



Illustrasjonsfoto: Colourbox

SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Tverrfaglig samarbeid er lenge blitt sett på som viktig i helsetjenesten, selv om forskningslitteratur viser at dette innebærer utfordringer og er komplisert. Artikkelen utforsker, erfaringer med tverrfaglig samarbeid mellom helsesøstre og barnehagelærere om fireårskonsultasjon i barnehage.

**Hensikt:** Å systematisk og deskriptivt utforske hvilke erfaringer tverrfaglig samarbeid kan gi for helsesøsterprofesjonen når fireårskonsultasjonen flyttes til en

fremmed kontekst for helsesøstrene.

**Metode:** En kvalitativ, deskriptiv studie basert på et strategisk utvalg av seks helsesøsterinformanter med erfaring fra tverrfaglig samarbeid. Det ble benyttet en semistrukturert intervjuguide.

**Resultat:** Tre temaer beskriver helsesøstrenes erfaringer: 1) Styrket helsesøsterrolle var knyttet til praktisk tilrettelegging og hvordan helsesøstrens rolleidentitet ble forsterket i det tverrfaglige sam-

arbeidet. 2) Utfordrende tverrfaglig samarbeid handlet om hvordan helsesøstrene tok definisjonsmakt over barnehagelærerne i det tverrfaglige arbeidet. 3) Potensial for tjenesteutvikling handlet om hvordan helsesøstrene opplevde kommunikasjon om positive faglige gevinster fra det tverrfaglige samarbeidet som vanskelig.

**Konklusjon:** Helsesøsterprofesjonen kan ha stort faglig potensial, dersom de realiserer likeverdige premisser og anerkjenner andre profesjoner som likeverdige.

ENGLISH SUMMARY

**Challenges in the role of public health nurses in interdisciplinary cooperation**

**Background:** Healthcare has long emphasised the importance of interdisciplinary cooperation. This paper explores experiences of interdisciplinary collaboration between public health nurses and early childhood teachers involving consultation with children at early childhood centers. The paper shows in a systematic way, the topics involved in the challenges experienced by public nurses.

**Objective:** To demonstrate in a systematic and descriptive way what challenges arise when public health

nurses collaborate interdisciplinarily with early childhood teachers.

**Method:** Method: A qualitative, descriptive study based on a strategic sample of six public nurse informants with experience of interdisciplinary collaboration. With a semi-structured interview guide.

**Result:** Three topics were found to be essential for the experience: 1) Strengthened the role of public health nurse was linked to practical arrangements and how the role identity of the public health nurse was reinforced. 2) Challenging inter-professional collaboration dealt with how public health nurses took the power of definition over the tasks

of the early childhood teachers. 3) The potential for public health nurse service involved the experiences of the public health nurses regarding obstacles, related to communicating positive professional gains from the interdisciplinary collaboration inside their own profession.

**Conclusion:** There is great potential for the professional development of public health nurses through interdisciplinary collaboration if they realise that they need to treat and recognise other professions as equal partners and on equal terms.

**Keywords:** Interdisciplinary collaboration, nurse, role identity, professional development, case study

# »» Utfordringer ved helsesøsterrollen i tverrfaglig samarbeid

Forfatter: Anne-May Teige og Marianne Hedlund

## NØKKELORD

- Helsesøster
- Tverrfaglig samarbeid
- Rolleidentitet

## INTRODUKSJON

Norsk helsepolitikk har lenge vært opptatt av at tverrfaglig samarbeid er viktig (1). Folkehelseloven sier at alle sektorer skal yte felles innsats og integrere helsefremmende og forebyggende arbeid uavhengig av sektor (2). For helsesøstre er det egne retningslinjer som tilsier at arbeid med barn og unges helseutfordringer er et fellesprosjekt som ingen profesjon eller etat kan løse alene (3–5). Dermed blir helsesøstres arbeid med barn og unge en del av integrerte tjenester, hvor det foregår samhandling med andre profesjoner slik at ulike kunnskaps- og kompetansebasen blir brukt (6).

