

«Flere øyne som ser»

En kvalitativ studie om to års konsultasjonen i barnehagen.

SONIA SARAFIAN WESTERGREN
KIM JOHNNY WILHELMSSEN

VEILEDER

Siv Kristine Schrøder

Universitetet i Agder, 2023

Fakultet for helse og idrettsvitenskap
Institutt for psykososial helse

Master

Forord

Denne masteroppgaven er skrevet i forbindelse med et fireårig masterstudie i psykososial helse ved Universitetet i Agder. I løpet av noen lærerike år har vi fordypet oss i fagområder som vi kommer til å ha mye bruk for fremover i vårt videre arbeid med barn og unge.

Det er flere personer som vi fortjener å takke. Først og fremst vil vi takke informantene våre som stilte opp og ga oss sine bidrag til vår studie. Vi vil takke prosjektgruppa i kommunen vår, som ga oss ideen til problemstillingen og for å være behjelpelige med å rekruttere informanter.

Videre vil vi takke vår veileder Siv Kristine Schrøder for å gi oss gode og konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele vår studie. Sammen med deg har vi også hatt både nyttige og interessante drøftinger underveis. Vi vil også takke hverandre for et godt samarbeid. Til sist vil vi takke familiene våre for deres tålmodighet i en til tider krevende prosess.

Sonia Sarafian Westergren og Kim Johnny Wilhelmsen

Grimstad, november 2023.

Sammendrag

Denne oppgaven handler om helsekonsultasjon av barn gjennomført i noen barnehager i Norge. Alle foreldre får tilbud om en slik helsekonsultasjon av barnet deres, og denne gjennomføres vanligvis på helsestasjonen. I flere kommuner har det de siste årene vært prøvd ut å gjennomføre disse konsultasjonene i barnehagen. Dette har vært et samarbeid mellom barnehage og helsestasjon. Det har vært gjennomført få studier om hvordan slike samarbeid rundt helsekonsultasjoner fungerer.

Helsekonsultasjoner utføres flere ganger i barnas første leveår. Vår studie retter seg mot to års konsultasjonen og samtalen mellom foreldre, helsesykepleier og pedagog.

Studien har følgende problemstilling: *Hvordan opplever foreldre samtalen under to års konsultasjonen?*

Studien er en kvalitativ intervjustudie med et fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk tilnærming hvor formålet er å få frem foreldrenes erfaringer og opplevelser. Utvalget består av foreldre til barn som har gjennomført to års konsultasjon i barnehagen. Dataanalysen er basert på Braun og Clarke reflekssive, tematiske analysemetode (Braun & Clarke, 2006).

Våre hovedfunn viser at foreldrenes opplevelse av samtalen handlet om trygghet og mangel på trygghet. Faktorer som bidro til trygghet var en kjent person fra barnehagen, flere fagpersoner til stede og god atmosfære under samtalen. Faktorer som bidro til mangel på trygghet var mangelfull organisering og planlegging av samtalen og at det var en ukjent person med i samtalen. På tross av denne opplevde utryggheten, viser funnene at den *totale opplevelsen* av samtalen likevel opplevdes som trygg.

Nøkkelord: Helsestasjon, barnehage, samarbeid, tidlig innsats, tverrfaglig samarbeid, trygghet, to års konsultasjon.

Summary

This study is about health consultations of children done in some kindergartens in Norway. All parents are offered this kind of health consultation of their child, and it is normally done at the public health clinic. Over the last years, several municipalities have had test trials done that offer these consultations in the kindergarten. This has been a collaboration between the kindergarten and the public health clinic. Few studies have been done to determine how the collaboration is working regarding health consultations.

Health consultations are done several times during a child's first year. Our study is aimed at the second-year consultation and the dialogue between parents, public health nurses and educators.

The study seeks to answer the following question: *How do parents perceive the dialogue at the second-year consultation?*

The study is a qualitative interview study with a phenomenological hermeneutical method of approach, in which the purpose is to highlight the parent's experiences. The selection is parents having children gone through the second-year consultation in kindergarten. The data analysis is based on Braun and Clarke reflexive thematic analysis (Braun & Clarke, 2006).

Our main findings show that the parent's experience of the consultations was about security and insecurity. Factors contributing to security were having a person they knew from the kindergarten; professionals present and a good atmosphere during the consultation. Factors contributing to the insecurity were inadequate organization and planning of the consultation, and if there was an unknown person present during the consultation. Despite the experienced insecurity, the findings show that the *total experience* of the consultation still felt secure.

Key words: public health clinic, kindergarten, collaboration, early effort, interdisciplinary collaboration, security, second-year consultation.

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag.....	3
Summary	4
1 INTRODUKSJON.....	8
1.1 Oppgavens tema og formål.....	8
1.2 Oppgavens problemstilling.....	8
1.3 Bakgrunn for valg av tema	9
1.4 Relevans for psykososialt arbeid.....	9
1.5 Oppgavens videre oppbygging.....	10
2 OM HELSESTASJONER OG HELSEKONSULTASJON.....	10
2.1 Innledning.....	10
2.1.1 Helsestasjonen.....	10
2.1.3 Fire års konsultasjoner i barnehager.....	11
4.6.4 To års konsultasjon gjennomført i barnehage.....	13
4.6.4 Satsing på tidlig innsats.....	13
4.6.4 Samarbeid.....	15
3 FORSKNING.....	16
3.1 Innledning.....	16
3.2 Samarbeid mellom helsestasjon og barnehagen.....	17
3.3 Foreldres opplevelse av utviklingssamtaler i barnehagen.....	18
3.4 «Soft governance» i utviklingssamtaler.....	20
3.5 Kartlegging under helsekonsultasjoner i andre land.....	22
4 TEORI.....	22
4.1 Innledning.....	22
4.2 Trygghet og utrygghet.....	23
4.3 Relasjoner.....	25
4.4 Veiledning.....	27
4.5 Tidlig innsats.....	29
4.5.1 Forståelser av tidlig innsats.....	29
4.5.4 Tidlig innsats i barnehagen.....	30
4.5.5 Barn som blir standardisert.....	31
4.6 Tverrfaglig samarbeid.....	31
4.6.1 Samarbeid.....	31
4.6.2 Hvorfor er det nødvendig med samarbeid.....	32
4.6.3 Forutsetninger for et velfungerende samarbeid.....	32

5 METODE	33
5.1 Innledning	33
5.2 Kvalitativ studie og intervjuer	33
5.3 Vitenskapsteoretisk ståsted	34
5.4 Utvalg og rekruttering	35
5.5 Datainnsamling	36
5.5.1 Semistrukturert forskningsintervju	36
5.5.2 Gjennomføring av intervjuene og vår rolle	37
5.5.3. Transkribering	38
5.5.4 Analyse	39
5.5.5 Å bli kjent med datamaterialet	39
5.5.6 Koding av dataene	40
5.5.7 Å lete etter foreløpige temaer	40
5.5.8 Å vurdere temaene	41
5.5.9 Gi temaene navn	42
5.6 Forskningens kvalitet	43
5.6.1 Validitet	43
5.6.2 Reliabilitet	43
5.6.3 Overførbarhet	44
5.6.4 Etske vurderinger	44
5.6.5 Informert samtykke	45
5.6.6 Konfidensialitet	45
5.6.7 Konsekvenser av å delta	46
5.6.8 Forskerrollen	47
5.6.9 Søk etter teori og forskning	49
5.6.10 Fordeling av arbeidsoppgaver	49
6 FUNN	50
6.1 Innledning	50
6.2 Trygghet	51
6.2.1 Kjent person fra barnehagen	51
6.2.2 Flere øyne som ser	52
6.2.3 Atmosfæren	55
6.3 Utrygghet	57
6.3.1 Mangelfull planlegging og organisering	57
6.3.2 Tilrettelegging med hensyn til barnet	58
6.3.3 Ukjent person	59

6.4 Tidsbruk	60
6.5 Oppsummering	61
7 DISKUSJON	61
7.1 Innledning.....	61
7.2 Trygghet	61
7.2.1 Betydningen av en kjent person til stede i samtalen.....	61
7.2.2 Å bli møtt som et subjekt kan bidra til god atmosfære og trygghet i samtalen	63
7.2.3 Rom for veiledning.....	65
7.2.4 Ytre forhold	66
7.2.5 Maktforhold.....	67
7.2.6 Organisering av samtalen	68
7.3 Utrygghet.....	68
7.3.1 Mangelfull planlegging og organisering.....	69
7.3.2 Tilrettelegging med hensyn til barnet.....	70
7.3.3 Ikke etablert relasjon	70
7.4 Tverrfaglig samarbeid rundt alle barn?	71
8 AVSLUTNING	74
9 LITTERATURLISTE	76
10 VEDLEGG	81
Vedlegg 1 informasjonsskriv og samtykke skjema	81
Vedlegg 2 Intervjuguide	84
Vedlegg 3 Samtaleskjema for to års konsultasjon.....	85
Vedlegg 4 Godkjenning NSD.....	86
Vedlegg 5 Godkjenning FEK	87

1 INTRODUKSJON

1.1 Oppgavens tema og formål

Tema for denne oppgaven er helsekonsultasjon gjennomført i barnehager i Norge. Alle barn og deres foreldre får tilbud om å gjennomføre en slik helsekonsultasjon, og denne gjennomføres da stort sett på helsestasjonen. Dette innebærer at 55 000 barn i to års alderen var til helsekonsultasjon i 2022. Dette utgjør 99,2 prosent av alle to åringene det året (Statistisk sentralbyrå, 2022). Hensikten med slike konsultasjoner er å undersøke barnets utvikling, men det er også ment som et sted for foreldre å få veiledning og støtte. I denne sammenhengen er foreldres opplevelse av konsultasjonen og samtalen med helsepersonell viktig. Vi har i denne oppgaven undersøkt foreldres opplevelse av to års konsultasjonen.

Normalt, gjennomføres konsultasjonene på de ulike kommunale helsestasjonene, men i de siste årene har konsultasjonene helt eller delvis blitt forsøkt gjennomført på andre måter. For eksempel har gjennomføring av fire års konsultasjonen blitt forsøkt gjennomført i kommunale barnehager. Det har de siste årene blitt forsøkt ut å gjennomføre to års konsultasjon i barnehage. Målsettingen med å flytte konsultasjonene til barnehagen har vært å få satt i gang et samarbeid mens barna fremdeles er små, slik at barnehagen og helsestasjon tidlig kan oppdage og sette i gang tiltak tidlig der det er behov for det.

De ansatte i barnehagen er i en unik posisjon når det gjelder å fange opp barn som strever, har det vanskelig eller er i risikogrupper. Gjennom et samarbeid med barnehagene vil helsesykepleiere kunne følge med hvordan barnet har det over tid. I tillegg har helsesykepleiere, som en helsefremmende aktør, kunnskap som kan være nyttig i utviklingen av systemrettede, helsefremmende tiltak i barnehagen (Nitter, et al., 2023, s. 7).

Dette er en ny måte å organisere to års konsultasjonen på og det foreligger derfor lite kunnskap om hvordan dette fungerer. Vi har derfor valgt å undersøke hvordan foreldre opplever samtalen ved to års konsultasjonen gjennomført i barnehagen.

1.2 Oppgavens problemstilling

Vår problemstilling er følgende;

- Hvordan opplever foreldre samtalen under to års konsultasjonen i barnehagen?

Formålet med studien er å få frem foreldrenes erfaringer. Problemstillingen er nokså åpen. Dette er fordi vi har ønsket å utforske foreldrenes opplevelser med utgangspunkt i det de var opptatt av. Vi har undersøkt problemstillingen ved å intervju seks foreldre hvor alle har hatt barn som har gjennomført to års konsultasjonen i barnehagen barna gikk. I intervjuene har vi lagt vekt på at foreldrene skulle få prate så fritt som mulig, uten at vi ledet dem på den ene eller andre veien. Vi ønsket at de skulle fortelle om sine egne subjektive opplevelser og erfaringer av samtalen fra sitt eget perspektiv. På denne måten fikk vi frem førstepersonsperspektivet på det vi ønsket å undersøke (Thoresen et al., 2020, s. 24).

1.3 Bakgrunn for valg av tema

Vi er begge utdannet barnehagelærere og har lang yrkeserfaring fra jobb i barnehage i ulike roller. Erfaringer fra å jobbe som pedagogisk leder, styrer og spesialpedagog har gitt oss bred innsikt i barnehagefeltet. Vi har erfart at det i større grad har blitt fokusert på tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid i barnehagesektoren de senere årene. Tidlig innsats er et tema som berører oss sterkt i vårt arbeid med de minste barna. Vi har personlig gode erfaringer og opplevelser av situasjoner hvor innsats har blitt satt i gang på et tidlig tidspunkt i barnets liv. Dette handler om at andre instanser, som for eksempel barnevern og pedagogisk psykologisk tjeneste, har blitt koblet på.

Kommunen vi er ansatt i, gjennomfører for tiden et pilotprosjekt som handler om å gjennomføre to års konsultasjon i noen utvalgte barnehager. Bakgrunnen for dette var å skape bedre tverrfaglig samarbeid og bidra til at de ulike fagpersonene i større grad kunne se barnets behov i et helhetlig perspektiv og lykkes med tidlig innsats. Vi syntes dette virket spennende, og vi ønsket derfor å involvere oss i prosjektet som utgangspunkt for vår studie.

1.4 Relevans for psykososialt arbeid

Denne oppgaven er skrevet i forbindelse med masterprogrammet Psykososial helse ved Universitetet i Agder. Studiet gir kompetanse for arbeid med psykososial helse, det vil si både fysiske, psykiske, kulturelle, sosiale og eksistensielle dimensjoner som har betydning for den enkelte og grupper helse (uia, 2023). Psykososial er et begrep som er satt sammen av to deler- *psyko-* og *sosialt*, og handler om at menneskets indre psykologiske liv er forbundet med det sosiale liv (Lile, 2019, s. 18). Slik vi ser det handler det om både sosiale og psykiske forhold som er av betydning for mental fungering og helse. Det vil med andre ord si at psykososial helse handler om samspillet mellom individet og omgivelsene.

Oppgavens tema og problemstilling anser vi som relevant for masterprogrammet, da den handler om foreldres opplevelser i møte med fagpersoner fra helsestasjon og barnehage, som sammen jobber for å gi helhetlige tjenester til barnet. I kommunens pilotprosjekt der to års konsultasjonen blir gjennomført i barnehagen blir barnets utvikling og trivsel sett i sammenheng med de omgivelsene der barnet oppholder seg til daglig. I vår studie blir foreldrenes erfaringer og opplevelser fra samtalen sett ut fra et helhetlig samspill med omgivelsene.

1.5 Oppgavens videre oppbygging

I dette kapitlet har vi skissert tema og bakgrunn for oppgaven, og presentert studiens problemstilling. I kapittel 2 vil vi presentere helsestasjonens arbeid, og hvilke politiske føringer som ligger til grunn. Deretter vil vi i kapittel 3 presentere tidligere forskning. Videre vil vi i kapittel 4 presentere teori som er aktuell for problemstillingen vår. I kapittel 5 redegjør vi for studiens metodiske valg, datainnsamlingsmetode og forskningens kvalitet. I kapittel 6 presenterer vi funn fra intervjuene i vår gjennomførte studie før vi i kapittel 7 drøfter funnene våre i lys av den presenterte teorien og forskningen. Til slutt vil vi i kapittel 8 forsøke å trekke noen konklusjoner og gi forslag til videre forskning.

2 OM HELSESTASJONER OG HELSEKONSULTASJON

2.1 Innledning

Formålet med dette kapitlet er å vise konteksten for oppgavens tema, to års konsultasjon i barnehagen. Vi baserer kapitlet hovedsakelig på offentlige dokumenter og statistikk, samt en offentlig utredning av fire års konsultasjon i barnehagen.

2.1.1 Helsestasjonen

Helsestasjonen er en del av kommunehelsetjenesten og har til hensikt å tilby helsefremmende og forebyggende tjenester til innbyggerne (Helse og omsorgstjenesteloven, 2011, § 3-2).

Tilbudet er et universelt, frivillig og gratis og benyttes av hele 98,8% av spedbarna innen åtte uker og 96,3 prosent av barna innen 2-3 år (Statistisk sentralbyrå, 2022). En helsesykepleier treffer barna og familien i barnas fire første leveår gjennom regelmessige konsultasjoner, der det blant annet tilbys vaksiner, samtaler, hørsel og synstest, samt vurdering av motorisk utvikling. Formålet med undersøkelsene er å bidra til å forebygge og indentifisere risikofaktorer for utvikling av fysiske og psykiske helseproblemer (Helsedirektoratet, 2017).

I alderen 0 – 5 år gjennomføres det totalt 14 konsultasjoner i helsestasjonsprogrammet. Den første gjennomføres rett etter fødsel og siste når barnet er fire år. En konsultasjon tar først og fremst utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse og livskår. Helsestasjonen skal være en støtte for foreldre, gjøre dem trygge i foreldrerollen og bidra til at barn får en trygg og god oppvekst. Det innebærer at foreldre får veiledning på blant annet ernæring, barnets utvikling, søvn, rusmiddelbruk, vold og omsorgssvikt. I tillegg kan foreldre ta opp det de selv har behov for å snakke om. I tillegg til helsesykepleier arbeider også lege og fysioterapeut på helsestasjonen. Ved fire av konsultasjonene vil det også bli gjennomført undersøkelse av lege. Legeundersøkelse skjer når barnet er seks uker, seks måneder, ett år og to år (Helsedirektoratet, 2017).

I 2017 ble nasjonal faglig retningslinjer for helsestasjons- og skolehelsetjenesten lansert. Retningslinjene legger vekt på at helsestasjonen og barnehagen til sammen har god kunnskap om barn i alderen 0 – 5 år, og at helsestasjonen derfor skal samhandle på systemnivå med barnehagen. Det kan også samarbeides på individnivå om barn med behov for ekstra oppfølging, noe som vil være opp til den enkelte kommune å vurdere. Det legges i tillegg vekt på at helsestasjonen og barnehagene bør ha skriftlige samarbeidsavtaler, gjensidig kunnskap om hverandres tjenester og avklaring av roller i samarbeidet (Helsedirektoratet, 2017).

2.1.3 Fire års konsultasjoner i barnehager

Det er lite kunnskap om samarbeid mellom helsestasjon og barnehage. I 2018 ble det utført en undersøkelse om gjennomføring av fireårs-konsultasjoner i barnehager istedenfor på helsestasjonen (Helsedirektoratet, 2019). Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet fikk i oppdrag å utrede og komme med en anbefaling om hvordan fireårskonsultasjoner i barnehager kunne prøves ut mer systematisk. Oppdraget var todelt hvor første del besto av å utføre en erfaringsinnhenting fra kommuner som hadde gjennomført hele eller deler av ordningen. Andre del besto av å utarbeide en rapport med vurderinger og anbefalinger om hvordan ordninger eventuelt burde prøves ut.

I samarbeid med statsforvalteren ble det innhentet informasjon fra 16 kommuner, hvor konsultasjoner allerede hadde blitt gjennomført, på kommunenes eget initiativ (Helsedirektoratet, 2019, s. 9). Det ble sendt ut en kortfattet, nettbasert spørreundersøkelse til administrasjonen i de ulike kommunene. I tillegg ble det gjennomført telefonintervju av helsesykepleier, barnehagestyrer, pedagogisk leder og fysioterapeut. Det ble totalt gjennomført åtte intervjuer fordelt på seks ulike kommuner. Intervjuene ble gjennomført av to saksbehandlere og varte om lag en time. Temaene for samtalen var allerede satt og var

følgende; formål, tidsbruk, lokaler og organisering, roller og ansvar, taushetsplikt og samtykke (Helsedirektoratet, 2019, s. 9-10).

Svar fra spørreundersøkelsene og intervjuene viste at kommunene så positive effekter av ordningen. Det som gikk igjen som positivt var et bedret samarbeid mellom barnehage og helsestasjon. Det ble spesielt trukket frem at når flere så barnet og flere fagprofesjoners kompetanse supplerte hverandre førte det til et mer helhetlig bilde av barnet. Gjennom samarbeidet fikk barnehagene og helsestasjonen bedre kontakt med hverandre og et tettere samarbeid, både når det gjaldt videre oppfølging av enkeltbarn, men også i den generelle kontakten etatene seg imellom. I tillegg trakk helsesykepleierne frem at det var positivt at de fikk mulighet til å observere barna i lek og utfoldelse i sitt kjente miljø, noe som ga en annen forståelse av barna enn om de hadde vært på helsestasjonen. Både helsesykepleiere og barnehagelærere oppga at de opplevde foreldrene som positive til tilbudet. Rapporten viser samtidig at det ikke har blitt gjort systematiske undersøkelser blant foreldre. Foreldrene er også i liten grad spurt konkret om de foretrekker den ene eller den andre løsningen (Helsedirektoratet, 2019, s. 26).

Et annet funn i rapporten er at flere kommuner mente det var for sent å starte samarbeidet mellom barnehage først når barnet var fire år. Det trekkes blant annet frem at gjennomføring av toårskontroll i barnehage vil kunne gi samarbeid på individnivå vesentlig tidligere, med argumentasjon på at barnet fortsatt har lang tid igjen både i barnehage og på helsestasjon. (Helsedirektoratet, 2019, s. 14).

I spørreundersøkelsen kom det også frem noen utfordringer med å gjennomføre fireårskonsultasjoner i barnehagen. Hyppigst ble utfordringer til økt tidsbruk knyttet til reisevei, planlegging, koordinering og gjennomføring trukket frem. Estimatet av økt tidsbruk varierte fra kommune til kommune, men noen trakk frem at ordningen førte til nær dobbel tidsbruk for helsesykepleier sammenlignet med konsultasjon på helsestasjonen. Tidsbruk er også den hyppigste begrunnelsen for at noen av kommunene valgte å nedskalere eller legge ned tilbudet. I tillegg ble også manglende fasiliteter i barnehagene trukket frem som en utfordring (Helsedirektoratet, 2019, s. 27).

På bakgrunn av denne undersøkelsen konkluderte Helsedirektoratet og Utdanningsdirektoratet med at de ikke ville anbefale å gå videre med en nasjonal pilot for fireårskonsultasjon i barnehage (Helsedirektoratet, 2019, s. 36). Likevel var det flere kommuner som ønsket å

videreføre eller å sette i gang med ordningen, fordi man tror organiseringen og samarbeidet likevel lønner seg i lengden.

4.6.4 To års konsultasjon gjennomført i barnehage

Gjennomføring av den obligatoriske helsekonsultasjonen ute i barnehagene i vår kommune ble begrunnet med et ønske om å skape bedre tverrfaglig samarbeid og bidra til at de ulike fagpersonene i større grad skulle se barns behov i en helhet og lykkes med tidlig innsats. Kommunen så det som en mulig gevinst for barnet at helsekontrollen gjøres i det som for dem er kjente, vante og trygge omgivelser. Slik kan barnet sees i samspill med andre barn og voksne, og man ser for seg at denne formen for helsekontroll vil kunne gi et godt og realistisk bilde av barnets ressurser, egenskaper og eventuelle utfordringer. Samtidig mente kommunen at man umiddelbart vil kunne få en tverrfaglig drøfting av barnet, og raskt få mulighet til å tilpasse og igangsette eventuelle tiltak. Det ville også være en gevinst for barnet at helsesykepleier kan se barnets rammer i barnehagen og lettere ha mulighet for å få oversikt over hverdagen det er en del av.

Det var avsatt av en hel barnehagedag for å gjennomføre kontrollen i hver barnehage. Helsesykepleier kom til barnehagen i god tid før undersøkelsen for å observere barna ved levering og i lek og samspill med andre barn og voksne i barnehagen. Deretter gjennomførte helsesykepleier veiing og måling av barna. Det ble også gjort en observasjon av synet, hørselen og barnets fin- og grovmotorikk. Det ble også gjennomført en samtale mellom helsesykepleier og pedagog. Tema for samtalen var barnets språkutvikling, motorisk utvikling, generell utvikling, eventuelle bekymringer og generell observasjon på vold, overgrep og omsorgssvikt. På slutten av dagen hadde foreldrene samtale med helsesykepleier og pedagog. Det var helsesykepleier som hadde ansvar for å lede samtalen.

Under to års konsultasjonen blir barnet normalt undersøkt av lege. Legen var ikke en del av dette prosjektet, noe som betydde at barnet i tillegg til kontrollen i barnehagen, måtte ned på helsestasjonen i etterkant for å bli undersøkt av legen.

4.6.4 Satsing på tidlig innsats

Tidlig innsats har blitt et politisk satsingsområde, noe som kommer tydelig frem i flere styringsdokumenter de senere årene. Noen eksempler er Meld.St. 16 (2006-2007), *...og ingen sto igjen. Tidlig innsats for livslang læring*, Meld.St. 19 (2015-2016), *Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen* og Meld.St. 6 (2019-2020), *Tett på – tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*.

Tidlig innsats blir i stortingsmelding nr. 16 (2006-2007) presentert som et alternativ til en «vente og se» tradisjon. Bakgrunnen til en vente å se holdningen er statistikk som viser at spesialpedagogisk innsats generelt sett har økt de siste årene, og antall barn som mottar en eller annen form for spesialpedagogisk hjelp øker i takt med alderen. En tendens som viser seg å fortsatt være gjeldende. I 2021 fikk 3,6% av alle barn i norske barnehager spesialpedagogisk hjelp etter barnehagelovens § 31 (udir.no). Det er en overvekt av de største barna i barnehagen som får spesialpedagogisk hjelp. Det er nesten åtte ganger flere barn i femårsalderen som får spesialpedagogisk hjelp enn tilsvarende er for toåringene. Også på barneskolen er tendensen at antall barn med spesialpedagogisk vedtak øker for hvert år barna blir eldre (udir.no). Det legges vekt på barnehagens og skolens rolle for den enkeltes mulighet til å realisere sitt læringspotensial. Det er ønskelig å fange opp de barna som strever tidligst mulig. Som et tiltak for tidlig identifisering, har politikerne sett behovet for økt dokumentasjon og kartlegging av barn, noe som har blitt understreket i flere stortingsmeldinger de siste årene; Meld.St. 24 (2012 – 2013), *Framtidens barnehage*, Meld.St. 19 (2015 – 2016), *Tid for lek og læring. Bedre innhold i barnehagen* og Meld.St. 6 (2019 – 2020), *Tett på – Tidlig innsats og inkluderende fellesskap i barnehage, skole og SFO*. Senere års forskning slår fast at hjernen er på sitt mest formbare i de første årene i et barns liv, noe som brukes som argumentasjon på hvorfor tidlig innsats er nødvendig (Kunnskapsdepartementet, 2019 – 2020).

