant 1)

Ein anna informant sa dette:

«Me ser at me kanskje skulle ha brukt helsestasjon meir inn mot foreldremøte og personalgruppa. Snakka med foreldra om grensesetjing, mat, soving» (Informant 5).

Nokre av informantane trakk også fram ønskjer om meir samarbeid om enkeltbarn og enkelte aldersgrupper. Informantane syner til samarbeid kring barn med uklare utfordringar som det ikkje er system rundt, og til samarbeid om treåringane som ikkje har faste konsultasjonar på helsestasjon, og at desse kan gleppe for både helsestasjon og barnehagen.

Dette syner eit behov for samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon, men at ein er delt i kva ein ønskjer og meina ein bør samarbeide om. Informantane skildrar behov for både individ – og systemretta samarbeid.

5.6 Oppsummering av funn

Informantane i studien syner til at dei opplever eit godt samarbeid med helsestasjon i dag, og dei syner til ei positiv utvikling. Informantane trekk fram meir fokus på tverrfagleg samarbeid i kommunen, system og helsesjukepleiar i barnehagen som bidrag til betre samarbeid. Det kjem fram at det er ulik terskel for å ta kontakt med helsestasjon. Nokre informantar syner til at det å kjenne til kven som jobbar der og å ha eit ansikt er noko som gjer det lettare å ta kontakt. Nokre av informantane syner til at negativ erfaring med helsesjukepleiar gjer at terskelen for å ta kontakt med helsestasjon vert større. Det kjem fram at dei fleste ringjer helsestasjon om spørsmål knytt til helse og drøfting av enkeltbarn, og at dei som oftast drøftar internt i barnehagen først. Informantane opplever at det er ei trygghet i drøfte med helsestasjon. Eit interessant funn som kjem fram i studien er korleis styrarane tolkar sitt

ansvar i høve rutinar for det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon. Barnehagelærarane trekk fram styrar som avgjerande for vegen vidare i høve tverrfagleg drøfting, medan styrarane tolka sitt ansvar for rutinar for tverrfagleg samarbeid meir mot det systemretta samarbeidet.

Tid og ressursar er faktorar som vert gjenteke når det gjeld faktorar som påverkar det tverrfaglege samarbeidet. Om lag samtlege informantar syner til lite tid og for lite ressursar til å jobbe systematisk tverrfagleg. Det vert synt til at teieplikta kan vere utfordrande då fleire informantar syner til at det skulle vore meir open dialog mellom barnehagen og helsestasjon. Likevel syner informantane til at det stort sett er enkelt å få samtykke til å samarbeide med helsestasjon. Det kjem fram at det er eit ønskje og behov meir samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon, både på individ – og systemnivå. Fleire syner til eit ønskje om å samarbeide om enkelte helsekonsultasjonar, og at desse gjerne vert gjennomført i barnehagen.

6.0 Drøfting av resultat

I dette kapitlet vert funna i studien drøfta i lys av teori og tidlegare forskning. Drøftinga vil bli presentert med dei fem tema frå resultatdelen som overskrifter. Formålet med studien er å belyse korleis dei tilsette i barnehagen opplever det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon.

6.1 Kjennskap til kvarandre

Funn i studien syner at informantane opplever at samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon er godt. Men samstundes beskriv informantane situasjonar der dei hadde opplevd mindre godt samarbeid med helsestasjon. Ødegård (2016) og Ødegård og Willumsen (2011) viser til at samarbeid vert oppfatta ulikt ut frå kva kvar part opplever som samarbeid og ut frå kva type samarbeid ein tek del i. På den eine sida synte informantane til at godt samarbeid var situasjonar der barnehagen hadde fått samtykke til at helsesjuepleiar kunne observere barn dei var uroa for i barnehagen, eller dei kunne ringje helsestasjon og drøfte. Dette synte informantane til som ei trygghet ved at andre tenkte og såg det same. På den måten kunne dei setje i verk tiltak på eit tidleg tidspunkt. Dette kan sjåast i samanheng med studien til Breimo et al. (2019) som syner til at helsestasjon ofte er dei som har best føresetnad for å oppdage barn som gir undring, men som ser barna sjeldan. Difor kan barnehagen som er saman med barna store delar av dagen, drøfte undring med helsestasjon for å få råd og rettleiing for vidare tiltak (Breimo et al., 2019, ss. 11 - 12). På den andre sida synte informantane til mindre godt samarbeid der dei opplever at det er uklart i forhold til kor mykje som kan delast av informasjon når ein deler ei bekymring, særleg i forhold til å ikkje få informasjon som helsestasjon har om barnet. To av informantane viste til mindre godt samarbeid når barnehagen og helsestasjon ikkje er samde i tverrfaglege møter kring enkeltbarn, og viste til at det kunne skape usikkerheit og skepsis. Garvis et al. (2016) viser til at kommunikasjon, respekt for kvarandre og forståing for fagfelte er faktorar som er viktige for samarbeidet mellom helsesjuepleiar og barnehagelærar. Når ein skal samarbeide er det naudsynt å ha kunnskap og kjennskap til andre profesjonar sitt fagområde og deira kompetanse, og det kan vere tenleg å gjere rolleavklaringar i forkant slik at ein kan unngå usemje og misforståingar (Willumsen, 2009, ss. 25-26). Willumsen (2016, ss. 43-44) snakkar om ulike typar kompetanse hjå fagprofesjonane som skal samarbeide. Kjernekompetansen er den kompetansen ein fagprofesjon har som ein anna ikkje har. Dette samsvarar med at

helsesjukeleiarar har spisskompetanse om helse hjå barn som førebygging og helsefremjing, og barnehagelærarane har pedagogisk kunnskap. Den overlappende kompetansen som fleire fagprofesjonar kan ha og kan vera tilnærma lik, som til dømes mat og søvn, og til dels språk. Felleskompetansen er utvikla gjennom tverrfagleg samarbeid over tid, og handlar om kunnskap om kvarandre sitt ansvarsområde og oppgåver.

Det kjem fram i funna i studien at fleire av informantane opplevde at samarbeidet mellom barnehagane og helsestasjon er betre no enn før. Informantane som hadde erfaring med barnehagehelsesjukepleiar synta til at det var ei årsak til endringa. Dei opplevde at samarbeidet vart tettare når dei møtte kvarandre fysisk i barnehagen. På denne måten vart dei betre kjende, ein får eit fjes og eit ansikt utad, og dei ga uttrykk for at det difor også var lettare å ta kontakt med helsesjukepleiar. Det kan også tenkjast at det var etablert ein betre samarbeidskultur med helsesjukepleiar i barnehagen ut frå at det informantane beskriv som eit tettare samarbeid når dei vart betre kjende. Lone og Værnor (2019) syner i sin studie til kva som kjenneteiknar ein velfungerande samarbeidskultur, og syner blant anna til at kjennskap til kvarandre gjer at samarbeidet vert tettare. Å ha helsesjukepleiar med fast kontortid i barnehagen omfattar ikkje helsekonsultasjonar i barnehagen. Likevel samsvarar dette med studien til Garvis et al. (2016) som legg vekt på at kontinuerleg besøk av helsesjukepleiar var viktig både for å kunne følgja opp tiltak som var sett i verk, men også for samarbeidet mellom fagprofesjonane. Samstundes syner erfaringar frå helsesjukepleiarar i Norge som har prøvd ut fast tid i barnehagen, å vera variable. Studien til Teige og Hedlund (2016) syner at helsesjukepleiarane opplevde samarbeidet med barnehagelærarane som godt, men at det ikkje var meir tverrfagleg samarbeid. Det vil seie at helsesjukepleiarane opplevde at dei var «gjest» i barnehagen, og dei opplevde at dei tok styringa over gjennomføringa av konsultasjon som var meint å vera eit samarbeid, men som vart opplevd som ei oppgåvefordeling.

