

# Tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern ved oppfølging av omsorgssvikt på helsestasjon

En kvalitativ studie om helsesykepleiers erfaringer

Sølvi Bøe og Terese Bondas

Sølvi Bøe, Universitetet i Stavanger / Sola kommune, [solvi.boe@sola.kommune.no](mailto:solvi.boe@sola.kommune.no)

Terese Bondas, Universitetet i Stavanger

## Sammendrag

*Helsesykepleieren er i en unik posisjon til å fange opp og hjelpe barn som er utsatt for omsorgssvikt. Ved omsorgssvikt skal helsesykepleieren arbeide tverrprofesjonelt. I denne studien var hensikten å utforske og beskrive helsesykepleiere på helsestasjon sin erfaring med tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern. Det teoretiske perspektivet var Vik sin typologi om ulike former for samhandling. Studien hadde et kvalitativ design, med Braun og Clarkes refleksive tematiske analyse som metode og datainnsamling med tre fokusgrupper med vignett. Totalt 16 helsesykepleiere deltok i studien. Analysen resulterte i 4 hovedtema: 1) Henvendelse til foreldre er et utgangspunkt for samarbeid med barnevern, 2) Frustrasjon når samarbeid med barnevern kunne vært bedre, 3) Kollegialt samarbeid for å hjelpe familien og 4) Relasjonsbygging mellom profesjonene. Mangelfullt samarbeid, i Viks begrep, en fragmentert oppgavefordeling, skaper frustrasjon og usikkerhet hos helsesykepleieren, og det finnes ikke klare retningslinjer for hvordan helsesykepleieren skal samarbeide med barnevernet ved omsorgssvikt. Helsesykepleieren har et ønske om relasjonelt samarbeid for å kunne gi en helhetlig oppfølging til familien.*

## Nøkkelord

*Tverrprofesjonelt samarbeid, helsesykepleier, helsestasjon, omsorgssvikt og barnevern*

## Artikkeltype

Fagfellevurdert artikkel

<https://doi.org/10.7557/14.7260>

© Forfattere(n). Denne artikkelen er lisensiert under en [Creative Commons Navngivelse 4.0 Internasjonal](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) lisens.

## **Introduksjon**

Ved omsorgssvikt har omsorgspersonene manglende evne til å møte barnets fysiske, emosjonelle, psykiske og/eller medisinske behov (Helsedirektoratet, 2019). Omsorgssvikt truer barnets kognitive, følelsesmessige, sosiale, atferdsmessige og fysiske utvikling (Killén, 2021a, s. 38). Ifølge rapporten Adverse Childhood Experiences (ACE) viste en studie av 13 europeiske land at forekomsten av: fysisk mishandling var: 17,7%, emosjonell mishandling: 9,9%, seksuell mishandling: 5,6%, alkoholmisbruk i hjemmet: 16%, vold i nære relasjoner: 12,9%, psykisk sykdom i familien: 11,4% og narkotikamisbruk i hjemmet: 2,8% (Bellis et al., 2023). Helseesykepleieren skal ifølge de nasjonale retningslinjene samarbeide med den kommunale barnevernstjenesten ved omsorgssvikt (Helsedirektoratet, 2023). Manglende samarbeid mellom de ulike hjelpeinstansene kan føre til forsinket hjelp, og at barnet og familien ikke får den hjelpen de har behov for (NOU 2017:12, s.55).

Tverrfaglig samarbeid gir et helhetsperspektiv over barnets situasjon, og et samarbeid mellom helseesykepleieren og barnevernet kan bidra til bedre kvalitet i oppfølgingen (Dahl & Almås, 2020, s. 197; Glavin & Erdal, 2018, s. 21). Målet er å utnytte de ulike kompetansene til barnets beste. Gjennom diskusjoner og refleksjoner kan profesjonene oppnå en ny kunnskap sammen (Willumsen, 2016, s. 39). Helseesykepleieren har taushetsplikt (Helsepersonelloven, 1999, §21). Det viktigste unntaket fra taushetsplikten er samtykke fra bruker (Helsepersonelloven, 1999, §22). Helseesykepleier må derfor ha samtykke av foreldre for å ta kontakt og innhente opplysninger fra barnevernet (Brekke, 2016, s. 74). Helseesykepleieren har plikt til å gi opplysninger til barnevernet etter barnevernsloven (2021) §13-2 og §13-4 og helsepersonelloven (1999) §33. Barnevernet har plikt til å gi tilbakemelding til melder ved mottatt bekymringsmelding, om eventuelle tiltak inn i familien og om saken er avsluttet (Barnevernsloven, 2021, §13-3). Et samarbeid bør opprettes så tidlig som mulig der det oppstår en bekymring for omsorgen til barnet, helst i undersøkelsesfasen til barnevernet. Når barnevernet har hjelpetiltak inn i familien bør det opprettes en ansvarsgruppe, der de ulike hjelpeinstansene som er involvert, samarbeider rundt videre oppfølging (Glavin & Erdal, 2018, s. 190–191). Midtsund et al. (2023) fant at helseesykepleiere ønsker tverrprofesjonelt samarbeid i oppfølgingen av barnemishandling. Familien er en viktig del av det tverrprofesjonelle samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 23). Foreldre ønsker å ta en aktiv del i samarbeidet rundt sitt barn. De profesjonelle må anerkjenne og inkludere foreldrene i samarbeidet (Willumsen & Severinsson, 2005).

Samarbeid er en mellommenneskelig prosess hvor helseesykepleieren og barnevernet arbeider sammen for å hjelpe barnet og familien på best mulig måte

(Petri, 2010). For å oppnå et godt tverrprofesjonelt samarbeid er det viktig med bevissthet rundt egen kompetanse, i tillegg til å ha kjennskap til den andre profesjonens kompetanseområde. Flexibilitet og vilje til å finne løsninger som er til det beste for familien, i tillegg til respekt for hverandres bidrag inn i samarbeidet er viktig (Willumsen, 2016, s. 39–40). Petri (2010) fant at det oppnås best resultat når samarbeidet er preget av gjensidig tillit, respekt og åpen kommunikasjon. Det må være en bevissthet og aksept av de ulike rollene og ferdighetene de ulike profesjonene har i samarbeidet. Willumsen og Hallberg (2003) fant i sin studie at god kommunikasjon, gode relasjoner, tilgjengelighet og kontinuitet bidro til bedre samarbeid.