Meld.St. 6 (2019-2020) sier videre noe om målet med tidlig innsats, og innledes med budskapet om at alle barn fortjener en god start og at det er kunnskapen til hver enkelt som er med på å gi muligheter til å utvikle sine evner på en best mulig måte. Videre pekes det på at kunnskap også er avgjørende for samfunnsutviklingen. Med et ønske om et bærekraftig velferdssamfunn, forutsettes det at flere deltar i arbeidslivet, og at flere står lenger i arbeid. Satsing på tidlig innsats vil derfor være avgjørende for å sikre at alle barn kan nå sine drømmer og ambisjoner. Et konkret mål for arbeid med tidlig innsats er å få flere til å gjennomføre den videregående opplæring. Barnehagene skal, i samarbeid med det lokale støttesystemet, være rustet til å møte mangfoldet blant barna og det skal jobbes mot å bringe kompetansen nærmere barna gjennom et forbedret samarbeid. Dette er i tråd med nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten når det gjelder samarbeid (Helsedirektoratet, 2017).

I 2022, ble det utarbeidet en rapport, på oppdrag fra kommunesektorens organisasjon, KS. Rapporten tok utgangspunkt i fire faginstanser som er særlig sentrale i tidlig innsats for

sårbare barn de 1000 første dagene, deriblant barnehage og helsestasjon. Hensikten var å gi mer kunnskap om strategier som kan bidra til å sikre at alle barn får en så god start på livet som mulig. I rapporten anbefales det at det prøves ut ulike modeller for samarbeid, hvor de ulike faginstansene jobber sammen (Granone et al., 2022).

4.6.4 Samarbeid

Politikerne har tro på at et godt tverrfaglig samarbeid vil føre til at barn og unge som trenger hjelp, blir oppdaget tidlig og får hjelp uavhengig av hva utfordringene gjelder. Det tverrfaglige samarbeidet skal ha fokus på at alle barn opplever et godt og inkluderende oppvekst-, leke- og læringsmiljø (Kunnskapsdirektoratet, 2019 – 2020). I en rapport om psykisk helsearbeid for barn og unge, oppsummeres det blant annet med at det er av betydning med et tett samarbeid mellom tjenestene i kommunen og tilgang til kompetanse i barnehager for å sikre at barn, unge og familier som trenger hjelp fanges opp tidligst mulig og at det settes i gang tiltak før de utvikler mer alvorlige vansker (Helsedirektoratet, 2021, s. 44).

De ulike tjenestene har også en plikt til å samarbeide, en plikt som gjerne omtales som *samarbeidsplikten* og står nevnt i både barnehageloven § 2 b (2005) og helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 (2011). Vilkåret for samarbeidsplikten gjelder i enkeltsaker der et samarbeid er nødvendig for å gi barnet et helhetlig og samordnet tjenestetilbud.

Når et formalisert samarbeid settes i gang mellom de kommunale instansene, vil det være behov for å utveksle informasjon. Taushetsplikten er regulert i forvaltningsloven og i de ulike fagpersoners eget lovverk, derfor har man umiddelbart ikke lov til å utveksle informasjon uten samtykke. Formålet med taushetsplikten er å ivareta privatpersoners integritet og passe på at informasjon ikke blir spredd rundt. Skal man utveksle informasjon må de personene det gjelder samtykke til å frita de samarbeidede parter fra taushetsplikten. Samtykke kan konkretiseres til å gjelde enkelte ting og den varer så lenge samtykket gjelder og den som har samtykket kan når som helst trekke tilbake samtykket. I noen situasjoner får man unntak fra taushetsplikten. Dette gjelder blant annet hvis en persons liv eller helse er i fare eller en person er til fare for andres liv eller helse. Barnevernet har også anledning til å gi taushetsbelagte opplysninger til andre instanser når det er nødvendig. Det er også verdt å nevne opplysningsplikten som gir alle ansatte en plikt til å følge med og melde fra til barnevernet om man ser forhold som kan være til skade for barnet, noe man gjør uten innhenting av samtykke fra foreldre (Helsepersonelloven, 1999, § 21-29).

I nasjonal faglig retningslinje for helsestasjons- og skolehelsetjenesten er det som tidligere nevnt at helsestasjonen bør ha et samarbeid med barnehagene (Helsedirektoratet, 2017). Det er ikke en tilsvarende plikt til samarbeid med helsestasjonen i barnehageloven (2005) med forskrifter. Det legges likevel et stort ansvar på bidraget til barnehager, da kvaliteten der vil være avgjørende for å skape et samfunn med små forskjeller og like muligheter for alle. Barnehagen er derfor i seg selv et forebyggende tiltak og deres betydning kan ikke overvurderes (Kunnskapsdepartementet, 2008-2009, s. 5-6).

3 FORSKNING

3.1 Innledning

Vi har søkt etter relevante forskningsartikler i flere databaser. Fremgangsmåtene vi har brukt er ytterligere beskrevet i metodekapittelet. Så langt vi kunne finne var det få studier som handlet om akkurat samarbeid mellom helsestasjon og barnehage jf. kapittel 2. At det er lite forskning innenfor dette bekreftes av Nitter (et al., 2023, s. 7-10) i en nasjonal kartlegging blant helsesykepleiere om samarbeid med skole og barnehage. Dette fremkommer også i erfaringskartleggingen av fire års konsultasjoner i barnehage (Helsedirektoratet, 2019, s. 8).

I våre søk etter forskning så vi at det var en del studier om helsekonsultasjoner, da med vekt på de aller minste barna og nyfødte barn. En artikkel handlet blant annet om hvordan helsesykepleiere har hjemmebesøk under barseltiden (Bäckström, et al., 2021). I denne artikkelen beskrives foreldrenes opplevelser i møte med helsesykepleieren. En annen artikkel handlet om hvordan foreldre med nyfødte barn opplevde møter med helsesykepleiere (Fägerskiöld et al., 2003). Selv om temaet for disse to artiklene var foreldres opplevelser av møtet med helsesykepleiere, vurderte vi at funnene var lite relevante for vår oppgave, da artiklene handlet om de aller minste barna og konteksten for samtalen var hjemme hos foreldrene. Vi fant også artikler som handlet om relasjonen mellom helsesykepleiere og foreldre. Vi fant blant annet studier som handlet om foreldres samtaler med helsesykepleier, men det var da spesifikke temaer som dannet utgangspunktet for samtalen, slik som overvekt hos barn (Hanssen & Knutsen, 2017) og barnestill i tidlig barseltid (Tveit & Söderhamn, 2015). Denne type samtaler om så konkrete temaer, og noen ganger svært sensitive temaer, skiller seg nokså mye fra helsekonsultasjonene, som er tema for vår oppgave. Vi valgte derfor ikke å presentere disse studiene. Vi fant en relevant nyere norsk studie som handlet om samarbeid mellom helsestasjonen, skole og barnehagen (Nitter et al., 2023). Funn fra denne

studien er interessant for vår oppgave, da konsultasjon i barnehagen nettopp handler om samarbeid mellom helsestasjon og barnehage. Vi fant også flere svenske artikler som handler om foreldres opplevelser av det som i Sverige kalles utviklingssamtaler (Markström et al., 2011, 2017). Det er spesielt Markström som har vært sentral i gjennomføringen av disse studiene og vi har tatt med flere artikler fra henne og kollegaer.

Et annet relevant tema for vår oppgave er hvordan man kartlegger barn under helsekonsultasjoner i andre land med barn. For å se hvordan dette gjøres utenfor Norge har vi valgt å se nærmere på en artikkel fra Storbritannia (Bellman & Vijeratnam, 2011). Artikkelen handler om ulike måter å tenke om kartlegging av barn under helsekonsultasjoner og fordeler og ulemper med de ulike tilnærmingene.

I dette kapitlet innleder vi med å presentere forskning om samarbeid mellom helsestasjon og barnehage, og da med vekt på samarbeid på systemnivå. Deretter presenterer vi forskning som handler om foreldres opplevelse av utviklingssamtaler i barnehagen, i tillegg presenterer vi forskning om de profesjonelles rolle i utviklingssamtaler. Til slutt ser vi på forskning fra Storbritannia som handler om kartlegging av barn under helsekonsultasjoner.

3.2 Samarbeid mellom helsestasjon og barnehagen

Nitter og kollegaer (2023, s. 6) peker på at det mangler nasjonale undersøkelser av nyere tid som har sett på samarbeid mellom helsestasjon og barnehage på både individ- og systemnivå. De nevnte forskerne har gjennomført en nasjonal kartlegging blant helsesykepleiere for å få kunnskap om nåværende situasjon når det gjelder samarbeidet (Nitter et al., 2023, s. 9-10). Studiens metode bestod av et spørreskjema som ble sendt ut per e-post til 3779 helsesykepleiere. Hoveddelen av spørreskjemaet bestod av spørsmål om samarbeidet mellom tjenestene, både på individ- og systemnivå. I tillegg ble det også stilt noen åpne spørsmål. Spørreskjemaet ble besvart av totalt 920 helsesykepleiere, hvor 428 var tilknyttet helsestasjonen.

Funnene fra kartleggingen viser blant annet at over halvparten av helsesykepleierne (56%) svarte at de hadde lite eller svært liten tid/ressurser til systemrettet samarbeid med barnehagen. Når det gjaldt samarbeid på individnivå, opplevde de noe mer samarbeid med barnehagene. Helsesykepleierne anså samarbeid på individnivå som viktigere enn samarbeid på systemnivå. Samtidig er konklusjonen at helsesykepleierne rapporterte om mer samarbeid på individnivå enn på systemnivå. De opplevde både for lite tid og manglende ressurser til å kunne jobbe på systemnivå. Et annet funn, som også opplevdes som en barriere for

samarbeidet var at det var ulikt lovverk og ulike sentrale føringer i barnehagesektoren og helsestasjonen. Rapporten viser også at systemrettet samarbeid i større grad var etablert mellom skolehelsetjeneste og skole enn mellom helsestasjon og barnehagen (Nitter et al., 2023, s. 44)

Nitter og kollegaer (2023) undersøkte også om samarbeidet hadde blitt forandret etter at de nye retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten ble innført i 2017 (Helsedirektoratet, 2017). Funnene viser at omtrent halvparten av helsesykepleierne opplevde at det systemrettede samarbeidet hadde blitt noe styrket etter innføringen av retningslinjene. Rett over 40 % av helsesykepleierne (43%), mente at samarbeidet i liten grad hadde blitt styrket (Nitter et al., s. 48). Nitter og kollegaer (2023, s. 48) konkluderer med at det mest sannsynlig vil ta tid å etablere et systemrettet samarbeid mellom barnehager og helsestasjon (Nitter et al., 2023, s. 48). Grunnen til dette er at det ikke var noe etablert samarbeid før retningslinjene for helsestasjons- og skolehelsetjenesten kom i 2017 (Helsedirektoratet, 2017).

I Norge finnes det samtidig flere eksempler på kommuner som jobber med samarbeid mellom barnehager og helsestasjon på systemnivå. En fellesnevner for disse samarbeidsprosjektene er at de er løftet opp på et kommunalt nivå, det vil si at det ikke er opp til hver enkelt helsesykepleier å etablere samarbeidet, men at det er ansett som et kommunalt ansvar (Nitter et al., 2023 s. 49). Nitter og kollegaer (2023, s. 49-50) peker på at helsestasjonen møter så å si alle barn som vokser opp i Norge. Ved å videreutvikle det systemrettede samarbeidet mellom helsestasjon og barnehage kan det øke nytten av den samlede kompetanse som er å finne i de to tjenestene, og slik også bidra til et enda bedre tilbud til barna. Det systemrettede samarbeidet vil også kunne styrkes dersom arbeidet blir forpliktende og forankret i kommunale planer.

3.3 Foreldres opplevelse av utviklingssamtaler i barnehagen

Markström (et al., 2017) har gjennomført en rekke studier om utviklingssamtaler i barnehager i Sverige. I Sverige gjennomføres det utviklingssamtaler i barnehager på lik linje med foreldresamtaler i Norge. Markström (2011, 2017) har deltatt i den faglige diskusjonen om utviklingssamtalen ved å rette et kritisk blikk mot hvordan barn blir vurdert med et utenfra blikk (voksen blikk) og at det brukes mye kartleggingsskjema. Vi har inkludert en av hennes artikler som handler om utviklingssamtaler og samarbeid mellom barnehage og hjem, og som har spesiell vekt foreldres opplevelser av samtaler med fagpersoner. Artikkelen «Førskoleföräldrars tankar om utvecklingsamtal» handler om hvordan foreldre opplever

utviklingssamtaler med pedagoger i barnehagen (Vladavic et al., 2017). Dette er en kvalitativ studie bestående av intervjuer med syv foreldre. Foreldrene har fortalt om sine tanker og erfaringer rett etter at de har deltatt i en utviklingssamtale.

I resultatene fra studien er det tre aspekter som karakteriserer intervjupersonenes mening og opplevelser av utviklingssamtaler: For det første ønsker foreldrene bekreftelse på at barnet er trygt. For det andre opplever foreldrene kontinuitet blant personalet som nødvendig for å oppleve tillit. For det tredje oppleves pedagogenes bedømming og kontroll av barnets utvikling som en sikkerhet på at utviklingen er som den skal med barnet.

Studien viser at det foreldrene er mest opptatt av når det gjelder utviklingssamtaler handler om å kjenne tillit og trygghet i forhold til barnehagen og pedagogene som arbeider der. Det å ha tillit til pedagogene handler blant annet om at foreldrene stoler på at pedagogene vil kunne oppdage hvis barnet ikke utvikler seg normalt. Denne tilliten ser ut til å henge sammen med hvor lenge pedagogen har kjent barnet og forelderen. Hvis det er en ny pedagog foreldrene ikke har hatt samtaler med tidligere, gjør dette at tilliten minsker og at foreldrene kvier seg for å ta opp følsomme spørsmål.

Resultat fra studien viser at foreldrene forventet at pedagogene lagde rammene for og ledet samtalen. I samtalene brukte pedagogene et samtaleskjema som inneholdt opplysninger angående barnet og utviklingen til barnet. Dette hadde de gjort klart på forhånd. Foreldrene ønsket at pedagogene skulle holde seg til de kjente samtaletemaene og styre samtalen hvis man kom inn noe som ikke var relevant. Forskerne tolker dette som at foreldrene opplevde et behov for trygghet i form av forutsigbarhet. De ville ha like forutsetninger som i tidligere utviklingssamtaler, de samme samtaletemaene og ikke noen overraskelsesmomenter. Når dette ble fulgt ville det kunne minimere risikoen for foreldrene å kunne mislykkes i samtalen og gjøre det lettere for dem å agere «riktig».

Foreldrene hadde behov for å få bekreftet at barnet var trygt. De ønsket også å få bekreftelse på at det bilde barnehagen hadde av barnet og det bilde foreldrene selv hadde skulle stemme overens.

Foreldrene la vekt på at kontinuitet blant personalet var nødvendig for å oppleve tillit. De løftet frem at de følte mer tillit til de pedagogene som hadde kjent og fulgt barnet over lengre tid. De mente at de hadde et helhetsperspektiv på barnet, i forhold til oppvekstvillkår både hjemme og i barnehagen. Det var vanskeligere for foreldrene å føle tillit til pedagoger som var

relativt nye eller som var satt inn som vikarer. Hvis de ikke har tillit til pedagogene mente foreldrene at de ikke fikk så mye ut av samtalen.

Foreldrene i undersøkelsen gir uttrykk for at tillit er noe som skapes gjennom kommunikasjon og samhandling over tid. De hadde forventninger om at pedagogen skulle styre samtalen og snakke om de fremskritt barnet hadde gjort siden forrige samtale. De ønsket få støtte i sin rolle som foreldre og få råd og veiledning ved behov.

Når det gjaldt temaet bedømming og kontroll oppfattet foreldrene at når profesjonelle utenfor familien hadde kunnskap om barnets utvikling over en lengre tid, var dette en »garanti» for at de profesjonelle kunne kontrollere og avdekke eventuelle avvik og sette inn tiltak. Foreldrene hadde tillit til at pedagogen var kapable til å være å oppmerksomme og handlingskraftige nok til å sette inn tiltak hvis det skulle oppstå et problem. Foreldrene fortalte at pedagogens kunnskaper om barnet også påvirket foreldrenes væremåte i samhandling med barnet. Det førte til at de prøvde å møte barnet på samme måte som pedagogen, og slik fikk barnehagens pedagogikk betydning også på hjemmebane.

Foreldrene i studien var positive til utviklingssamtaler. Samtidig som de var positive gikk de inn i samtalen med en viss redsel over at noe kunne vise seg å være feil med barnet. De ønsket ikke noen overraskelsesmomenter og de vill helst at pedagogene skulle bruke de samme prosedyrene som de var vant med fra tidligere samtaler. Forskerne stiller seg derfor spørrende til hva som er det meningsfulle med utviklingssamtaler. De påpeker at det kan være en mulighet for at det kan være så enkelt som at samtalen handler om at barnet skal få stå i sentrum en stund. Det kan være at foreldrene ønsker en samtale der de får bekreftelse på at barnet har det bra, utvikler seg optimalt og er omgitt av profesjonelle og trygge pedagoger.

Forskerne peker dessuten på at gjennom institusjonalisering av barndommen har pedagoger og barnehagen fått en større betydning i barns og foreldres liv. Dette har ført til at både barnas oppvekstvilkår og foreldrerollen har blitt mer offentlige og mer utsatt for gransking.

3.4 «Soft governance» i utviklingssamtaler

Markströms (2011) artikkel «Soft governance» i förskolans utvecklingssamtal» handler om hvordan barnehagens utviklingssamtaler foregår og hva som er karakteristisk for gjennomføringen av slike samtaler. Studien bygger på 22 utviklingssamtaler som er spilt inn og transkribert. Ved analysen av det empiriske materialet så forskeren på forskjellige aspekter av hvordan samtalen ble styrt, om det forekom vurderende uttalelser og hvilken type spørsmål som ble stilt. I artikkelen vises det til Michel Foucault og et maktperspektiv som teoretisk

bakteppe og som inspirasjon for analysene i studien. Markström (2011, s. 59) bruker begrepet «soft governance» (vennlig maktutøvelse) for å få frem en beskrivelse på det som omtales som en omsorgsorientert styring. Dette kan også ses på som en type maktutøving som brukes av pedagoger i barnehagen ved utviklingssamtaler. Dette handler om at foreldrene gis en posisjon som aktive deltakere i en prosess der de evaluerer seg selv og der de skal forbedre seg selv. Ut fra funnene drøfter forfatteren hvordan maktperspektivet fra de ansatte utøves i samtale. Forfatteren forstår «soft governance» som en form for makt som gir pedagogen rett til å tolke barnet først og slik gis foreldrene mindre innflytelse.

Markström (2011, s. 62) finner at det var de profesjonelle som ledet samtalen og at det ble brukt forskjellige skjemaer for å lede samtalen. Det var skjemaer som ble fylt ut sammen med barna i barnehagen om hvordan de oppfattet seg selv. Pedagogene fylte ut skjemaer sammen med de øvrige personalet i barnehagen, for å sikre seg om at de hadde den samme oppfatningen av barnet. Det ble også brukt «strength cards», et materiell der foreldrene sammen under samtalen selv vurderte barnet gjennom å velge kort med egenskaper som representerte barnet. Samtidig hadde samtaleene også innslag av å være hverdagslige med for eksempel småprat om været.

Når det gjelder pedagogenes bruk av det Markström (2011, s.63) omtaler som «soft governance» belyses flere faktorer som bidrar til dette. I samtaleene fikk foreldrene mulighet til å snakke men samtidig hadde pedagogen en agenda som ble fulgt og stadig kom tilbake til. Dette gjorde at det var pedagogen som eide innholdet i samtalen. Pedagogen hadde gjort forberedelser ved å samle inn informasjon om barnet, ofte gjennom observasjoner av barnet i samspill med andre barn. Det blir gjennomført flere skriftlige prosedyrer i forkant og under samtaleene, dette mener Markström (2011, s. 68) kan bidra til en granskning og en bedømming av barnets utvikling. Det som blir skrevet ned brukes for poengtere viktigheten av innholdet i samtalen. Forfatteren peker på at det kan også bety at det skrevne ordet gis autoritet og at det som er skrevet ned ses på som den «gyldige» beskrivelsen av barnet. Gjennom disse prosedyrene mener Markström (2011, s.68) at det skjer en styring av samtalen og innholdet.

Funnene viser at det forventes at foreldrene er med i evalueringen av seg selv og hvordan de er i samspill med barnet. Både foreldrene og barnet som samtalen handler om, ses på som et forbedringsprosjekt. Foreldrene forventes å være tilgjengelige og involvert i det institusjonen og systemet krever. Markström (2011, s. 65) mener at dette er faktorer som er med på å kategorisere og bedømme barnet. Forfatteren peker på at foreldrene forventes å ha et

granskende blikk mot barnet sitt og delta i bedømmingen av barnet og hva som er best for barnet, det vil si hvordan skape et «normalt barnehagebarn».

Markström (2011, s. 72) påpeker at utviklingssamtaler i barnehagen kan forstås som en praksis der foreldrene opplever både delaktighet og partnerskap. Samtidig peker hun på hvordan makt gjør seg gjeldende og stiller seg kritisk til at denne type styringen ved utviklingssamtaler i barnehagen kan foregå uten nærmere gjennomgang.

3.5 Kartlegging under helsekonsultasjoner i andre land

Bellman & Vijeratnam (2011) har skrevet en artikkel der de gjør rede for og drøfter hvordan kartlegginger av barn i Storbritannia har foregått i de siste 30 årene. Storbritannia gjennomfører i likhet med Norge helsekonsultasjoner, både med fastlege og annen helsepersonell til stede. Helsekonsultasjonene har blitt gjennomført med jevne mellomrom gjennom barnets fire første leveår. Kartleggingsmetodene har utviklet seg fra å være noe de profesjonelle har hatt mest ansvar for, til å i større grad involvere foreldrene i dette arbeidet. Utviklingen har slik gått mer mot at det er foreldrene som får hovedansvaret for å oppdage eventuelle problemer rundt barnets utvikling (Bellman & Vijeratnam, 2011, s. 73-74).

Forfatterne viser til flere studier, både fra Storbritannia, Danmark og USA som finner at strukturerte kartlegginger kan bidra til å fange opp avvik ifra barnets utvikling. Dermed mener forfatterne at det finnes et betydelig forskningsgrunnlag som peker på at strukturerte kartlegginger utført av opplærte profesjonelle kan bidra til å identifisere avvik fra normal utvikling, som ellers ikke ville blitt oppdaget. De trekker også frem at helsekontroller kan være en måte å støtte foreldrene på gjennom opplæring og råd. Samtidig peker de på at universelle kartlegginger av barns utvikling krever tid og ressurser for de profesjonelle (Bellman & Vijeratanam, 2011, s. 74-76).

Forfatterne peker på at strukturerte kartlegginger også blir sterkt anbefalt i utviklingsland, da forekomsten av avvik fra normal utvikling er større i disse landene. I øvrige Europa blir kartlegginger rekommandert, samtidig peker forfatterne på at det finnes betydelige variasjoner i forskjellige land (Bellman & Vijeratnam, 2011, s. 74).

4 TEORI

4.1 Innledning

På bakgrunn av våre analyser av intervjuene med foreldrene ble temaene trygghet og utrygghet sentrale. I dette kapitlet innleder vi derfor med å presentere teori om trygghet og

utrygghet. I intervjuene kom det også frem at relasjonen til helsesykepleier og pedagogen i barnehagen var viktig for opplevelsen av trygghet for foreldrene. Videre i teorikapitlet har vi derfor valgt å inkludere teori om relasjoner i arbeid med mennesker. Vi har også tatt med teori om veiledning, da samtalen under konsultasjonen kan inneholde elementer av veiledning til foreldre. Til slutt har vi valgt å ta med teori om tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid.

4.2 Trygghet og utrygghet

For å forklare begrepene trygghet og utrygghet har vi valgt å ta utgangspunkt i forskningen til Kerstin Segesten (1994). Samtidig som Segestens publikasjoner baserer seg på forskning, har den også resultert i en rekke fagbøker innen sykepleie. I tillegg består deler av doktorgraden av en gjennomgang av andres teorier om trygghet. Vi har derfor valgt å presentere både forskningen og faglitteraturen til Segesten samlet under teorikapitlet i vår oppgave, selv om deler av dette kunne stått i forskningskapitlet.

Segesten (1994) har undersøkt fenomenet trygghet og utrygghet i sin doktorgradsavhandling. Hun har spesielt studert trygghet som begrep innen sykepleierprofesjonen og har undersøkt hva trygghet er, ved hjelp av et fenomenologisk perspektiv. Forskningen er av eldre dato, men slik vi ser det er den fortsatt aktuell fordi den beskriver fenomenet trygghet, noe som kan være relevant uavhengig av tid. I tillegg supplerer vi Segestens litteratur med annen og nyere faglitteratur og teori.

Segesten (1994) brukte kvalitative metoder ved datainnsamlingen i sitt doktorgradsarbeid. Forskningen ble utført i seks etapper. Den første etappen bestod i hennes egne refleksjoner omkring trygghetsbegrepet i hverdag og i omsorg. Den andre etappen var en semantisk analyse av begrepet trygghet slik det fremkom i 30 forskjellige ordbøker. I neste etappe ble fem privatpersoner intervjuet for å undersøke hva trygghet betydde for dem. I etappene tre og fire gjorde hun en gjennomgang av skjønnlitteratur som hadde omsorg som tema. Den nest siste etappen var en analyse av hva teoretikere tidligere hadde skrevet om trygghet. I den siste etappen ble det gjort en empirisk studie der 20 pasienter i en lukket somatisk korttidsomsorg ble intervjuet om hvilken betydning pasientene la i begrepet trygghet. De ble spurt om opplevelsen av trygghet og utrygghet under sykdom og sykehusopphold. Segesten (1994) undersøkte også hvordan pasientene ønsket at personalet skulle opptre for at de skulle oppleve større grad av trygghet.