Det er mange aktører i primærhelsetjenesten som må samarbeide tverrfaglig for å oppnå helhetlige og integrerte tjenester for brukere. Tverrfaglig samarbeid handler om at flere yrkesgrupper arbeider sammen for å løse en felles oppgave (7–9). Ifølge Glavin og Erdal (10) er tverrfaglig samarbeid utfordrende, noe også internasjonale studier viser (11–14). Utfordringene kan handle om for sterk profesjonsidentitet og hevd på arbeidsoppgaver. Det kan også ifølge Hall (15) handle om at sterk profesjonsbasert identitetsforankring hos individer vanskeliggjør tverrfaglig team-samarbeid.

Denne artikkel har bakgrunn i et utviklingsprosjekt. En rådmann i en stor kommune i Norge initierte i 2008 pilotprosjektet: «Tidlig innsats gjennom samhandling helsestasjon/barnehage». Prosjektet skulle finne ressurser og avdekke vansker hos barn så tiltak kunne settes inn på et tidlig tidspunkt. Som i andre kommuner, hadde barnehagene og barne- og familietjenesten (BFT) i denne kommunen en felles intensjon om å arbeide helsefremmende og forebyggende. Samtidig så kommunen behovet for å utvikle et tettere samarbeid mellom de to etatene. Helsesøstrene i BFT og barnehagelærerne i kommunen skulle derfor utvikle og gjennomføre et pilotprosjekt hvor formålet var å samarbeide om å gjennomføre fireårskonsultasjoner (16).

Helsesøstre og barnehagelærere har hvert sitt samfunnsmandat å ivareta innenfor arbeidet med barn og deres for-

eldre (17,18). Samtidig forventes de å integrere sine tjenester på best mulig måte ved at helsesøstre gjør sykepleiefaglige vurderinger og barnehagelærere vurderer utvikling i forhold til barnets læringsløp (ibid.). Barnehagelærere og helsesøstre har et godt utgangspunkt for tverrfaglig samarbeid om fireårskonsultasjoner, siden 90 prosent av barn i alderen ett til fem år går i barnehage og 93 prosent møter til fireårskonsultasjonen på helsestasjonene (19,20).

Helsesøstre er pålagt å gjennomføre fireårskonsultasjonen der barnets motorikk, fysiske, psykiske og sosiale helse samt test av barnets syn, hørsel, språk, høyde og vekt i tillegg til samspill med barn og foreldre vurderes (18).

Hensikten med studien var å undersøke hvordan helsesøstrene

### Hva tilfører artikkelen?

Helsesøstrene opplevde at rolleidentitet og evne til faglig utvikling ble påvirket på en positiv måte i den tverrfaglige samhandlingen med barnehagepersonell.

### Mer om forfatterne:

Anne-May Teige er høyskolelektor og Marianne Hedlund er førsteamanuensis. Begge er ansatt ved Høgskolen i Telemark. Kontaktinfo: anne.m.teige@hit.no.

i pilotprosjektet erfarte tverrfaglig samarbeid med barnehagelærere om fireårskonultasjoner.

## METODE

Studien benytter et kvalitativ metoddesign basert på semi-strukturerte intervjuer av seks helsesøstre. Utvalget ble strategisk og heterogent sammensatt. Det ble bevisst valgt informanter med ulik erfaring i yrkeslivet (fra to til 25 år) og pilotprosjektet (tre deltok fra start, og tre kom med etter hvert). Intervjuene ble

” Jeg er tydeligere når jeg gir råd i faglige temaer.

gjennomført i juni 2011, og hvert intervju varte fra 60–90 minutter. Intervjuene ble tatt opp på bånd og transkribert fortløpende (21). En strukturert intervjuguide ble fulgt, med åpne spørsmål om følgende: egen yrkesrolle, tverrfaglig samarbeid og tjenesteutvikling i pilotprosjektet.

Rådata fra intervjuene ble analysert i forhold til tematisk meningsfortetning (22). Her forstått som å handle om å identifisere og vektlegge utsagn som knyttet sammen sentrale betydninger i helsesøstrenes erfaringer. Analysen ble gjennomført i følgende tre trinn: 1) Transkripsjon av 96 sider tekst ble gjennomlest for å fange åpent ord og utsagn som var sentrale i det helsesøstrene formidlet. Deretter ble materialet organisert og systematisert i ni undertemaer. 2) I trinn to ble transkripsjonene systematisk analysert linje for linje for å identifisere mønstre i undertemaene. I denne fasen ble ni undertemaer redusert til fem temaer. 3) I den siste analysefasen ble undertemaene gjennomgått for å finne tematiske hovedtemaer eller kategorier og relevansen i forhold til problemstillingen (23–25).