Helsesykepleieren har en sentral rolle i å fortsette å hjelpe foreldrene til å utvikle gode og kompetente foreldreferdigheter, selv om barnevernet veileder familien (Jack et al., 2021). Helsesykepleieren har barnet i fokus, men støtter hele familien, og har en åpen og ærlig kommunikasjon med foreldrene (Dahlbo et al., 2017). Dahl og Crawford (2018) fant at helsesykepleiere opplevde at samarbeidende profesjoner anerkjente helsesykepleierrollen i varierende grad. De kunne føle seg oversett og ikke inkludert i samarbeidet, spesielt i samhandling med barnevernet. Et godt samarbeid krever tillit, anerkjennelse og respekt, og da er utveksling av informasjon mellom profesjonene sentralt (Winsvold, 2011, s. 104–105). Clancy et al. (2013) fant i sin studie at relasjonelle ferdigheter som tillit, respekt og samarbeidskompetanse er viktig i et samarbeid. Tillit til den andre profesjonens kompetanse er viktig, og kan generere respekt som har positiv innvirkning på motivasjonen og kommunikasjonen i samarbeidet. Felles verdier, god kommunikasjon og et «team» rundt familien er viktig for et godt samarbeid, og bidrar til bedre hjelp til familien (Green et al. 2008). Manglende forståelse for hverandres arbeid, system og verdier hindrer samarbeid. For å oppnå godt samarbeid må profesjonene ha kunnskap om hverandres forståelser, mål og organisatoriske forhold (Vik, 2018).

Marcellus et al. (2022) og Tung et al. (2019) fant at sykepleiere som hadde hjemmebesøk og oppfølging av førstegangsfødende med ekstra behov, ønsket et tverrprofesjonelt samarbeid med barnevernet. Begge profesjonene utrykte behov for bedre kommunikasjonsmetoder og mer kunnskaper om hverandres organisasjoner, arbeidsmetoder, mål og generell praksis (Tung et al., 2019). Dette støttes og av studien til Willumsen og Hallberg (2003). Kunnskap om egen og andres profesjon, herunder hverandres bidrag inn i samarbeidet, er viktig for interaksjonen i samarbeidet. Tidligere forskning viser at det trengs mer kunnskaper om helsesykepleieren sitt tverrprofesjonelle arbeid med oppfølging av omsorgssvikt på helsestasjon.

### ***Hensikt***

Studiens hensikt var å utforske helsesykepleiere på helsestasjon sin erfaring med tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern. Gjennom studien var målet å utvikle

en dypere forståelse for det tverrprofesjonelle samarbeidet mellom helsesykepleiere og barnevernsansatte, og hvordan samarbeidet oppleves av helsesykepleiere for bedre ivaretagelse av barnet og familien.

### ***Teoretisk perspektiv***

Erlend Vik (2018) har utviklet en typologi som beskriver fire ulike former for helseprofesjoners samhandling: relasjonelt samarbeid, operasjonelt lukket samarbeid, koordinert oppgavefordeling og fragmentert oppgavefordeling. Ved relasjonelt samarbeid er samarbeidet preget av nærhet og sammenkobling. Det skapes en gjensidighetskunnskap hvor de ulike profesjonene anerkjenner hverandre og har kunnskaper om hverandres bidrag for å løse felles oppgaver (Vik, 2018). Operasjonelt lukket samarbeid er preget av nærhet og differensiering. Her er det ikke en felles forståelse til grunn ved samarbeidet, og samarbeidet preges av usikkerhet, ulikhet og maktkamp. Ved koordinert oppgavefordeling er samarbeid preget av avstand, men sammenkobling. Det er et koordinert samarbeid uten fysiske møteplasser. Siste form for samarbeid er fragmentert oppgavefordeling som er preget av avstand og differensiering. Manglende møteplasser, manglende gjensidighetskunnskap og manglende lokale retningslinjer fører til usikkerhet i samhandlingen (Vik, 2018).

Vik (2018) sitt perspektiv skapte en åpenhet for tematikken. Studien var induktiv, og teorien ble derfor ikke utforsket deduktivt, men brukt i diskusjonen for å utdype egne funn.

## **Metode**

### ***Design***

Denne studien har kvalitativ beskrivende design, med induktiv tilnærming. Analysen og studiens funn var drevet av datamaterialet (Braun & Clarke, 2022b, s. 10). Det er fra tidligere lite forskning om helsesykepleiers oppfølging ved omsorgssvikt. Det var helsesykepleiernes erfaringer fra praksis som var grunnlaget for resultatene, og som dannet grunnlaget for den kunnskapen som ble skapt.

### ***Utvvalg***

Deltakerne i studien ble rekruttert via informasjonsskriv som ble sendt til lederne på helsestasjoner i ulike kommuner. Kriterier for å delta i studien var at de var utdannet helsesykepleier, hadde erfaring med arbeid på helsestasjon og erfaring med forebygging og oppfølging av omsorgssvikt. Totalt deltok 16 kvinnelige helsesykepleiere i studien, med 3-28 års erfaring som helsesykepleiere. Helsesykepleierne var fra 3 forskjellige kommuner, og representerte 8 forskjellige helsestasjoner.

### ***Datainnsamling***

Det ble gjennomført 3 fokusgrupper med 4-6 deltakere i hver gruppe. Fokusgruppe er en effektiv teknikk til å utforske holdninger og behov til ansatte, i tillegg til å få frem synspunkter som er mindre tilgjengelig i individuelle intervju (Kitzinger, 1995). Datainnsamlingen var et samarbeid med to forskerkolleger, som fungerte som observatør og sekretær under fokusgruppen. Det var tre tema i forskningsprosjektet, som ble utforsket i hver fokusgruppe. Helsefremming og oppfølging for å forebygge omsorgssvikt og fokus for denne studien, tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern ved oppfølging av omsorgssvikt. Førsteforfatter utviklet intervjuguide og vignett til fokusgruppene. En vignett kan være et bilde, en tekst eller annen form for stimuli som deltakerne i studien responderer på. Vignetter er en god måte å få frem deltakernes holdninger og tanker rundt sensitive tema (Hughes & Huby, 2002). Vignetten ble utprøvd på forhånd, og validert i samarbeid med andreforfatter og forskerkollegene. Forskerteamet hadde en felles profesjonell bakgrunn i helsesykepleie, men fra ulike land. En refleksiv konstruktiv dialog kjennetegnet forskningsprosessen med forskere, som hadde forskjellig erfaring av kvalitativ forskning.