Fra den semantiske analysen presenterer Segesten (1994) hva begrepene trygghet og utrygghet betyr. I synonymordbøker beskrives mange ord som varianter til begrepet trygghet.

Begrepet trygghet kan grupperes i tre grupper. I den første gruppen omfattes ord som handler om personens *livsvilkår* som for eksempel fred, ro, sikkerhet, beroligelse, beskyttelse, garanti, frelse og ly. I den andre gruppen omfattes ord som handler om *økonomiske forhold* som for eksempel sikring og trygd. I den tredje gruppen omfattes ord som handler om menneskets *indre liv* som f.eks. selvtillit og selvsikkerhet, sorgfri, ubekymret, tillitsfull, selvbevisst, sikker og rolig. Alle de ulike synonymene vektlegger ulike faktorer ved begrepet og viser hvordan trygghet er sammensatt og kan ses på fra ulike synsvinkler. Fordi begrepet trygghet ikke er entydig blir det i teorien beskrevet som et «tykt» begrep (Segesten, 2010, s. 126). Trygghet kan også sees på som et fenomen og derfor er trygghet noe hver enkelt individ må erfare og oppleve. Man kan ikke vite om en person opplever trygghet eller ikke uten å spørre personen selv (Segesten 2010, s. 126). Dette kan for eksempel bety at for en person kan det å ha nok penger gi trygghet, mens det for en annen person som kan ha opplevd vonde opplevelser i krig kan det gi trygghet å ha tak over hodet. Tidligere erfaringer og minner påvirker hvordan hver enkelt menneske opplever trygghet (Gustavfsson, 2021 s. 94). Trygghet er positivt ladet og det å være trygg blir gjerne sett på som noe positivt. Det å være utrygg blir sett på som det motsatte.

Gustafsson (2021, s. 93- 94) beskriver på sin side trygghet både som en følelse og en tilstand. Trygghet som følelse handler om tillit, ro, harmoni, fred, varme og glede. Trygghet som tilstand handler om selvtillit, mot, selvinnsikt og tro på egne evner. Mennesket har et grunnleggende behov for både fysisk trygghet og psykologisk trygghet (Gustafsson, 2021, s. 93).

Eriksen (2006) beskriver også trygghet som et grunnleggende behov som de fleste mennesker streber etter. Mennesker er og har i alle tider vært trygghetssøkende. Samtidig gjelder ikke søken etter trygghet alle mennesker og i alle situasjoner. Noen vil kunne oppleve utrygghet som mulighetsskapende og risiko som spennende (Eriksen, 2006, s. 11). Utrygghet kan defineres som det motsatte av trygghet. *Usikkerhet* kan også ses på som en motsetning til trygghet. Usikkerhet kan handle om indre faktorer, som at man er usikker på hvem man er, og om ytre samfunnsmessige faktorer, som at man er redd for krig. Trygghet kan beskrives som stabilitet og forutsigbarhet og derfor er *risiko* også en motsetning til trygghet, siden risiko betyr usikkerhet og fare. *Sårbarhet* er et beslektet begrep til utrygghet og kan også ses på som en motsetning til trygghet (Eriksen 2006, s. 13-14).

Opplevelser som uro, usikkerhet, redsel, rotløshet og frustrasjon kan kobles sammen med utrygghet. Denne type opplevelser kan gjøre at man får et behov for kontroll. Når man mister

kontroll, kan man få en opplevelse av både avhengighet og avmakt, som kan føre til at man får behov for å gjenvinne kontrollen over situasjonen. Når man blir stresset over å ikke kunne påvirke en situasjon vil det kunne øke kontrollbehovet. Opplevelsen av trygghet og kontroll er nær forbundet og når man får kontroll over tilværelsen kan opplevelsen av trygghet øke (Gustafsson, 2021 s. 95). Det å få informasjon om noe kan gjøre at man opplever å få kontroll over situasjonen. Når man får mer kunnskap om noe kan det føre til at det man tidligere har opplevd som en trussel ikke fremstår like skremmende som før (Gustafsson, 2021, s. 95). Når en person ikke har kontroll over en situasjon kan *tillit* til en annen gjøre at graden av trygghet øker. Tilliten gjør at man gir kontrollen over i noens andre hender og da kan man føle seg trygg. For eksempel kan det å ha tillit til helsepersonell gir trygghet når man har en følelse av å ikke ha kontroll (Gustafsson, 2021, s. 95).

4.3 Relasjoner

Under intervjuene var foreldre opptatt av den etablerte relasjonen til pedagogen fra barnehagen. En definisjon på en sosial relasjon er: «*når to aktører er knyttet til hverandre på grunnlag av gjensidige forventninger og gjentatt interaksjon*» (Schiefløe, 2015, s. 53). Denne definisjonen kan brukes for å gi et bilde på relasjonen mellom informantene og de profesjonelle i vår undersøkelse, da de hadde et gjensidig samarbeid rundt barnet.

Schiefløe (2015) skiller mellom formelle og uformelle relasjoner. De formelle relasjonene velger man ikke selv, dette kan for eksempel være en relasjon mellom en leder og en ansatt i en jobbsammenheng. De uformelle relasjonene er de man velger selv, som for eksempel venner. Videre mener Schiefløe (2015) at man også kan skille mellom primære og sekundære relasjoner. Den primære relasjonen er personlig, viktig og oppleves som verdifull. Dette kan være relasjonen mellom foreldre og barn eller relasjonen mellom kjærester. Den sekundære relasjonen er motsatt av den primære relasjonen, den er en mer saksorientert og begrenset og det er ingen følelser involvert. Dette kan for eksempel være en relasjon der man kun er interessert i kjøp av en tjeneste. I en primær relasjon er den andre uerstattelig, men i en sekundær relasjon kan personen fint byttes ut (Schiefløe, 2015, s. 54).

Når det er snakk om trygghet, er også trygge relasjoner sentralt. Relasjoner til andre er viktig for en opplevelse av trygghet da mennesker er sosiale vesener. Relasjonstrygghet handler om å ha et nettverk av varme mennesker, nære relasjoner, familie og å ha noen som er tilgjengelig når man trenger det. Trygge relasjoner utmerker seg med kvaliteter som forståelse, åpenhet, ærlighet, gjensidighet, aksept, felles mål og evne til å nå hverandre. I en trygg relasjon kan man stole på og sette pris på hverandre (Segesten, 1991, s. 13).

For å oppleve en trygg relasjon må man ha en visshet om at den andre vil en vel og er til å stole på. Opplevelsen av trygghet knyttes sammen med *nærhet* til andre mennesker som forstår og som man vil dele gleder og bekymringer med. Et annet menneskes nærhet og fysiske til stede være når man trenger det er viktig for opplevelsen av trygghet. Hvis man er uten dette kan det føre til ensomhet og en opplevelse av utrygghet (Gustafsson, 2021, s. 94).

Relasjoner og relasjonskompetanse er en viktig del av profesjonelles yrkeskompetanse og nødvendig når man som fagperson møter mennesker. Røkenes og Hanssen (2012, s. 11-12) beskriver yrkeskompetanse som en todelt kompetanse bestående av relasjonskompetanse og handlingskompetanse. Handlingskompetanse består av instrumentelle ferdigheter og kunnskap som handler om å gjøre noe *for* eller *med* den man møter. Relasjonskompetanse består av relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og etisk refleksjon.

Relasjonskompetansen handler slik om å samhandle og forstå de man møter på en måte som ivaretar den andre personen på en god og hensiktsmessig måte. Den profesjonelle må forstå hva som skjer i samspillet og den andres opplevelser av samspillet. Som fagperson i arbeid med mennesker må man kjenne seg selv og ha behovene og interessene til de man møter i fokus, mens egne behov er underordnet (Røkenes et al., 2012, s. 9-11).

Relasjonskompetansen handler også om at fagpersonen må møte den andre som et *subjekt*, det vil si å møte den andre som et selvstendig individ med egne tanker, følelser og behov. Når man ser den andre som subjekt handler det om å vise respekt for den andres integritet og retten til selvbestemmelse (Røkenes et al., 2012, s. 11).

Å møte den andre som et subjekt eller objekt kan sees i lys av filosofen Martin Buber (Buber & Wergeland, s. 5- 6, 1992) og hans begreper Jeg- Det og Jeg- Du. Buber var opptatt av møter mellom mennesker og delte dem inn i to typer grunnleggende holdninger. I et Jeg-Det-møte blir den andre møtt som et objekt og personen blir sett på som en gjenstand. Dette kan føre til at fagpersonen setter merkelapper på den de møter, som for eksempel i form av diagnoser. I et Jeg- Det- møte vil fagpersonen gjerne ha en forhåndsbestemt målsetting. Fagpersonen mener å vite hva den andre trenger og blir fornøyd når hen har gjort jobben sin. I denne typen møter er fagpersonen gjerne ikke så interessert i dialog. Når fagpersonen ser den andre som et objekt blir gjerne fagpersonen selv også sett på som et objekt, det vil si at fagpersonen blir sett på som et objekt av den andre. (Røkenes et al., 2012, s. 15-16). Dette kan for eksempel handle om at den andre kun blir opptatt av fagpersonens yrkesrolle, og gjør seg opp bestemte meninger rundt den rollen.

I et Jeg- Du- møte, blir den andre blir møtt som et subjekt, og de to møtes i en felles opplevelse. Den andre blir møtt «innenfra» og blir møtt på både på sine følelser og opplevelser. Man møtes med hver sin verden, med hver sine perspektiver og prøver å skape en felles forståelse. I et Jeg- Du- møte er samtalen preget av gjensidighet og likeverd der fagpersonen selv blir sett på som et subjekt. Når man møtes som to subjekt har ikke fagpersonen noen særstilling, men man møtes som to jevnbyrdige. Det er i dette møte mellom to subjekter at intersubjektivitet kan oppstå (Røkenes et al., 2012, s. 50- 51).

Ifølge Røkenes og Hanssen (2012, s. 49) handler intersubjektivitet om å dele indre psykologisk tilstand med en annen person og at det gjennom dialogen vil oppstå et intersubjektivt felleskap. I en samtale preget av intersubjektivitet uttrykker man forståelse for hverandre og imøtekommer den andres behov. Når slike psykologiske tilstander blir delt mellom mennesker kan det føre til et intersubjektivt felleskap.

Når mennesker møtes, vil det kunne veksle i hvordan de forholder seg til hverandre. Noen ganger møter man personen som subjekt, andre ganger som objekt, og noen ganger som begge deler i løpet av en samtale. Yrkesrollen og den profesjonelles mandat vil påvirke når det er nødvendig å møte den andre som et objekt, som for eksempel når en kirurg skal utføre en operasjon på et annet menneske. I andre yrker er det nødvendig å se på den andre som subjekt, for eksempel i arbeid der det er av betydning å forstå den andre (Røkenes et al., 2012, s. 50).

4.4 Veiledning

Hensikten med to års konsultasjonen er som tidligere nevnt å undersøke barnets utvikling. Samtidig er det også meningen at foreldrene skal få veiledning og støtte fra helsesykepleier. I dagens samfunn er det mange foreldre som er usikre i sin foreldrerolle. Noen mangler det felleskapet som storfamilier og små tette samfunn tidligere ga. Samfunnsutviklingen har gjort at mange tyr til internett for å søke informasjon. Noen har familie og nettverk der de kan få råd og hjelp, men ikke alle har tilgang til et nettverk rundt seg og derfor har helsestasjonen en viktig rolle for å gi råd og veiledning til alle (Vik, 2015, s. 39.) Teori og faglitteratur om gode veiledningssamtaler er derfor relevant for våre videre drøftinger omkring foreldrenes opplevelse av samtalen ved to års konsultasjonen.

Det finnes mange definisjoner på veiledning, men felles for alle er at det er en samtaleform der veisøker selv er i fokus. En veiledningssamtale kan defineres som en «*formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at fokuspersonens*

mestringskompetanse styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier» (Tveiten, 2013, s. 21).

Veilederens humanistiske verdier og kunnskap vil ligge til grunn i veiledningen. Veisøkeren skal være i fokus men samtidig vil det alltid være en form for samarbeid eller samspill mellom veisøker og veileder. Veilederen bør ta utgangspunkt i å styrke mestringskompetanse på det veisøkeren allerede kan, med mål om å få satt i gang noe, for eksempel en handling eller en ny tankemåte (Tveiten, 2013, s. 21).

I tillegg til at veiledning handler om det relasjonelle og pedagogiske, peker definisjonen av veiledning på at det er en formell prosess. Dette handler blant annet om at det ligger noen organisatoriske rammer rundt, som avtalt tid og sted. Ifølge Carson og Birkeland (2013) er rammene og forberedelsene på det ytre planet viktige for å få til en god veiledningssamtale. Dette handler om at det skal være avtalt på forhånd når og hvor veiledningen skal foregå. Man må også planlegge hvor lang tid som skal være avsatt til samtalen. Av respekt for personen som skal få veiledning skal veiledningen foregå uten forstyrrelser og telefoner bør slås av. Man bør også gi beskjed til andre at rommet der veiledningen foregår er opptatt i det planlagte tidsrommet. Rommet bør være lyst og trivelig, stolene bør være plassert på skrå mot hverandre slik at blikket til veisøkeren kan hvile på noe annet enn veilederen (Carson & Birkeland, 2013, s. 69). Hvis flere personer deltar i veiledningen er det hensiktsmessig at alle sitter i en ring slik at alle kan se hverandre (Tveiten, 2015, s. 96).

I veiledningen bør det etableres et klima og en samtaleform der den veiledede tør å la seg engasjere og involvere (Eide et al., 2008, s.12-13). *Tillit* er i denne sammenhengen relevant og grunnleggende for om veiledningsprosessen blir en god opplevelse for veisøkeren. Veisøkeren må ha tillit til at veilederen vil hen vel, og veisøkeren må føle at hen kan få den hjelpen han eller hun ønsker (Eide et al., 2008, s.37).

Ifølge Eide (et al., 2008, s. 1) kan veiledning ses på som en etisk handling der målet er å hjelpe og ivareta et annet menneske. Veiledningens kvalitet, det vil si hvor god eller dårlig veiledningen er, er slik nært knyttet til etikk. God veiledning hjelper og ivaretar den andre og dårlig veiledning er veiledning som ikke er hjelpsom eller som på andre måter ikke ivaretar den andre (Eide et al., 2008, s.1). For å sikre at veiledning skal bli god utarbeides det ofte regler eller retningslinjer for veiledningen som har som mål å skape *et rom* for god veiledning. Kvaliteten på veiledningen er i tillegg både person- og situasjonsavhengig (Eide et al., 2008, s.12- 13).

Noe som vil kunne påvirke kvaliteten på veiledningen er hvordan maktforholdet mellom veisøker og veileder håndteres. Forholdet mellom veilederen og den veiledede er asymmetrisk, der veilederen står i en maktposisjon til veisøker siden veilederen har en kompetanse som ikke veisøkeren har. Det er derfor viktig å være bevisst maktforholdet slik at veisøkeren føler seg ivaretatt. Det ligger også en makt i hvordan veilederen bruker både verbal og non- verbal kommunikasjon, som for eksempel kroppsspråk og stemmeleie (Eide et al., 2008, s.31-32).

4.5 Tidlig innsats

Tidlig innsats har de siste to tiårene blitt et politisk begrep som stadig dukker opp i ulike politiske styringsdokumenter, jf. kapittel 2. Samarbeidet mellom barnehage og helsestasjonen i gjennomføringen av helsekonsultasjoner kan sees som et resultat av vekten som er lagt på tidlig innsats. I dette delkapittelet redegjør vi først for tre ulike forståelser av tidlig innsats. Deretter trekker vi frem fordeler med og kritikk av tidlig innsats.

4.5.1 Forståelser av tidlig innsats

Slik det kommer til uttrykk i styringsdokumentene, begrunnes tidlig innsats hovedsakelig ut fra to forståelser. Forståelsene er forankret i henholdsvis utviklingspsykologi og samfunnsøkonomi (Nilsen, 2018, s. 144). I tillegg identifiseres en tredje forståelse som er forankret i et rettighetsperspektiv. Den utviklingspsykologiske forståelsen fremhever viktigheten av tidlig stimuli for at barnet skal få en sunn utvikling. Nyere forskning har vist at hjernen utvikler seg sterkest de første tre årene til barnet. Hvordan hjernen utvikler seg i denne fasen vil derfor ha betydning for barnets evne til å lære og klare seg videre i livet (Nordanger, 2017 s. 53-54) og (Groven & Rostad, 2017, s. 39). Den andre forståelsen finner vi innenfor samfunnsøkonomien. Søkelyset retter seg her mot at tidlig innsats lønner seg for samfunnet og koster mindre enn om «problemer» får utvikle seg. Tiltak rettet mot barn i førskolealder vil kunne være virkningsfulle, fordi de bidrar til bedre læringsutbytte når barna begynner i første klasse, noe som igjen vil kunne gi bedre læringsbytte i andre klasse og så videre (Nilsen, 2018, s. 145). Den tredje forståelsen springer ut fra en rettighetstankegang med fotfeste i FN's barnekonvensjon. Konvensjonen gir barna rett til omsorg, beskyttelse og utvikling. En rettighet som lenge har vært sentralt i velferdssektorene som har barn som sin hovedmålgruppe (Nilsen, 2018, s.144).

Tidlig innsats er ifølge Befring (2019, s. 176) knyttet tett opp til forebygging i form av iverksetting av tiltak på ulike nivåer: *universelle*, *selektive* og *indiserte*. Universell

forebygging er rettet mot hele populasjonen. For eksempel kan dette handle om innsatsen barnehagen gjør for å skape et godt barnehagemiljø, som deretter kommer alle barna til gode. Et annet eksempel er den nasjonale satsingen på at alle barn har rett til barnehageplass. Selektiv forebygging er tiltak som settes i gang for å hindre problemutvikling hos særlig risikoutsatte grupper. Gratis kjernetid i barnehager for familier med lav inntekt er et eksempel på selektiv forebygging. Indisert forebygging er tiltak rettet mot individer med høy risiko eller klare tegn på problemer. Målet her er å reversere problemer, samt å motvirke spredning og utvikling av tilleggsvansker. Tiltak rettet mot barn og unge med symptomer på psykiske vansker er eksempel på indisert forebygging.

Å arbeide med tidlig innsats i et forebyggingsperspektiv forutsetter derfor at man starter tidlig og ikke først og fremst er opptatt av å lete etter problemer. Det handler om å sette i gang tiltak som skal forhindre problemutvikling, eller gripe inn i en mulig problemutviklingsprosess. Det vil derfor være viktig å identifisere mulige problemer, hindre at problemer utvikler seg, og sette i gang tilpassede tiltak for barn som har problemer (Holmberg, 2021, s. 27-28).

4.5.4 Tidlig innsats i barnehagen

Tiltak som gjennomføres i førskolealder er derfor antatt å være særlig virkningsfulle, fordi de bidrar til et bedre læringsutbytte når barna begynner i første klasse, noe som igjen vil gi økt læringsutbytte når barnet blir eldre. Førskoletiltak kan derfor på lang sikt bidra til å utjevne sosiale forskjeller og bidra til at alle barn lykkes i utdanningsløpet og arbeidslivet (Nilsen, 2017, s. 31) Barnehagen er barnas første møte med utdanningssystemet og i 2022 gikk 93,4% av alle barn i alderen 1-5 år i barnehagen (Statistisk sentralbyrå, 2022). Det finnes ingen andre yrkesgrupper som har like gode muligheter til å observere barn og deres forhold til andre, enn det barnehageansatte har. Daglig kan barnehageansatte observere barnas evne til å konsentrere seg, til å leke og være i fysiske aktivitet, noe som vil kunne fortelle hvordan de har det (Killèn, 2020, s. 213). Wollscheid (2010, s. 7) finner i sin undersøkelse at det foreligger en positiv sammenheng mellom det å ha gått i en barnehage med høy kvalitet og et bredt sett av indikatorer for skolefaglig læring. Spesielt trekker utvikling av vokabular seg frem som interessant. Ut fra forskning konkluderer Wollscheid med at tidlig innsats som særlig rettes mot grunnleggende språkferdigheter, kan legge et grunnlag for å redusere forskjeller.

For de aller fleste barna vil et godt allmennpedagogisk tilbud i barnehagen være et godt nok tiltak. Likevel vil det alltid være noen barn som er mer sårbare i utvikling, lek og læring enn andre. For disse barna er det viktig at det, i samråd med foreldre, settes i gang andre tiltak,

som ofte vil kunne handle om å kontakte andre hjelpeinstanser (Groven & Rostad, 2017, s. 38).

4.5.5 Barn som blir standardisert

Tidlig innsats har bred politisk oppslutning, og det er mange profesjonelle fagfolk som støtter tilnærmingen og mener at den kan ha stor verdi for barn og unge. Det er imidlertid også forskere som tar til orde for å stille kritiske spørsmål både om hva som defineres som tidlig innsats og hvilke tiltak som er mest effektiv. Kritikken går hovedsakelig ut på at det økonomiske og politiske synet synes å redusere utdanning til å bli et middel for markedstenkning der bedre resultater skal bidra til mer konkurransedyktige samfunnsborgere (Vik, 2015, s. 11). Østrem og Pettersvold (2012) er to av forskerne som har kritisert bruken av kartlegging og bruk av pedagogiske programmer både når det gjelder i allmennpedagogisk arbeid og som spesialpedagogiske redskaper. Kartlegging betraktes som et resultat av kommersielle krefters fremtreden i det pedagogiske feltet, som igjen fører til at muligheten for pedagogisk skjønn fjernes. De mener også at kartlegging vil kunne innsnevre synet på hva som kan defineres som det normale barnet. Også Madsen (2016, s. 87-94) stiller seg kritisk til at standardisering kan føre til at i utgangspunktet «normale» barn kan bli sett på som «unormale» fordi de scorer utenfor kurven. Han peker på at det kan være enkle forklaringer på at barnet er utenfor kurven, uten at det trenger å bety at noe er galt.

4.6 Tverrfaglig samarbeid

Når to års konsultasjonen ble gjennomført i barnehagen, innebar dette et samarbeid mellom pedagogene i barnehagen og helsesykepleiere fra helsestasjonen. I dette delkapittelet beskriver vi hva tverrfaglig samarbeid er. Deretter går vi nærmere inn på hvorfor det er nødvendig med tverrfaglig innsats, før vi til slutt beskriver hva som kan fremme og hemme det tverrfaglig samarbeidet.

4.6.1 Samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en metode for å oppnå resultater i arbeidet og det er mange kommuner som ønsker å sikre en tverrfaglig deltakelse i sin planlegging. Videre kan vi kalle samarbeidet for tverrfaglig når flere yrkesgrupper på tvers av faggrensene arbeider mot felles mål. Samarbeidet kan være på tvers av både profesjoner, etater og sektorer (Glavin & Erdal, 2018, s. 14). Et samarbeid mellom helsesykepleier og pedagog kan vi se på som et tverrfaglig samarbeid hvor det på tvers av sektorene samarbeides om felles mål til det beste for barnet. Et utstrakt og forpliktende samarbeid mellom ulike aktører og på tvers av etater og profesjoner blir ansett som en nødvendig del av profesjonsutviklingen. Det må derfor legges til rette for et

nært samarbeid mellom for eksempel barnehage og helsetjenesten. Med andre ord er det behov for en tverrfaglig tilnærming til kommunenes ansvar for barn og unge (Omdal & Thygesen, 2018, s. 17–18).

4.6.2 Hvorfor er det nødvendig med samarbeid

Ifølge Glavin og Erdal (2018, s. 10) er tverrfaglig samarbeid: *«ikke et mål i seg selv, men et middel eller en metode til å nå de målene vi har arbeidet med barn og unge i kommunene»*

Kinge (2012, s. 52) trekker frem effekter man ønsker å oppnå gjennom et tverrfaglig samarbeid. Først og fremst kan vi si at målsettingen med et tverrfaglig samarbeid er å skulle avhjelpe og avlaste barn og unge med behov for særskilt hjelp og deres foreldre. Kinge (2012, s. 52) peker på tre spesifikke områder man bør ha fokus på for å kunne tilby god hjelp gjennom et samarbeid. For det første skal kvaliteten på det helhetlige hjelpetilbudet til barnet- og barnets familie utvikles. For det andre skal det utarbeides rutiner, retningslinjer og samarbeidsordninger for det tverrfaglige samarbeidet i kommune, slik at man skal kunne få rask hjelp så fort behovet melder seg. For det tredje skal samarbeidet være synlig og tilgjengelig for innbyggerne i kommunen slik at veien til hjelp blir kortest mulig den dagen det er behov for det.

4.6.3 Forutsetninger for et velfungerende samarbeid

Å samarbeide kan være vanskelig, spesielt på tvers av ulike etater og profesjoner. Glavin og Erdal (2018, s. 33-34) peker på noen faktorer som bør være avklart i forkant av et samarbeid. For det første betinger det at man som fagperson har trygghet i eget fag. Det innebærer at yrkesutøveren må ha kompetanse i teoretisk forståelse og praktiske erfaringer, slik at tjenestene som skal utføres står i et realistisk forhold til kunnskapen som eksisterer. For det andre vil det være nødvendig at de ulike aktørene samarbeider om en felles målsetting og har en klar fordeling av ansvarsforholdene. For det tredje er det viktig at de ulike aktørene har realistiske forventninger til samarbeidet og at eventuelle hindringer som kan oppstå, bør gjennomgås før samarbeidet starter.

Videre beskrives noen forutsetninger som må ligge til grunn for at samarbeidet skal fungere over tid og kunne videreutvikles. For det første vil ledelsens engasjement for å ta ansvar for utvikling av samarbeidet, gi støtte og forankre samarbeidet i alle ledd, ha betydning. For det andre vil et felles verdigrunnlag være noe av det viktigste man bør arbeide med fordi utgangspunktet for samarbeidet vil være ulikt. Når man samarbeider rundt barn og unge, vil det være nødvendig å klargjøre hvilket menneskesyn og hvilke holdninger og verdier som

ligger til grunn for den enkeltes uttrykte meninger og standpunkter. Respekt, åpenhet og anerkjennelser er andre verdier som blir trukket i denne forbindelse. For det tredje vil samarbeidskompetanse og gode planer for opplæring være viktig for hvordan samarbeidet skal utvikles (Glavin & Erdal, 2018, s. 34-39).