Ifølge Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) (prosjektnummer 40051) er ikke denne undersøkelsen meldepliktig. Den ble gjennomført i tråd med Helsinkideklarasjonens etiske retningslinjer (26).

## RESULTATER

Resultatene gjengir subjektive beskrivelser av erfaringer hos helsesøstre med pilotprosjektet. Funnene er delt inn i tre kategorier som til sammen belyser spennvidden i datamaterialet: 1)

Styrket helsesøsterrolle 2) Utfordrende tverrfaglig samarbeid og 3) Potensial for tjenesteutvikling.

### Styrket helsesøsterrolle

Kategorien gjengir meninger blant helsesøstrene når det gjelder endret helsesøsterrolle. Helsesøstrene i pilotprosjektet styrket sin rolleidentitet når konsultasjonene ble flyttet til barnehagene. Barnehagelærere ble mer oppmerksom da helsesøstrene måtte argumentere for sin profesjonelle kompetanse. Å sette ord på hvilke premisser som måtte være til stede i barnehagen for at helsesøstrene skulle utføre sine oppgaver, ga faglig bevissthet. Helsesøstrene fikk bedre mulighet for å utføre en god faglig jobb når fireårskonklusjonen skjedde i barnehagen. Opplysninger de trengte for å gjøre en god faglig jobb kunne de hente direkte fra barnehagelærere; «Barnehagen er jo der, det er bare å spørre dem. Vi har mye mer forarbeid nå, før satt vi og ringte rundt i etterkant». Sitatet illustrerer at helsesøstrene ble tryggere i profesjonsrollen og mer effektive når tiltak kunne settes i verk tidlig. I en fireårskonklusjon på helsestasjonen måtte helsesøstre

innhente opplysninger i etterkant, og tiltakene ble iverksatt senere. I pilotprosjektet erfarte helsesøstrene å få økt faglig trygghet fordi de kunne begrunne og foreslå tiltak direkte; «Jeg er tydeligere når jeg gir råd i faglige temaer. Og pedagogen sier jeg er direkte i samtalen med foreldre». En helsesøster beskrev å få økt faglig trygghet som; «Jeg vet hva jeg står for og hva jeg kan som helsesøster». Når helsesøstrene vurderte faglig i konsultasjonen i barnehagen, ble de tydeligere i kommunikasjonen og det ga respekt og anerkjennelse hos barnehagelærerne. Det ga yrkesstolthet som profesjonsutøver; «Kanskje litt mer stolt ja, jaggju er det noen som syntes at vi gjør en ok jobb også, så klarer vi å tydeliggjøre det vi kan, så tror jeg det blir bra for våres stand».

Helsesøstrene erfarte at de fikk bedre mulighet til å oppdatere seg faglig når de måtte forberede seg mer i forkant. Når språktest ble gjennomført av barnehagelærere og vurdert av både helsesøster og barnehagelærer i forkant, styrket det helsesøsterrollen. Når konsultasjonen skjedde i barnehage, kunne de få tilgang til returnerte skjemaer fra foreldrene og barnehagelærerne. Det ga helsesøstrene mulighet til å kartlegge helsetilstanden i forkant og forberede seg på de temaene foreldre ønsket å ta opp i konsultasjonen. I helsestasjonskonsultasjonen skjedde slik kartlegging samtidig med konsultasjonen, og helsesøstrene hadde ikke samme mulighet til å forberede seg på spørsmål fra foreldrene. Når helsesøstrene var forberedt i forkant ble det enklere å bli konkrete og tydelige i faglig formidling til foreldrene. Helsesøstrene erfarte styrket rolleidentitet; «Jeg må gå gjennom mange skjema, sammenfatte hva barnehagen og foreldrene er uenige om.

Også språktesten, som barnehagen har tatt, og jeg må vurdere på forhånd før vi legger resultatet frem for foreldrene. Så jeg forbereder meg grundigere nå enn jeg gjorde før.»