Helsesjukepleiarane opplevde at dei fekk sett i verk tiltak i for barna tidlegare, fordi problemstillingane vart vurdert både frå begge fagprofesjonar si side (Teige & Hedlund, 2016). Helsesjukepleiarane som vart intervjuva av Lein (2020) har berre positive erfaringar med fast tid i barnehagen. Dei opplevde det som ei styrke at ulike fagfolk såg problemstillingane med ulike «briller», og fekk sett i verk tiltak tidleg. Både helsesjukepleiarane og dei tilsette i barnehagen opplevde at samarbeidet vart betre (Lein, 2020).

Eit interessant funn i studien var at ein av informantane opplevde ei stor endring frå det negative til det positive i høve samarbeidet med helsestasjon etter kommunesamanslåing.

Informanten ga uttrykk for negative opplevingar, og at årsakene til det tidlegare dårlege samarbeidet i den gamle kommunen kunne på ei side skuldast at det ofte vart peika på at teieplikta gjorde til at ein ikkje kunne samarbeide om ulike saker. På den andre sida var det generelt lite kontakt mellom barnehagen og helsestasjon. Dette samsvarar med det San Martin - Rodriguez et al. (2005) seier om at dei som skal samarbeide må vere villige til å samarbeide. Samstundes kan manglande samarbeid også sjåast i samanheng med det Glavin og Erdal (2018, ss. 38-39) seier om at tverrfagleg samarbeid må lærast. Mange som jobbar med barn og unge har ikkje kompetanse og kunnskap om kva tverrfagleg samarbeid er. Det er også mange som ikkje har kjennskap til samarbeidspartane og deira fagfelt, som er ein viktig føresetnad for tverrfagleg samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, ss. 38-39). Den positive endringa informanten trakk fram var initiativ til og interesse for å jobbe tverrfagleg og bli kjende med barnehagen frå helsestasjon si side. Samstundes kunne den positive endringa også vere med bakgrunn i BTI og satsing på tverrfagleg samarbeid for barn og unge i kommunen.

Funna i studien syner at informantane legg vekt på at det å ha kjennskap til kvarandre er viktig for samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon. Alle informantane kjenner til at barnehagen har eigen kontaktperson på helsestasjon og at dei kunne ta kontakt med vedkommande, samstundes møtte dei også andre helsesjukepleiarar, særleg i høve enkeltbarn. Informantane var opptekne av det å ha eit kjent fjes og kjenne dei som jobbar på helsestasjon. På den eine sida vart det synt til at det var lettare å ta kontakt med helsestasjon dersom ein visste kven som var der eller at det var eit kjent fjes. Dette samsvarar med Baklien (2010, s. 238) sin studie om barneverntenesta, skulane, helsesjukepleiarar og barnehagane sine oppfatningar og opplevingar kring samarbeid med kvarandre, og beskriv fysisk avstand som hinder for samarbeid. Studiane til Baklien (2010, s. 238) og Moe (2015, ss. 18-19) syner at dersom dei ulike tenestene kjenner til kvarandre og har eit ansikt eller namn på kven som jobbar i dei ulike tenestene, vil det vere lågare terskel for å ta kontakt med kvarandre, og vere lettare å samarbeide. Barnehagetilsette som vart intervjuva i studien til Baklien (2010, s.244) synte til at å ha ein fast kontaktperson vart til hjelp i relasjonen med barnevernet. Det kan tolkast at det kan vere til hjelp også i relasjonen til andre samarbeidspartar. På den andre sida synte fleire informantar til at helsesjukepleiar no var meir ute i barnehagane både i samband med møter og fast kontortid, gjorde at dei vart betre kjende og fekk meir kjennskap til kvarandre sine fagfelt. I følgje San Martin - Rodriguez et al. (2005) får dei ulike fagprofesjonane som skal samarbeide lite kunnskap under utdanninga om til dømes kvarandre sin kompetanse, ansvarsområde og praksis. Dette synleggjer det Glavin og Erdal (2018, ss.

154-155) seier om at kunnskap om dei ulike fagprofesjonane sine fagområde er ein viktig føresetnad for å få til det tverrfaglege samarbeidet mellom profesjonane.

Med bakgrunn i at dei tilsette i barnehagen og helsestasjon vart meir kjende, synte funna i studien at fleire av informantane opplevde at det vart meir gjensidig kontakt mellom barnehagen og helsestasjon. Ut frå dette kan det tenkjast at dei tilsette i barnehagen og helsesjukpleiarane blir tryggare på kvarandre, og ein får tillit og respekt til kvarandre. Dette samsvarar med det San Martin - Rodriguez et al. (2005) og Glavin og Erdal (2018, s. 34) seier om at det tek tid å oppnå tillit, og at tillit er ein nøkkelfaktor for å utvikle og lukkast med tverrfagleg samarbeid. Samstundes vert dei mellommenneskelege relasjonane utvikla når ein vert kjende med kvarandre, noko som også kan påverke viljen til å samarbeide og sjå nytten av å samarbeide (Glavin & Erdal, 2018; San Martin - Rodriguez, 2005).

Funn i studien syner at det er viktig for samarbeidet at barnehagane og helsestasjon har god dialog, blant anna fordi dei møter dei same borna. Betydninga av god dialog kan sjåast i samanheng med studien til Ødegård og Willumsen (2011), som syner at god dialog er ein av faktorane som har stor betydning i eit velfungerande samarbeid. At dei tilsette i barnehagen kjende til dei som jobba på helsestasjon, og at dei opplevde å bli møtt når ein ringde, fekk råd og rettleiing, beskrev dei at ga ei trygghet, og saman kunne dei sjå heilskapen rundt barnet. Glavin og Erdal (2018) syner til at ein av styrkane i eit tverrfagleg samarbeid er å kunne belyse ei sak frå dei ulike fagprofesjonane sine sider, og dermed danne eit heilskapleg bilete av situasjonen. Dette samsvarar også med *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*, som legg vekt på at tenestene som møter barn og unge må snakka og arbeida godt saman, og sjå barna sine behov i ein heilskap (Meld. St. 6 (2019-2020), s 78).

6.2 Ulik terskel for å kontakte helsestasjon

Funn i studien syner at dei tilsette hadde ulik terskel for å ta kontakt med helsestasjon. Ulik terskel handlar om den enkelte sin føresetnad for å ta kontakt. Det handlar også å ta kontakt med helsestasjon eller andre samarbeidspartar utanom planlagde møtefora for å drøfte ulike problemstillingar. Informantane synte til at det var låg terskel for å ta kontakt og at dei opplevde helsestasjon som lett tilgjengeleg når ein hadde behov for kontakt. Informantane fortalde at dei oftast ringde helsestasjon om spørsmål knytt til helse, søvn, minoritetsbarn, utvikling og språk. Det kom fram i studien at informantane opplevde at det var lågare terskel no enn før for å ringje helsestasjon. Informantane opplevde at det ikkje behøvde å vera saker

av alvorleg grad dei tok kontakt om. Samstundes viste fleire av informantane til at dei ofte prøvde å løyse utfordringane internt i barnehagen før dei tok kontakt med helsestasjon. Det var også varierende om barnehagen tok kontakt om enkeltbarn eller generelle faglege råd. Informantane sa at ei årsak til at det var lågare terskel no, kunne vere at det var meir gjensidig kontakt ettersom dei møtte kvarandre oftare i samband med møter knytt til BTI og helsesjukepleiar i barnehagen, samt at det var meir fokus på tverrfagleg samarbeid. Glavin og Erdal (2018, s. 38) syner til at dersom ein kjenner kvarandre og kva dei andre tenestene kan bidra med av kompetanse, vil det også kunne bidra til at ein jobbar meir tverrfagleg. Samstundes handlar også låg terskel for å ta kontakt, om kommunikasjon. Kommunikasjon er i følgje San Martin - Rodriguez et al. (2005) ein sentral faktor i tverrfagleg samarbeid, og er viktig både i drøfting, men også i høve deling av informasjon og formidling av eigen fagkompetanse.