Fokusgruppene startet med en vignett, for å sette i gang tanker og diskusjoner rundt temaet omsorgssvikt og tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern. Vignetten var en case om helsesykepleierens videre oppfølging av et barn, etter sendt bekymringsmelding. Det ble tatt lydopptak av fokusgruppene ved hjelp av applikasjonen «Nettskjema diktafon», og lagret kryptert på nettskjema.no (Universitetet i Oslo, u.å.).

### ***Analyse***

Materialet ble analysert ved hjelp av tematisk refleksiv analyse av Braun and Clarke (2006, 2022a). Tematisk analyse er en gjentakende prosess, hvor en går frem og tilbake mellom de ulike fasene (Braun & Clarke, 2006). I første fase var hensikten å få et helhetsinntrykk og bli kjent med materialet. Intervjuene ble transkribert av førsteforfatter, og videre lest flere ganger. Datamaterialet ble kodet, og kodene ble videre sortert og samlet i mulige temaer. Kodingen er ikke en enkel identifisering, men en dypere tolkning av data, der forskerens subjektivitet er en styrke i prosessen (Braun & Clarke, 2022a). Gjennom analysearbeid ble temaene identifisert og produsert som funn til forskningsspørsmålet (Braun & Clarke, 2022b, s. 8). Hele datamaterialet ble på nytt lest gjennom for å undersøke tema opp mot datamaterialet, og for å fange opp eventuelt material som ikke var kodet. Temaene ble definert og fikk navn, og det ble produsert en tekst som gjengav resultatene (Braun & Clarke, 2006). Førsteforfatter analyserte datamaterialet, hvor andreforfatter validerte. Det var en frem og tilbake prosess, som i tillegg til forskningsseminar, bidrog til studiens resultat. Under forskningsseminaret ble foreløpig analyse og resultater presentert for en forskningsgruppe, for tilbakemelding og videre veiledning.

### ***Forskningsetiske vurderinger***

Etiske vurderinger gjennom studien er nødvendig for å sikre god kvalitet i forskningen (Åstedt-Kurki & Kaunonen, 2018). Deltakerne i studien fikk informasjon om personvern og studiens hensikt gjennom informasjonsskriv, der de signerte og samtykket til å delta i studien (Helseforskningsloven, 2009, §13). Informasjonen ble repetert i starten av fokusgruppen, der de og fikk informasjon om retten og muligheten til å trekke seg underveis i studien (Helseforskningsloven, 2009, §16). Det var kun intervjuer, inkludert forskerkollegaer, som hadde lovpålagt taushetsplikt. Det ble i starten av fokusgruppen oppfordret til at deltakerne forholdt seg til opplysningene som kom frem gjennom samtalen, som om de var omfattet av taushetsplikten (De nasjonale forskningsetiske komiteene, 2010). Studiens personvern ble på forhånd vurdert og godkjent av Sikt – kunnskapssektorens tjenesteleverandør (Sikt, u.å.). Data ble under transkribering anonymisert, og lydopptak ble etter transkribering slettet fra nettskjema.

### **Resultater**

Resultatene fra analysen resulterte i 4 hovedtema og 11 undertema (se tabell 1).

**Tabell 1: Oversikt over tema og undertema.**

<b>Tema</b>	<b>Undertema</b>
Henvendelse til foreldrene er et utgangspunkt for samarbeid med barnevern	Helsesykepleier kartlegger gjennom foreldrene
	Helsesykepleier etterspør samtykke fra foreldre til samarbeid
	Helsesykepleier har en åpen kommunikasjon med begge foreldre
Frustrasjon når samarbeid med barnevern kunne vært bedre	Helsesykepleier opplever at de selv må ta initiativ til samarbeid
	Lite informasjon til helsesykepleier fra barnevernet
	Helsesykepleier ønsker at barnevernet tar kontakt etter mottatt bekymringsmelding
Kollegialt samarbeid for å hjelpe familien	Samkjøre råd og oppfølging ved godt samarbeid
	Et godt samarbeid er viktig for barnets beste
	Støtte fra kollega og leder
Relasjonsbygging mellom profesjonene	Helsesykepleier ønsker en bedre relasjon til de ansatte i barnevernet
	Helsesykepleier opplever at samarbeidet er personavhengig

### ***Henvendelse til foreldrene er et utgangspunkt for samarbeid med barnevern***

Tre subtemaer ble formulert: Helseesykepleier kartlegger gjennom foreldrene, etterspør samtykke fra foreldre til samarbeid og har en åpen kommunikasjon med begge foreldre.

#### Helseesykepleier kartlegger gjennom foreldrene

Deltakerne kartla og fikk foreldre til å fortelle hvilken oppfølging og hjelp de fikk av barnevernet. Kartlegging var viktig for deltakerne, for å få innblikk i hvordan foreldre opplevde situasjonen. Gjennom å snakke med familien, og hvordan det opplevdes for dem, kunne helseesykepleieren kartlegge hvilken hjelp og støtte den enkelte familie trengte. Deltakerne uttrykte at det var viktig å la familien fortelle sin historie.

#### Helseesykepleier etterspør samtykke fra foreldre til samarbeid

Deltakerne i studien opplevde at det var en grei inngangsvinkel til samarbeid med barnevern, gjennom å etterspør samtykke til å ta kontakt med barnevernet via mor. Deltakerne i studien refererte oftest til samarbeid med mor, og etterspurte samtykke fra mor til å ta kontakt med barnevernet. Far ble sjeldnere nevnt. Deltakerne spurte etter samtykke, men var tøffere i sin fremtoning ved bekymring for familien, og la det ikke frem som et spørsmål eller valg. Slik en av deltakerne her forteller: *«Også sier jeg da, konkret til henne, da vil jeg ringe saksbehandleren og høre. Så jeg, så måten jeg stiller spørsmålet på, er jeg og litt tøffere på» (FG1).*

Deltakerne erfarte at det var utfordrende med tverrprofesjonelt samarbeid når foreldre ikke gav samtykke til å ta kontakt med barnevernet. De opplevde at det å sende en bekymringsmelding kunne ødelegge for relasjonen til foreldrene. Dette kunne føre til at foreldrene mistet tilliten til helseesykepleieren, og ikke gav samtykke til samarbeid, som igjen vanskeliggjorde den videre oppfølgingen. En deltaker sa: *«han hadde ikke tillit sant, til oss siden vi hadde meldt. Så det hindrer jo samarbeid med barnevernstjenesten» (FG3).*