Helsesøsterrollen ble også styrket gjennom at barna kunne være delvis til stede i samtalen med helsesøstre og foreldre. Barna kunne forlate samtalen når det ble naturlig. I en ordinær konsultasjon på helsestasjonen var barna til stede hele tiden. Dette kan hindre foreldre i å ta opp samtaleemner de ikke ønsker at barnet skal høre. Når konsultasjonen skjedde i barnehagen, ga samtalen med foreldrene helsesøstrene større spillerom; «Det er lettere å si hva som er bonusen. Det er her vi (foreldre, barnehageansatte og helsesøster) kan snakke uten at barnet hører på ... barnet sitter tilsynelatende og leker, men det hører jo alt (i ordinær konsultasjon) .... Og når du snakker om atferd da, og ting foreldrene synes er vanskelig». I konsultasjonen i barnehagen kunne barnet forlate rommet når de var veid, målt lengdevekt og testet hørsel. Helsesøstrene kunne dermed snakke med foreldrene alene og de fikk bedre mulighet for å foreta en helhetlig vurdering av familiesituasjonen; «Man klarer å danne seg et bilde av barnet. Og så får de jo gå ut og leke etterpå og slipper å sitte og høre på voksenprat.»

Helsesøstrene fokuserte også på å observere foreldre og barn under testingen av barnet for å snakke om samspillet når barnet var tilbake i avdelingen: «... så synes jeg vi kan observere mye, klare å danne oss et bilde av barnet og av samspillet det har med foreldrene. Dette kan vi bruke for å få en dialog med foreldrene om hvordan det er hjemme».

### Utfordrende tverrfaglig samarbeid

Kategorien viser til meninger om det tverrfaglige samarbeidet med barnehagelærerne blant helsesøstrene. Helsesøstrene beskrev utfordringer når de skulle gjennomføre arbeidsoppgaver i barnehagen, som var en kontekst de ikke kjente. De var ikke en del av barnehagens faste personale, og derfor erfarte de å bli en «gjest» når de skulle utføre helsesøsters velkjente arbeidsoppgaver i fireårskonsultasjonene. Lokalitetene i barnehagen ble et praktisk problem fordi de ikke var tilpasset behovet til helsesøstrene når de skulle utføre konsultasjonen: «Det er ikke egnet rom til oss når vi kommer» eller «Alle i personalet vet ikke at vi kommer, noen har pause på det rommet vi skal bruke, og da må vi kaste dem ut!».

Helsesøstrene anså det som vanskelig å bli likeverdige når de samarbeidet med barnehagelærerne. Barnehagelærerne ble snarere bidragsyttere i samhandlingen, mens helsesøstrene administrerte, bestemte og tok de praktiske avgjørelsene i konsultasjonene; «Jeg føler at det er jeg som eier dette, da. Jeg har ikke gjort noe som helst. Jeg har bare flyttet konsultasjonen, og så har jeg forsterket den litt, rett og slett med å ta med en som jobber med barna på dagtid i barnehagen». Helsesøstrene tok kontroll og definerte samarbeidsrelasjonene. De trodde derfor samarbeidet om fireårskonsultasjonen var mindre nyttig for barnehagelærerne enn for helsesøstrene; «Hun [barnehagelæreren] kommer inn når jeg gir beskjed: Ja – Nå kan du komme! Og så tar vi lista. Så tar vi det som jeg har sammenfattet på skjema, da». Sitatet viser at helsesøstrene slet med å orientere seg mot barnehagelærerne som en likeverdig part i konsultasjonene.

Helsesøstrene erfarte at det kunne være at konsultasjonen i barnehagen medførte at de brukte tiden til barnehagelærerne unødigg. Helsesøstrene stusset over at barnehagelærerne gjennomførte sine egne foreldresamtaler uavhengig av fireårskonsultasjonen. Helsesøstrene tolket det dit hen at fireårskonsultasjonen ga merarbeid for barnehagelærerne; «Helsesøster bruker tiden deres [barnehagelærernes] unødigg, da de likevel må gjennomføre egne foreldresamtaler på et senere tidspunkt».