5 METODE

5.1 Innledning

I vår studie har vi undersøkt hvordan foreldre opplevde samtalen under to års konsultasjonen i barnehagen. Formålet har vært å rette søkelyset på foreldrene og få frem deres erfaringer og opplevelser av samtalen.

I dette kapittelet gjør vi rede for hvordan vi har gått frem for å undersøke vår problemstilling, samt de vurderinger og metodiske valg vi har tatt gjennom hele studien. Kapittelet innledes med en presentasjon av studiens vitenskapelige grunnlag, som både bygger på fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Videre presenterer vi vår valgte metode, som er kvalitative intervjuer. Deretter sier vi noe om utvalget og hvordan vi rekrutterte informanter, før vi beskriver for hvordan vi samlet inn data og hvordan vi behandlet og analyserte innsamlet data. Til slutt redegjør vi for studiens kvalitet, etiske overveielser og vår forskerrolle i prosessen.

5.2 Kvalitativ studie og intervjuer

Kvalitative forskningsmetoder brukes når man ønsker å studere og forstå sosiale fenomener. Når man bruker kvalitative metoder kan man oppnå nær kontakt mellom forsker og informant (Thagaard, 2018, s.11). Ved bruk av kvalitative metoder er målet å få dybdeforståelse av fenomenet man undersøker og man er ute etter deltakerens egne subjektive beskrivelser av fenomenet (Polit & Beck, 2021, s. 8). Med vår relativt åpne problemstilling og vårt eget ønske om å bruke intervju som datainnsamlingsmetode så vi at en kvalitativ forskningstilnærming, var egnet for å få kunnskap om hvordan foreldrene opplevde samtalen i to års konsultasjonen. Studien er slik basert på en kvalitativ tilnærming, med intervjuer som metode.

Vi vurderte at intervjuer var den best egnede metoden for å undersøke foreldrenes erfaringer og opplevelser. Med intervjuer er målet for forskeren nettopp å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen (Thornquist, 2018, s. 105). Kvale og Brinkmann (2015, s. 22) beskriver forskningsintervjuet som en varsom spørre-og-lytte-

orientert konversasjon mellom deltakere. Videre pekes det på at konversasjonen ikke er likeverdig mellom deltakere, ettersom det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen. I vår studie forsøkte vi å møte informantene så åpent vi kunne, og var opptatt av at intervjuguiden ikke styrte samtalen for mye.

5.3 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vår vitenskapsteoretiske tilnærming i vår studie er inspirert av både fenomenologi og hermeneutikk. Vi vil derfor definere vårt vitenskapsteoretisk perspektiv som fenomenologisk-hermeneutisk. Ved oppstarten av studien var tanken at vi kun skulle ha en fenomenologisk tilnærming. Når vi startet med datainnsamlingen, ble imidlertid også en mer hermeneutisk forståelse av datainnsamlingsprosessen og den kunnskapen vi kunne få gjennom intervjuene, aktuell. I det videre vil vi presentere denne prosessen, og hvordan både fenomenologi og hermeneutikk har hatt betydning i studien

Fenomenologi kan omtales som “læren om det som kommer til syne og viser seg” (Thornquist, 2018, s.101). Dette handler om at man ønsker å studere virkeligheten slik mennesker erfarer og opplever den utefra sitt eget perspektiv. Forskeren er dermed ikke ute etter å studere virkeligheten uavhengig av mennesket (Thornquist, 2018, s.102- 106). Vi hadde et fenomenologisk perspektiv når vi planla studien og laget intervjuguiden. Det betyr at vi lagde åpne spørsmål som skulle gi rom for foreldrenes beskrivelser av sine erfaringer, og en semistrukturert intervjuguide som ville gi oss mulighet til å være fleksible med tanke på å forfølge det foreldrene var opptatt av.

I gjennomføringen av intervjuene og i våre analyser i etterkant, ble det hermeneutiske perspektivet mer gjeldende. Hermeneutikk kan oversettes som fortolkningslære eller fortolkningskunst og i hermeneutikken er man opptatt av forståelse og fortolkning (Thornquist, 2018, s. 167).

I intervjuene reflekterte informantene rundt sine tidligere erfaringer og opplevelser av samtalen. Det betyr at intervjuene var retroperspektive og det som kom frem var, slik vi forstår det, en fortolket presentasjon av deres erfaringer. Samtidig var dette en gjensidig fortolkende prosess. Med dette mener vi at informantene fremkalte tidligere erfaringer og tolket disse, samtidig som vi tolket svarene vi fikk, og ut i fra svarene fra informantene og vår fortolkning av disse, stilte vi nye spørsmål. Vi tolket i denne sammenhengen også

informantenes ansiktsuttrykk og kroppsspråk. På samme måte fortolket informantene oss og våre spørsmål.

Denne prosessen kan sees i sammenheng med “Den hermeneutiske spiral”, der den gjentakende fortolkning fremstilles som spiral der man hele tiden får en bevegelse fra fortolkning til nye forståelser og man ikke kommer tilbake til samme sted. En ny omdreining i spiralen gir ny kunnskap for eksempel i forskning (Thornquist, 2018, s. 171).

Den fenomenologisk-hermeneutiske vitenskapsteoretiske forankringen har påvirket alle delene i studien vår. I planleggingsfasen og ved utarbeidelse av prosjektskissen hadde fenomenologien størst plass, og påvirket valgene vi tok, både ved utarbeidelse av intervjuguide og valg av metode for datainnsamling. Ved gjennomføringen av intervjuene ønsket vi å få innsikt i informantenes livsverden og prøvde å sette vår forforståelse til side, inspirert av et fenomenologisk perspektiv og det som gjerne kalles bracketing (Polit & Beck, 2021, s. 165). Samtidig ble vi etter hvert mer og mer klar over hvordan fortolkning spilte inn på intervjuene, og også i de påfølgende analysene. Selv om vi hadde prøvd å tilsesette våre forforståelser, stilte vi også en del ledende spørsmål under intervjuene. Både ved gjennomføringen og i analysen av intervjuene spilte slik vår fortolkning en rolle for den kunnskapen som fremkommer i denne studien.

5.4 Utvalg og rekruttering

Basert på vår problemstilling, hvor vi var ute etter å finne ut hvordan foreldrene opplevde samtalen under to års konsultasjonen, var det naturlig å rekruttere foreldre som hadde deltatt i slike samtaler. På forhånd var vi klar over at det ville være et begrenset antall tilgjengelige potensielle informanter, Totalt var det mellom 15 og 20 barn som deltok i kommunens pilotprosjekt. Om vi antar at hvert barn hadde to foreldre, ville det gi oss en populasjon på mellom 30 og 40 foreldre. Utvalget i vår studie er derfor det som kalles et strategisk utvalg. Med dette menes at vi utførte en strategisk utvelgelse basert på at vi systematisk valgte personer som hadde de kvalifikasjonene vi var ute etter i forhold til vår problemstilling (Thagaard, 2018, s. 54).

For å komme i kontakt med potensielle informanter, samarbeidet vi med helsesykepleierne som hadde ansvar for å gjennomføre to års konsultasjonen og hadde dermed oversikt over alle foreldrene. Helsesykepleierne informerte om vår studie på et foreldremøte de hadde i barnehagene i forkant av konsultasjonene. Helsesykepleierne delte under møtet ut vårt

informasjonsskriv og samtykkeskjema (vedlegg 1). I informasjonsskrivet var våre kontaktopplysninger oppgitt, og foreldre måtte på eget initiativ ta kontakt med oss for å delta i studien. Ved å benytte denne fremgangsmåten i rekrutteringen fikk foreldrene informasjon om studien og mulighet til å tenke over om de ønsket å delta. Helsesykepleierne fikk ikke innsikt i hvilke foreldre som takket ja til å delta som informanter til vår studie. Vi valgte å rekruttere foreldre indirekte for å unngå at de følte seg presset til å delta. Dersom forespørselen hadde kommet direkte fra oss til den enkelte foreldre, kunne det vært vanskeligere å takke nei. Nå måtte foreldrene selv aktivt ta et valg om å delta. I tillegg ivaretar denne fremgangsmåten hensynet om konfidensialitet. Fritt informert samtykke og konfidensialitet er to sentrale forskningsetiske hensyn som vi kommer tilbake til senere i kapitlet.

Vi hadde under planleggingen av rekrutteringen et mål om å rekruttere åtte informanter. Vi fikk ganske raskt svar fra seks informanter som ønsket å delta. For å få tak i enda flere informanter fikk vi helsesykepleierne til å sende ut påminnelse til alle foreldrene på e-post og sms. Til tross for dette var det ingen flere som meldte sin interesse, og vi endte dermed opp med seks informanter fra tre barnehager i det endelige utvalget. Vi har valgt å utelate kjennetegn som alder og kjønn ved foreldrene, av hensyn til konfidensialitet.

5.5 Datainnsamling

5.5.1 Semistrukturert forskningsintervju

Vi valgte å anvende en delvis strukturert tilnærming under intervjuene. Denne intervjuformen har en fleksibel struktur og man har mulighet til å komme med oppfølgings spørsmål som ikke er planlagt på forhånd, samt at man kan komme i dybden på de temaer man ønsker å vite mer om (Thagaard, 2018, s. 91). I et delvis strukturert intervju har man planlagt hvilke tema man skal innom i løpet av intervjuet på forhånd, men ikke i hvilken rekkefølge.

Vi valgte semi-strukturerte dybdeintervjuer fordi vi anså den som forenlig med vår problemstilling, siden vi ønsket å få informantene våre til å beskrive sin livsverden og sine subjektive opplevelser. Hvis vi hadde valgt en intervjuform med en strammere struktur og med mange spørsmål som var planlagt på forhånd, ville vi mest sannsynlig ikke fått like fyldige og tykke beskrivelser av foreldrenes opplevelser av samtalen. Intervjuguiden (vedlegg 2) inneholdt tre hovedtemaer som vi anså som relevant for problemstillingen vår; *«opplevelsen av selve samtalen»*, *«opplevelsen av møte med flere fagpersoner i samtalen»* og *«opplevelsen av medvirkning i samtalen»*. Intervjuguiden bestod også av ulike

oppfølgingsspørsmål vi brukte underveis i samtalene. Noen eksempler på oppfølgingsspørsmål var; «Hva tenkte du da?», «Kan du fortelle mer om det?», «Kan du gi eksempel på det du nettopp sa?», «Hva mener du med...?», «Kan du forklare det mer?», «Hva skjedde da?», «Hvordan ser du på..?», «Hva følte du da?» og «Er det noe mer du ønsker å fortelle om?».

5.5.2 Gjennomføring av intervjuene og vår rolle

Etter at vi hadde fått oversikt over alle informantene som ønsket å delta, tok vi kontakt med hver enkelt for å avtale tid og sted for gjennomføring av intervjuene. Vi var på forhånd enige at vi ønsket å legge opp til at informantene selv skulle få bestemme tid og sted. De fleste informantene ønsket å gjennomføre intervjuene i sammenheng med henting eller levering i barnehagen. En av informantene ønsket å møte oss på arbeidsplassen sin. Vi samarbeidet med styrerne i de forskjellige barnehagene i forkant for å undersøke muligheten for å finne et egnet rom der vi kunne gjennomføre intervjuene uforstyrret.

Vi var begge til stede på alle intervjuene, noe informantene var klar over i forkant. Vi ønsket å lage en god og avslappet ramme rundt intervjuene, for at informantene skulle føle seg trygge til å kunne prate om det som opptok dem. Informantene ble tilbudt kaffe eller te, med formål om å skape en uformell situasjon. Denne fremgangsmåten stemmer overens med Tjora (2021, s. 132), som peker på at stemningen er av betydning for om intervjupersonen skal klare å snakke så åpent som mulig om sine opplevelser og erfaringer. Innledningsvis fortalte vi litt om oss selv og hvilken rolle vi hadde i kommunen, vår rolle som forskere og intensjonen med studien. Vi gikk også gjennom våre plikter som forskere og deres rettigheter knyttet opp mot rollen som informant. Selv om de hadde fått utlevert informasjonsskriv og skrevet under på samtykkeerklæring ønsket vi å dobbeltsjekke at de hadde forstått hva det innebar å delta.

Vi valgte å anvende oss av lydopptaker under intervjuene, noe informantene på forhånd hadde blitt informert om. Ifølge Tjora (2021, s. 180) kan man oppnå bedre samtaler ved anvendelse av lydopptaker, fordi man er opptatt av det som blir sagt og ikke av å notere. Man vil derfor kunne få med seg flere detaljer i det som blir uttrykt. Ingen av oss hadde tidligere erfaring av å bruke lydopptaker, til tross for dette opplevde vi det som et godt hjelpemiddel ved datainnsamlingen.

Vi hadde på forhånd bestemt oss for hvem som skulle lede samtalen og hvem som skulle være mer tilbakeholden og notere. Begge hadde anledning til å stille oppfølgingsspørsmål

underveis i intervjuet. Vi opplevde det som en styrke at vi var to personer under intervjuet da vi kunne utfylle hverandre og få en variasjon i hvordan spørsmålene ble stilt. Samtidig kan det å være to ha påvirket intervjuene våre da det oppstår et asymmetrisk maktforhold mellom oss som forskeren og informanten i intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 52). Da det er forskeren som bestemmer tema og styrer samtalen vil forskeren sitte i en maktposisjon i forhold til intervjupersonen. Informanten kan reagere på for stor dominans og kanskje dermed holde tilbake informasjon. I og med at vi var to intervjuere, vil dette kunne forsterkes enda mer. Vi satt likevel igjen med en opplevelse av at vi oppnådde en god og avslappet stemning og at samtalene hadde en fin flyt. Noen av informantene ga oss tilbakemeldinger om at det hadde vært en fin samtale, noe som underbygger vår opplevelse og vurdering. Med bakgrunn i vår problemstilling, ønsket vi å få frem foreldrenes egne opplevelser av samtalen. Vi hadde et ønske om å gi stort rom til informantene, og la dem vise vei i samtalen. Vi hadde som nevnt utformet en intervjuguide, som vi brukte under intervjuene som hjelp til å huske de temaer vi ønsket å ta opp (Thagaard, 2018, s. 83).

Vi opplevde at informantene hadde et ønske og behov for å snakke om andre temaer enn vi var forberedt på. Da vi også hadde et ønske om å la informantene lede vei i samtalen, ble det naturlig å gi rom for dette. Eksempler på temaer som kom opp var organisering og gjennomføring av to års konsultasjonen. Andre temaer foreldrene selv tok initiativ til å snakke om var foreldremøte, veiing, måling, observasjon og legebek. Når informantene kom inn på noe de var opptatt av, lot vi dem snakke fritt. Vi stilte også oppfølgings spørsmål om det de var opptatt av. Deretter gikk vi tilbake til intervjuguiden for å lede dem inn på tema vi ønsket å høre mer om. Denne fremgangsmåten syntes vi fungerte bra fordi informantene fritt fikk pratet om det som var viktig for dem, samtidig som vi også fikk spurt om det vi ønsket. Vi gjennomførte totalt seks intervjuer og hvert intervju hadde en varighet på mellom 30 og 40 minutter.

5.5.3. Transkribering

Etter at intervjuene var gjennomført var det tid for å klargjøre intervjumaterialet for analyse, noe som til vanlig medfører transkribering fra tale til skriftlig tekst (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 137). For vår del var det de ulike lydfilene fra intervjuene som la grunnlaget for vår transkribering. Vi valgte å transkribere intervjuene fortløpende og vi skrev ut tre intervjuer hver. Siden vi var to personer som skulle transkribere forskjellige intervju, ble vi enige om noen felles skriveprosedyrer for hvordan vi skulle transkribere. Vi valgte å skrive ned ordrett det som ble sagt, men vi omgjorde eventuell dialekt til bokmål for å ivareta konfidensialiteten. Vi tok også med lyder som for eksempel «ehm» og «mmm». Vi valgte å ikke registrere

pauser. For å kvalitetssikre transkripsjonene, lyttet vi gjennom hverandres intervju og transkribering slik at vi var sikre på at vi hadde fått med oss alt. Da det kunne være en mulighet for at det i intervjuene kunne fremkomme opplysninger som til sammen kunne føre til gjenkjenning av enkeltpersoner valgte vi allerede på transkriberingsstadiet å anonymisere denne typen opplysninger. Denne anonymiseringen gjorde vi også i de tilfellene ansatte i barnehagen eller helsesykepleiere ble omtalt (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 213). Det transkriberte materialet ble sikkert oppbevart i låst skap sammen med informasjonsskriv og lydfile.

5.5.4 Analyse

For å analysere dataene våre valgte vi å anvende en refleksiv tematisk analyse som er utarbeidet av psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke (Braun & Clarke, 2006, s. 77). En tematisk analyse innebærer at man grupperer og kategoriserer data med viktige fellestrekk inn under forskjellige temaer. Metoden anbefales blant annet til fenomenologiske studier med en relativt åpen problemstilling. Det er flere fordeler med denne metoden, blant annet anbefaler Braun & Clarke (2006) denne metoden for uerfarne forskere fordi den er enkel å lære seg og også lett å gjennomføre. Vi anser oss selv som forskere med relativt lite erfaring og det var derfor en god grunn til å velge denne metoden for analyse av data. En annen fordel er at tematisk analyse beskrives som fleksibel og refleksiv, og at forskeren er aktiv og skapende i prosessen. Metoden kan brukes uavhengig av teoretisk eller epistemologisk tilnærming. Den kan brukes i både teoristyrte studier og datastyrte studier slik som vår studie (Braun & Clarke, 2006, s. 78). Muligheten til å være fleksibel merket vi under analysen ved at vi kunne bevege oss frem og tilbake i prosessen med å finne temaer og undertemaer. Vi kunne revurdere temaene våre flere ganger før vi nådde det endelige resultatet.

Analysemetoden består av seks forskjellige faser. Den første fasen består av transkribering og å gjøre seg kjent med datamaterialet. I den andre fasen genererer man foreløpige koder. I den tredje fasen leter man etter temaer og mønstre ved å sammenstille kodete utdrag. I den fjerde fasen reviderer og vurderer man temaene. I den femte fasen gir man temaene navn. Til sist skriver man rapport. Vi vil utdype nærmere hvordan vi håndterte de ulike fasene i vår studie.

5.5.5 Å bli kjent med datamaterialet

Den første fasen i tematisk analyse handler om å gjøre seg godt kjent med datamaterialet, det vil si alle våre intervjuer eller det som Braun & Clarke (2006, s. 79) definerer som “data

corpus”. For oss innebar denne fasen for det første å transkribere intervjuene, noe som ble gjort fortløpende.

Den andre delen av det å bli kjent med datamaterialet handlet om å lese de transkriberte intervjuene flere ganger. Ved de første gjennomlesningene gikk vi i dybden og i bredden i innholdet i vårt data-corpus. Ifølge Braun & Clarke (2006) er det viktig å lese aktivt, kritisk og analytisk i denne fasen. Vi var opptatt av å notere ned våre foreløpige tanker og refleksjoner underveis, både når vi hørte gjennom intervjuene på nytt, og når vi leste gjennom den transkriberte teksten. Dette endte med fem sider med foreløpige tanker. Disse notatene brukte videre gjennom hele analysen gjennom å stadig gå tilbake til notatene.

5.5.6 Koding av dataene

Den andre fasen av analysen blir omtalt som “koding” (Braun & Clarke, 2006). Det vil si at vi begynte å generere foreløpige koder fra dataene. Vi leste nok en gang gjennom de transkriberte intervjuene. Nå så vi etter hvilke ord som gikk igjen i sitatene fra informantene og vi så etter hva de enkelte ordene kunne ha for meningsinnhold. De forskjellige sitatene ble gjort om til koder som var representative for innholdet i dataene. Vi prøvde å gå i dybden på hvert enkelt sitat og se etter hva informantene egentlig snakket om og hva sitatene egentlig handlet om.

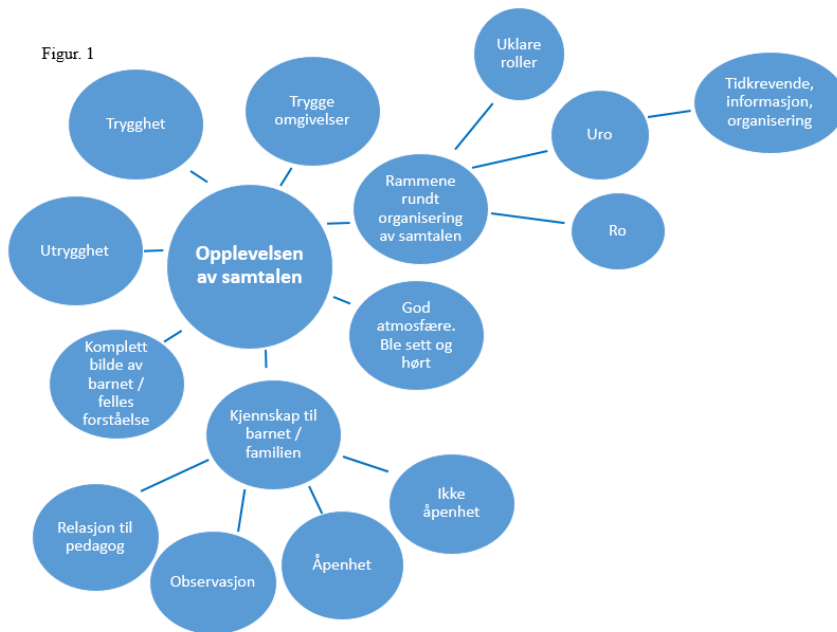
Det neste steget i analysene våre var å printe ut de transkriberte intervjuene på papir, for å slik kunne sortere dem. Vi klippet ut de sitatene vi anså som interessante for oss i forhold til problemstillingen vår, og sorterte de inn i forskjellige temaer på et stort bord.

Sitatene ble valgt ut fra vårt “data corpus”. De sitatene vi ønsket å bruke videre ble vårt så kalt “data-set” (Braun & Clarke 2006).

5.5.7 Å lete etter foreløpige temaer

I den tredje fasen av analysen begynte vi å lete etter potensielle temaer og mønstre i data-settet vårt. Vi prøvde å se etter meningsinnhold i de forskjellige sitatene for å så fortsette analysen med å dele kodene våre inn i overordnede temaer med forskjellige undertemaer. Det var flere tema som vi så ikke passet inn fordi de handlet om andre ting enn det vi ønsket å undersøke. Blant annet fikk vi mye data om foreldrenes *tidsbruk* i forkant av selve samtalen. Vi fikk også mye data om hvordan de opplevde en del av forberedelsene til to års konsultasjonen, det vil si foreldremøte i forkant og helsesykepleiers observasjon i barnehagen

før samtalen. Dette var temaer vi valgte å ikke inkludere i den videre analysen fordi det handlet om temaer som lå utenfor opplevelsen av selve samtalen. De gangene forberedelsene til samtalen hadde betydning for hvordan foreldrene opplevde samtalen, valgte vi å inkludere det som fremkom i analysene. Videre i analysearbeidet lagde vi et tankekart for å få oversikt over temaene vi hadde kommet frem til så langt, noe Braun & Clarke (2006) anbefaler som hjelp i analysen.

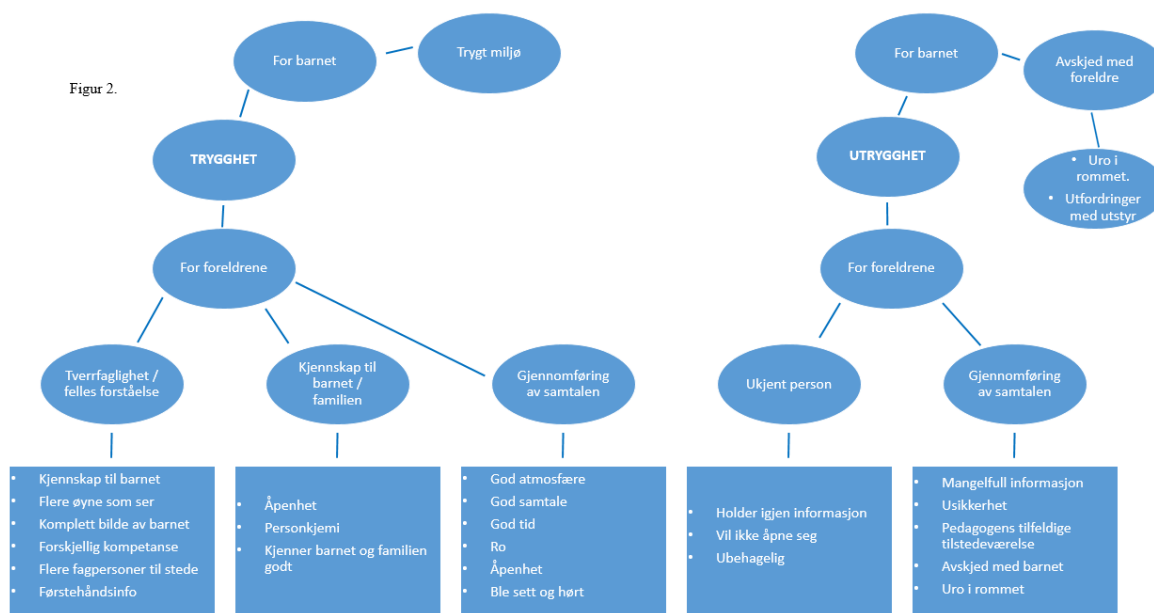


Temaene vi kom frem til i denne fasen av analysen var: rammene og organiseringen av samtalen, trygge omgivelser, god atmosfære, trygghet/utrygghet, kjennskap til barnet/familien, åpenhet/ikke åpenhet, komplett bilde av barnet, felles forståelse, flere fagpersoner til stede, trygge omgivelser og ro/uro.

5.5.8 Å vurdere temaene

Tankekartet fra forrige fase brukte vi som utgangspunkt til den videre analysen når vi skulle revurdere og vurdere temaene våre. Denne delen av analysen bestod av to forskjellige nivåer. På det første nivået leste vi igjennom alle kodene under hvert tema for å se om de passet der. Vi så etter om temaene våre virkelig var temaer og om vi hadde nok data for å lage et tema. Noen tema ble slått sammen og andre temaer ble delt i to.

Figur 2.



For eksempel temaet «kjent pedagog» og «kjennskap til barnet» ble slått sammen til «kjent person». «Trygghet» og «utrygghet», som til slutt ble våre to hovedtemaer, var i denne fasen to undertemaer til «opplevelsen av samtalen». Et av våre undertemaer til trygghet var i denne fasen «tverrfaglighet» dette ble senere endret til «flere øyner som ser».