På den andre sida synte ein av informantane til at terskelen for å ta kontakt med helsestasjon vert større om ein har negativ erfaring i samarbeid med helsestasjon. Dersom ein hadde opplevd misforståingar i møte, usemje eller å ikkje bli lytta til, påverka det terskelen for å ta kontakt. I følgje Willumsen (2009, s. 22) kan det vere krevjande å jobbe tverrfagleg, og det krev at ein er bevisst eigen kompetanse og teneste, samt har respekt for og kunnskap om samarbeidspartane sin kompetanse og bidrag i det tverrfaglege samarbeidet. Glavin og Erdal (2018, s. 33) seier at felles mål er ein føresetnad i tverrfagleg samarbeid, og då må ein vere samde om problemstillinga og kva ein vil oppnå med samarbeidet. Samstundes må ein også vere tydelege på kva forventningar ein har til samarbeidet, og ein må ta opp hindringar dersom samarbeidet skal fungere.

Funna i studien syner at informantane frå kommunen som hadde pågåande prosjekt med helsesjukepleiar i barnehagen meinte at det var lågare terskel for ein uformell samtale med helsesjukepleiar no enn tidlegare. På den eine sida opplevde informantane at det var lågare terskel fordi helsesjukepleiar fysisk var i barnehagen og barnehagen viste når ho var der, slik at dei kunne avklare ting der og då, og dei kunne også ha felles samtale med foreldre i barnehagen. På den andre sida var det lettare å drøfte enkeltbarn når helsesjukepleiar hadde sett ungane i barnehagen, og difor vart enklare å følgje opp. Funna samsvarar med studien til Garvis et al. (2016) som syner til at barnehagelærar og helsesjukepleiar saman kan planleggje, vurdere og følgje opp barna individuelt og i gruppe gjennom året. Som helsesjukepleiar møter eg fleire barnehagar som har ønskje om at helsesjukepleiar kjem meir ut i barnehagane, også fleire informantar synte til det. Forskinga til Garvis et al. (2016) syner at ved å gi moglegheit

for å prøve ut nye alternativ for samarbeid utover det tradisjonelle, kan det gi moglegheit for betre samarbeid mellom profesjonane og for betre oppfølging av barn.

Eit interessant funn var at nokre av styrarane var tydelege på at dei ikkje tok kontakt med helsestasjon før dei hadde behov for det, men viste likevel til at terskelen var låg. Ein av styrarane var tydeleg på at ein ikkje laga problem ut av noko som ikkje var eit problem, og synte til at deira barnehage hadde få utfordringar. Det var overraskande at styrarane ikkje tolka deira ansvar for å sikre at barnehagen har rutinar for tverrfagleg samarbeid med helsestasjon meir opp i mot deira rolle i høve drøfting av enkeltbarn. Barnehagelærarane la vekt på at leiar har stor betydning for det tverrfaglege samarbeidet, og snakka om viktigheita av støtte frå leiar. Støtte og engasjement frå leiar vert i teorien lagt vekt på som ein viktig faktor for utvikling av tverrfaglege samarbeid (Vangen & Huxham, 2009). Barnehagelærarane fortalde at leiar ofte er den første ein drøftar ei undring med og er den som ofte avgjer om noko skal drøftast med helsestasjon eller andre samarbeidspartar. Styrarane tolka derimot deira ansvar for tverrfagleg samarbeid meir i mot å leggje til rette for det systemretta samarbeidet som blant anna møter og leggje til rette for helsesjukepleiar i barnehagen. I følgje rammeplan for barnehagen er det styrar sitt ansvar å sikre at barnehagen har rutinar for å samarbeide med andre fagprofesjonar (Kunnskapsdepartementet, 2017). Utover dette seier rammeplan for barnehagen lite om tverrfagleg samarbeid, kva som ligg i ansvaret, og kva ein skal ha rutinar for i høve tverrfagleg samarbeid. Dette kan ein undre seg over.

6.3 Moglegheiter og utfordringar med teieplikta

Funn frå studien syner at alle informantane har forhold til teieplikta. På den eine sida opplevde fleire informantar at teieplikta kunne vere utfordrande når dei skulle samarbeida med andre instansar, og hadde behov for å dele informasjon. Det knytte seg ofte usikkerheit i høve kor mykje informasjon ein kunne dela med andre. Glavin og Erdal (2018, ss. 47) syner til at det i eit tverrfagleg samarbeid er behov for å utveksla informasjon mellom samarbeidspartane, og at teieplikta ikkje skal vera til hinder for deling av informasjon. Fleire av informantane la vekt på eit ønskje om ein friare og meir open dialog mellom barnehagen og helsestasjon, særleg i saker der ein hadde ei bekymring eller når det gjaldt minoritetsspråklege. Ein av informantane synte til at det kunne vere vanskeleg i høve teieplikta når dei opplevde at helsestasjon visste noko om eit barn som barnehagen burde vite og hadde betydning for dei, men som helsestasjon ikkje fekk dele. Dette samsvarar med

Garvis et al. (2016, s. 48) som syner til at helsesjukepleiar burde dele meir med barnehagen og få samtykke frå foreldra, slik at barnehagen kunne ha sett i verk tiltak tidlegare i staden for å vente.

Barnehagen og helsestasjonen er styrt av ulike lover og reglar knytt til teieplikta, og alle som er tilsette i offentlig sektor har teieplikt etter forvaltningslova (1967, §13). Helsepersonell er i tillegg regulert etter helsepersonellova (1999, § 21), som er yrkesmessig teieplikt. På den andre sida syner funn i studien at alle informantane har kjennskap til bruk av samtykke for å kunne dele informasjon med andre samarbeidspartar, og opplever det som regel som uproblematisk å få samtykke frå føresette. Trass i at informantane opplevde det som greitt å få samtykke til drøfting, valde likevel informantane ofte å drøfte anonymt med helsestasjon med bakgrunn i at dei ikkje hadde spurt etter samtykke enda eller ikkje fått det. Driscoll (2018, s. 150) syner til at dersom ein skal samarbeide må ein kunne forstå, praktisere og ha kunnskap om reglane knytt til teieplikta. Dersom ein ikkje har tilstrekkeleg kunnskap om desse reglane kan det vere eit hinder for naudsynt samarbeid. Samtykke tyder at dei føresette samtykker på vegne av barnet, og gir moglegheiter for å dele teiepliktig informasjon i tverrfagleg samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, ss. 47-48). Informantane som hadde teke i bruk BTI synte til at dei no var betre til å involvere foreldra tidleg i samarbeid, og på den måten også var blitt betre til å få samtykke på eit tidleg tidspunkt. Dette samsvarar med det Glavin og Erdal (2018, ss. 66-67) seier om at dersom ein deler uroa ein har for eit barn med foreldra på eit tidleg tidspunkt, vil det truleg vere lettare å få eit samtykke til tverrfagleg samarbeid seinare.