Helsesøstrene erfarte det naturlig å definere oppgavene til barnehagelærerne i konsultasjonen. De mente at det ikke var behov for noen rolleavklaring med barnehagelærerne. Grunnen var at de var lite kjent med barnehagelærernes profesjonsutøvelse; «... de [barnehagelærerne] har ikke noe valg de heller, stakkars, de er tvunget inn i det de også». Sitatet viser en sentral innstilling hos helsesøstrene til barnehagelærerne i pilotprosjektet. Helsesøstrene opplevde at de fikk ansvar for å gjennomføre utviklingsarbeidet, og av den grunn kunne de være premissleverandører for samhandlingen med barnehagelærerne. Det var uproblematisk for dem å ta en overordnet rolle og definisjonsmakt over situasjonen.

### Potensial for tjenesteutvikling

Kategorien viser meninger helsesøstrene hadde om pilotprosjektets potensial til videreføring og hvordan deres erfaringer kunne bidra til å utvikle helsetjenesten.

Helsesøstrene mente erfaringer i pilotprosjektet kunne brukes for å bedre helsesøster-tjenesten. De fikk bedre mulighet til å forberede seg og fordype seg faglig før hver konsultasjon. I tillegg erfarte de at de kunne iverksette tiltak hos barna ras-

kere enn før fordi barnehagelærerne deltok med sine vurderinger i konsultasjonen.

Helsesøstre som deltok i pilotprosjektet ville at disse positive erfaringene skulle videreføres slik at helsesøstre i flere kommuner kunne gjennomføre fireårskonsultasjonen i barnehagen. Derfor reagerte de med frustrasjon da deres positive erfaringer med utviklingsarbeidet ikke ble applaudert eller ble møtt med kritiske spørsmål fra andre helsesøstre: «Jeg ble lei meg, så ble jeg forbannet, sint og lei meg igjen. Hadde lyst til å gå, for jeg tenkte hvor vanskelig skal det være da?» For helsesøstre var det vanskelig å formidle hvordan pilotprosjektet bidro til faglig utviklingsarbeid. Helsesøstre kommuniserte at samarbeidet med barnehagelærerne ga faglig trygghet og at de på den måten

ker de går glipp av noe ... Dette er jeg så sikker på at ... de kan bare kritisere.» Det kom frem at helsesøstre møtte utfordringer i å formidle de positive erfaringene fra pilotprosjektet på en klar og entydig måte.

#### DISKUSJON

Det mest overraskende funnet var at helsesøstre opplevde å ha et godt samarbeid med barnehagelærerne, da det viste seg at de samarbeidet svært lite. Samarbeidet førte ikke til at helsesøstre endret vesentlig på innholdet i fireårskonsultasjonen for å innlemme barnehagelærernes faglige oppgaver overfor barn og foreldre. På den andre siden opplevde helsesøstre at rolleidentitet og evne til faglig utvikling ble positivt påvirket av den tverrfaglige samhandlingen. Det vil si at barnehagelærerne fungerte som

er sentralt for å lage effektive og likeverdige tverrfaglige profesjonsutøvere slik Onyett & Ford (6) understreker. Schofield & Amodeo (9) mener arbeid i team er effektivt, og nyttig for brukeren når det leder til at fagpersonenes yrkesutøvelse styrkes. I denne undersøkelsen kan det se ut som barnehagelærerne ble satt på side-linjen av helsesøstre som tok definisjonsmakten i samarbeidet. Når medlemmer av bestemte profesjonsgrupper samhandler, kan de få økt makt i den forstand at de blir bevisst egne preferanser og spesifikt fagfelt (15). Dette kan forklare at barnehagelærerne, ifølge helsesøstre, opplevde samarbeidet som belastende og tilpasset seg helsesøstres prioriteringer.

Et annet interessant funn var at samarbeidet under konsultasjonene hadde form av oppgavefordeling mer enn kompetanseoverføring mellom profesjonene. I stedet for å aktivt søke og bli kjent med kompetansen til barnehagelærerne, valgte helsesøstre å utføre sine oppgaver hovedsakelig likt fireårskonsultasjonene på helsestasjonene. De endret ikke sin profesjonsutøvelse og oppgaver vesentlig, men opplevde likevel at pilotprosjektet ga faglig berikelse. Som vi ser av resultatene her, er kompetanseoverføring vanskelig å oppnå når en av profesjonene har liten innsikt i den andres kompetansegrunnlag. Annen forskning viser at forutsetningene for et godt tverrfaglig samarbeid er at profesjonene aksepterer hverandres kompetanse og utnytter den i samarbeidet (7).