Neste nivå av analysen lignet det første, men nå vurderte vi temaene våre i forhold til hele datasettet vårt, for å se om temaene ville fungere for å gi et tydelig og helhetlig bilde av datasettet som helhet. Vi prøvde å kritisk vurdere temaene våre og se om de ga et helhetlig bilde av datamaterialet vårt. De endelige temaene er presentert i figur tre. I denne fasen mottok vi også veiledning fra vår veileder ved universitetet.

5.5.9 Gi temaene navn

Før vi gikk inn i den neste fasen av analysen jobbet vi hver for oss noen dager. Vi ønsket å se temaene fra ulike synsvinkler, noe som ville kunne øke muligheten for å fange opp forskjellige nyanser. Når vi møttes igjen, var vi klare for å gå inn i fasen der vi skulle navngi de endelige temaene. Nå fikk vi også råd og veiledning fra vår veileder og sammen revurderte vi temaene våre og ga de andre navn enn hva vi først hadde brukt.

Braun & Clarke (2006) poengterer at de endelige navnene på temaene bør være slagkraftige, konsise og samtidig gi leseren en anelse av hva temaet handler om. Dette var noe vi tok med oss i analysens femte fase. Under arbeidet med å revurdere og vurdere temaene våre så vi at *trygghet* og *utrygghet* gikk igjen i flere av temaene våre. Når vi valgte å ha *trygghet* og *utrygghet* som to hovedtemaer så vi at vi kunne plassere de andre undertemaene under enten trygghet eller utrygghet. Vi så at funnene våre dannet et mønster og vi så at foreldrenes

opplevelser av samtalen egentlig handlet om opplevelsen av trygghet eller utrygghet og hva som bidro til det ene eller andre.

Hovedtema «trygghet» hadde følgende undertema; «Kjent person», «flere øyner som ser» og «atmosfæren». Vårt andre hovedtema «utrygghet» hadde følgende undertema; «Mangelfull organisering og planlegging» og «ukjent person».

Figur 3.



5.6 Forskningens kvalitet

For å øke forskningens kvalitet er det nødvendig å gjøre rede for hvordan man har gått frem for å finne svaret på problemstillingen. Som forsker må man begrunne valget av metode og gjøre rede for fremgangsmåter som blir brukt. Som forsker må man også mene noe om i hvilken grad arbeidet oppfylder kravene til validitet og reliabilitet, og hvorvidt resultatet lar seg generalisere (Dalland, 2017, s. 55). At flere er med å analysere data, kan bidra til å øke en studies reliabilitet og validitet.

5.6.1 Validitet

Validitet er et sentralt begrep innenfor forskning og handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det en skal undersøke – kort sagt studiens gyldighet (Thagaard, 2018, s.19). Intervjuet er, som vi har pekt på tidligere, en egnet metode for å undersøke menneskers erfaringer og opplevelser. Underveis i intervjuene var vi opptatt av å få informantene til å bekrefte eller utdype deres uttalelser slik at det ikke skulle oppstå misforståelser. Det at vi var to under intervjuene bidro også til at vi var flere som kunne utforske uklarheter under intervjuene.

5.6.2 Reliabilitet

Forskningens reliabilitet refererer til hvor pålitelige resultatene er og innebærer at man gjør rede for hvordan man utvikler data. Reliabilitet er også knyttet til spørsmålet om en kritisk vurdering av studien gir inntrykk av at forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Det at

vi har vært to personer som har samarbeidet om studien kan bidra til at reliabiliteten styrkes (Thagaard, 2018, s. 188). Vi har hatt mulighet til å diskutere avgjørende beslutninger gjennom hele forskningsprosessen. Å være to under analysene, og å motta veiledning underveis, gjorde at vi kunne sammenligne, utfordre og utforske hverandres fortolkninger. I tillegg har vi vært opptatt av å beskrive våre fremgangsmåter og valg, for å sikre gjennomsiktighet i hele prosessen frem mot våre funn.

5.6.3 Overførbarhet

I vår studie bestod utvalget av seks foreldre, og det vil derfor være vanskelig å generalisere funnene til å gjelde for andre foreldre. Samtidig tenker vi at denne studien kan ha verdi for kommunen som gjennomfører pilotprosjektet om to års konsultasjon i barnehagen, i arbeidet med å vurdere om ordningen skal fortsette. Foreldrenes erfaringer og opplevelser kan også være av interesse for andre kommuner som vurderer tilsvarende prosjekt.

5.6.4 Ethiske vurderinger

All vitenskapelig virksomhet krever at forskere forholder seg til etiske prinsipper, både internt innad i forskningsmiljøet og i relasjon til omgivelsene. I studier som innebærer nær kontakt mellom forskeren og de personer forskeren studerer, som for eksempel intervju, får forskeren data som kan knyttes til de personer som deltar i studien (Thagaard, 2018, s.21). Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2021) beskriver særskilte etiske forhåndsregler som gjelder for studier som innebærer behandling av personopplysninger. NESH presiserer videre at slike studier er meldepliktige, og skal meldes inn til NSD (Norsk samfunnsvitenskapelig Datatjeneste, nå SIKT). Vi har derfor søkt og fått tillatelse til å gjennomføre vår studie ved å levere inn søknadsskjema til NSD (Vedlegg 4). Studien er godkjent av NSD. Universitetet i Agder har også en etisk komite som vurderer forskningsprosjekter, FEK. Denne studien er godkjent av FEK (vedlegg 5). Vi vil nå redegjøre nærmere for tre etiske krav som blir stilt til forskere i studier hvor man har nær kontakt med den man skal studere; *informert samtykke, konfidensialitet og konsekvenser av å delta*.

Vi har tidligere vært inne på at vi samarbeidet med styrerne i barnehagene om å kunne gjennomføre intervjuene i barnehagene de gangene foreldrene ønsket dette. Dette var et etisk dilemma vi måtte overveie i forkant, da det handler om hensynet til konfidensialitet på den ene siden og hensynet for å legge til rette på den andre. Vi hadde en dialog med informantene om dette dilemmaet, men de syntes det var greit at vi pratet med barnehagene for å få tilgang på rom.

5.6.5 Informert samtykke

Et informert samtykke innebærer at forskningsdeltaker skal informeres om undersøkelsens overordnede formål og om hovedtrekkene i designet, i tillegg til mulige risikoer og fordeler med å delta i studien. Videre innebærer det også at man sikrer seg at de involverte deltar frivillig, og informerer dem om deres rett til når som helst å trekke seg fra undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015, s.104).

NESH (2021) presiserer: «Forskeren skal som hovedregel innhente et forskningsetisk samtykke til deltakelse i forskning. Det forskningsetiske samtykket skal være frivillig, informert og utvetydig, og det bør være dokumenterbart.»

Vi utarbeidet et informasjonsskriv som vi sendte ut til potensielle informanter. I utarbeidelsen av skrivet var vi opptatt av å få frem tilstrekkelig og forståelig informasjon om hva det ville innebære å delta i vår undersøkelse. Informasjonsskrivet inneholdt informasjon om hvorfor nettopp de ble spurt om å være med, hvilke opplysninger som skulle bli samlet inn, hvordan de skulle bli brukt, hvem som skulle bruke dem og til hvilket formål. I skrivet fremkom det også en plan for behandling, lagring og bruk av data. Våre plikter til å opprettholde konfidensialitet og anonymisering kom også tydelig frem. Det samme med informantenes rettigheter ved at de når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen.

Det var helsesykepleierne som leverte ut informasjonsskriv og samtykkeskjema til alle potensielle deltakere. Det var deltakerne selv som måtte ta kontakt med oss når de hadde bestemt seg for å delta. På denne måten ønsket vi at deltakerne ikke skulle oppleve noe press til å delta, og slik sikre frivillighet. De måtte selv ta initiativ for å delta i studien.

I tillegg til informasjonsskrivet hadde vi også laget et eget samtykkeskjema som informantene måtte signere på og levere inn for å bli tatt med som informanter. De signerte samtykkeskjemaene holdt vi innelåst i et arkivskap etter gjeldende regler gjennom hele studien. I tillegg til et skriftlig samtykke, gikk vi muntlig gjennom hva deltakelse innebar og at de kunne trekke seg underveis.

5.6.6 Konfidensialitet

Kravet om konfidensialitet er et grunnprinsipp for etisk forsvarlig forskningspraksis. Det vil si at deltakerne skal anonymiseres i presentasjonen av resultatene. Opplysninger om identifiserbare enkeltpersoner skal oppbevares på en forsvarlig måte (Thagaard, 2018, s.24). NESH (2021) presiserer: «Forskere skal behandle innsamlet informasjon konfidensielt hvis det er avtalt eller hvis det er nødvendig av andre grunner».

Når vi skulle rekruttere mulige informanter, ble vi fort klar over at populasjonen var liten, noe som gjorde det litt mer utfordrende med tanke på fullstendig anonymisering. Spesielt anså vi hensynet til tredje person som en risikofaktor når vi skulle samle inn data fra informantene. Det kunne være at informantene delte opplysninger om tredjeperson, som for eksempel om eget barn eller ansatte som hadde deltatt i samtalen. Vi var imidlertid ikke interessert i opplysninger om det enkelte barn, men hvordan foreldrene opplevde samtalen. Vi presiserte derfor til foreldrene at de helst ikke skulle navngi tredje-person og unngå opplysninger som kunne identifisere andre. Ved et par anledninger kom det frem informasjon som mulig kunne være med å identifisere tredjeperson. Vi valgte derfor å anonymisere disse opplysningene allerede under transkribering av intervjuene. Dette gjorde vi også når det gjaldt informantenes eget navn, bostedskommune, alder, navn på barnehage og kjønn.

En av oss jobber i en av barnehagene som har vært en del av studien. Vi valgte derfor ikke å innhente data fra denne barnehagen da det kunne bli lettere å gjenkjenne tredjepart, samt med tanke på hensyn til fritt samtykke.

De eneste personidentifiserende opplysningene vi samlet inn var signatur på samtykke skjema og lydopptak fra intervjuene. De ble oppbevart atskilt og innelåst etter gjeldende regler. Alle lydopptak ble slettet etter at vi hadde gjennomført intervjuene og alt skriftlig materiale ble slettet etter studiens slutt.

5.6.7 Konsekvenser av å delta

I en kvalitativ undersøkelse bør man forholde seg til konsekvensene det kan ha å delta, og da både med hensyn til den mulige skade det kan påføre deltakerne, og de fordeler de kan forventes å få ved å delta i undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 107).

NESH (2021) presiserer: «Forskere har ansvar for å unngå at forskningsdeltakere blir utsatt for skade og urimelig belastning som følge av forskningen. Deltakere kan samtykke til en viss risiko for ubehag og belastning.»

Da vi startet med å planlegge studien reflekterte vi rundt hvilke risikofaktorer som var knyttet til vår studie. En risikofaktor handlet om at deltakere kunne bli identifisert i den skriftlige presentasjonen av datamaterialet. En annen risikofaktor handlet om at informantene kunne dele opplysninger om tredje-person, som for eksempel eget barn eller om de ansatte som har deltatt i samtalen. I tillegg vurderte vi hvor vidt samtalen kunne oppleves vanskelige eller ubehagelige for informantene.

Et spørsmål i denne sammenhengen var om det ville komme opp potensielle temaer som kunne oppleves overveldende eller spesielt vonde for informantene. Kanskje det ville være behov for noen form for oppfølging, som for eksempel å kunne tilby samtale med noen i etterkant av intervjuet. Det kunne være en mulighet for at foreldrene kunne oppleve samtalen med oss som vanskelig dersom de allerede var i en sårbar posisjon, og at samtalen med helsesykepleier og ansatt fra barnehagen opplevdes vondt for informanten. Hvis dette skulle skje hadde vi tilgang til kommunens øyeblikkelige hjelpetelefon som kan tilby samtale med fagpersoner. Vi opplevde derimot ingen av samtalene som spesielt vonde for informantene. Denne vurderingen baserer vi på kommunikasjon med informantene i etterkant av intervjuet.

5.6.8 Forskerrollen

I denne studien har vi hatt en bevissthet om at vår rolle som forskere og vår forforståelse kan ha påvirket prosessen i alle delene av studien. Refleksivitet handler om å kritisk vurdere seg selv som forsker og hvordan vi kan påvirket datane gjennom hele studien (Polit & Beck, 2021, s. 55). For vår studie var det spesielt viktig å tenke igjennom hvordan det å undersøke et pilotprosjekt som ble utført i den kommunen vi selv jobbet, kunne virke inn på våre funn. Vår studie kan ha likhetstrekk med oppdragsforskning, i den forstand at det var en prosjektgruppe som ønsket å høre om våre funn. Samtidig skiller vår studie seg fra oppdragsforskning ved at det var vi som helt fritt valgte tema for oppgaven og ved at vi selv finansierer studien.

Tostensen & Kaiser (2015) belyser i sin artikkel hvordan oppdragsforskning kan true forskerens uavhengighet. Oppdragsforskning er forskning der oppdragsgiveren bestemmer hva som skal være tema og problemstilling for prosjektet. Oppdragsgiveren er med i både oppstart, gjennomføring og ved formidling av resultatene. Det er bruksrett på forskningsresultatene og de forventes å være til nytte for oppdragsgiveren. Vi kan se noen likheter med oppdragsforskning i vår studie, da prosjektgruppa var delaktig under hele studien vår. Vi var jevnlig til stede på møter og rapporterte om gjennomføring og foreløpige resultater av vår studie. For å kunne holde fast ved en uavhengig tilnærming til pilotprosjektet drøftet vi utfordringer om dette sammen med vår veileder. I tillegg forberedte vi oss godt til presentasjonene vi hadde for prosjektgruppa og fokuserte på å holde oss tett opp til funnene våre og det foreldrene sa. Dette bidro til at foreldrenes perspektiver ble synlige i evalueringen av pilotprosjektet. Ved møter med prosjektgruppa ønsket vi å ikke la oss påvirke av de enkelte medlemmenes holdninger eller forventninger til resultatene våre. Til tross for vår bevissthet om vår forforståelse og våre fremgangsmåter for å utforske tematikken åpent, ser vi at problemstillingen rundt uavhengighet kan ha vært en svakhet i vår studie. Vi tror dette spesielt

har gjort seg synlig i våre relasjoner til medlemmer i prosjektgruppa, noe som kan ha ført til at vi kan ha blitt påvirket av deres holdninger og synspunkter.

På den andre siden hevder Malterud (2017, s. 41) at det er ikke et spørsmål *om* forskeren påvirker prosessen, men *hvordan*. Det kan for eksempel handle om hvilket faglig ståsted og interesser forskeren har. Personlige erfaringer motiver vil også ha en påvirkning. Dette vil påvirke alle delene i et forskningsprosjekt, det kan handle om hvilken problemstilling som er mest aktuell, metoder og utvalg, hvilke resultater som besvarer problemstillingen og til sist hvordan konklusjoner vil bli vektlagt og formidlet.

Når vi valgte vitenskapsteoretisk utgangspunkt, gjorde vi oss noen tanker rundt fenomenologien. I fenomenologien er oppmerksomheten rettet mot hvordan verden erfares for subjektet selv (Thornquist, 2018, s. 101). Ved å velge fenomenologien som vårt vitenskapsteoretiske utgangspunkt, der fokus var rettet mot informantenes erfaringer ville det være en mulighet for oss å ikke la oss bli like styrt av vår forforståelse. Vår bakgrunn som pedagoger og fagpersoner gjør at vi har lang erfaring fra arbeid med tidlig innsats, tverrfaglig samarbeid og samtaler med flere fagpersoner til stede. I tillegg er vi begge foreldre og har også vært på flere konsultasjoner og samtaler på helsestasjonen med våre egne barn. Det at vi hadde kjennskap til temaet og at vi begge hadde trening i å ha samtaler med foreldre var faktorer som bidro til at vi var bevisste på at vi som forskere hadde en forforståelse om det vi ønsket å undersøke.

Forforståelse om fenomenet som skulle undersøkes, ville også kunne påvirke hvordan vi stilte spørsmålene under intervjuene. Dette medførte at vi måtte omarbeide intervjuguiden noen ganger, for å sikre at spørsmålene var åpne. Både ved forberedelsene og gjennomføringen var vi bevisste på at vi ikke skulle stille ledende spørsmål for å få svar som vi ønsket eller som kunne lede informantenes svar. Dette kan ses i sammenheng med det Polit & Beck (2021, s. 165) beskriver som «bracketing». Det er et begrep som brukes i deskriptiv fenomenologi og betyr at forskeren legger til side sine egne tanker, holdninger og meninger om fenomenet som skal undersøkes.

Til tross for at vi var godt forberedt på hvordan vi skulle forholde oss i intervjuene ser vi i ettertid at vår forforståelse likevel kom til uttrykk i måten vi stilte noen av spørsmålene. Vi så det i tillegg på hvordan vi responderte på informantenes svar. Når informanten kom inn på bestemte temaer ser vi i ettertid at vi noen ganger svarte «ja det er jo fint» eller «ja, så bra». Dette kan ha gitt inntrykk til informanten om at vi var positive til det de sa og ønsket mer av dette. I tillegg så vi når vi leste de transkriberte intervjuene at vi noen ganger hadde stilt noe

ledende spørsmål. Dette kan være en svakhet i vårt studie da intensjonen vår var å bruke en fenomenologisk tilnærming og legge egen forforståelse til side.

Den fenomenologiske tilnærmingen og bevisstheten rundt vår forforståelse tok vi med oss videre i arbeidet med analysen og tolkning av datamaterialet. Vi prøvde å ha et åpent sinn og forholde oss mest mulig fordomsfrie under hele analyse prosessen. Vi brukte flere sammenhengende dager der vi jobbet med analysen, for å komme dybden i datamaterialet vårt og prøve å holde oss nære det informantene fortalte. Under hele denne perioden prøvde vi å holde fokus på problemstillingen vår. Vi merket at det var en fare for å begynne å se etter andre ting, da vi hadde data om en del andre temaer, som også var interessante. Det var en fordel å være to stykker under analyseprosessen, da fikk vi muligheten til å diskutere med hverandre, holde fokus og sammen komme frem til de endelige temaene.

Ved presentasjonen av funnene i den skriftlige rapporten var vi opptatt av å få frem kjernen i det som var informantenes erfaringer og egne subjektive opplevelser, noe som er i tråd med fenomenologien (Thornquist, 2018, s. 101). Når vi jobbet med drøftingen av funnene var det viktig for oss at vi gjenga det som var informantenes egen beskrivelser og erfaringer- og ikke det vi selv tenkte at det kunne være.

5.6.9 Søk etter teori og forskning

I denne oppgaven har teorivalgene våre vært datastyrt. Det vil si at teori og forskning som skulle brukes i oppgaven ble valgt etter datainnsamlingen og analysen. Dette innebar at vi tok utgangspunkt i informantenes svar, samt våre funn, for å finne aktuell teori og forskning.

I løpet av vår videreutdanning på UiA har vi fått presentert aktuelle politiske føringer, lover, litteratur og forskning. Vi har valgt å bruke noe av denne teorien som vi anså som aktuell for våre drøftinger, i tillegg til annen litteratur.

Vi har også gjennomført søk i forskjellige databaser som Oria, Idunn og Medline for å finne forskning som har vært aktuell for vår studie. I våre søk i databasene brukte vi søkeord som helsestasjon, to års konsultasjon, barnehage, helsesykepleier, barnehagelærer, foreldre, samtaler og relasjon. Vi brukte også engelske søkeord som public health clinic, health consultation, kindergarten, public health nurse, educators, parents, conversations, relation, conference.

5.6.10 Fordeling av arbeidsoppgaver

Vi er to studenter som har samarbeidet gjennom hele prosjektet. Vårt mål har vært en mest mulig rettferdig fordeling av oppgaver, slik at vi begge to har bidratt like mye til resultatet.

Samtidig har det vært en dynamisk prosess, spesielt i de delene av oppgaven som vi har skrevet sammen. Eksempel på dette ha vært at en av oss har begynt å skrive og at den andre har fortsatt for å utdype innholdet i teksten. Ved oppstarten av studien og ved utarbeiding av prosjektskissen, jobbet vi mye sammen og delte også nokså likt på det skriftlige arbeidet. Ved datainnsamlingen var vi begge to til stede ved alle intervjuene og vi transkriberte halvparten av intervjuene hver. I arbeidet med analysen jobbet vi mye sammen, men også litt hver for oss, som vi tidligere i kapittelet har nevnt.

Ved utarbeidelsen av den skriftlige masteroppgaven fordelte underkapitlene i både teori- og diskusjonskapittelet mellom oss. En av oss skrev de delene i teorikapittelet som handlet om trygghet, utrygghet, relasjoner og veiledning. Dette ble brukt videre i diskusjonen. Den av oss som gjorde dette hadde også hovedansvar for forskningskapittelet. Den andre skrev om tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid i teorikapittelet og brukte dette videre i diskusjonen. Den av oss som gjorde dette hadde også hovedansvar for kapittelet om helsestasjonen og presentasjon av funnene. Vi har begge bidratt for å søke etter litteratur og forskning. Introduksjon, metode og avslutning har vi skrevet sammen.

6 FUNN

6.1 Innledning

I dette kapittelet presenterer vi funnene fra våre analyser av intervjuene med foreldrene. Vårt hovedfunn er at foreldrenes opplevelse av samtalene handlet om trygghet og utrygghet. Fem av de seks informantene opplevde samtalene som trygge og satt igjen med en god opplevelse. Det var tre faktorer som informantene opplevde at bidro til trygghet. Den første faktoren var at en kjent person fra barnehagen hadde vært til stede i samtalen. Den andre faktoren var at det var flere fagpersoner til stede i samtalen, og slik «flere øyner» som kunne gi sitt syn på barnet. Den tredje faktoren var at stemningen og atmosfæren under samtalen var god.

Samtidig som foreldrenes totale opplevelse var god, var det noen elementer som hadde bidratt til at foreldrene i perioder hadde opplevd utrygghet underveis i samtalen. Dette handlet om mangelfull organisering og planlegging av samtalen. Informantene ga uttrykk for et behov for informasjon om hvordan to års konsultasjonen i sin helhet skulle foregå. I tillegg handlet dette om hvordan tilretteleggingen med hensyn til barnet var organisert. En informant skilte seg ut ved å ha opplevd hele samtalen som trygg. Denne utryggheten oppsto fordi informanten ikke hadde en etablert relasjon til de profesjonelle som var til stede i samtalen.

I intervjuene kom det også frem at samtlige informanter mente at to års konsultasjonen var mer tidkrevende med den nye organiseringen enn hvis den hadde blitt gjennomført på helsestasjonen, slik som vanlig. Dette funnet utdyper vi til slutt i kapittelet.

6.2 Trygghet

6.2.1 Kjent person fra barnehagen

Et sentralt tema i intervjuene var betydningen av at det var en kjent person fra barnehagen til stede under samtalen. Fem av de seks informantene vektla nettopp dette og uttrykte gjentatte ganger under intervjuene at de opplevde det som trygt at det hadde vært med en de kjente fra tidligere. Den kjente personen det da var snakk om, var pedagogisk leder på avdelingene barna gikk på.

Betydningen av å ha med en de kjente i samtalen ble trukket frem i tre ulike sammenhenger. For det første handlet det om at det opplevdes trygt at en person som kjente godt til familiens *historie* og utfordringer deltok. En av informantene trakk i denne sammenhengen frem hvordan pedagogen fra barnehagen opplevdes som en støtte i samtalen da informanten kunne få hjelp til å prate om utfordringene sammen med helsesykepleier. Dette kunne for eksempel handle om utfordringer som barnet hadde strevd med i lang tid. Informant 3 beskriver dette slik:

«Jeg har hatt sånn tettere samtaler, jeg og hun pedagogen på grunn av forskjellige utfordringer i barnehagen. Hun visste i forkant hva utfordringene hos oss er fra barnet har vært liten og det har liksom vært problemer hele veien da. Så det var jo på en måte fint og trygt at hun var med.»

For det andre handlet det om at pedagogen kjente *barnet* godt fra før, i motsetning til helsesykepleier som hadde mindre kjennskap til barnet. Fem av informantene fortalte at de syntes det var fint at en person fra barnehagen var med i samtalen, nettopp på grunn av en slik god kjennskap til barnet. Pedagogen kjente til både barnets utvikling og personlighet og dette kunne bidra til en god samtale, slik en informant så det.

Informant 2: *«Man har mere å prate om, fordi at de faktisk kjenner barnet bedre enn helsesykepleier, og det er jo et godt utgangspunkt for å få til en god samtale.»*

For det tredje handlet det om *foreldrenes* egen allerede etablerte relasjon til pedagogen. Det var spesielt to av informantene som trakk frem hvordan de opplevde det trygt og godt at de selv hadde en relasjon til en av personene som deltok i samtalen. En informant trakk frem hvordan en allerede etablert og god relasjon til pedagogen gjorde møtet trygt og enklere å snakke om de vanskelige tingene.

Informant 1: *«Jeg føler meg trygg på personen. Jeg har kjent henne i mange år, for hun har også hatt vårt eldste barn tidligere i barnehagen. Det er jo ikke alle man har like god kjemi med, så det vil jo være ganske avgjørende for om man føler man er i et trygt rom så en kan være åpen om alle de gode tingene og de vanskelige tingene.»*

Det var kun én av informantene som ikke hadde kjent pedagogen eller helsesykepleier fra tidligere, og denne informanten opplevde samtalen som utrygg og valgte å ikke være åpen. Dette funnet utdyper vi mot slutten av dette kapittelet.

6.2.2 Flere øyne som ser

Samtlige av informantene vektla betydningen av det å ha flere fagpersoner til stede i samtalen. Når både helsesykepleier og pedagog hadde sett barnet i forkant kunne de dele sine observasjoner og kjennskap til barnet i samtalen. For å forklare dette brukte en informant uttrykket «flere øyner som ser». Det var spesielt tre områder som bidro til denne opplevelsen.