#### Helseesykepleier har en åpen kommunikasjon med begge foreldre

Deltakerne opplevde at det var nødvendig med en god relasjon til foreldrene, for å legge grunnlaget for et tverrprofesjonelt samarbeid. Det var viktig for helseesykepleieren å dele sin bekymring med foreldrene, og være åpen om de opplysningene de hadde delt med barnevern i en bekymringsmelding eller anmodning. En deltaker sa det slik: *«at det ikke er en kjempehemmelighet som ligger i rommet og svever rundt» (FG2).* Deltakerne ønsket å formidle sin bekymring på en god måte, og legge barnevernet frem som en hjelpeinstans som skulle være en ressurs for familien. En av deltakerne uttrykte at hun opplevde det vanskelig å selge inn barnevernet som en hjelp, da manglende samarbeid og

kjennskap til barnevernet gav usikkerhet rundt oppfølgingen familien ville få. Slik fortalte hun:

*Det er litt vanskelig for meg å være så lojal og selge de inn som en hjelpeinstans, eller som en trygghet, for jeg vet ikke helt. For hva skjer når de kommer der? Blir det bare ovenfra og ned, og henleggelse av sak, eller kommer de og blir møtt på en god måte? Det synes jeg er så viktig (FG1).*

### ***Frustrasjon når samarbeid med barnevern kunne vært bedre***

Tre subtemaer ble formulert: Helsepsykeleier opplever at de selv må ta initiativ til samarbeid, lite informasjon fra barnevernet og de ønsker at barnevernet tar kontakt etter mottatt bekymringsmelding

#### Helsepsykeleier opplever at de selv må ta initiativ til samarbeid

Flere av deltakerne opplevde at det var de som måtte ta kontakt med barnevernet. Det skapte frustrasjon hos deltakerne at barnevernet ikke viste mer initiativ til samarbeid. En deltaker sa: «*Det er som regel jeg som alltid må innhente opplysninger*» (FG1). En annen deltaker uttrykte det slik:

*Det jeg blir ofte frustrert på er at barnevernet bare kan be foreldrene om samtykke til å gi opplysninger til helsestasjon og, det går den veien og, og det har jeg aldri opplevd, aldri. Det er alltid jeg som må ta kontakt med dem. Det er en veldig frustrasjon (FG1).*

Flere av deltakerne opplevde å få mest informasjon gjennom familien om hjelpen barnevernet gav. Ved videre bekymring for familien tok helsepsykeleieren kontakt med saksbehandler i barnevernet. Dette kunne åpne opp for, og legge grunnlaget for videre samarbeid mellom helsepsykeleier og saksbehandler. Deltakerne opplevde at barnevernet var positive til samarbeid når helsepsykeleieren tok kontakt. Flere fortalte at de fikk god informasjon av barnevernet etter samtykke fra foreldre, men ikke uten at de selv ringte og tok kontakt. De hadde en opplevelse av at alvorlighetsgraden påvirket, og at det var mer åpenhet til samarbeid i mer alvorlige saker.

#### Lite informasjon til helsepsykeleier fra barnevernet

Helsepsykeleierne hadde et ønske om å ha kjennskap til hva som hadde blitt vurdert hos barnevernet, for å videre kunne gi bedre oppfølging til barnet og familien. Selv om barnevernet veiledet familien, var det ikke en selvfølge at helsepsykeleieren fikk informasjon. Tilliten mellom helsepsykeleier og foreldre kan bli ødelagt av en bekymringsmelding, og vanskeliggjør videre oppfølging. En deltaker fortalte: «*så har du brutt alliansen, og du får ikke noe informasjon fra barnevernet om hva som har skjedd. Familien er ikke interessert i å fortelle hva som har skjedd. Så er en ti skritt tilbake*» (FG2).



Flere av deltakerne undret seg rundt hvorfor ikke helsesykepleieren kunne få informasjon når foreldre hadde gitt samtykke til at helsesykepleieren kunne dele informasjon med barnevernet. En deltaker fortalte at en saksbehandler ringte for å få litt mer informasjon:

*Jeg svarte i fra beste evne, og så hadde jeg noen motspørsmål, for jeg lurte litt på hvordan jeg skulle gå frem. Da fikk jeg tilbake at hun hadde fått samtykke til å ringe, men hadde ikke spurt om hun kunne gi informasjon til meg. Da ble jeg litt matt. For jeg tenkte jo det burde vært gjensidig da (FG3).*

Enkelte av deltakerne undret seg rundt kompetansen til ansatte i barnevernet, og deres kunnskaper om barnets normale utvikling og behov for oppfølging, når saker bare ble henlagt uten mer informasjon. En deltaker sa: «Skjønner de virkelig ikke konsekvensene av dette. Jeg føler vi sitter på noe kunnskap gjerne, så kjenner jeg på, hvilken kunnskap har du? Men vi får aldri anledning til å ha den dialogen der» (FG1). Manglende informasjon fra barnevernet kunne bidra til fortsatt bekymring hos deltakerne. Ved fortsatt bekymring var deltakerne tydelige på at de alle var opptatt av å videreformidle denne bekymringen til barnevernet, ved å ta kontakt eller sende ny bekymringsmelding.

Helsesykepleier ønsker at barnevernet tar kontakt etter mottatt bekymringsmelding  
Deltakerne hadde et ønske om at barnevernet skulle ta kontakt og ha en dialog rundt familien og bekymringsmeldingen. De ønsket en bedre dialog, for å ha muligheten til å sammen kunne undre seg rundt familien sin omsorgssituasjon. Deltakerne uttrykte en frustrasjon over at det ikke var selvsagt at helsesykepleieren fikk informasjon etter sendt bekymringsmelding, og dette kunne gi en følelse av usikkerhet og utilstrekkelighet i oppfølgingen. En deltaker fortalte:

*Vi sender en bekymring og får en bekreftelse på at bekymringen er mottatt. Og så er det stilt. Så kommer gjerne mor da, nei saken er henlagt. Okay [pause]. Har det blitt bedre? Hva har skjedd? Altså, så vet vi liksom ikke. Da føler jeg meg ordentlig, liksom nesten litt sånn dum (FG1).*

Samarbeidet fungerte dårlig når barnevernet ikke gav respons etter mottatt bekymringsmelding. Flere av deltakerne gav uttrykk for at barnevernet godt kunne ha tatt kontakt med helsesykepleieren selv, og tatt initiativ til samarbeid, og flere av deltakerne hadde en forventning om dette på bakgrunn av de opplysninger de hadde sendt. En deltaker fortalte: «så undrer jeg meg om at ikke veileder og ingen har ringt meg, det hadde jeg forventet faktisk, at de hadde tatt kontakt med bakgrunn på de opplysninger jeg har gitt» (FG3).