Å forholde seg til barnehagelærernes kompetanse synes vanskelig for helsesøstre. Kanskje handlet det om at helsesøstre var usikre på hva barnehagelærerne gjennom sin kompetanse

” Jeg vet hva jeg står for og hva jeg kan som helsesøster.

opplevde nye dimensjoner ved profesjonsutøvelsen: «Jeg føler jeg får styrket enfagligheten min fordi da blir jeg tydelig på hva jeg kan selv». «Enfagligheten» i sitatet sikter til hva informantene mente styrket helsesøsterrollen.

Det ga andre handlingsrom i profesjonsutøvelsen da fireårskonsultasjonen ble flyttet til barnehagene. Helsesøstre fikk bedre mulighet til å forberede seg på samtalen med foreldre, og dermed ble de tydeligere og faglig sterkere. Da de forsøkte å formidle det til andre helsesøstre, ble de møtt av kritiske spørsmål og bemerkninger, noe de tolket som manglende anerkjennelse på de erfaringer de fikk i pilotprosjektet; «Jeg opplever at en del av uttalelsene er litt gammeldage ... at de ikke kan være med i en utvikling og hm-hm, ja. Jeg ten-

en positiv referansegruppe for helsesøstre (7). Helsesøstre mente de var bedre forberedt i forkant av konsultasjonene. Likevel valgte helsesøstre å utføre de fleste arbeidsoppgavene som før. Det skjedde dermed ikke noe nærmere samarbeid med barnehagelærerne. Hall (15) påpeker at dette ikke er uvanlig når profesjoner møtes i tverrfaglig samarbeid. Til tross for manglende tverrfaglig samarbeid oppga helsesøstre i pilotprosjektet å få økt forståelse av hvordan de selv jobbet og økt forståelse for hvordan de skulle tilnærme seg foreldre og barn i konsultasjonene. Det kan se ut som dette bidro til en styrket rolleidentitet hos helsesøstre som ga dem makt over samarbeidet. En mulig årsak kan være at de ikke hadde avklart rolle og oppgavefordeling seg imellom. Dette

kunne bidra med. Ogden (8) påpeker verdien av at profesjonene må bruke sin kompetanse til å skape en felles oppgaveløsning. Når helsesøstrene beskriver at barnehagelærerne tok språktest og de sammen vurderte testen, kan det fremstå som et samarbeid og en felles oppgaveløsning. Men det kan også, slik helsesøstrene beskriver det, ha vært mer preget av at barnehagelærerne ga bidrag til helsesøstrene i fireårskonsultasjon. På den måten oppnår de ikke gevinsten av den oppgaveløsningen Ogden (8) snakker om. Helsesøstrene var vant til å arbeide selvstendig og ta avgjørelser ut fra eget ståsted. Det kunne skape problemer for samarbeidet med andre yrkesgrupper (10).

Et tredje funn i undersøkelsen var helsesøstrene sitt ønske og tro på at deres erfaringer kunne utvikle tjenesten og endre praksis i andre kommuner. Schofield & Amodeo (9) mener at arbeid i team er effektivt og nyttig for brukeren når det leder til at fagpersonene sin yrkesutøvelse styrkes. Helsesøstrene lærte å gi kvalitativt bedre tjeneste til foreldre og barn nettopp ved at deres yrkesutøvelse ble styrket. Dermed ønsket de at erfaringene i pilotprosjektet skulle implementeres som ny praksis i helsesøstertjenesten. Siden dette var et pilotprosjekt som ikke innebar systematisk kunnskapsutvikling (16), er det behov for mer presis viten om hvordan en slik måte å gjennomføre en fireårskonsultasjonene på kan implementeres som ny kunnskapsbasert praksis.