6.4 Rammer for samarbeidet

Funn i studien syner at det er ulike rammer i høve samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon. Rammer handlar om ulike organisatoriske, systemiske og relasjonelle faktorar som har betydning for det tverrfaglege samarbeidet. Funna syner til at barnehagane har ulike rutinar og system, samt at det vert synt til faktorar som påverkar samarbeidet. Samstundes beskriv informantane ei positiv endring i det tverrfaglege samarbeidet, der dei fortel at det er betre no enn før, og syner til at det kan ha samband med meir fokus på tverrfagleg samarbeid og betre system. Dette samsvarar med fleire statlege dokument som seier at det tverrfaglege samarbeidet må styrkast, og ein må jobbe meir tverrfagleg slik at barn, unge og deira familiar opplever at dei får ei heilskapleg oppfølging. Blant anna *Tett på - tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO* (Meld. St. 6 (2019-2020, s. 16)) syner

til at dersom ein skal kunne gi eit heilskapleg tilbod, er det naudsynt at personar med ulike fagkompetanse jobbar tverrfagleg.

Ulikskapen som kom fram mellom kommunane i studien når det gjaldt rutinar og system var interessant. Den eine kommunen hadde etablert ulike faste tverrfaglege møter som fungerte bra, og der styrar kalla inn til HSP-møter, medan det var uklart kven som kalla inn til andre tverrfaglege møter. Den andre kommunen synta til at dei hadde byrja å ta bruk BTI, men samstundes mangla fleire av barnehagane faste møtepunkt som dei tidlegare hadde hatt, og hadde lite rutinar for samarbeid utover BTI. Funn i studien syner at informantane i kommunen som hadde teke i bruk BTI – modellen syner til det å ha fått eit system gjorde til at det tverrfaglege samarbeidet var blitt betre. Dei viste til at dei tidlegare var meir usikre på når og korleis ein skulle ta kontakt med helsestasjon. Medan dei no synta til at dei på ein måte hadde ei oppskrift for korleis ein skulle jobbe tverrfagleg og at det stilte meir krav til at ein skulle samarbeide. BTI – modellen skal bidra til tidleg innsats og sikre at barn og ungdom vert gitt heilskaplege og samordna tenester utan at det vert brot i oppfølginga. Modellen har ei oppskrift som beskriv når i handlingsforløpet ein involverer fleire tenester (Forebygging.no, 2021). På den andre sida seier Myrann et al. (2018, s. 117) at å ha ein modell eller system for tverrfagleg samarbeid er viktig, men at det ikkje er gitt at ein når målet. Myrann et al. (2018) og Glavin og Erdal (2018) legg vekt på at vilje til samarbeid og kunnskap om kvarandre sitt fagfelt er faktorar som også må vera til stades for å lukkast med tverrfagleg samarbeid.

Informantane i kommunen som hadde lite rutinar og manglande møtepunkt, synta til at det på den eine sida skuldast pandemi, medan på den andre sida synta dei til at system som BTI også krev mykje tid og ressursar, og krev at ein har rammer for det i arbeidskvardagen. Kinge (2012, ss. 259-260) legg vekt på å treffast hyppig og regelmessig, dersom ein skal få til eit godt tverrfagleg samarbeid. Ein kan tolke funna i studien slik at det er uklarheit i forhold til ansvar i høve møteverksemd, som igjen gjer at ein ikkje kallar inn til møte. Ein kan sjå dette i samanheng med at rutinar og system er viktige organisatoriske faktorar, og i samanheng med kunnskapsoppsumminga til San Martin - Rodriguez et al. (2005, ss. 138-140) som syner til at tverrfagleg samarbeid krev organisatoriske rammer som til dømes struktur, administrativ støtte, ressursar, koordinering og kommunikasjon. Glavin og Erdal (2018, s. 86) og Ødegård og Willumsen (2011) legg vekt på at dersom ein skal få til velfungerande samarbeid må det vera tydlege rutinar og system for kven som kallar inn til møter og kven som har ansvar for samarbeidsprosessen, samt at tverrfagleg samarbeid må forankrast i leiing.

Rutinane for samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon er i dag ulike. Funn i studien syner at ingen av informantane hadde kjennskap til at deira barnehage hadde nokon samarbeidsavtale med helsestasjon. I *nasjonale faglege retningslinjer for helsestasjon – og skulehelsetenesta* (Helsedirektoratet, 2019) vert det synt til klare anbefalingar når det gjeld både individ – og systemretta samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon. I *rammeplan for barnehagen* (Kunnskapsdepartementet, 2017) vert det ikkje synt til noko anna i høve samarbeid med helsestasjon enn at styrar skal sikre at barnehagen har gode rutinar for samarbeid med til dømes helsestasjon. I følgje *nasjonale faglege retningslinjer for helsestasjon – og skulehelsetenesta* (Helsedirektoratet, 2019) bør det føreliggje ein skriftleg samarbeidsavtale, som beskriv korleis ein får kunnskap om kvarandre og synleggjer rolleavklaringar i samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon. I tillegg kan ein slik avtale beskrive det systemretta samarbeidet. Fleire av informantane stilte spørsmål om korleis dei skulle kunne vite om ein slik samarbeidsavtale. Med bakgrunn i dette kan ein undre seg om korleis ein skal bli kjend med slike anbefalingar og kvifor dei nasjonale anbefalingane er så tydelege for helsestasjon og ikkje for dei tilsette i barnehagen, og korleis innhaldet skal bli kjent for dei tilsette.

Lone og Værnor (2019, s. 62) syner til at dersom ein skal få til fungerande tverrfagleg samarbeid, er det naudsynt å skape ein tverrfagleg samarbeidskultur som vert kjenneteikna av blant anna felles mål, gjensidig respekt og tillit, og både leiarar og tilsette må oppleve aktiv kunnskapsdeling mellom tenestene. Dersom samarbeidspartar skal bli kjende med andre profesjonar sine anbefalingar, er det naudsynt at leiarane samarbeidar, og ein må løfte samarbeidet på systemnivå slik at ein sikrar at ein har eit system som gjer at alle som jobbar med barn og unge har same mål og retning (Johannessen et al. 2018, s. 362). Lone og Værnor (2019, s. 63) syner til at om ein skal utvikle og halde ved like tverrfagleg samarbeid er det naudsynt med tverrfagleg leiing. Dette handlar om at leiarar i ulike tenester saman kan utvikle rutinar, lage system og struktur, samt byggje relasjonar. Med bakgrunn i dette vil det vere naudsynt at også leiarar i helsestasjonane og barnehagane jobbar tverrfagleg for at anbefalingar om samarbeid vert gjort kjent i tenestene.

Samarbeid er naudsynt på alle nivå av førebygging kring barn og unge. Funn i studien syner at informantane i stor grad samarbeidar med helsestasjon om enkeltbarn, og spesielt barn som alt har ei utfordring eller som er knytt undring til. Det vil seie at per i dag er det mest samarbeid på dei sekundær – og tertiærførebyggjande nivåa, som vil seie at ein er uroa for eit barn eller det allereie er utfordringar. Tverrfagleg leiarsamarbeid kan sjåast i samanheng med

det primærførebyggjande arbeidet. Det primærførebyggjande samarbeidet omhandlar samarbeid som gjeld alle barn i til dømes barnehagen (Glavin & Erdal, 2018, ss. 75-76). Dette kan omhandle blant anna planarbeid, system for tverrfagleg samarbeid, foreldrerettleiingsprogram og foreldremøter, som alle må forankrast i leiing dersom ein skal få til velfungerande samarbeid (Glavin & Erdal, 2018, s. 86).