For det første opplevdes det trygt at både helsesykepleieren, pedagogen og foreldrene selv oppfattet barnets utvikling på den *samme* måten. Dette fungerte som en bekreftelse på foreldrenes egen vurdering av barnet. To informanter formulerte det slik:

Informant 2: *«Hun som er pedagogen hun er jo sammen med barnet mitt veldig mange timer i løpet av en uke. Mens helsesykepleieren har sett hen i en time, halvannen på en måte men allikevel så stemmer det ganske bra overens da det de har sett begge to så da føler jeg... men da kan man liksom tenke at jo da stemmer det nok da på en måte da. Ja det gir litt mer sånn...trygghet, på en måte. Ja i hvert fall når det stemmer med sånn som vi opplever han på en måte da, ja.»*

Informant 3: *«Jeg tenker det er veldig sunt å ha med to øyner ifra barnehagen. For barnehagen det er jo en stor del av livet, hverdagen hennes som jeg ikke får sett.»*

Denne informanten vektla at det var positivt at pedagogen var med i samtalen, siden hen fikk se så stor del av hverdagen til barnet.

En informant var i denne sammenhengen usikker om hen hadde gått med det hen kalte «skyggelapper» og tenkt at alt var fint med barnet, samtidig som det kanskje ikke hadde vært det. Det var derfor fint for informanten å få en bekreftelse fra de profesjonelle på den egne vurderingen av barnet og at barnet hadde en normal utvikling.

Informant 2: «Jeg syntes det var veldig fint at det var en fra barnehagen med i samtalen. At vi har en sånn noenlunde lik oppfatning av hvordan hun er da. At vi ikke går med skyggelapper og tenker at alt er greit»

For det andre opplevdes det trygt at helsesykepleieren og pedagogen fra barnehagen kunne *utfylle hverandre* underveis i samtalen. Informantene opplevde det som en styrke og trygghet at øyner fra to ulike profesjoner så barnet, slik at inntrykket av barnet var mer helhetlig. I denne sammenhengen trakk samtlige av informantene frem at det var positivt at helsesykepleier på forhånd hadde vært og observert barnet i barnehagen. Helsesykepleierens observasjoner i forkant av samtalen og det at pedagogen som kjente familien og barnet deltok i samtalen, førte ifølge informanten til en samtale der man fikk snakket om ting man kanskje ellers ville ha glemt.

Informant 4: «Det positive er jo som sagt at helsesykepleieren får litt mer innblikk i hva barnet gjør, oppfører seg, alle de tingene der som vi glemmer å snakke om til tider. Det er også fint at den fra barnehagen er med, for hun kan komme med andre ting som ikke helsesykepleier vet, og som jeg kanskje ville glemt å ta opp.»

En annen informant fortalte at pedagogen fungerte som en støtte i samtalen siden hun kjent både barnet og familien godt. Når informanten forklarte for helsesykepleieren om utfordringer som gjaldt hjemmesituasjonen, kunne pedagogen komme med innspill og være en støtte for informantens siden hun allerede kjente til utfordringene. Informanten mente at dette bidro til at helsesykepleieren fikk et mer komplett bilde av det livet familien hadde hjemme.

Informant 1: *«Ofte tidligere da vi skulle på helsestasjonen så føler jeg at jeg må huske på alt, så jeg skriver ned en del spørsmål jeg måtte huske på. Men det var veldig greit at pedagogisk leder kunne bistå med sånn og komme inn med sine opplevelser av ting når helsesykepleier hadde spørsmål hun lurte på. Det ga liksom et komplett bilde av det livet vi har hjemme ikke sant.»*

Samme informant syntes det også var betryggende at det var to ulike fagpersoner til stede i samtalen. Informanten fortalte om en aktiv samtale der de pratet om ulike problemstillinger sammen. Slik informanten opplevde det bidro dette til at de kunne tenke høyt sammen og at forelderen kunne få noen gode råd, noe som ga trygghet.

Informant 1: *«Det er fint å kunne sitte i samme rom som to fagpersoner, så kan vi på en måte prate litt om dette her, drodle litt rundt problemstillingen så kanskje man kommer derfra desto mer klokere kanskje. Det syntes jeg er veldig betryggende.»*

For det tredje opplevdes det verdifullt og trygt at både helsestasjon og barnehage fikk den samme informasjonen om barnet,- der og da, Foreldrene trengte dermed ikke å gjengi informasjon fra helsesykepleier til barnehagen, slik de hadde måtte om det hadde vært en ordinær helsekonsultasjon på helsestasjonen.

Informant 2: *«Og så trenger ikke vi å forklare til barnehagen at dette fikk vi vite om barnet vårt på helsestasjonen, ikke sant, da vet de det allerede der og da, det som har blitt sagt.»*

Samtidig som alle informantene fortalte om gode opplevelser knyttet til det å ha flere fagpersoner i samtalen, kom det også frem noen utfordringer. Utfordringene handlet om pedagogens rolle under samtalen. Samtlige informanter sa at det var helsesykepleieren som ledet samtalen, mens det varierte hvor mye pedagogen deltok. En informant uttrykte det slik angående pedagogens deltakelse i samtalen:

Informant 3: *«Pedagogen hun sa jo ikke så mye før hun ble spurt om det, så hvis det var noe hun følte hun ville legge til så gjorde hun det.»*

En informant fortalte at hun la merke til at pedagogen virket usikker på sin rolle i samtalen og at også den fysiske plasseringen av helsesykepleieren og pedagogen hadde betydning for opplevelsen av pedagogens rolle:

Informant 2: *«Hun satt liksom på huk på gulvet. Eh og det var litt sån... litt følelse av at jeg følte at hun var usikker på hvor lenge skal jeg være her? Skal jeg være her? Hva gjør jeg her? Jeg tror ikke hun hadde fått helt klarhet i sin oppgave da fordi da tror jeg hun hadde tatt en stol eller.. satt... jeg følte det var liten usikkerhet fra hennes sin side da men samtidig gikk det jo helt,.. det fungerte veldig fint allikevel da.»*

6.2.3 Atmosfæren

Fem av de seks informantene fortalte at de opplevde samtalen som fin, med god atmosfære og positiv stemning. I denne sammenhengen trakk informantene spesielt frem opplevelsen av å bli sett og hørt, roen i samtalen og betydningen av det fysiske rommet hvor samtalen foregikk.

Opplevelsen av å bli hørt i samtalen med helsesykepleier og pedagogen bidro til at foreldre fikk en god opplevelse av samtalen. Å bli hørt handlet om å få tid til å snakke, å få ta opp de tingene de ønsket og få svar på sine spørsmål.

Informant 1: *«Jeg følte det at alle lyttet når jeg snakket. Det var ikke noe stress eller press og jeg fikk sagt det jeg følte for.»*

En av informantene satt opplevelsen av å bli hørt og at det var hyggelig stemning i sammenheng med å kunne slippe seg mer løs i samtalen. Den gode stemningen bidro slik til større åpenhet og gjorde at informanten følte seg trygg.

Informant 6: *«Jeg fikk tatt opp de tingene som jeg ville ta opp da. Jeg hørte med helsesykepleier som tar de testene, så fikk jeg svar på det jeg ønsket. Jeg ble i hvert fall hørt. Det var en veldig fin samtale med hyggelig stemning. Flyten gikk bra og det gjorde meg tryggere, slik at jeg kanskje slapp meg mer løs.»*

Tre av informantene trakk frem opplevelsen av ro i samtalen. Ifølge disse informantene handlet denne roen om at de kunne snakke uforstyrret uten at barna deres var til stede. Et par av informantene fortalte det slik:

Informant 3: *«Det var kanskje litt annerledes å ha samtalen uten barn. Barnet mitt forstår jo mye, men forstår kanskje ikke alt vi prater om, så for min del var det greit at det ikke var barn til stede. Du får jo en annen ro under samtalen enn når en to-åring sitter der og krever sitt.»*

Informant 5: *«Det var fint at barnet mitt ikke var med, slik at vi fikk muligheten til å prate alle tre, uten at de er med og krever all oppmerksomheten. Det gjorde noe med helheten i samtalen.»*

To av de andre informantene pratet også om betydningen av ro i samtalen, men da handlet det om at helsesykepleier var en person som var god å snakke med. Helsesykepleierens væremåte og måten å opptre på førte til at informantene opplevde samtalene som rolige. En informant beskrev det slik:

Informant 4: *«Det var en veldig... veldig.. hun var veldig lett å snakke med, hun som var her. Det var en fin og rolig samtale.»*

Det fysiske rommet i barnehagen ble også trukket frem som betydningsfullt for en god atmosfære i samtalen, og for opplevelsen av trygghet. En av informantene vektla i denne sammenhengen det trygge og kjente med å være i barnehagen:

Informant 4: *«Normalt kommer man inn på et kontor og ting er mye mer alvorlig og kan oppfattes som skremmende. Her i barnehagen er vi i trygge omgivelser og her er det kjent. En veldig trygg plass å være og snakke om barnet da, hvis jeg kan si det sånn. Altså det var en god samtale.»*

En annen informant la vekt på at stemningen ble mere avslappet og naturlig i barnehagen enn den ville vært på helsestasjonen. Informanten opplevde det som mindre belastende når to års konsultasjonen foregikk i barnehagen.

Informant 1: *«Mm, så det er jo klart at det var jo mye mer avslappet og det følte som det var litt sånn mer naturlig kanskje da her. Det var mindre styr. Og avtale timer og alle de greiene der, vi er jo innom barnehagen flere ganger for dagen med levering og*

henting så da at det eh... jeg synes det var mye mindre stress. Jeg opplevde det som veldig naturlig og være her og veldig avslappet.»

6.3 Utrygghet

Vi har så langt trukket frem hva som bidro til foreldrenes trygghet i samtalen. Informantene fortalte i hovedsak om gode opplevelser med samtalen. Det var samtidig noen faktorer som bidro til opplevelser av utrygghet, også i de samtalene som i utgangspunktet ble beskrevet som gode og trygge. Det informantene ga uttrykk for at bidro til utrygghet handlet om mangelfull planlegging og organisering av samtalene.

6.3.1 Mangelfull planlegging og organisering

For fem av de seks informantene fremsto *rammene og organiseringen rundt samtalen* som litt tilfeldige. Flere av informantene uttrykte at det var noe mangelfull informasjon i forkant av samtalen om hvordan helsekonsultasjonen i sin helhet skulle foregå. Det hadde blitt avholdt et felles informasjonsmøte i forkant av helsekonsultasjonen og samtalen, men det var noen informanter som ikke hadde hatt mulighet til å være med på dette. Blant annet var det en informant som ga uttrykk for usikkerhet rundt om hen skulle være til stede når barnet skulle bli veid og målt. Informanten ville forsikre seg om at ikke barnet følte seg utrygg i situasjonen

Informant 5: »Jeg syntes det var rart fordi jeg er jo alltid med. På alt av veiing og bare det å betrygge barnet mitt på at dette går fint, i og med at det ikke har lyst å ligge nede på vekta og stå og bli målt og sånne ting».

Noen av informantene trakk også frem at samtalene ikke virket planlagt og organisert slik at det var tilpasset pedagogene i barnehagen. Det fremstod blant annet som om at samtalen ikke var organisert med tanke på at tidspunktet skulle passe for den pedagogen som kjente barnet og familien. Fire av informantene fortalte for eksempel at de opplevde det som tilfeldig hvem av de ansatte fra barnehagen som ble med og hvor lenge. De nevnte også bemanningsproblemer i barnehagen og at det var vanskelig for pedagogen å forlate de andre barna på avdelingen. Noen av informantene beskrev det slik:

Informant 5: «Det var jo snakk om at enten pedagogisk leder eller en annen fra barnehagen skulle være med, men pedagogisk leder måtte være med barna på utsiden, så da ble det en annen.»

Informant 1: *«I starten var det kun jeg og helsesykepleier, men etter 5 minutter kom pedagogen inn. Hun var vel egentlig ferdig på jobb, så jeg syntes hun jo var grei som kom på en måte innom.»*

Informant 2: *«Jeg tror det har med bemanning å gjøre.» «Det er vel egentlig vanskelig for dem å forlate avdelingen i utgangspunktet. Men det hadde vært fint å vite i forkant hvem jeg skulle ha samtale med.»*

En av informantene fikk selv velge om pedagogen skulle være med eller ikke:

Informant 3: *«Vi fikk valg om å ha med pedagog eller ikke, så jeg sa at jeg kan godt ha hun med. Jeg synes det er fint med noen ekstra øyner og ei som har hatt veldig tett oppfølging med barnet da.»*

6.3.2 Tilrettelegging med hensyn til barnet

Foreldrenes opplevelse av mangelfull organisering handlet også om hvordan samtalen var tilrettelagt med hensyn til barnet. Fire av informantene hadde vært til stede da helsesykepleier hadde veid og målt barnet. Dette foregikk i barnehagen. Foreldrene opplevde samtalen lite tilrettelagt for barna da de måtte ta avskjed med barnet etter at barnet var målt og veid. Alle de fire informantene ga uttrykk for å oppleve dette som vanskelig da barnet skulle tilbake til avdelingen etter veiing, mens de ble igjen for å ha samtalen. To av informantene fortalte om at barnet gråt og at de selv da følte seg utrygge. En av informantene trakk frem hvordan dette ble en vanskelig opplevelse for både barnet og informanten selv, og dermed ødela for den påfølgende samtalen.

Informant 3: *«Barnet mitt ble hentet inn for å ta vekt og sånn og så skulle det bare leveres ut igjen. Det ble ingen god opplevelse for hverken oss eller barnet. Barnet trodde kanskje vi skulle hente ... men det var jo i elleve tiden... så det var ikke greit. Det ble litt brått og hardt for begge to... Det var ingen god opplevelse for barnet mitt... Og jeg må innrømme at det ødela en del for selve samtalen. Når jeg opplever at barnet mitt har det utrygt, blir jeg automatisk utrygg.»*

Tre av informantene ga uttrykk for at barnet trodde at det ble hentet og skulle være med sine foreldre hjem og ikke gå tilbake til avdelingen sin i barnehagen etter at det hadde blitt målt og veid.

Informant 4: *»Barnet hadde nok en formening om at det skulle være med hjem etter at det hadde blitt målt og veid».*

6.3.3 Ukjent person

Vi har tidligere presentert betydningen av å ha med pedagogen som en kjent person i samtalen for foreldrenes opplevelse av trygghet. I samtlige intervjuer var helsesykepleieren ukjent for informantene. En informant var usikker på om det var en helsesykepleier som skulle ha samtalen, eller om det var en annen fagperson som skulle lede samtalen. Denne informanten uttrykte seg slik:

Informant 2: *»Vi fikk jo beskjed om på en måte at barnet vårt ikke skulle se oss på vei når vi kom inn da så vi gikk inn på baksiden og så inn på et sånn et type konferanserom egentlig og der møtte vi møtte vi hun X da, som var... ja hun er vel helsesykepleier tenker jeg? Eller nei.»*

Til tross for noen faktorer som bidro til noe utrygghet, opplevde fem av seks informanter likevel samtalen som trygge og som et sted der de kunne fortelle åpent om barnet. En mer gjennomgående opplevelse av utrygghet i samtalen ble kun nevnt av en informant, og denne informanten manglet en etablert relasjon med begge de profesjonelle. Som nevnt tidligere valgte denne informanten å holde tilbake informasjon.

Informant 5: *«Jeg reserverte meg jo for en ting i forhold til hva som skulle bli tatt opp. Jeg tenker at det er sånn liten gråsoner egentlig på hva en deler med noen man ikke kjenner til.»*

Samme informant utdypet dette og trodde egne opplevelser kunne gjelde for andre.

Informant 5: *«Men igjen så tror jeg det blir lettere for ikke bare meg, men for andre også og åpne seg opp til helsesykepleier man har kjennskap til. Som man har fulgt siden de var små.»*

En annen informant skilte seg ut ved at vedkommende hadde samtalen alene med helsesykepleier, uten en pedagog til stede. Informanten mente at hen ville ordlagt seg annerledes dersom en pedagog hadde vært med i samtalen og latt pedagogens oppfatninger av barnet være gjeldende. Når denne forelderen var alene med helsesykepleieren ble det

nødvendig for forelderen å komme tydeligere frem med sine egne meninger. Slik vi tolker dette, var det ikke nødvendigvis slik at en kjent person til stede i samtalen bidro til trygghet og mer åpenhet.

Informant 4: *»Kanskje det at det hvis det var med en pedagog... så er det jo veldig lett å lene seg for min del da, lene seg på de sine ord da, at kanskje hvis jeg hadde med en pedagog nå da så hadde jeg kanskje ikke ordlagt meg på samme måte som jeg gjør nå, at jeg hadde kanskje lent meg litt mere på hva de sin oppfatning er og sånn. Da hadde jeg blitt påvirket i den retningen da.»*

6.4 Tidsbruk

Noe som kom frem i samtlige intervjuer var at informantene opplevde to års konsultasjonen i sin helhet som tidkrevende. Til sammen ble det tre møte punkter i stedet for ett; informasjonsmøte, gjennomføring av to års konsultasjonen i barnehagen og et legebesøk på helsestasjonen. Når samtalen foregikk i barnehagen måtte foreldrene møte legen ved et annet tidspunkt på helsestasjonen for å få en legeundersøkelse av barnet.

Informant 6: *»For min del er det jo dobbelt arbeid når det blir delt sånn som det gjør nå på grunn av da har du først to års konsultasjon i barnehagen også må du på en helt ny time på helsestasjonen, når du egentlig kunne fått alt i ett. Da er det på en måte to dager jeg mister. I hvert fall arbeidstiden min da, også skulle jeg egentlig ha vært på foreldremøte. I tillegg til det, så for min del er det litt mye da. Det blir litt kronglete mener jeg.»*

En annen informant trakk også frem at det var tidkrevende når to års konsultasjonen foregikk i barnehagen, men at det ikke hadde så stor betydning:

Informant 4: *«Den negative siden er jo det at du jo møte opp på to forskjellige plasser på forskjellig tid. Eh... Så det er jo det eneste negative jeg kan finne med det. Sånn jobbmessig så er det jo litt sånn... eh... nå har jeg heldigvis veldig fleksibel arbeidstid men det er jo selvfølgelig.. så er det jo ekstra ekstra, det er jo det. Men.. men.. det gjorde jo ingenting.»*

6.5 Oppsummering

Hensikten med vår studie var å undersøke hvordan foreldrene opplevde samtalen under to års konsultasjonen. I dette kapittelet har vi presentert funn som viser at foreldrenes opplevelser i stor grad handlet om trygghet og utrygghet. Fem av de seks informantene opplevde trygghet i samtalen. Faktorer som bidro til denne opplevelsen var at det var en kjent person til stede i samtalen, flere øyne som så barnet og den gode atmosfæren under samtalen

De fem informantene som opplevde samtalen som trygge sa samtidig at det var elementer av utrygghet i samtalen. Denne utryggheten oppsto på bakgrunn av mangelfull organisering og planlegging av samtalen og da også med tanke på tilretteleggingen med hensyn til barnet.

En informant skilte seg ut ved å ha en mer gjennomgående opplevelse av utrygghet i samtalen. Denne informanten hadde ikke en etablert relasjon til noen av de profesjonelle, og ga selv uttrykk for at det var dette som bidro til utrygghet.

Funnene viser også at samtlige informanter var enige om at det var mer tidskrevende at to års konsultasjonen foregikk i barnehagen i stedet på helsestasjonen.

7 DISKUSJON

7.1 Innledning

I dette kapittelet drøfter vi hvordan foreldre opplevde samtalen under to års konsultasjonen i barnehagen. Diskusjonskapittelet gir oss muligheten til å tolke funnene våre og vurdere deres betydning og relevans. Gjennom denne diskusjonen håper vi å bidra til en dypere forståelse av det undersøkte emnet. Vi har delt dette kapittelet i to der første del handler om å drøfte forskjellige elementer som bidro til foreldrenes opplevelse av trygghet og utrygghet i samtalen. Den andre delen av dette kapittelet handler om tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid.

7.2 Trygghet

7.2.1 Betydningen av en kjent person til stede i samtalen

I intervjuene kom det frem tre faktorer som foreldrene anså at bidro til at det opplevdes trygt med en kjent person til stede i samtalen. For det første var det trygt at en person kjente godt til familiens *historie* og utfordringer. For det andre var det trygt at pedagogen kjente *barnet* godt. For det tredje handlet det om at informantene allerede hadde en *egen etablert relasjon til pedagogen*. Slik vi tolker dette handler alle de tre faktorene om betydningen av gode

relasjoner mellom fagpersoner og foreldre. Relasjonen mellom pedagogen og foreldre kan ha bidratt til å gi informantene det Segesten (1994) omtaler som en *indre* trygghet der informantene opplevde å være ubekymret, sikre og rolige. Dette underbygges av foreldre som beskriver den gode atmosfæren i samtale. Samtidig som en etablert relasjon mellom foreldre og pedagog kan ha bidratt til en opplevelse av trygghet, kan det også tenkes at informantene opplevde en følelse av tillit til fagpersonene. Denne følelsen av tillit kan ha gitt informantene trygghet. Dette er også i tråd med det Markström, (et al., 2017) peker på, at tillit kan settes i forbindelse med en etablert relasjon med ansatte i barnehagen.

Relasjonen mellom foreldrene og de profesjonelle kan sies å være en formell relasjon, ved at det er snakk om relasjoner foreldrene ikke har valgt selv (Schifloe, 2015). Et spørsmål i denne sammenhengen er om relasjonen er å anse for å være en primær eller en sekundær relasjon, og om det har noen betydning for opplevelsen av trygghet. En av informantene (1) beskrev sin relasjon til pedagogen og la spesielt vekt på den gode kjemien de hadde. Den gode kjemien var avgjørende for om hen hadde følelsen av å være i et «trygt rom» så hen kunne være åpen om både gode og vanskelige ting i samtalen. Hen fortalte også om at de hadde kjent hverandre gjennom flere år, og pedagog hadde hatt ansvar for et eldre søsken. Informantens fortelling om betydningen av relasjonen med pedagogen kan tilsi at denne relasjonen var en primærrelasjon for vedkommende, altså at det var en relasjon som var personlig, viktig og som foreldrene opplevde som verdifull. Selv om dette er ofte kjennetegn på mer uformelle relasjoner kan det basert på intervjuene med foreldrene se ut som at relasjonen til pedagogen hadde elementer av en slik primærrelasjon og at dette bidro til en opplevelse av trygghet.

For å oppleve trygghet er relasjoner til andre er viktig (Gustafsson, 2021). En av informantene beskriver samtalen som det «trygge rommet», noe som kan ses i sammenheng med en relasjonstrygghet der nærhet og trygghet er knyttet sammen. Det er en person som forstår, som man vill dele ting med og som man stoler på. Ifølge informantens beskrivelser kan dette bety at dette var en trygg relasjon med nærhet til pedagogen der informantene visste at pedagogen ville henne vel.

På den andre siden kan det tenkes at relasjonen mellom en barnehagepedagog og foreldre kan bære preg av å være en sekundærrelasjon. Det er ikke nødvendigvis slik at barnehagepedagogen oppleves uerstattelig, som tilfellet er for primærrelasjoner. Dette kan bety at relasjonen mellom barnehagepedagogene og foreldrene var en formell relasjon, og et sted mellom en primær og sekundærrelasjon.

Går vi til relasjonen mellom foreldre og helsesykepleier, var den i større grad en formell sekundær relasjon (Schiefløe, 2015). Det vil si at dette var en relasjon foreldrene ikke hadde valgt selv og en profesjonell de ikke kjente fra før, da de ble tildelt en helsesykepleier som skulle gjennomføre to års konsultasjonen. Det var også helsesykepleieren som ledet alle samtaler. Det er i denne sammenhengen interessant at de fleste foreldrene opplevde samtalen som trygg. Samtidig som flere av foreldrene var opptatt av betydningen av å ha en kjent pedagog til stede under samtalen for å oppleve trygghet, var ikke dette like viktig når de gjaldt helsesykepleieren.

I relasjonen mellom helsesykepleieren og foreldrene kan man anta at det ikke var den samme nærheten og relasjonstryggheten som det var mellom foreldrene og pedagogene, da de ikke kjente hverandre fra før. Det ville da være nærliggende å forvente at de opplevde en form for utrygghet i samtalen. Våre funn tilsier det motsatte - at en etablert relasjon med helsesykepleieren ikke var nødvendig for å oppleve trygghet. At foreldrene opplevde seg trygge, til tross for at helsesykepleier var ukjent for dem, kan handle om at det holdt å ha en de kjente godt til stede. Det kan også handle om at pedagogen og helsesykepleieren sammen klarte å skape en god atmosfære i samtalen. Flere av informantene ga også uttrykk for at spesielt helsesykepleieren tok seg god tid og var god å snakke med, noe som kan ha bidratt til at det ble et godt møte med den ukjente helsesykepleieren. Slik vi ser det kan kombinasjonen av en etablert relasjon til pedagogen og den gode atmosfæren ha bidratt til foreldrenes opplevelse av trygghet i møtet med de profesjonelle.

7.2.2 Å bli møtt som et subjekt kan bidra til god atmosfære og trygghet i samtalen

Funnene som handlet om atmosfæren i samtalen handlet om at informantene følte seg *sett og hørt*. Å bli sett og hørt ga en opplevelse av en god atmosfære. Informantene trakk i denne sammenhengen frem opplevelsen av å *bli lyttet til*. En annen sa at det var *god flyt* i samtalen og at dette bidro til at det var lettere å slippe seg mer løs og tørre å åpne seg opp. Dette vurderer vi som tegn på at det var en god dialog og et godt samspill mellom foreldre og de profesjonelle, som igjen bidro til at informantene ville åpne seg opp for både pedagogen og for helsesykepleieren.

Informantenes opplevelser av å bli sett og hørt kan sees i lys av det å bli sett på som et subjekt og det Buber omtaler som et Jeg-Du- møte (Buber & Wergeland, 1992). Når man blir møtt som subjekt, kan det oppstå en gjensidig forståelse hvor man føler seg forstått og hørt. En opplevelse av å bli møtt som et subjekt kan ha skapt en atmosfære som førte til at flere av informantene følte seg trygge nok til å også ta opp vanskelige temaer i samtalen. En av

informantene tok for eksempel opp at hen hadde strevd med barnets kosthold tidligere og fått råd og veiledning fra pedagogen. Dette kan ha bidratt til en åpenhet for å ville ta opp utfordringer.