### ***Kollegialt samarbeid for å hjelpe familien***

Tre subtemaer var fremtredende: Å samkjøre råd og oppfølging ved godt samarbeid, et godt samarbeid er viktig for barnets beste og støtte fra kollega og leder.

#### Samkjøre råd og oppfølging ved godt samarbeid

Deltakerne i studien understrekte at de ønsket et tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern for å samkjøre oppfølgingen rundt familien. Ved et godt samarbeid ville helsesykepleieren hatt oversikt over hvilke tiltak barnevernet hadde inn i familien, og oversikt over hvilken veiledning barnevernet gav. Deltakerne hadde en oppfatning om at oppfølgingen hadde blitt mer samstemt, og at ressursene hadde blitt utnyttet bedre ved et godt samarbeid. En deltaker i studien beskrev det slik:

*Slik at jeg og vet, når mor kommer på helsestasjonen og forteller at barnet ikke sover eller spiser så godt eller ikke sitter med bordet under måltidet, så vet jeg hva «Karianne» i barnevernet hjelper mor med, sånn da skal ikke jeg gi helt andre råd, da kan vi samkjøre oss. Det er viktig (FG2).*

For å kunne samkjøre råd og oppfølging, var det nødvendig med en bedre dialog med barnevernet, for å sammen kunne skape en felles forståelse i oppfølgingen. Deltakerne hadde et ønske om å koordinere oppfølgingen sammen med barnevernet, slik at avtaler ble fordelt på ulike tidspunkt. Et bedre samarbeid kunne bidratt til å gjøre hjelpen vi gir bedre, og gitt en mer ryddig oppfølging rundt familien. Slik en deltaker sa: «vi kan gjøre hverandre gode, og vi kan utnytte ressursene bedre» (FG2).

#### Et godt samarbeid er viktig for barnets beste

Hensynet til barnets beste var grunnleggende for deltakerne i studien. De hadde en oppfatning om at både helsesykepleiere og barnevernsansatte jobber for barnets beste, og for at barnet skal ha en fin utvikling og gode oppvekstsvilkår. Deltakerne hadde en opplevelse av at et tverrprofesjonelt samarbeid var viktig for barnets beste, og for en bedre ivaretagelse av hele familien. Et samarbeid bestod av samarbeidsmøter sammen med familien, felles konsultasjoner på helsestasjonen, felles hjemmebesøk og ytterligere informasjonsdeling over telefon. Felles møteplasser hvor barnevernet og helsesykepleieren kunne dele hva de arbeidet med og hvor de veiledet var viktig, og at de sammen kunne legge en plan for videre oppfølging. Deltakerne uttrykte at foreldrene var en viktig del av samarbeidet. Ved en god informasjonsutveksling hadde helsesykepleier en opplevelse av at begge instansene klarte å gjøre en bedre jobb for barnet og familien. Deltakerne gav uttrykk for at det er viktig med jevnlig og fysiske treffpunkt for å få til et godt samarbeid.

### Støtte fra kollega og leder

Flere av deltakerne i studien hadde en opplevelse av at det var tøft for helsesykepleieren å veilede og følge opp familier med omsorgssvikt. De opplevde å jobbe mye alene, og deltakerne gav derfor uttrykk for at det var viktig med støtte og veiledning fra kollegaer og leder. De ønsket å få støtte, i tillegg til råd og veiledning i de tøffe sakene de jobbet med. Noen av deltakerne løftet frem at det å snakke positivt om barnevernet med kollegaer, kunne bidra til bedre samarbeid med barnevern.

### ***Relasjonsbygging mellom profesjonene***

To subtemaer ble formulert: Helsesykepleier ønsker en bedre relasjon til de ansatte i barnevernet og de opplever at samarbeidet er personavhengig.

### Helsesykepleier ønsker en bedre relasjon til de ansatte i barnevernet

Deltakerne mente at det å være synlige for hverandre og ha felles møteplasser kunne vært positivt for samarbeidet. Flere møteplasser kunne bidra til en bedre relasjon mellom de ansatte på helsestasjonen og i barnevernet. En deltaker sa: «*tverrfaglig samarbeid krever at vi treffes*» (FG2). For å skape en bedre relasjon mente deltakerne at hospitering, deltakelse på hverandres fagmøter og det å ha kurs sammen var gode tiltak. Deltakerne ønsket å ha møtepunkter for å kunne diskutere saker og snakke sammen om arbeidet. Flere deltakere hadde erfaring med hospitering. Dette bidro til kunnskap om barnevernets arbeid, i tillegg til relasjonsbygging. Andre deltakere hadde erfaring med at barnevernet deltok på fagmøter årlig. Deltakerne uttrykte at det var lettere å ta kontakt med saksbehandler de hadde kjennskap til. En deltaker fortalte: «*det er lettere å ringe til «Kari» som du har truffet før, enn å bare ringe til et navn på et skjema som du aldri har truffet*» (FG2).

Noen av deltakerne som jobbet i en mindre kommune, hadde en opplevelse av at det de siste årene hadde blitt bedre klima for samarbeid, og hadde mer positive erfaringer med samarbeid enn de deltakerne fra større kommuner.

### Helsesykepleier opplever at samarbeidet er personavhengig

Flere av deltakerne gav uttrykk for at samarbeidet var personavhengig, og at samarbeidet var avhengig av hvilken saksbehandler som hadde saken i barnevernet. En deltaker sa: «*det er ikke i deres rutiner å ta kontakt, det er personavhengig*» (FG2). Deltakerne hadde erfaring med at det var lettere for saksbehandleren og helsesykepleieren, å ta kontakt med motsatt profesjon ved tidligere kjennskap til hverandre.

## **Diskusjon**

Funn viser at helsesykepleierne opplevde flere utfordringer med tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern, ved oppfølging av omsorgssvikt på helsestasjon. God

kommunikasjon og kartlegging gjennom foreldrene var utgangspunktet for samarbeid med barnevernet. Deltakerne hadde en opplevelse av å få mest informasjon om barnevernets hjelp gjennom familien. Lite informasjon og manglende samarbeid med barnevernet førte til usikkerhet i videre oppfølging. Deltakerne hadde et ønske om å få til et bedre samarbeid, hvor oppfølging og råd kunne samkjøres, og videre bidra til en bedre oppfølging og hjelp for hele familien.