Funn i studien syner til at fleire av informantane ytra at det var behov for tverrfaglege møtepunkt, då ein ser dei same borna og ein må ha dialog med helsestasjon kring desse borna. Samstundes med eit behov for å treffast oftare, synte alle informantane til hemmande og fremjande faktorar som påverkar samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon. Spesielt prioritering av tid og avgrensa personalressursar er faktorar som vart beskrivne som hemmande, og som var gjentakande hjå fleire av informantane. Ein av informantane synte til at ein måtte prioritere mellom å bruke tida med barna framfor tverrfagleg samarbeid, då bemanninga er knapp. Dette samsvarar med tidlegare forskning og litteratur som viser at tilstrekkeleg med tid og rom for å møtast, samt nok bemanning er nokre av faktorane som har betydning for om ein får til det tverrfaglege samarbeidet (Baklien, 2010, s. 238; Glavin & Erdal, 2018, ss. 40-45). Ein måte å møte dette på er som *Framtidens barnehage* (Meld. St. 24, (2012-2013), s. 53) syner til, at fleire tilsette i barnehagen kan bidra til å sikre at utfordringar og behov vert tidleg oppdaga og ein kan setje i verk tiltak tidleg.

Lone og Værnor (2019, s. 63) syner til at oppgåveorientert leiing har mest betydning når tverrfagleg leiing vert omtala av både leiarar og tilsette. Det vil seie at det vert lagt vekt på at leiarane legg opp til at det vert prioritert tid og ressursar til tverrfagleg samarbeid, samt at leiarane er tydelege på at tverrfagleg samarbeid vert prioritert. Med dette som bakteppe kan ein undre seg over kvifor nokre barnehagar får til gode rutinar for det tverrfaglege samarbeidet og andre ikkje. Børhaug og Moen (2014, ss. 119-120) syner til at det er store ulikskapar i samarbeid mellom barnehage og helsestasjon. Ei av årsakene til det er korleis styrar prioriterer dette samarbeidet, og korleis styrar vel å setje dette samarbeidet i system og om det vert regelmessig med velfungerande rutinar. Relasjonelle faktorar som handlar om mellommenneskelege relasjonar mellom deltakarar påverkar også tverrfagleg samarbeid. Respekt for kvarandre sine oppgåver, kompetanse om kvarandre sine fagfelt, møtepunkt, system, samt god dialog var faktorar som informantane trakk fram som fremjande for samarbeidet. Dette samsvarar med Ødegård og Willumsen (2011, ss. 193-194) sin studie som trekk fram respekt, likeverd, god dialog og felles innsats som viktige relasjonelle faktorar for å få til det tverrfaglege samarbeidet. San Martin - Rodriguez et al. (2005, s. 144) syner til at

dersom ein skal lukkast med det tverrfaglege samarbeidet må det leggjast vekt på både relasjonelle, organisatoriske og systemiske faktorar.

6.5 Ønskjer for samarbeidet

Funn i studien syner at informantane ønskjer meir samarbeid mellom barnehagen og helsestasjon, både på individ – og systemnivå. Informantane peikar på meir samarbeid om foreldremøte, foreldrerettleiing og felles møtefora som systemretta samarbeid. Funna syner at informantane som har helsesjukepleiar med fast kontortid i barnehagen ønskjer å behalde dette tilbodet, samt at informantar med erfaring med tilbodet, ønskjer dette attende.

Informantane grunngjev dette med bakgrunn i at det er nyttig at helsesjukepleiar er ute i barnehagen og møter tilsette og barn, og helsesjukepleiar blir meir synleg, samt at det er lettare å bruke helsesjukepleiar når dei er ute i barnehagen. Dette samsvarar med studien til Clancy og Svensson (2009) syner til at helsesjukepleiar bør vere meir synleg og fremja sitt fagfelt. Helsesjukepleiarane utfører sitt arbeid basert på retningslinjer, forskrifter og lovverk.

Dei nasjonale faglege retningslinjer for helsestasjon – og skulehelsetenesta

(Helsedirektoratet, 2022) syner til både anbefalingar med krav i lov, sterke og svake anbefalingar. Samarbeid med barnehagen er ei sterk anbefaling, og legg mest vekt på systemretta samarbeid som foreldremøte og felles temadagar (Helsedirektoratet, 2019).

Dersom helsestasjonane skal ha kontortid i barnehagen slik mange barnehagar ønskjer, vil ein vere avhengig av tilførte ressursar gjennom prosjektmidlar og eventuell auka satsing på helsesjukepleiarar i kommunane. Informantane syner at når ein hadde helsesjukepleiar i barnehagen kunne dei setje i verk dialog og tiltak saman med foreldra, og at det var ein styrke at helsesjukepleiar såg det same som dei. Dette samsvarar med Garvis et al. (2016) som seier at faste besøk av helsesjukepleiar i barnehagen gjer at dei kan ha ein kontinuerleg oppfølging av barnet. På den andre sida synte informantane til at tilbodet som var meint som «drop-in» tilbod til foreldre ikkje vart særleg brukt. Til tross for dette ønskte informantane at tilbodet skulle halde fram, sjølv om det i stor grad vert nytta av personalet som ein slags støtte.

Dersom helsesjukepleiar har fast kontortid i barnehagen, gjer at det tverrfaglege samarbeidet vert styrka og i vareteke både i høve enkeltbarn og systemretta, kan ein anta at det kan vera tenleg for tidleg innsats for barn og unge.

Funn i studien syner at fleire av informantane ønskjer å samarbeide med helsestasjon om å gjennomføre helsekonsultasjonar i barnehagen. Informantane la vekt på trygge omgivnader,

naturleg setting, og ein moglegheit til å sjå heilskapen kring utviklinga til barna som fordelar ved å gjennomføre enkelte konsultasjonar i barnehagen. Dette samsvarar med fordelane Lein (2020) syner til i sitt intervju med helsesjukepleiarar i ein kommune som gjennomfører fireårskontrollar i barnehagen. Helsesjukepleiarane som Lein (2020) intervjuar syner til at dei ser barna i kjende omgjevnader og at det ho oppfattar som innafør på helsestasjon, kan sjåast heilt annleis ut i barnehagen, og at dei kunne sjå heilskapen ved at dei har ulike «briller» på. Studien til Teige og Hedlund (2016, ss. 80-81) syner til både fordelar og ulemper ved å gjennomføre fireårskonsultasjon i barnehagen. Helsesjukepleiarane opplevde ikkje at dei og barnehagelærarane var likeverdige partar i konsultasjon, og opplevde at dei som helsesjukepleiarar hadde regi og barnehagelærar var ein bidragsytar. Vidare syner Teige og Hedlund (2016, s. 81) til at helsesjukepleiarane opplevde at dei var «gjester» i barnehagen og brukte tida til barnehagelærarane unødig. Likevel syner studien til at dei fekk sett i verk tiltak tidlegare nettopp fordi dei brukte kvarandre sin kompetanse i konsultasjonane (Teige & Hedlund, 2016, ss. 81-82).

7.0 Oppsummering og konklusjon

Formålet med masterstudien var å undersøkje korleis tilsette i barnehagen opplever det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon.