Når pedagogen i tillegg kjente til barnet og historien omkring familien ga flere informanter uttrykk for at de ble møtt med en forståelse. Denne opplevelsen av å bli sett, hørt og forstått kan sees i lys av intersubjektivitet. Slik vi ser det, kan foreldrenes opplevelse av trygghet og en god samtale i tillegg ha handlet om at de profesjonelle hadde en god relasjonsforståelse, relasjonelle ferdigheter og evner til etisk refleksjon. Det vil si at de utøvte det Røkenes og Hanssen (2012) peker på som relasjonskompetanse, noe som er en viktig og nødvendig del av yrkeskompetanse for både helsesykepleiere og pedagoger i barnehagen.

Samtidig som samtalen kan ses på som et *Jeg- Du- møte* kan også samtalen ha hatt elementer av en objektiverende tilnærming og det som Buber omtaler som et *Jeg- Det -møte*. I forbindelse med samtalen ble barnet målt og veid. Det ble også brukt et standardisert skjema for alle foreldre med informasjon om hvilke temaer som skulle tas opp i samtalen (vedlegg 3). Dette skjemaet var likt for alle foreldre. Det kan tenkes at helsesykepleieren da så på informantene, eller i hvert fall barna, - som objekter. Det så imidlertid ikke ut til at dette preget foreldrenes opplevelse av samtalen. Dette kan for eksempel dreie seg om at foreldrene visste at slik måling og veiing var en del av samtalen, og dermed ikke reagerte på en slik tilnærming. Det er også sannsynlig at de var vant til denne prosedyren siden de hadde vært på helsestasjonen i forbindelse med andre konsultasjoner. Det er også mulig at opplevelsen av å bli møtt som et subjekt i andre deler av samtalen, bidro til en total opplevelse av å bli sett og hørt. Dersom denne objektivering i hovedsak handlet om barnet, som var den som skulle beskrives ved hjelp av tall, var ikke dette en opplevelse som foreldrene trakk frem som negativ. Isteden var det flere av foreldrene som ga uttrykk for å oppleve det som positivt at barnet hadde blitt observert før samtalen. Helsesykepleier kunne da beskrive barnet ut fra situasjoner i barnehagen. Slike observasjoner av barnet kan også ha bidratt til en mindre objektiverende tilnærming. Barnet ble gjennom observasjoner noe mer enn tall. Våre funn antyder at de fleste foreldrene opplevde at både de selv og deres barn ble møtt som subjekter i samtalen.

Et annet poeng knyttet til atmosfæren i samtalen var opplevelsen av ro. Informantene beskrev at de opplevde *ro* fordi de ble lyttet til. Gustafsson (2021) peker på at *ro* gir en følelse av trygghet og harmoni. I informantenes svar kan vi se at flere ga uttrykk for akkurat dette når de fortalte om roen de opplevde i samtalen. Flere av informantene sa at de opplevde at de

profesjonelle tok seg god tid til å lytte til dem. Ifølge Segesten (2010) kan en følelse av ro ses i sammenheng med trygghet i et menneskes *indre liv*. Når informantene forteller om opplevelsen av ro kan det bety at de opplevde at følelsen av ro ga dem en indre trygghet. En av informantene (6) nevnte at helsesykepleier tok seg veldig god tid til å lytte til det informantene hadde å si. Denne informanten nevnte at de kunne snakke om det som ble tatt opp av informanten selv, selv om det ikke sto på «listen». Funnene våre viser at skrivet fra helsedirektoratet om samtalsinnhold ble brukt men at informanten samtidig opplevde en åpenhet for å gå ut over temaene på listene (vedlegg 3). Skrivet kan tenkes å bidra til en objektivisering av foreldre og barn, men våre funn tilsier ikke dette. Isteden viser funnene våre at det at helsesykepleier tok seg tid, gjorde at informanten følte seg sett og hørt, noe som kan tyde på at informantene opplevde at de ble møtt som subjekt.

7.2.3 Rom for veiledning

Samtalen mellom foreldre, helsesykepleiere og pedagog kan sees på som en veiledningssamtale. En veiledningssamtale er en prosess som skal bidra til at foreldrenes mestringskompetanse styrkes og utvikles. I denne sammenhengen kan det sies at de profesjonelle hadde et etisk ansvar for å skape et *rom* for en god veiledning der informantene turte å la seg engasjere og involvere (Eide, 2008). Etter vår oppfatning kan det se ut som informantene i sine beskrivelser av å *bli sett og hørt* kan ha opplevd dette *rommet* og at det kan ha hatt betydning for informantenes opplevelse av trygghet. Informantenes opplevelser av trygghet i samtalen kan bety at de hadde tillit til både pedagogen og helsesykepleier, noe som ifølge Eide (2008) er grunnleggende for at veiledning skal være en god opplevelse. Faktorer som kan ha bidratt til at foreldrene opplevde tillit kan ha vært den allerede etablerte relasjonen med pedagogen og det at pedagogen kjente historien til familien. Funnene våre viser at når informantene hadde strevd med noe tidligere, hadde de fått råd og veiledning fra pedagogen i barnehagen. Det at de hadde fått veiledning og hjelp ved tidligere anledninger, kan ha påvirket foreldrene slik at de over tid fikk opparbeidet en tillitsfull relasjon til pedagogen. I likhet med våre funn, viser funn fra forskningen til Markstrøm (et al., 2017) at foreldrene opplevde tillit til de pedagogene de hadde kjent over tid.

Samtidig som funnene viser at trygghet i samtalen var viktig for om foreldrene ville dele om sitt liv, er det et spørsmål om en opplevelse av utrygghet noen ganger kan være nødvendig for å oppnå bevegelse og endring i veiledning. Ifølge Tveiten (2013) er målet med veiledning blant annet å få satt i gang en handling eller en ny tankemåte hos veisøker. Dette kunne for eksempel handle om at informantene ønsket å bli veiledet til å prøve ut nye måter ved

barneoppdragelsen sin, noe som kunne føles som å bli kritisert og da også utrygt. Dette er i tråd med det Eriksen (2006) påpeker om at utrygghet og risiko kan gi muligheter for kreativitet og være mulighetsskapende.

Det kan tenkes at informantene syntes at det ville være vanskelig å tenke nytt dersom veiledningen kun beveget seg rundt det trygge og kjente. Våre informanter vektla imidlertid betydningen av å få bekreftet at alt fungerte bra med barnet, at det var en enighet mellom de profesjonelle og at dette var trygt og godt. Usikkerheten som noen av foreldrene selv hadde rundt barnet ble borte etter samtalen, fordi de profesjonelle bekreftet foreldrenes forståelse av sitt eget barn. Det var ingen som fortalte om helsesykepleier eller pedagoger som utfordret dem. I likhet med Markström (et al., 2017) stiller vi i denne forbindelse ved spørsmål ved hva samtalen mellom helsesykepleier, pedagoger og foreldre da egentlig bidro til. Hva var egentlig hensikten med samtalen hvis ikke foreldrene ønsket å bli veiledet på ting som er utfordret dem? Våre funn viser, i likhet med forskningen til Markström (et al., 2017) at foreldrene ønsket å få bekreftet at alt var bra med barnets utvikling og at det var spesielt betydningsfullt at flere fagpersoner så den samme utviklingen hos barnet.

Samtalen så ut til å ha en styrkende funksjon og gi foreldrene en opplevelse av mestring, som jo er en sentral del av veiledningens målsetting. Samtidig kan det tenkes at en moderat grad av utrygghet kunne ha bidratt til en utvikling og nye perspektiver hos foreldrene. Slik vi ser det, og basert på våre funn, ville en slik bevegelse inn i det utrygge kunne vært hensiktsmessig, så lenge det foregikk innenfor en trygg og etablert relasjon mellom pedagog og foreldre, og med en atmosfære der foreldre opplevde seg sett og hørt. I denne forbindelse må man ta hensyn til maktforholdet mellom de profesjonelle og foreldrene i samtalen, noe vi vil komme tilbake til i våre videre drøftinger.

7.2.4 Ytre forhold

De ytre forholdene og den praktiske organiseringen rundt samtalen påvirket hvordan foreldrene opplevde atmosfæren i samtalen. Funnene viser at det at samtalen ble gjennomført i barnehagens *trygge omgivelser* og ikke på helsestasjonen, bidro til trygghet. Opplevelsen av trygghet var slik grunnet i de ytre forholdene, som for eksempel det å være i kjente rom i barnehagen. Det kan tenkes at de følte seg i «gode hender» på en plass de var kjent og at de ga dem trygghet (Gustafsson, 2021).

En av informantene (1) nevnte for eksempel at de følte *avslappet* og *naturlig* å ha to års konsultasjonen i barnehagen da de likevel var der for å levere og hente barnet sitt. Denne

informanten ga utrykk for at det å være i barnehagen var en situasjon både foreldre og barn var vant til. Denne stabiliteten og forutsigbarheten kan sees i sammenheng med Eriksen (2006) som peker på at forutsigbarhet og stabilitet kan gi en opplevelse av trygghet. Når både helsekontrollen og samtalen ble gjennomført i barnehagen kan det ha bidratt til at både barnet og foreldrene opplevde trygghet. Tryggheten de opplevde kan ses i lys av det Segesten (1994) omtaler som trygghet når det gjelder en persons *livsvilkår*. Det vil si at informantene opplevde trygghet og ro når de oppholdt seg i barnehagen, som var en kjent plass i trygge omgivelser. I de trygge omgivelsene ble de veiledet av pedagogen som de hadde fått veiledning fra ved tidligere anledninger.

7.2.5 Maktforhold

Ifølge Carson & Birkeland (2013) er planlegging av en veiledningssamtale viktig. Det handler om hvor og når samtalen skal foregå og hvem som skal være med. For foreldrene vi intervjuet var det avtalt på forhånd at det skulle være to fagpersoner til stede ved samtalen. Ifølge Eide (2008) vil det alltid være et asymmetrisk maktforhold i en veiledning, da fagpersonen vanligvis har mer kompetanse enn den som skal veiledes. I samtalen foreldrene deltok i kan det tenkes at maktforholdet mellom fagpersonene og foreldre ble ekstra skjevt, siden fagpersonene var representert i flertall. Samtlige informanter var imidlertid positive til at det var to fagpersoner til stede og de var spesielt fornøyd med at både helsesykepleier og pedagog hadde kjennskap til barnets utvikling. Når helsesykepleier hadde observert barnet opplevde de det som trygt at flere profesjonelle vurderte barnets utvikling sammen med foreldrene. Her kan vi se likheter med studien fra Markström (et al., 2017) der foreldrene i utviklingssamtalene så det som «en garanti» på at barnet utviklet seg som det skulle. Foreldrene fikk dette bekreftet når pedagogen hadde det samme bildet av barnet som foreldrene.

Et annet spørsmål i forbindelse med antall profesjonelle i samtalen og hvordan det asymmetriske forholdet påvirker samtalen er hvordan opplevelsen for foreldrene blir hvis det kun er en profesjonell til stede. Et interessant funn i vår studie peker på dette og det kom til uttrykk hos den informanten som hadde samtalen kun med helsesykepleier. Denne informanten uttrykte at det var lettere å ordlegge seg på en mer selvstendig måte når det kun var helsesykepleier, enn hvis det hadde vært flere profesjonelle til stede. Informanten ga utrykk for at hvis en pedagog hadde vært til stede ville det vært en mulighet for at informanten kunne blitt påvirket av pedagogens oppfatninger. Det kan tenkes at denne informanten opplevde det som Segesten (2010) beskriver som en indre trygghet, når det kun

var helsesykepleier hen snakket med. Denne type indre trygghet kan handle om det Gustafsson (2021) kaller trygghet som en tilstand og at denne informanten altså opplevde en tilstand av mot og selvtillit. Samtidig kan det også indikere at maktforholdet i denne samtalen var mer balansert enn i de andre samtalen, da det var en samtale med en profesjonell og ikke to som i de andre samtalen.

Samtidig kan det se ut til at maktforskjellene kan ha hatt noen negative virkninger, ved å kanskje begrense hva foreldrene tillot seg å si. Dette ble tydelig gjennom den forelder som opplevde utrygghet i samtalen og holdt tilbake sine tanker i møte med de profesjonelle.

Markström (2011) belyser de profesjonelles maktposisjon i utviklingssamtaler og omtaler dette som «soft governance» eller vennlig maktutøvelse. I denne forbindelse kan det stilles spørsmål til om de profesjonelles maktposisjon gjorde seg gjeldene under samtalen i vår studie. Vi kan se noen likheter med samtalen i vår studie og utviklingssamtalen i forskningen til Markström (2011). Blant annet at det ble brukt samtalskjema, barnet ble observert på forhånd og samtalen foregikk i barnehagen.

7.2.6 Organisering av samtalen

Flere av foreldrene vi intervjuet fortalte om hendelser før og under samtalen som kan tilsi at det var utfordringer knyttet til planleggingen og organiseringen av samtalen. Funnene våre viser at den mangelfulle organiseringen og planleggingen bidro til utrygghet hos noen av foreldrene, noe vi også kommer tilbake til senere i drøftingene. Til tross for at det var noe mangelfull planlegging og organisering kan det se ut som at noen av forberedelsene som ble gjort i forkant mellom helsesykepleierne og barnehagene også fungerte. Noen av informantene fortalte om at roen i samtalen, uten forstyrrelser bidro til trygghet. De to informantene som hadde samtalen uten barnet sitt til stede poengterte dette spesielt. De sa blant annet at når barnet var til stede ville det kreve oppmerksomhet fra foreldrene. Når barnet ikke var til stede gjorde det noe med helheten i samtalen. Det å ha en samtale uten forstyrrelser er i tråd med det Carson & Birkeland (2013) poengterer som viktig ved forberedelsene til en veiledningssamtale. Både den fysiske plasseringen av samtalen og tilrettelegging for å unngå forstyrrelser er viktig for å få en god samtale.

7.3 Utrygghet

Samtlige informanter fortalte om utrygghet grunnet mangelfull organisering og planlegging i forkant av samtalen. For det første opplevde de utrygghet fordi *rammene og organiseringen rundt samtalen* opplevdes som litt tilfeldige. For det andre opplevde de utrygghet grunnet den

mangelfulle *tilretteleggingen med hensyn til barnet*. Et annet funn var at når informantene *manglet en etablert relasjon med minst en de profesjonelle* som deltok i samtalen ga det en opplevelse av utrygghet. Samtidig var den totale opplevelsen hos alle foreldrene, med unntak av en, at samtalen var trygg og god. Dette forstår vi som at selv om det var elementer av utrygghet i samtalen, var dette forhold som foreldrene kunne håndtere og som ikke avgjorde hvordan helhetsopplevelsen ble. Det er likevel interessant å drøfte hvilke forhold som bidro til en opplevelse av utrygghet, og da spesielt med vekt på opplevelsene til den forelder som opplevde samtalen utrygg.

7.3.1 Mangelfull planlegging og organisering

Når det gjelder rammene rundt og organiseringen av samtalen ga informantene uttrykk for at de var *usikre* på hvem som skulle ha samtalen og hvor mye pedagogen skulle være til stede. Det å være usikker er noe som kan forbindes med utrygghet og kan ifølge Eriksen (2006) ses på som det motsatte av trygghet. Segesten (2010) hevder også at en følelse av usikkerhet kan kobles sammen med en opplevelse av utrygghet og uforutsigbarhet.

Funnene viser at det var mye usikkerhet rundt pedagogens rolle i samtalen og at dette opplevdes som uforutsigbart og ustrukturert for informantene. Funnene viser dessuten at pedagogens deltakelse varierte i samtlige samtaler. I noen av samtalen var pedagogen med i deler av samtalen, i andre var pedagogen med i hele samtalen. I andre samtaler fikk foreldrene velge om de ønsket å ha med pedagog eller ikke. De store variasjonene av pedagogens deltakelse kan tyde på at dette ikke var planlagt på forhånd og dermed skapet en utydelighet omkring hvor stor del av samtalen pedagogen skulle delta i. Ifølge Carson & Birkeland (2013) er forberedelsesfasen både på indre og ytre plan viktig for en veiledningssamtale og for respekt for veisøkeren. Funnene kan indikere at forberedelsene og rammene på det ytre planet var mangelfulle da informantene for eksempel ga uttrykk for at de ikke visste hvem som skulle delta i samtalen. Eriksen (2006) peker på at mangel på kunnskap og forutsigbarhet kan føre til utrygghet. Dette kan ses i sammenheng med det informantene fortalte om utryggheten de følte grunnet den mangelfulle organiseringen. Etter vår mening ville opplevelsen av utrygghet kunne blitt redusert dersom planleggingen og organiseringen i forkant hadde vært bedre. Funnene viser også at informantene hadde behov for mer informasjon om hvordan samtalen skulle foregå og hvem som skulle være til stede. Eriksen (2006) peker nettopp på betydningen av forutsigbarhet for å oppleve trygghet. Hvis foreldrene hadde fått mere informasjon i forkant av samtalen ville det kunne gitt informantene forutsigbarhet, og slik også mer trygghet.

7.3.2 Tilrettelegging med hensyn til barnet

Et annet moment som bidro til foreldrenes utrygghet i samtalen var tilretteleggingen med hensyn til barnet. Dette handlet blant annet om at informantene i fire av samtalene måtte ta avskjed med barnet etter at det hadde blitt målt og veid, da barnet skulle inn igjen i barnehagen. Flere av informantene sa blant annet at barnet så ut til å forvente at de skulle bli med foreldrene hjem og ikke tilbake til avdelingen sin. En informant (3) ga uttrykk for at når barnet begynte å gråte ble hen som forelder utrygg og det var ikke noen god opplevelse for hverken hen eller for barnet. Denne vonde opplevelsen kunne ha vært annerledes hvis informanten var forberedt på hva som skulle skje. Sannsynligvis ville informantene da ha opplevd å ha mere kontroll over situasjonen, og å kunne ivareta barnet på en mer planlagt og bedre måte. Uroen og usikkerheten som denne informanten opplevde kan relateres til det Eriksen (2006) peker på om at når man opplever utrygghet vil det kunne føre til at kontrollbehovet øker, ettersom informasjon gir en opplevelse av kontroll. Dette er også i tråd med det Gustafsson (2021) mener om at når man får kunnskap om noe, er det lettere å få kontroll over situasjonen. Med mer informasjon og forberedelser ville disse foreldrene kunne planlagt hvordan de skulle gjennomføre en avskjed med barnet som kunne ivareta både deres egne og barnas følelser og behov.

En annen informant (5) ga uttrykk for å bekymre seg for om *barnet* ble utrygt når det skulle bli målt og veid. Informanten var usikker på om hen skulle være til stede når barnet ble målt og veid og ga uttrykk for en uro for å ikke kunne betrygge barnet sitt underveis hvis hen ikke skulle være til stede. I denne situasjonen kan det tenkes at informanten hadde et behov for å kontrollere hvordan barnet hadde det når det ble målt og veid, og kunne støtte barnet i en ukjent situasjon.

Etter vår mening ville bedre informasjon i forkant av samtalen kunne ført til en større opplevelse av trygghet i forhold til hvordan samtalen skulle tilrettelegges med hensyn til barnet. En annen mulighet kunne vært å involvere foreldrene i planleggingen av hvordan dette skulle organiseres, slik at hvert barn og foreldres behov ble en del av planen. En slik tilnærming kan også kunne bidra til foreldrenes opplevelse av å være et subjekt, og slik også forsterke opplevelsen av trygghet.

7.3.3 Ikke etablert relasjon

I empirien vår var det et intervju som skilte seg ut fra de andre fordi informanten ikke hadde opplevd samtalen som trygg. Hen opplevde utrygghet i møte med fagpersonene fordi hen ikke kjente noen av de profesjonelle som var til stede i samtalen i særlig grad. Informanten ga også

uttrykk for en utrygghet da de profesjonelle ikke kjente *historien* til barnet. Denne informanten manglet en etablert relasjon til de profesjonelle, og dette gjorde at hen opplevde utrygghet. Utryggheten førte til en redsel for å si noe feil og til at hen holdt igjen informasjon. I denne samtalen kan det tenkes at informanten opplevde *mangel* på den nærheten og tillit andre informanter opplevde, og at dette kan ha ført til at informanten valgte å holde igjen informasjon. Dette støtter oppunder våre drøftinger tidligere, om betydning av å ha en kjent person til stede i samtalen for å kunne åpne seg opp i samtalen.

Informantens opplevelser kan indikere at relasjonen til de profesjonelle bar preg av å være en mer formell relasjon enn det de andre informantene hadde til pedagogen. Det kan tenkes at relasjonen mellom dem gjorde at informanten var redd for å bli møtt med objektivisering av både seg selv og barnet, og dermed også fikk et mer objektiviserende syn på de profesjonelle og at opplevelsen av samtalen bar preg av et *Jeg- Det- møte* (Buber & Wergeland, 1992).

7.4 Tverrfaglig samarbeid rundt alle barn?

To års konsultasjonen i barnehagen er et eksempel på tverrfaglig samarbeid hvor det samarbeides rundt alle de minste barna i barnehagen. Ett av hovedmålene for utprøvelsen var å undersøke om man kunne fange opp barn med ulike risikofaktorer enda tidligere.

Helsekontroll i barnehagen, med flere profesjonelle til stede, kan slik sees som et eksempel på tidlig innsats, jf. Kapittel 2.

Helsekonsultasjon gjennomført i barnehagen med helsesykepleier til stede kan forstås som et tverrfaglig og profesjonelt samarbeid rundt enkelt individer. I prosjektet som denne oppgaven baserer seg på, var det altså iverksatt et tverrfaglig og tverrprofesjonelt samarbeid rundt alle barn som ble to år det inneværende året.

Det kan se ut til at det å rutinemessig samarbeide rundt alle barn ikke er vanlig i Norge. Så langt vi kan finne er det i faglitteratur og i politiske tekster i liten grad nevnt et tverrfaglig samarbeid mellom helsestasjon eller barnehage hvor det samarbeides om alle barna på individnivå. Det ser ut til at samarbeid antas å være mest aktuelt når det allerede har oppstått utfordringer eller barnet har spesielle behov. I en kartlegging av helsesykepleiere kommer det frem at mesteparten av tiden de brukte på samarbeid med barnehagene, handlet om enkeltbarn med spesielle behov. Det kom også frem at helsesykepleierne vurderte samarbeid på individnivå rundt enkeltbarn som viktigere enn samarbeid på systemnivå (Nitter et al., 2023, s. 47). Samtidig slår nasjonal faglig retningslinje for helsestasjonen fast at det bør være et

systematisk samarbeid med barnehager, og at det kan samarbeides rundt barn med særskilte behov (Helsedirektoratet, 2017). Slik vi tolker det, ligger det føringer som sier noe om at et systematisk samarbeid skal prioriteres. Det kan derfor virke som at anbefalingene ikke stemmer overens med gjennomført praksis. Det at det ikke foreligger tilsvarende «plikt» til samarbeid i barnehageloven (2005), kan vi stille spørsmål om det kan bidra til å skape en barriere for et systematisk samarbeid mellom barnehage og helsestasjon. Vi kan anta at dersom det hadde vært like føringer for samarbeid for etatene, ville det trolig bidratt til økt systemrettet samarbeid, noe som også Nitter (et al., 2023) trekker frem som funn i sin rapport.

Basert på de politiske og juridiske rammene ser det ut til at et tverrfaglig samarbeid settes i gang først etter at problemet har oppstått. Vi ønsker å trekke frem samarbeid mellom barnehage og Pedagogisk Psykologisk tjeneste (PPT) først og fremst som et eksempel på samarbeid som vanligvis settes i gang etter at problemet har oppstått. Men også for å tydeliggjøre en økende tendens for barn med særskilt behov jo eldre de blir. PPT har til oppgave å tilrettelegge for og hjelpe barn gjennom barnehagen ved å gi barnet og foreldrene veiledning. PPT tilråder og gir råd om barns behov for spesialpedagogisk hjelp. Vi vet at det nesten er åtte ganger flere barn i femårsalderen som får spesialpedagogisk hjelp enn tilsvarende er for toåringer (udir.no). Et spørsmål er om disse barna kunne fått hjelp på et tidligere tidspunkt, og da kanskje før de trengte spesialpedagogisk hjelp. På bakgrunn av den nevnte statistikken og at det tverrfaglige samarbeidet først settes i gang etter at problemene oppstår, kan man anta at det innebærer hyppigere samarbeid og mer ressurskrevende tiltak jo eldre barnet er, da utfordringene har fått utvikle seg over tid. Ved å ha et samarbeid rundt alle barna, og da spesielt de minste, er det en antakelse om at de profesjonelle tidligere kunne ha oppdaget utfordringer. Forskning om tidlig innsats og forebygging finner at tiltak satt i gang i tidlig alder vil kunne være av positiv betydning for barnets videre liv, jf. Kapittel 4.

Samtidig som det å samarbeide rundt alle barn kan virke forebyggende og bidra til en tidlig innsats, er det også veldig ressurskrevende. Et spørsmål i denne sammenhengen er om det beste er å bruke så mye personalressurser på «vanlige» barn. Helsedirektoratet (2019) har allerede slått fast at slike tiltak vil være for ressurskrevende og at et samarbeid mellom barnehage og helsestasjonen om helsekontrollene ikke vil være en bærekraftig nasjonal ordning i alle landets kommuner. Likevel er det flere kommuner som ønsker å fortsette med ordningen med å gjennomføre helsekontroller i barnehagen da de anser at det vil kunne lønne seg i lengden (Helsedirektoratet, 2019). Det sies ikke noe om på hvilken måte de mener det

vil lønne seg på, men vi kan anta at det er snakk om både en økonomisk og helsemessig gevinst. Også helsesykepleiere opplever at de har svært liten tid eller ressurser til systemrettet samarbeid med barnehagene (Nitter et al., 2023). I vår undersøkelse kom det frem at samtlige informanter opplevde kontrollen i barnehagen som ressurskrevende. Spesielt opplevde informantene det tidkrevende at de likevel må ned på helsestasjonen til kontroll av lege.

Samtidig kan man tenke seg at det finnes andre former for samarbeid som vil bidra til tidlig innsats samtidig som det ikke er like ressurskrevende. Flere kommuner har igangsatt prosjekter og tiltak på systemnivå. Bergen kommune har ansatt helsesykepleiere som har et særlig ansvar for systemrettet samarbeid med barnehager i sine byområder (Bergen kommune, 2020) Mens Tvedestrand kommune har utarbeidet en veileder for samarbeid mellom helsestasjon og barnehage (Tvedestrand kommune, 2019). Samtlige tiltak er ment å omhandle større grupper fremfor enkeltpersoner, noe som ifølge Groven (2017, s. 76) vil gi en større gevinst i arbeidet med tidlig innsats.