Deltakende helsesykepleiere gav uttrykk for at foreldrene var sentrale i samarbeidet med barnevernet, og det var viktig å ha en åpen og ærlig kommunikasjon med dem. Dette støttes av studien til Dahlbo et al. (2017) som fant at helsesykepleierne var opptatt av barnet, samtidig som de ønsket å støtte hele familien. En åpen og ærlig kommunikasjon var essensielt for å etablere en tillit mellom helsesykepleieren og foreldrene. Deltakerne refererte oftest til samarbeid med mor, og de henvendte seg fortrinnsvis til mor ved samarbeid med barnevern. Høgmo et al. (2023) fant i sin studie at både mor og far hadde en opplevelse av at helsestasjonen i sin generelle oppfølging hadde mest fokus, og gav mest støtte, til mor og barn. Foreldrene gav uttrykk for et behov og et ønske om et mer familie-sentrert fokus i oppfølgingen. Barnet vil kunne dra nytte av en familie-sentrert-tilnærming i oppfølgingen av omsorgssvikt (Dahlbo et al., 2017). For å ta kontakt med barnevernet trenger helsesykepleieren samtykke fra foreldrene (Glavin & Erdal, 2018, s. 191). Deltakerne opplevde at det var en grei inngangsvinkel til samarbeid med barnevernet, ved å innhente samtykke fra foreldrene til å ta kontakt med barnevernet.

Flere av deltakerne gav uttrykk for frustrasjoner rundt samarbeidet, og opplevde å få mest informasjon om barnevernets oppfølging gjennom familien. De opplevde at det oftest var de som måtte ta initiativ til samarbeid, og lite informasjon fra barnevernet skapte usikkerhet rundt videre oppfølging. Deltakernes erfaringer tyder på at det ikke finnes noen rutine eller avklaring på hvordan helsesykepleieren skal samarbeide med barnevernet ved omsorgssvikt. Manglende lokale retningslinjer fører til usikkerhet i samhandlingen og fragmentert oppgavefordeling (Vik, 2018). Marcellus et al. (2022) fant i sin studie at helsesykepleierne ofte følte at de måtte dele all informasjon om familien til barnevernet, men at de fikk lite informasjon tilbake. Deling av informasjon til hverandre i saker man står i sammen, er avgjørende for å kunne utvikle et godt samarbeid og for å kunne gjøre en god jobb (Winsvold, 2011, s. 104). Informasjon henger sammen med respekt. Det er ikke nok å bare få skriftlig informasjon om at det er satt i gang tiltak, det ønskes mer inngående og kontinuerlig informasjon (Winsvold, 2011, s. 104). Dette ble flere ganger uttrykt hos deltakerne. De hadde en opplevelse av å ikke få tilstrekkelig informasjon, spesielt i undersøkelsesfasen og der samarbeid ikke var opprettet. Dahl og Crawford (2018) fant i sin studie at helsesykepleiere kunne føle seg oversett og ikke inkludert i samarbeidet med barnevernet på grunn av manglende informasjon. Deling av informasjon skaper tillit (Winsvold, 2011, s. 104).

Forskning viser at gjensidig tillit, respekt og åpen kommunikasjon er sentralt i et samarbeid (Clancy et al., 2013; Petri, 2010). Gjennom dialog og forhandlinger danner de ulike forståelsesrammene en gjensidighetskunnskap, som medfører at profesjonene oppnår et relasjonelt samarbeid med nærhet og sammenkobling (Vik, 2018). Det er viktig å ha tillit til den andre profesjonens kompetanse i et tverrprofesjonelt samarbeid (Clancy et al., 2013). Noen av deltakerne gav uttrykk for at dårlig samarbeid og lite informasjonsutveksling skapte usikkerhet rundt kompetansen til de barnevernsansatte. Mistillit og manglende forståelse for den andre profesjonens perspektiver hindrer samarbeid (Green et al., 2008). Midtsund et al. (2023) fant også i sin studie at helsesykepleierne ble usikre og stilte spørsmål ved barnevernets vurdering og avgjørelse når saker bare ble henlagt uten videre forklaring. Ved fragmentert oppgavefordeling er det manglende forståelse for hverandres profesjoner, og hver profesjon yter hjelp til familien med utgangspunkt i egen forståelse. Deling av informasjon mellom de ulike profesjonene er viktig for å oppnå en gjensidighetskunnskap i samarbeidet (Vik, 2018). Når manglende informasjon fører til usikkerhet i oppfølgingen og mistillit til barnevernsansattes kompetanse, kan en undre seg rundt hvorfor ikke helsesykepleierne i større grad etablerer en kontakt og initierer til samarbeid med barnevernet. For å legge grunnlaget for et relasjonelt samarbeid, må helsesykepleiere og barnevernsansatte skape en relasjon, og bevisstgjøres om hverandres forståelser, mål og organisatoriske forhold gjennom felles møteplasser (Vik, 2018).

Ved godt samarbeid hadde deltakerne et ønske om at råd og oppfølging skulle samkjøres. Gjennom tverrfaglige møter kan de ulike samarbeidspartnere sammen med familien legge en handlingsplan og gjøre en ansvarfordeling for den videre oppfølgingen (Glavin & Erdal, 2018, s. 77). Flere av deltakerne hadde erfaring med god dialog og deling av informasjon over telefon, for å på denne måten få informasjon om barnevernets veiledning. Ved informasjonsutveksling blir ikke familien inkludert i samarbeidet, og det er et samarbeid om familien, og ikke et samarbeid med familien. Et ansvarsgruppemøte sammen med familien, inkluderer familien i større grad i samarbeidet. Familien er en viktig del av det tverrprofesjonelle samarbeidet (Glavin & Erdal, 2018, s. 23). Willumsen og Severinsson (2005) fant at det var viktig å anerkjenne og inkludere familien i samarbeidet med barnevernet. Felles møteplasser, ansvarsgruppemøter og felles konsultasjoner sammen med familien, bidrar til et bedre samarbeid sammen med familien. Et ansvarsgruppemøte hvor familien får møte de fagfolkene som er mest sentrale i oppfølgingen av barnet, er viktig i en tverrprofesjonell oppfølging (Killén, 2021b, s. 172). For å få til et relasjonelt samarbeid med barnevernet er det viktig med forståelse og kunnskaper om den motsatte profesjonens arbeid (Vik, 2018). Det kan på denne måten være en nøkkel til bedre samarbeid, at begge profesjonene har innsikt i hverandres arbeidsoppgaver. Et fokus på at de begge jobber for barnets beste, men på forskjellige måter, kan bidra til et bedre utgangspunkt for samarbeidet. Gjennom samarbeidsmøter kan en oppnå et relasjonelt samarbeid

mellom helsesykepleier, foreldre og barnevern, ved at det oppnås en enighet om hva som skal ligge til grunn for samarbeidet (Vik, 2018).