Funna i studien syner at informantane frå begge kommunane opplever at samarbeidet er godt, og at det har vore ei positiv utvikling. Meir fokus på tverrfagleg samarbeid i kommunane, system og helsesjukepleiar i barnehagen vert trekt fram som bidrag til positiv utvikling. Faktorar som rutinar og rammer påverkar samarbeidet. Funna i studien syner at det å ha kunnskap om og kjennskap til kvarandre og fagområda har stor betydning for samarbeidet. Studien syner at det er ulik terskel for å ta kontakt med helsestasjon, og informantane legg vekt på at å ha eit ansikt og å vite kven som jobbar på helsestasjon gjer at terskelen for å ta kontakt med helsestasjon vert lågare. Det kjem også fram i studien at terskelen for å ta kontakt med helsestasjon kan bli høgare dersom ein har hatt negativ erfaring med helsesjukepleiarar.

Eg hadde ei forforståing om korleis samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon er, samt at ein mogleg bør samarbeide meir då ein møter dei same barna. I tråd med min vitenskapsteoretiske ståstad og den hermeneutiske sirkel har denne studien gjennom intervju, tolking av data og funn gitt meg ny forståing og kunnskap. Dei tilsette i barnehagen opplever at spesielt tid, ressursar, god dialog og det å kjenne kvarandre er faktorar som har stor betydning for det tverrfaglege samarbeidet, og for å oppretthalde det tverrfaglege samarbeidet i kvardagen. Funna syner at dei tilsette i barnehagen treng tid og nok personale i kvardagen for å drøfte og samarbeide tverrfagleg med andre fagprofesjonar.

Funna i studien syner at barnehagen og helsestasjon samarbeida mest om enkeltbarn, men at det er eit ønskje og behov for meir samarbeid både på individ – og systemnivå. Det vert særleg synt til ønskje om helsesjukepleiar med fast kontortid i barnehagen og samarbeid om å gjennomføre helsekonsultasjonar i barnehagen som faktorar som kan bidra til å fremje samarbeidet, og at på den måten kan ein saman sjå heilskapen rundt barnet.

Studien syner at teieplikta kan vere utfordrande, då fleire informantar legg vekt på at det skulle vore meir open dialog. Det vert likevel synt til at det stort sett er uproblematisk å få samtykke frå foreldra til tverrfagleg samarbeid.

Eit interessant funn som studien belyser er korleis styrar tolkar sitt ansvar i høve det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon. For barnehagelærarane har styrar ei viktig rolle når det gjeld vegen vidare i tverrfagleg drøfting, medan styrar tolkar sitt ansvar for å sikre

rutinar i høve tverrfagleg samarbeid meir i forhold til å leggje rette for det systemretta samarbeidet.

Funna i studien syner at kommunane har organisert det tverrfaglege samarbeidet ulikt. Den eine kommunen viser til etablerte tverrfaglege møtefora som fungerer, samt eit pågåande prosjekt med helsesjukepleiar i barnehagen som informantane uttrykkjer at dei er særns nøgd med og ønskjer å halde fram med. Den andre kommunen er i gang med implementering av BTI – modellen, noko dei trur vert eit godt system, men som fleire opplever at krev mykje tid og ressursar.

7.1 Veggen vidare

Dersom ein skal kunne oppfylle samhandlingsplikta som tredde i kraft 1.august 2022, må tenestene til barn, unge og deira familiar samarbeide meir for å nå målsetjinga om ei styrka oppfølging (Statsforvaltaren, 2022). I tråd med dette, håpar eg at denne studien kan bidra til at det vert lagt vekt på at barnehagen treng tilstrekkeleg ressursar som både tid og personale slik at ein kan jobbe meir tverrfagleg, ha fokus på tidleg innsats, og bidra til betre heilskapleg oppfølging til barn og unge.

Ut frå funn i studien kunne det vore interessant å sjå rammeplan for barnehagane opp i mot helsestasjon sine nasjonale faglege retningslinjer når det gjeld styrar sitt ansvar og rolle i høve rutinar for samarbeid med helsestasjon, og det som dei sterke anbefalingane som retningslinjene til helsestasjon syner i forhold til samarbeidet mellom barnehagane og helsestasjon.

For å få meir kunnskap om korleis det tverrfaglege samarbeidet kan styrkast og leggjast til rette for, kunne det vore nyttig å sett meir på samla opplevd samarbeid mellom barnehage og helsestasjon, rolleforståing og forståing av tverrfagleg samarbeid.

8.0 Litteraturliste

- Andersson, H. W., Ose, S. O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., & Ådnes, M. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge* (STF78 A055025). SINTEF Helse. https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_03-05_kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf/
- Baklien, B. (2010). Skole, barnehage, barneverntjeneste – bilder av «de andre» hindrer samarbeid. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 04/2009(86), 236-244. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/ISSN1891-1838-2009-04-03>
- Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager* (LOV-2005-06-17-64). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2005-06-17-64>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3:2, 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Breimo, J. P., Lo, C., Anvik, C. H., & Sandvin, J. T. (2019). Mål og mening med samarbeid - en analyse av barnevernets formaliserte samarbeidsnettverk. *Fontene forskning*, 12(2), 4-17. <https://nordopen.nord.no/nord-xmli/bitstream/handle/11250/2660306/Breimo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Brottveit, G. (2018a). Hermeneutikk og vitenskap. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (s. 32-45). Gyldendal akademisk.
- Brottveit, G. (2018b). Om forskningsdesign. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (s. 62-73). Gyldendal akademisk.
- Brottveit, G. (2018c). Den kvalitative forskningsprosessen og kvalitative forskningsmetoder. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (s. 84-106). Gyldendal akademisk.
- Brottveit, G. (2018d). Å bli en etisk forsker. I G. Brottveit (Red.), *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder* (s. 118-128). Gyldendal akademisk.
- Børhaug, K. & Moen, K. H. (2014). *Politisk-administrative rammer for barnehageledelse*. Universitetsforlaget.

- Clancy, A. & Svensson, T. (2009). Perceptions of Public Health Nursing Practice by Municipal Health Officials in Norway. *Public health nursing*, 26(5), 412-420. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/j.1525-1446.2009.00799.x>
- Driscoll, H. (2018). Taushetsplikten i arbeid med barn og unge. I B. Johannessen, & T. Skotheim (Red.), *Barn og unge i midten. Tverrfaglig og tverretattlig arbeid i barn og unges oppvekst* (s. 148-172). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Forebygging.no. (u.å.). *Om BTI*. Henta 13. mars 2022 frå <https://tidliginnsats.forebygging.no/Aktuelle-innsater/BTI/hva-er-bti/>
- Forskrift om helsestasjons- og skolehelsetjenesten. (2018). *Forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten* (FOR-2018-10-19-1584). Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2018-10-19-1584>
- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (LOV-1967-02-10). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1967-02-10>
- Garvis, S., Kirkby, J., McMhon, K., & Meyer, C. (2016). Collaboration is key: The actual experience of disciplines working together in child care. *Nursin & Health Sciences*, 18(1), 44-51. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.1111/nhs.12226>
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis - til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforlaget AS.
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.* (LOV-2011-06-24-30). Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>
- Helsedirektoratet. (2022, 10. juni). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet. (2019, 11. november). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#barnehage-helsestasjonen-skal-ha-et-systematisk-samarbeid-med-barnehager-i-kommunen>
- Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet. (2019). *Fireårskonsultasjoner i barnehage. Erfaringsinnhenting*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/firearskonsultasjoner->

[i-barnehage-erfaringsinnhenting/Fire%C3%A5rskonsultasjon%20i%20barnehage%20-%20Erfaringsinnhenting.pdf/ /attachment/inline/de365bdb-81f7-4ecf-9aa4-299a34aa6f2a:a4ac1e55532e783e7c031ff78ee11caade770fd3/Fire%C3%A5rskonsultasjon%20i%20barnehage%20-%20Erfaringsinnhenting.pdf](#)

Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell* (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>

Jacobsen, D. (2018). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskaplig metode* (3. utg.). Høyskoleforlaget.