I politiske styringsdokumenter pekes det stadig på behov for kartlegging og observasjon i arbeidet med tidlig innsats jf. Kapittel 2. Forskning peker også på viktigheten av strukturerte kartlegginger som kan bidra til å fange opp avvik fra barnets utvikling. Avvik som ellers ikke ville blitt oppdaget (Bellmann & Vijeratanam, 2011). Vi kan anse helsekonsultasjonene som en form for universell kartlegging av barna, da de blant annet skal veies og måles. Under samtalene med foreldrene kartlegges også blant annet barnets kosthold og søvnrutiner. Slik vi ser det er det viktig å fange opp barn med risikofaktorer tidlig.

Likevel tenker vi at det er viktig å ha et kritisk blikk til universell kartlegging av barn. Som Madsen (2016) har vært inne på, vil det kunne være en fare for at barn som «scorer» utenfor normen, kartlegges videre og blir gitt særskilt hjelp med utgangspunkt i de første vurderingene. Vi anser det derfor som viktig at de som jobber med å kartlegge barn også klarer å se helheten rundt barnet og ikke kun det man har kartlagt. Det kan være en enkel årsak som ligger bak at barnet har blitt kartlagt utenfor normen, uten at det trenger å bety at barnet ikke er «normalt». For mye bruk av kartlegging kan også kunne føre til at det pedagogiske skjønn blir redusert til fordel for ulike kartleggingsprogram (Østrem & Pettersvold, 2012).

Noen av informantene opplevde det som trygt at det var to profesjonelle fagpersoner tilstede i samtalen. Spesielt ble det trukket frem som positivt at det var flere øyne som så barnet, slik at

bildet av barnet ble mest mulig riktig. Informantene syntes det var fint at både helsesykepleier og pedagogen hadde samme synet som dem selv. Informantene så det også som en fordel at pedagog og helsesykepleier kunne utfylle hverandre. Samtidig var det ingen av informantene som uttrykte at det kom frem «ny» informasjon om barnet som de ikke visste fra før. Ett av hovedmålene for utprøvelsen var å undersøke om man kunne fange opp barn med ulike risikofaktorer enda tidligere. Slik som vi kan se det, ble det blant våre informanter ikke fanget opp noen risikofaktorer man ikke visste om fra før. Vi vil derfor stille oss spørrende til om det da er hensiktsmessig at både helsesykepleier og pedagog er tilstede i samtalen, noe som er ressurskrevende. Ville det vært bedre å samarbeide på en annen måte? For de fleste barn er et godt allmennpedagogisk tilbud i barnehagen generelt sett et godt tiltak i seg selv (Kunnskapsdepartementet, 2008-2009) og (Groven, 2017). Barnehageansatte har mye kompetanse om barnets følelsesmessige, sosiale og kognitive utvikling. Samtidig har ansatte på helsestasjonen blant annet kompetanse på ernæring, vold og omsorgssvikt. Om barnehagen og helsestasjonen får til en ordning hvor kunnskap, erfaring og refleksjoner deles, kan vi anta at det vil øke hverandres kompetanse rundt barnet, noe som vil kunne bidra til at man enda tidligere kan oppdage barn med ulike risikofaktorer. Et godt samarbeid kan videre øke kompetanse og styrke motet til å avdekke og oppdage vanskelige forhold ved barnas livssituasjon som omsorgssvikt, vold, mobbing, overgrep osv. (Kinge, 2012, s. 19). Det er også viktig å få frem at det ikke faglig grunnlag for å tenke at om det forebygges veldig godt, vil ingen barn ha behov for hjelp på et selektert eller indikert innsatsnivå. Det vil riktig nok være færre som har behov for slik hjelp, men det vil likevel være en del som av forskjellige årsaker vil ha behov for tjenester på alle innsatsnivåer senere i livet, uten at det kunne blitt oppdaget tidligere (Kvelling, 2018, s. 77)

8 AVSLUTNING

I dette kapitlet gir vi et sammendrag av de viktigste funnene fra studien vår. Vi vil også gi forslag for hva videre forskning på dette område kan innebære basert på funn og erfaringer fra studien.

Med denne studien ønsket vi å undersøke følgende problemstilling: *Hvordan opplever foreldre samtalen under to års kontrollen?* For å svare på problemstillingen har vi intervjuet seks foreldre som har deltatt i samtalen under to års konsultasjonen. Gjennom intervjuene og analysen av datamaterialet fikk vi økt kunnskap om foreldres erfaringer og opplevelser av samtalen.

Funnene fra vår studie viser at foreldrenes opplevelse av samtalehandlet om trygghet og mangel på trygghet. Faktorer som bidro til trygghet var at det var en kjent person fra barnehagen til stede i samtalen. En person som informanten allerede hadde en relasjon til. Den andre faktoren var at det var flere fagpersoner til stede i samtalen, og slik «flere øyner» som kunne gi sitt syn på barnet. Den tredje faktoren var at stemningen og atmosfæren under samtalen var god. En god atmosfære innebar en opplevelse av ro i samtalen, at informantene følte seg sett og hørt og betydningen av det fysiske rommet.

Faktorer som bidro til mangel på trygghet var opplevelse av mangelfull organisering og planlegging av samtalen både i forkant og underveis i samtalen. I ett av intervjuene var hverken helsesykepleier eller pedagog kjent for informanten. Denne informanten følte seg utrygg i samtalen, noe som kan ha handlet om manglende relasjon til de profesjonelle.

På tross av denne opplevde utryggheten, viser funnene at den *totale opplevelsen* av samtalen likevel opplevdes som trygg. Slik som vi ser det kan det dermed se ut til at den mangelfulle organiseringen og planleggingen ikke påvirket informantenes totale opplevelse av samtalen.

Ettersom dette er en kvalitativ studie med et relativt lite utvalg, kan ikke resultatene av studien føre til noen generalisering. Vår studie kan derimot få en betydning for praksis i andre kommuner som ønsker å prøve ut tilsvarende ordning. Studien vår har hatt betydning for vår kommune ved at den ble brukt i evaluering med tanke på videreføring av prosjektet.

Politikerne har nå vedtatt at prosjektet utvides ved å gjelde samtlige barnehager i kommunen. Avslutningsvis vil vi få frem at foreldrenes perspektiver har blitt synliggjort, noe som har vært viktig for oss.

Studien vår kan gi innspill og ideer til videre forskning om hvordan foreldre opplever to års konsultasjonen. Vi har sett at det er lite forskning på samarbeid mellom helsestasjon og barnehage. Funnene viser også at foreldrene opplevde ordningen som tidkrevende, noe også tidligere undersøkelser og forskning bekrefter. Det ville derfor være interessant å sett om det fantes andre måter å samarbeide på, noe som kan være forslag til tema for videre undersøkelser.

Vi vet at de ansatte i barnehagen er i en unik posisjon når det gjelder å fange opp barn som strever, har det vanskelig eller er i risikogrupper. Samtidig vet vi at helsesykepleiere, som en helsefremmende aktør, har kunnskap som kan være nyttig i utviklingen av systemrettede tiltak i barnehagen. Vi har derfor stor tro på at et godt og etablert samarbeid mellom helsestasjon og barnehage vil kunne føre til at man sammen lykkes med tidlig innsats.

9 LITTERATURLISTE

Barnehageloven. (2005). *Lov om barnehager*. LOV-2005-06-17-64. Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-06-17-64>

Befring, E. (2019). Forebygging i barnehage og skole med vekt på barns læring og livsmestring. I R. Tangen (Red.), *Spesialpedagogikk* (6 utg., s. 168-195). Cappelen Damm akademisk.

Bellman, M., & Vijeratnam, S., 2012. From child health surveillance to child health promotion, and onwards: a tale of babies and bathwater. *Archives of Disease in Childhood* 97(1), 73-77. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2010.186668>

Bergen kommune (2023). *Sammen for de minste*. Bergen Kommune.

<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/tema/folkehelse/prosjekt/sammen-for-de-minste>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <http://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Buber, M. & Wergeland, H. (1992). *Jeg og du* (2. utg., Bd. 10). Cappelen.

Bäckström, C., Thorstensson, S., Pihlblad, J., Forsman, A.C., & Larsson, M. (2021). Parents' Experiences of Receiving Professional Support Through Extended Home Visits During Pregnancy and Early Childhood -A Phenomenographic Study. *Frontiers in Public Health*, 9,114. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.578917>

Carson, N. & Birkeland, Å. (2017). *Veiledning for barnehagelærere* (4. utg.). Cappelen Damm akademisk.

Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6 utg.). Gyldendal.

Eide, S. B., Sævareid, H. I., Aasland, D. G., Grelland, H. H. & Kristiansen, A. (2008). *Til den andres beste: en bok om veiledningens etikk*. Gyldendal akademisk.

Eriksen, T. (2006). *Trygghet*. Universitetsforlaget.

Fägerskiöld, A., Timpka, T., & Ek, A.C. (2003). The view of the child health nurse among mothers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. Volume 17,(2). 160-168.

<https://doi.org/10.1046/j.1471-6712.2003.00106.x>

- Glavin, K & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune- Norge* (4 utg.). Kommuneforlaget.
- Granone, F., Reikerås, E., Sæbø, J., Solheim, K., Kaltvedt, E. Ree, M., Esmæeli, S., Furskog Risa, E. C., & Dybvig-Joner, M. Filioforum Senter for barnehageforskning Universitetet i Stavanger. (2022) *Tidlig innsats, tidlig i livet En sammenstilling og analyse av eksisterende kunnskap og forskning om de 1000 første dagene i et individs liv, inklusive livet i magen*. Filioforum Senter for barnehageforskning. Universitetet i Stavanger.
- Groven, B. (2017). Organisering av spesialpedagogisk hjelp i barnehagen: ordninger, begrunnelser og dilemmaer. I B. Mørland (Red.), *Tidlig innsats i tidlig barndom*. (s.73-86). Gyldendal.
- Groven, B., & Rostad A.M. (2017). Forebygging og tidlig innsats- en historisk, ideologisk og teoretisk innramming. I B. Mørland (Red.), *Tidlig innsats i tidlig barndom*. (s.20-41). Gyldendal.
- Gustafsson, S.R., (2021). Trygghet. Grimsbø, G.H. (Red.). *Grunnleggende sykepleie 2: grunnleggende behov og helse* (4 utg., s. 91-107). Gyldendal.
- Hanssen-Bauer M., Knutsen I., (2017). Hvordan foreldre reagerer når barnet er overvektig. *Sykepleien Forskning*, 12. (61920). <https://doi.org/10.4220/Sykepleienf.2017.61920>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. [nettdokument]. Helsedirektoratet. <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>
- Helsedirektoratet (2021). *Psykisk helsearbeid for barn og unge- en innsiktsrapport*. [nettdokument]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet. (2019). *Fireårskonsultasjoner i barnehage. Erfaringsinnhenting*. [nettdokument]. Helsedirektoratet. [Hdir Rapportmal-gjeldende \(helsedirektoratet.no\)](https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/4-ars-konsultasjoner-i-barnehage)
- Helsedirektoratet. (2021). *Psykisk helsearbeid for barn og unge- en innsiktsrapport*. [nettdokument]. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/psykisk-helsearbeid-for-barn-og-unge>

- Helsepersonelloven. (1999). (LOV-1999-07-02-64). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/>
- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). (LOV-2011-06-24-30). Lovdata.
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
- Holmberg, J.B., (2021), *Lærerens arbeid med tidlig innsats*. Fagbokforlaget.
- Killén, K. (2017). *Forebyggende arbeid i barnehagen- samspill og tilknytning*.
Kommuneforlaget.
- Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn: En kilde til styrke og håp?* Gyldendal akademisk forlag.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Gyldendal Akademisk forlag.
- Kvelling, Ø. (2018). Hvorfor kloke hoder ikke jobber flerfaglig eller flerretattlig. I R. Thygesen (Red.), *Å falle mellom to stoler: Samarbeid til barnets beste i barnehage og skole*. (s. 74-87). Universitetsforlaget.
- Lile S. H. (Red.). (2019). *Psykososialt arbeid*. Gyldendal Akademisk forlag.
- Madsen, O. J. (2016). Psykologiens innflytelse i velferdsstaten. I O. J. Madsen (Red.), *Forvaltning av makt og moral i velferdsstaten Fra sosialt arbeid til "arbeid med deg selv"*? (s. 86-111). Gyldendal norsk forlag.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4 utg.).
Universitetsforlaget.
- Markström, A.M, 2011. "Soft governance" I förskolans utvecklingsamtal. *Educare Vetenskapliga skrifter*, (2). 57-75.
<https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:mau:diva-1158>
- 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/>
- Meld.St. 19 (2015-2016), *Tid for lek og læring- Bedre innhold i barnehagen*.
Kunnskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumeneter/meld.-st-19-20152016/id2479078/>
- Meld.St. 24 (2012-2013), *Framtidens barnehage*. Kunnskapsdepartementet.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-24-20122013/id720200/>
- Meld.St. 16 (2006-2007), *...og ingen sto igjen- Tidlig innsats for livslang læring*.
Kunnskapsdepartementet.

- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/sec1>
- Meld.St.24. (2012-2013). *Framtidens barnehage*. Kunnskapsdepartementet.
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumentermeld-st-24-20122013/id720200>
- Meld.St.41. (2008-2009). *Kvalitet i barnehagen*. Kunnskapsdepartementet.
- <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-41-2008-2009-/id563868/>
- NESH (2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*.
[Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi | Forskningsetikk](#)
- Nilsen, A.K.E. (2018). Tidlig innsats. I S.B. Eide (Red.), *Barnevernets begreper*. (s.115-153). Gyldendal Norsk forlag AS.
- Nilsen, A.K.E. (2017). *Bekymringsbarn blir til. En institusjonell etnografi av tidlig innsats som styringsrasjonal i barnehagen*. Doktorgradsavhandling. Universitetet i Agder.
- Nitter, C. B., Sollesnes, R., Litland, A. S., Musland, M. G., & Leversen, I. (2023). En nasjonal kartlegging blant helsesykepleiere om samarbeid med skole og barnehage. *HVL rapport*. <https://hdl.handle.net/11250/3074612>
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H.C., (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Vigmostad & Bjørke A/S.
- Pettersvold, M., & Østrem, S. (2012). *Mestrer mestrer ikke: jakten på det normale barnet*. Res publica
- Polit, D. F., Beck, C.T & Polit, D.F. (2021). *Essentials of Nursing Research: appraising evidence for nursing practice* (Tenth edition. utg.). Wolters Kluwer.
- Røkenes, O.H., Hanssen, P.-H.& Tolstad, O. (2012). *Bære eller bryte: kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3 utg.). Fagbokforlaget.
- Schiefloe, P.M. (2015). *Sosiale landskap og sosial kapital: nettverk og nettverksforskning* (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Segesten, K. (1994). *Patienters opplevelser av trygghet och otrygghet*. Segesten Förlag.
- Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I U. Knutstad (Red), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2*. (s. 125-136). Akribe.
- Statistisk sentralbyrå. (2022). *Barnehager*.
<https://www.ssb.no/utdanning/barnehager/statistikk/barnehager>
- Statistisk sentralbyrå (2022). *Kommunehelsetenesta*. <https://ssb.no/statbank/table/11993>

- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thoresen, L., Rugseth, G. & Bondevik, H. (2020). *Fenomenologi i helsefaglig forskning*. Universitetsforlaget.
- Thornquist, E. (2018). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag* (2 utg.). Fagbokforlaget.
- Tjora, A. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis* (4 utg.). Gyldendal Akademisk.
- Tostensen, A., Kaiser, M., Oppdragsforskning. (2015). *Forskningsetisk bibliotek*.
[Oppdragsforskning Forskningsetikk](#)
- Tveit, G. N. T., & Söderhamn, U., (2015). Hva gjør mødre for å mestre barnestellet i tidlig barseltid? *Nordisk sygepleieforskning*, 5(2), 151-164.
<https://doi.org/10.18261/ISSN1892-2686-2015-02-07>
- Tveiten, S. (2013). *Veiledning: - mer enn ord* (4 utg.). Fagbokforlaget.
- Tvedestrand kommune. (2019). *Sammen om en god start*. Tvedestrand kommune.
www.tvedestrand.kommune.no/tjenester/barnehage/i-trygge-hender/sammen-om-en-god-start/
- Universitetet i Agder (2023). Psykososial helse, Master, Påbyggingsstudium.
<https://www.uia.no/studier/psykososial-helse>
- Vik, K. (2015). Dialogisk praksis på helsestasjonen, i barnehagen og på skolen. Ulland, E. & Thorød, A. B. (Red.), *Psykisk helse: nye arenaer, aktører og tilnærming*. (s. 38-39). Universitetsforlaget.
- Vik, S: (2015). *Tidlig innsats i skole og barnehage: Forutsetninger for forståelse av tidlig innsats som pedagogisk prinsipp*. Doktorgradsavhandling. Høgskolen i Lillehammer.
- Vladavic, A., Simonsson, M., & Markstrøm, A. M. (2017). Förskoleföräldrars tankar om utvecklingssamtal. *Venue*, (12) 1-5. <https://doi.org/10.3384/venue.2001-788X.1766>
- Wollschild, S. (2010). *Språk, stimulans og læringslyst-Tidlig innsats og tiltak mot frafall i videregående opplæring gjennom hele oppveksten*. Oslo Metropolitan University-Oslo Met: NOVA. <https://hdl.handle.net/20.500.12199/5009>

10 VEDLEGG

Vedlegg 1 informasjonsskriv og samtykke skjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

”Foresattes opplevelser av samtalen under 2-års kontroll”?

Våre navn er Kim Johnny Wilhelmsen og Sonia S. Westergren og vi er mastergradsstudenter ved Universitetet i Agder (UIA). Dette brevet er informasjon om vårt mastergradsprosjekt og en forespørsel til deg om å være med på et lite intervju.

Formål

Tema for vårt prosjekt er *samtalen under 2-års kontrollen i barnehagen*.

Vi ønsker å intervju foresatte som har vært med på samtalen for å finne ut hvordan samtalen oppleves og erfares fra deres side. Vår problemstilling er;

«Hvordan opplever foresatte samtalen under 2-års kontroll i barnehagen?»

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Dette skrivet blir sendt ut av helsestasjonen til alle foresatte som har vært på 2-års kontroll i barnehage i en utvalgt kommune, høsten 2022. Kunne du tenke deg å dele dine erfaringer fra denne samtalen med oss? Det går fint at begge foresatte til et barn deltar, men da i ulike intervju. Vi vet ikke hvem du er før du eventuelt tar kontakt med oss.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du ønsker å være med på prosjektet, vil vi gjerne intervju deg om hvordan du opplevde og erfarte den tverrfaglige samtalen under 2-årskontrollen i barnehagen. Intervjuet tas opp på en lydfil og transkriberes ordrett. Lydopptaket og samtykkeskjema vil bli lagret atskilt og innelåst. Det skriftlige intervjuet vil bli anonymisert. Alt du forteller oss vil bli behandlet uten navn og andre direkte gjenkjennende opplysninger. Intervjuet vil ta ca. 30-45 minutter. Dersom du ønsker å lese det transkriberte intervjuet vil du få mulighet til det.

Vi skal ikke registrere helseopplysninger om deg eller ditt barn, eller resultater fra selve 2-årskontrollen. Vi er i hovedsak interessert i beskrivelser av erfaringene og opplevelsene av selve samtalen. Informasjonen vil i tillegg til å utgjøre grunnlaget for vår masteroppgave, kunne bli brukt som en del av den aktuelle kommunens evaluering av prosjektet med 2-års kontroll i barnehagen og

det fremtidige tilbudet. Alle opplysninger som eventuelt kan føre til gjenkjenning vil bli utelatt i den skriftlige og muntlige presentasjonen.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Dersom du ønsker å delta i prosjektet eller har spørsmål om prosjektet, kan du kontakte oss:

- Student: Sonia S. Westergren, 93625746, sonia.r.s.westergren@arendal.kommune.no

- Student: Kim Johnny Wilhelmsen, 90731921, kim.johnny.wilhelmsen@arendal.kommune.no

Hvordan oppbevarer og bruker dine opplysninger fra intervjuet?

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrevet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det er kun vi som har tilgang til personopplysninger. Navn og andre gjenkjennbare opplysninger vil bli anonymisert når intervjuene lagres. Deltakerne i prosjektet vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjoner.

Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?

Prosjektet vil etter planen avsluttes senest i juni 2023. Lydopptak og samtykkeskjema vil bli slettet ved prosjektslutt.

På oppdrag fra Universitetet i Agder har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernsregelverket.

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

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

Andre kontaktopplysninger:

Veileder: Siv Schrøder, tlf. 95914090, epost: siv.schroder@uia.no

Personverneombud: Trond Hauso, tlf. 93601625, epost: trond.hauso@uia.no

Med vennlig hilsen

Sonia S. Westergren og Kim Johnny Wilhelmsen

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «*en kvalitativ studie av foresattes erfaringer og opplevelser av den tverrfaglige samtalen under 2-års kontroll*», og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i intervju etter gjennomført 2-års kontroll i barnehagen, og at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, juni 2023.

Sted og dato:

Navn:

Intervjuguide

Vi vil bruke en semistrukturert intervjuguide i intervjuene med deltakerne. Vi vil i utgangspunktet ha en åpen samtale der vi ønsker å la deltakerne få snakke fritt. Vi har valgt ut fire hovedtemaer som vi tar utgangspunkt i. Aktuelle oppfølgingsspørsmål vil vi tilpasse underveis under intervjuet.

Temaer for intervjuet:

- Kan du fortelle om din opplevelse av samtalen?
 - Hva tenkte du da?
 - Kan du fortelle mer om det?
 - Kan du gi et eksempel på det du nettopp sa?
 - Hva mener du med...?
 - Kan du forklare det mer?
 - Hva skjedde da?
 - Hvordan ser du på...?
 - Hva følte du da?
 - Er det noe mer du ønsker å fortelle om?

- Deltakernes opplevelse av møte med forskjellige fagpersoner i samtalen
 - Hvordan opplevde du å være i en samtale der flere fagpersoner var til stede?
 - Hvordan opplevde du helsesykepleierens rolle i samtalen?
 - Hvordan opplevde du spesialpedagogens rolle i samtalen?
 - Hvordan opplevde du pedagogisk leders rolle i samtalen?
 - Hvordan opplevde du din egen rolle i samtale med flere fagpersoner?

- Deltakernes opplevelse av medvirkning i samtalen.
 - Fikk du formidlet det du var opptatt av å snakke om?
 - På hvilken måte?
 - Hva gjorde at du ikke fikk formidlet det du ønsket?
 - Er dette en ordning du kan se for deg fortsette? Hvorfor?

Vedlegg 3 Samtaleskjema for to års konsultasjon



<p>2 år: Individuell konsultasjon</p>	<p>Spør foreldre om det er tema de ønsker å ta opp, og ta utgangspunkt i barnets og familiens behov, helse, utvikling og livsvilkår.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kosthold, måltidsvaner • Tannhelse: Tannpuss (smokk- og fingersuging) • Fysisk aktivitet og lek (utendørsaktiviteter, stillesitting mv.) • Samspill • Mobil- og skjermbruk og bruk av sosiale medier • Barnets seksuelle utvikling • Språkutvikling • Søvnvaner • Barns miljø og sikkerhet, 2– 4 år • Foreldrenes psykiske helse og trivsel (familieforhold, sosialt nettverk) • Rusmiddelbruk (alkohol og annen rusbruk). <p>Tema etter individuell vurdering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tobakksfritt miljø • Kjønnslærestelse • Søsken og evt. Søkensjalusi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Vekt, høyde <p>Generell vurdering:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ernæringsstatus/kroppsporsjoner • Psykomotorisk utvikling • Hudfarge/perifer sirkulasjon • Pustemønster <p>Generell observasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vold, overgrep, omsorgssvikt <p>Spesiell oppmerksomhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hud/underhud: farge, utslett, sår, blødninger, lymfeknuder, kuler • Øyne/syn: Rød refleks, skjelling, plukker små gjenstander med vanlig synsavstand • Hørsel: Normal språkutvikling, snur seg etter lyder, snakker med normal stemme mv. • Munnhule: tannstatus, hygiene, sår, sopp • Hjerte: rytme, bilyder, perifer sirkulasjon, eventuelt lyskepuls dersom bilyd. • Luftveier: respirasjonsfrekvens, hørbar pust, anstrengt pust, auskultasjon • Abdomen: lever, milt, oppfyllinger • Genitalia: testikler i skrotum • Psykomotorisk utvikling: Bevegelsesmønster, gangmønster, håndfunksjon, oppmerksomhet, kontakt, samspill, språk. 	<p>Helsesykepleier og lege</p>
--	---	---	--------------------------------

Versjon 5. Publisert 11. mai 2022

Vedlegg til Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom

Vedlegg 4 Godkjenning NSD

Meldeskjema / Foresattes opplevelser av samtalen under 2-årskontroll / Vurdering

Vurdering av behandling av personopplysninger

Skriv ut 12.06.2023

Referansenummer
304192

Vurderingstype
Standard

Dato
12.06.2023

Tittel

Foresattes opplevelser av samtalen under 2-årskontroll

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

Prosjektansvarlig

Siv Kristine Schrøder

Student

Kim Johnny Wilhelmsen

Prosjektperiode

01.09.2022 - 01.06.2024

Kategorier personopplysninger

Alminnelige

Lovlig grunnlag

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

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 01.06.2024.

[Meldeskjema](#)

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringene registrert i meldeskjemaet.

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. Behandlingen kan fortsette.

Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med det du har oppgitt i meldeskjema.

Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 5 Godkjenning FEK



Kim Johnny
Wilhelmsen

Besøksadresse:
Universitetsveien 25
Kristiansand

Ref: [object Object]

Tidspunkt for godkjenning: : 19/08/2022

Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - Foresattes opplevelser av samtalen under 2-årskontroll

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

FEK godkjenner søknaden under forutsetning av at prosjektet gjennomføres som beskrevet i søknaden.

Hilsen
Forskningsetisk komite
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND
TELEFON 38 14 10 00
ORG. NR 970 546 200 MVA - post@uia.no -
www.uia.no

FAKTURAADRESSE:
UNIVERSITETET I AGDER,
FAKTURAMOTTAK
POSTBOKS 383 ALNABRU 0614 OSLO