Deltakerne hadde en opplevelse av at det var enklere å ta kontakt og opprette et samarbeid ved tidligere kjennskap til saksbehandleren i barnevernet. Vellykket samarbeid krever ansikt-til-ansikt-relasjoner. Møteplasser som bidrar til bedre relasjoner og gjensidighetskunnskap, legger grunnlaget for et relasjonelt samarbeid (Vik, 2018). Geografiske avstander mellom profesjonene kan påvirke samarbeidet. Deltakerne som var fra en mindre kommune hadde bedre erfaring med samarbeid, og hadde en opplevelse av at det de siste årene hadde blitt en bedring i tverrprofesjonelt samarbeid med barnevernet. Noen av deltakerne i studien til Marcellus et al. (2022) hadde lignende erfaringer. De som jobbet i et mindre lokalsamfunn rapporterte om tilfeller med mer effektivt samarbeid, der de sammen med barnevernet hjalp familien. Midtsund et al. (2023) fant i sin studie at helsesykepleiere fra mindre kommuner hadde flere positive erfaringer med samarbeid, da møteplassene var organisert, og de geografiske avstandene mindre. Organiseringen i kommunen påvirker samarbeidet. Kommunen må legge til rette for samarbeid, og ha lokale retningslinjer for tverrprofesjonelt samarbeid, slik at tjenestene ikke er basert på tilfeldigheter (Killén, 2021b, s. 170). Helsesykepleiere ønsker bedre retningslinjer og verktøy i oppfølgingen av omsorgssvikt (Midtsund et al., 2023). Manglende lokale retningslinjer fører til usikkerhet i samhandlingen og fragmentert samarbeid. Bedre retningslinjer for samarbeid, og møteplasser for relasjonsbygging, kan bidra til likeverdighetstankegang og respekt, og legge grunnlaget for et relasjonelt samarbeid (Vik, 2018).

### ***Styrker og svakheter***

Tre fokusgrupper med bruk av en vignett, som ble utviklet for studien og prøvd ut på forhånd, gav rike data og god innsikt i helsesykepleiernes erfaringer med tverrprofesjonelt samarbeid ved omsorgssvikt. Vignetten bidro til å få frem gode gruppediskusjoner. Ved å inkludere 16 forskjellige helsesykepleiere fra 8 ulike helsestasjoner, med både lang og kort erfaring, gav dette god bredde i datamaterialet. Det er fra tidligere lite forskning om tverrprofesjonelt samarbeid, og studien bidrar med ny kunnskap i norsk kontekst. Det ble gjort avgrensninger i studien for å få innsikt i helsesykepleier-perspektivet. Studien gir liten innsikt i hvordan barnevernsansatte erfarer det tverrprofesjonelle samarbeidet med helsesykepleiere. Det er viktig med fortsatt forskning på barnevern og foreldreperspektiv om samarbeid ved omsorgssvikt, og videre oppfølgende studier med utvikling av samarbeidsmodell.

### ***Implikasjoner***

Bedre retningslinjer for både helsesykepleier og barnevernsansatte, i tillegg til mer organiserte møteplasser kunne ha vært gode tiltak for å bedre samarbeidet. Ledere bør tilrettelegge for et tverrprofesjonelt samarbeid, ved å invitere til samarbeid ved

deltakelse på hverandres fagmøter, felles kurs og hospitering. Organiseringen påvirker samarbeidet, og en bedre relasjon til de ansatte i motsatt profesjon, bidrar til å legge grunnlaget for et bedre samarbeid.

## Konklusjon

Studien viser at helsesykepleierne erfarer tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern ved oppfølging av omsorgssvikt som utfordrende. Helsesykepleierne opplever å få mest informasjon om barnevernets oppfølging gjennom familien, og har et ønske om at barnevernet i større grad skal initiere til samarbeid rundt barnet. Manglende samarbeid og tilbakemelding fra barnevernet fører til frustrasjon og usikkerhet i oppfølgingen av familien. Helsesykepleierne ønsker bedre og tettere samarbeid, hvor profesjonene har bedre kjennskap til hverandres arbeid, og bedre relasjoner på tvers av profesjonene. Helsesykepleierne ønsker et bedre samarbeid da de har en opplevelse av at dette ville bidratt til en mer helhetlig oppfølging, som er til barnet og familiens beste. Ved å ha et samarbeid kan råd og oppfølging samkjøres, og familien vil få en opplevelse av at det er et team rundt dem, som vil dem vel. En tydeligere avklaring av de ulike rollene og ansvaret den enkelte har inn i samarbeidet, både helsesykepleieren og barnevernet, er viktig for å etablere en felles forståelse i samarbeidet rundt familien. Det er nødvendig med mer forskning rundt samarbeid med barnevern, men og samarbeid med flere andre aktører som barnehage og skole.