Johannessen, A., Tufte, P., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. Abstrakt forlag AS.

Johannessen, B., Skotheim, T., & Erstad, I. (2018). Barn og unge i midten. I B. Johannessen, & T. Skotheim (Red.), *Barn og unge i midten. Tverrfaglig og tverretattlig arbeid i barn og unges oppvekst* (s. 358-364). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Johannessen, L., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori*. Universitetsforlaget.

Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid med barn. En kilde til styrke og håp?* Gyldendal Norsk Forlag AS.

KS. (2019). *Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid med barn - ungdom - familier*.
https://www.ks.no/contentassets/1f2fe6ac74ca4a4e949a52e1b0382e0e/2822_074004taushetsplikt---veileder-a4.pdf

Kunnskapsdepartementet. (2017). *Rammeplan for barnehagen: Forskrift om rammeplan for barnehagens innhold og oppgaver*. Udir.
<https://www.udir.no/globalassets/filer/barnehage/rammeplan/rammeplan-for-barnehagen-nynorsk2017.pdf>

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lauvås, K., & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid - perspektiv og strategi*. Universitetsforlaget.

- Lein, K. (2020, 25. februar). *I Verdal har helsesykepleierene fått kontortid i barnehagene*. Utdanningsnytt.no. <https://www.utdanningsnytt.no/helsestasjon-helsesoster/i-verdal-har-helsesykepleierene-fatt-kontortid-i-barnehagene/231093>
- Lone, J., & Værnor, K. (2019). Samarbeidskultur på oppvekstfeltet i norske kommuner. *Stat & styring* 03/2019, 29(3), 61-64. <https://doiorg.ezproxy.inn.no/10.18261/ISSN0809-750X-2019-03-19>
- Løkås, M. T. (2021, 3. mars). *Færre barn går i barnehage - men flere ettåringer*. Barnehage.no. <https://www.barnehage.no/ssb/faerre-barn-gar-i-barnehage---men-flere-ettaringer/217423>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Meld. St. 19 (2015-2016). *Tid for lek og læring*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/cae152ecc6f9450a819ae2a9896d7cf5/no/pdfs/stm201520160019000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 24 (2012-2013). *Framtidens barnehage*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/2e8ad98938b74226bc7ff395839434be/no/pdfs/stm201220130024000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet*. Helse - og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>
- Meld. St. 6 (2019-2020). *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. Kunnskapsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-6-20192020/id2677025/?ch=6>
- Moe, T. (2015). Når ledelse gjør forskjell - Ledelse som virkemiddel for å styrke samarbeidet mellom barnevern og barnehage for implementering av tidlig intervensjon. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 01/2015, 92(1), 6-27. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/ISSN1891-1838-2015-01-02>
- Myrann, M. K., Nome, V. K., & Piros, A. S. (2018). Det sårbare barnet i barnehagen og skolen. Tverrfaglig arbeid mot samme mål. I B. Johannessen, & T. Skotheim (Red.),

- Barn og unge i midten. Tverrfaglig og tverretattlig arbeid i barn og unges oppvekst* (ss. 116-147). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Norsk senter for forskningsdata. (u.å.). *Personverntjenester*.NSD. Henta 1. oktober 2021 frå <https://www.nsd.no/personvernetjenester>
- San Martin - Rodriguez, L., Beaulieu, M.-D., D'Amour, D., & Ferrada - Videla, M. (2005). The determinants of successful collaboration: A review of theoretical and empirical studies. *Journal of Interprofessional Care*, 19(S1), 132-147.
- St.meld. nr. 41 (2008-2009). *Kvalitet i barnehagen*. Kunnskapdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/78fde92c225840f68bce2ac2715b3def/no/pdfs/stm200820090041000dddpdfs.pdf>
- Statsforvaltaren. (2022, 14. januar). *Barnevernsreforma*. Henta 13.mars 2022 frå <https://www.statsforvalteren.no/nn/vestland/barn-og-foreldre/barnevernsreforma/>
- Statsforvaltaren. (2022, 1. januar). *Oversikt over lovendringar for tenester til barn og unge*. Henta 15. juni 2022 frå <https://www.statsforvalteren.no/nn/vestland/barn-og-foreldre/barnevernsreforma/oversikt-over-lovendringar-for-tenester-til-barn-og-unge/>
- Stensig, N. (2021, 27. april). Nøkkeltall for barnehagen 2020. Utdanningsforbundet. <https://utdanningsforbundet.no/var-politikk/publikasjoner/2021/Nokkeltall-for-barnehagen-2020/>
- Teige, A.-M., & Hedlund, M. (2015). utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid. *Sykepleien*, 11(1),76-83. <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2016.56817>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse- En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Vangen, S., & Huxham, C. (2009). En teoretisk forståelse av samarbeidets synergi. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 67-85). Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse - og sosialsektoren. I E. Willumsen, *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 16-32). Universitetsforlaget.

- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse - og omsorgssektoren. I A. Ødegård, & E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33-52). Universitetsforlaget.
- Ødegård, A. (2009). Konstruksjoner av samarbeid. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning* (s. 52-66). Universitetsforlaget.
- Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid. I E. Willumsen, & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 113-130). Universitetsforlaget.
- Ødegård, A., & Willumsen, E. (2011). Felles innsats eller solospill? - En kvalitativ studie om tjenesteyteres samarbeid omkring barn og unge. *Tidsskriftet Norsk Barnevern*, 88(04), 189-199. <https://doi-org.ezproxy.inn.no/10.18261/ISSN1891-1838-2011-04-02>

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema



Informasjon og samtykkeskjema til informantane

Førespurnad til styrarar og barnehagelærarar i barnehagane om deltaking i forskingsprosjektet

«Samarbeid om dei same barna – det tverrfaglege samarbeidet mellom barnehagane og helsestasjon.»

Dette er ein førespurnad til deg som styrar og barnehagelærer i barnehagen om å delta i ein masterstudie der ein ønskjer å få meir kunnskap om samarbeidet mellom barnehagane og helsestasjon i kommunen og korleis du opplever samarbeidet med helsestasjonen.

I dette skrivet gjev me deg informasjon om måla for prosjektet og kva deltaking vil innebere for deg.

Vidare følg informasjon om studien og samtykkeskjema som du fyller ut og leverer til undertekna.

Formål og bakgrunn

Problemstillinga for studien er: *«Korleis opplever tilsette i barnehagane det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjonen?»*

Hovudformålet med prosjektet er å finne ut korleis tilsette barnehagane opplever det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjonen. Målet er å finne ut kva individuelle og strukturelle faktorar som har betydning for samarbeidet mellom helsestasjonen og barnehagane. Samstundes ønskjer eg å få fram kva faktorar barnehagane meiner har innverknad på korleis samarbeidet kan oppretthaldast i arbeidskvardagen.

Helsestasjon og barnehagen møter dei same borna regelmessig og har oversikt over barn i kommunen. Både helsestasjon og barnehagen har mandat i høve å i vareta barn, samt mandat knytt til det førebyggjande arbeidet med barn. Eit godt tverrfagleg samarbeid mellom desse vil

vere grunnleggjande for tidleg innsats knytt til barn i barnehagealder. Ein vil også ha nytte av å dele erfaringar og kunnskap gjennom eit godt systemretta tverrfagleg samarbeid.

Prosjektet er ein masterstudie og ein del av studiet «Master i tverrfagleg arbeid med barn, unge og familiar» ved Høgskolen i Innlandet.