## KONKLUSJON

Artikkelen belyser hvordan helsesøstre i et pilotprosjekt hvor fireårskonsultasjoner flyttes til barnehage får ny innsikt og opplever utfordringer. Helse-

søstrene ble styrket i sin faglige rolleidentitet og faglige handlingsrom da de samarbeidet med barnehagelærerne. De fikk også økt mulighet til å gjennomføre tidlig intervensjon hos barn i fireårskonsultasjonen.

Samtidig var det utfordrende å integrere barnehagelærerne som likeverdige partnere i konsultasjonen.

Helsesøstrene som deltok i pilotprosjektet syntes det var vanskelig å endre praksisen slik at andre helsesøstre samhandlet med barnehagelærere om fireårskonsultasjonen i barnehage.

Innsikten formidlet i artikkelen viser at det er økt behov for mer forskning om tverrfaglig samarbeid der helsesøstre deltar.

## REFERANSER

1. Sosial- og helsedepartementet. Det er bruk for alle: styrking av folkehelsearbeidet i kommunene: utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet 16. juli 1997: avgitt til Sosial- og helsedepartementet 17. november 1998. Oslo: Departement. 1998. (NOU 1998: 18). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-1998-18/id141324/?docId=NOU199819980018000DDDEPIS&ch=1&q=NOU%201998:%2018&redir=true&ref=search&term=NOU%201998:%2018> [Nedlastet 06.02.2015].
2. Folkehelseloven. 2011. Tilgjengelig fra: [http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov\\*&](http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-20110624-029.html&emne=folkehelselov*&) [Nedlastet 06.02.2015].
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Resept for et sunnere Norge. Oslo: Departementet. 2003. (St.meld. nr. 16 [2002-2003]). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20022003/stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640> [Nedlastet 06.02.2015].
4. Barne- og likestillingsdepartementet. Det du gjør, gjør det helt: bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Oslo: Departementet. 2009. (NOU 2009:22). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/btd/dok/nouer/2009/nou-2009-22.html?id=587673> [Nedlastet 06.02.2015].
5. Helse- og omsorgsdepartementet. God kvalitet-trygge tjenester. Oslo:

Departement. 2013. (Meld.st. nr. 10 [2012-2013]). Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-10-20122013.html?id=709025> [Nedlastet 06.02.2015].

6. Onyett S, Ford R. Multidisciplinary community teams: where is the wreckage? *J Ment Health*. 1996;5:47-55.
7. Lauvås K, Lauvås P. Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi. Oslo: TANO. 2003.
8. Ogden T. Kompetanse-et bidrag til tverretattlig begrepsutvikling. *Tidsskriftet Norges Barnevern*. 1995;(4): 4-9.
9. Schofield R, Amodeo M. Interdisciplinary teams in health care and human services settings: Are they effective? *Health SOC Work*. 1999;24:210-9.
10. Glavin K, Erdal B. Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i Kommune-Norge. 3. utg. ed. Oslo: Kommuneforlaget. 2013.
11. Clancy A, Svensson T. Perceptions of public health nursing practice by municipal health officials in Norway. *Public Health Nurs*. 2009;26:412-20.
12. Clancy A, Gressnes T, Svensson T. Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study. *Scand J Caring SCI*. 2013;27:659-68.
13. Al Sayah F, Szafran O, Robertson S, Bell N, Williams B. Nursing perspectives on factors influencing interdisciplinary teamwork in the Canadian primary care setting. *J Clin Nurs*. 2014;23:2968-79.
14. Bronstein LR, Anderson E, Terwilliger SH, Sager K. Evaluating a model of school-based health and social services: an interdisciplinary community-university collaboration. *Children & Schools*. 2012;155-65.
15. Hall C. Looking inside professional practice: discourse, narrative and ethnographic approaches to social work and counselling. *Qual SOC Work*. 2005;4:379-90.
16. Ruud B. 4-års konsultasjon-barnehagen som samarbeidspartner. *Fagbladet helsesøstre*. 2010;(1): 22-25.
17. Kunnskapsdepartementet. Rammepplan for barnehagen. 2011. (FOR-2006-03-11 nr. 266). Tilgjengelig fra: <http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldes?doc=/st/sf/sf-20060301-0266.html> [Nedlastet 06.02.2015].
18. Helsedirektoratet. Kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450. 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/Sider/default>.