## Litteratur

- Barnevernsloven. (2021). *Lov om barnevern (LOV-2021-06-18-97)*. Lovdata.  
<https://lovdata.no/lov/2021-06-18-97>
- Bellis, M. A., Wood, S., Hughes, K., Quigg, Z., & Butler, N. (2023). *Tackling adverse childhood experiences (ACEs)—State of the art and options for action*. World Health Organization.  
<https://phwwhocc.co.uk/wp-content/uploads/2023/03/2023-01-state-of-the-art-report-eng.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101.  
<https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022a). Conceptual and design thinking for thematic analysis. *Qualitative Psychology*, 9(1), 3–26.  
<https://doi.org/10.1037/qup0000196>
- Braun, V., & Clarke, V. (2022b). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE publications.
- Brekke, Å. (2016). Profesjonsbygging og avtalt samarbeid. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 53–78). Universitetsforlaget.
- Clancy, A., Gressnes, T., & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A

- questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 659–668. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2012.01079.x>
- Dahl, B. M., & Almås, S. H. (2020). Tverrprofesjonelt samarbeid. I B. M. Dahl (Red.), *Helsesykepleie: En grunnbok* (s. 193–209). Fagbokforlaget.
- Dahl, B. M., & Crawford, P. (2018). Perceptions of experiences with interprofessional collaboration in public health nursing: A qualitative analysis. *Journal of Interprofessional Care*, 32(2), 178–184. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1386164>
- Dahlbo, M., Jakobsson, L., & Lundqvist, P. (2017). Keeping the child in focus while supporting the family: Swedish child healthcare nurses experiences of encountering families where child maltreatment is present or suspected. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 103–111. <https://doi.org/10.1177/1367493516686200>
- De nasjonale forskningsetiske komiteene. (2010, 15. januar). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/med-helse/vurdering-av-kvalitative-forskningsprosjekt-innen-medisin-og-helsefag/>
- Glavin, K., & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis—Til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforlaget.
- Green, B. L., Rockhill, A., & Burrus, S. (2008). The role of interagency collaboration for substance-abusing families involved with child welfare. *Child Welfare*, 87(1), 29–61. <https://www.proquest.com/docview/213803948/abstract/FF75042A2BA44007PQ/1>
- Helsedirektoratet. (2023, 27. februar). *Fellesdel: Samhandling og samarbeid—Barnevernet: helsestasjon, skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom skal ha et systematisk samarbeid med barnevernet*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/fellesdel-samhandling-og-samarbeid#barnevernet-helsestasjon-skolehelsetjenesten-og-helsestasjon-for-ungdom-skal-ha-et-systematisk-samarbeid-med-barnevernet>
- Helsedirektoratet. (2019, 11. november). *Helsestasjon 0-5 år—Vold, overgrep og omsorgssvikt: Helsestasjonen skal bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar#vold-overgrep-og-omsorgssvikt-helsestasjonen-skal-bidra-til-a-avverge-og-avdekke-vold-overgrep-og-omsorgssvikt-begrunnelse>
- Helseforskningsloven. (2009). *Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (LOV-2008-06-20-44)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2008-06-20-44>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64)*. Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-64>
- Hughes, R., & Huby, M. (2002). The application of vignettes in social nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 37(4), 382–386. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02100.x>



- Høgmo, B. K., Bondas, T., & Alstveit, M. (2023). Parents' experiences with public health nursing during the postnatal period: A reflective lifeworld research study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 37(2), 373-383. <https://doi.org/10.1111/scs.13117>
- Jack, S. M., Gonzalez, A., Marcellus, L., Tonmyr, L., Varcoe, C., Van Borek, N., Sheehan, D., MacKinnon, K., Campbell, K., Catherine, N., Kurtz Landy, C., MacMillan, H. L., & Waddell, C. (2021). Public health nurses' professional practices to prevent, recognize, and respond to suspected child maltreatment in home visiting: An interpretive descriptive study. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 1–15. <https://doi.org/10.1177/2333393621993450>
- Killén, K. (2021a). *Sveket 1: Risiko og omsorgssvikt—Et helseproblem* (6. utg.). Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2021b). *Undersøkelser til utsatte barns beste: Tverrfaglig kompetanse og samarbeid*. Kommuneforlaget.
- Kitzinger, J. (1995). Qualitative research: Introducing focus groups. *British Medical Journal*, 311, 299–302. <https://doi.org/10.1136/bmj.311.7000.299>
- Marcellus, L., Tonmyr, L., Jack, S. M., Gonzalez, A., Sheenan, D., Varcoe, C., Kurtz Landy, C., Campbell, K., Catherine, N., MacMillan, H., & Waddell, C. (2022). Public health nurses' perceptions of their interactions with child protection services when supporting socioeconomically disadvantaged young mothers in British Columbia, Canada. *Child Abuse & Neglect*, 124, 105426. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105426>
- Midtsund, A. D., Garnweidner-Holme, L., Valla, L., Lukasse, M., & Henriksen, L. (2023). A qualitative study of public health nurses' experiences detecting and preventing child maltreatment in primary care setting. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 4660-4671. <https://doi.org/10.1111/jan.15761>
- NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik*. Barne- og likestillingsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>
- Petri, L. (2010). Concept analysis of interdisciplinary collaboration. *Nursing Forum*, 45(2), 73–82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2010.00167.x>
- Sikt. (u.å.). *Sjekkliste for utfylling av meldeskjema*. Hentet 23. april 2023, fra <https://sikt.no/sjekkliste-innsending-av-meldeskjema>
- Tung, G. J., Williams, V. N., Ayele, R., Shimasaki, S., & Olds, D. (2019). Characteristics of effective collaboration: A study of nurse-family partnership and child welfare. *Child Abuse & Neglect*, 95, 104028. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104028>
- Universitetet i Oslo. (u.å.). *Nettskjema*. Nettskjema. Hentet 27. mars 2023, fra <https://nettskjema.no>
- Vik, E. (2018). Helseprofesjoners samhandling—En litteraturstudie. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(2), 119–147. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2018-02-03>
- Willumsen, E. (2016). Tverrprofesjonelt samarbeid i utdanning og praksis i helse- og velferdssektoren. I E. Willumsen & A. Ødegård (Red.),

- Tverrprofesjonelt samarbeid: Et samfunnsoppdrag* (2. utg., s. 33–52). Universitetsforlaget.
- Willumsen, E., & Hallberg, L. (2003). Interprofessional collaboration with young people in residential care: Some professional perspectives. *Journal of Interprofessional Care*, 17(4), 389–400.  
<https://doi.org/10.1080/13561820310001608212>
- Willumsen, E., & Severinsson, E. (2005). Parents' collaboration and participation in a residential child care setting. *International Journal of Child & Family Welfare*, 8(1), 19–31. <https://ugp.rug.nl/IJCFW/article/view/37718/35308>
- Winsvold, A. (2011). *Sammen for barn og unge – bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge (NOVA Rapport 18/2011)*. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.  
<https://kudos.dfo.no/dokument/evaluering-av-prosjektet-sammen-for-barn-og-unge-bedre-samordning-av-tjenester-til-utsatte-barn-og-unge?evalueringportalen=1>
- Åstedt-Kurki, P., & Kaunonen, M. (2018). Ethics in nursing research and research publications. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 449–450.  
<https://doi.org/10.1111/scs.12593>