Du vert førespurt om å delta i studien då du som styrar eller barnehagelærer har kunnskap, meiningar og tankar om tema, og med bakgrunn i det er best eigna til å svare på problemstillinga til studien.

Kva inneber deltaking i studien?

Dersom du ønskjer å delta i studien ønskjer eg å ha eit individuelt intervju me deg. Intervjuet vil vare om lag 1 time, og vil handle om di oppleving av det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjonen. Det vil bli nytta bandopptakar under intervjuet. Eg kjem til å gjere notat under intervjuet og intervjuet vil bli skrivne ordrett ned.

Kva skjer med informasjonen om deg?

Me vil berre bruke opplysningane om deg til føremåla me har fortalt om i dette skrivet. Alle personopplysningar vil bli behandla konfidensielt og i samsvar med regelverket om personvern.

Opptak av intervju vert lagra på Høgskolen i Innlandet sin dataløysing basert på Feide-innlogging.

Alle data som blir samla inn gjennom studien vil vera anonymisert. Då vil ikkje du som deltakar i studien bli kjend att i masteroppgåva eller i framtidig publisering etter prosjektet sin slutt. Data vert sletta ved prosjektet sin slutt/når oppgåva er godkjend. Prosjektet skal etter planen avsluttast 15.09.2022.

Frivillig deltaking

Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du vel å delta, kan du når som helst trekke ditt samtykke utan å oppgje nokon grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysningar om deg bli

sletta. Det vil ikkje føre til nokon negative konsekvensar for deg dersom du ikkje vil delta eller seinare vil trekkje deg.

Ved å delta i prosjektet kan du hjelpe med å gi eit grunnlag for auka kunnskap om korleis barnehagane opplever det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjonen, og bidra til mogleg forbetring og kvalitetsforbetring av samarbeidet.

Kva gjev oss rett til å behandle personopplysingar om deg?

Vi behandlar opplysingar om deg basert på samtykket ditt.

På oppdrag frå *Høgskolen i Innlandet* har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlinga av personopplysingar i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Dine rettar

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

- innsyn i kva opplysingar vi behandlar om deg, og å få utlevert ein kopi av opplysingane,
- å få retta opplysingar om deg som er feil eller misvisande,
- å få sletta personopplysingar om deg,
- å sende klage til Datatilsynet om behandlinga av personopplysingane dine.

Dersom du har spørsmål til studien, eller om du ønskjer å vite meir eller utøve rettane dine, ta kontakt med:

- *Høgskolen i Innlandet* ved Marie Dahlen Granrud - rettleiar/prosjektansvarleg
- *Høgskulen sitt personvernombod: Usman Asghar* - rådgjevar.
E-post: usman.asghar@inn.no, telefon: +4761287483

Dersom du har spørsmål knytt til NSD si vurdering av prosjektet kan du ta kontakt med:

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Dersom du ønskjer å delta i prosjektet ber eg deg om å skrive under på det vedlagde samtykkeskjemaet

Eg vil ta kontakt med deg for nærare avtale om tid for intervju.

Ta kontakt ved spørsmål eller ved ønskje om deltaking i prosjektet.

Venleg helsing

Elin Henjesand Kvam

Marie Dahlen Granrud

Masterstudent

Rettleiar/prosjektansvarleg

Tlf. 95805384

Tlf. 99544181

Samtykkeskjema til deltaking i studien:

Eg har motteke og forstått informasjon om prosjektet

«Samarbeid om dei same barna – det tverrfaglege samarbeidet mellom barnehagane og helsestasjon.», og har fått høve til å stille spørsmål.

Eg samtykker til:

- å delta i individuelt intervju
- at opplysingane mine kan behandlast fram til prosjektet er avslutta.

Oppgi gjerne mobilnummer slik at eg kan ta kontakt for å avtale tidspunkt og gjennomføring av intervjuet.

Mobilnummer:

Eg har motteke informasjon om studien, og er villig til å delta

(Signert av prosjektdeltakar, dato)



Intervjuguide til tilsette i barnehagen

Problemstilling:

«Korleis opplever tilsette i barnehagane det tverrfaglege samarbeidet med helsestasjon.»

Opningsspørsmål:

Korleis opplever du samarbeidet med helsestasjonen i dag?

Tema eg ønskjer å belyse i intervjuet:

Kontakt med helsestasjonen:

1. I kva situasjonar har du teke kontakt med helsestasjonen?
2. Veit du om de har fast kontaktperson på helsestasjonen?
3. Kva er avgjerande for at du tek kontakt med helsestasjonen?

Tverrfagleg samarbeid:

4. Kva rutinar har din barnehage for samarbeid med helsestasjonen?
5. Kjenner du til om kommunen har noko system eller modell for tverrfagleg samarbeid kring barn?
6. Kva tverrfaglege møter har de med helsestasjonen?
 - a. Kven har ansvar for desse i dag?
7. Korleis opplever du tilgjengelegheita til helsestasjon når du treng å samarbeide eller få kontakt?
8. Fortel om situasjonar der du opplevde godt tverrfagleg samarbeid med helsestasjonen?
9. Fortel om situasjonar der du opplevde dårleg tverrfagleg samarbeid med helsestasjonen?

Kva skal barnehagen og helsestasjonen samarbeide om?

10. Kva meiner du at barnehagen og helsestasjonen bør samarbeide om? Og korleis?

I helsestasjonen sine nasjonale faglege retningslinjer er det anbefalt å ha ein skriftleg samarbeidsavtale som seier noko om individ – og systemretta samarbeid:

11. Kjenner du til at de har ein slik avtale?

I tilfelle ja:

- Kan du fortelje korleis du forstår omgrepa individretta og systemretta samarbeid?

12. Er det noko du tenkjer de skulle ha samarbeidd meir om? I tilfelle kva?

Faktorar som påverkar samarbeidet:

13. Korleis opplever du at teieplikta påverkar samarbeidet?

14. Kva faktorar meiner du kan bidra til å fremje samarbeidet med helsestasjonen?

15. Kva faktorar meiner du kan hemme samarbeidet?

16. Kva skal til for å oppretthalde eit godt samarbeid i arbeidskvardagen?

Sluttspørsmål

17. Er det noko du sit inne med som du tenkjer er viktig å få fram eller som du vil føye til det me allereie har snakka om?

Tilleggsspørsmål til styrar:

I rammeplanen for barnehagen står det at styrar skal sikre at barnehagen har rutinar for samarbeid med helsestasjon.

- Korleis tolkar du i dette?

Tilleggsspørsmål til barnehagelærar:

- Kva betydning har din leiar for samarbeidet med helsestasjonen?

Vedlegg 3: Godkjenning frå NSD

Prosjekttittel

Samarbeid om dei same barna – det tverrfaglege samarbeidet mellom barnehagen og helsestasjon.

Referansenummer

927830

Registrert

08.10.2021 av Elin Henjesand Kvam – 242190@stud.inn.no

Behandlingsansvarlig institusjon

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Marie Dahlen Granrud, marie.granrud@inn.no, tlf: 99544181

Type prosjekt:

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student:

Elin Henjesand Kvam, kvamelin@hotmail.com, tlf: 95805384

Prosjektperiode

01.11.2021 - 15.09.2022

Status:

02.11.2021 – Vurdert

Vurdering (1)

02.11.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg 02.11.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på “Del prosjekt” i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.09.2022.

LOVLIG GRUNNLAG

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

PERSONVERNPRINSIPPER

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

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

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet i tråd med den behandlingen som er dokumentert.

Kontaktperson hos NSD: Olav Rosness, rådgiver.

Lykke til med prosjektet!