

Maria Vatne

"Når noe ikke stemmer"

En kvalitativ studie av hvordan helsepersonell på barneavdelinger erfarer situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn.

Masteroppgave i Psykisk helse. Barn og unges psykiske helse og barnevern

Veileder: Torunn Hatlen Nøst

Medveileder: Elisabeth Valmyr Bania

Mai 2021

Maria Vatne

"Når noe ikke stemmer"

En kvalitativ studie av hvordan helsepersonell på barneavdelinger erfarer situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn.

Masteroppgave i Psykisk helse. Barn og unges psykiske helse og barnevern

Veileder: Torunn Hatlen Nøst

Medveileder: Elisabeth Valmyr Bania

Mai 2021

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap

Institutt for psykisk helse



Kunnskap for en bedre verden

Sammendrag

Bakgrunn: Vold og overgrep mot barn er et alvorlig samfunnsproblem, som har store konsekvenser for barn og unges psykiske helse. Helsepersonell på barneavdelinger på sykehus har en viktig rolle og posisjon i å avdekke barnemishandling. Det er imidlertid lite forskning i norsk sammenheng om helsepersonell på barneavdelinger sine erfaringer i situasjoner der de får mistanke om vold og overgrep mot barn.

Hensikt og problemstilling: Hensikten med studien er å få kunnskap om og forståelse av hvordan helsepersonell på barneavdelinger erfarer situasjoner der de får en mistanke om vold og overgrep mot barn. Problemstillingen er: «Hvordan erfarer helsepersonell på barneavdelinger situasjoner hvor de får mistanke om vold og overgrep mot barn?»

Metode: Dette er en kvalitativ studie basert på 10 individuelle semistrukturerte intervju med tre leger og syv sykepleiere på barneavdelinger på sykehus geografisk spredt i Norge.

Resultat: Informantene i denne studien opplevde mistanke om vold og overgrep mot barn som komplekse situasjoner. Kompleksiteten var knyttet til en rekke dilemmaer, ofte forbundet med å bli berørt, koblet til en magefølelse av at det var noe som ikke stemte, og en frykt for å ta feil, samtidig med en sterk ansvarsfølelse. Situasjonene innebar en betydelig opplevelse av usikkerhet og emosjonelle reaksjoner, hvor det ble etterspurt støtte. Informantene kunne oppleve samarbeid med andre tjenester som utfordrende. Funnene ble kategorisert i hovedtemaene: «Når noe ikke stemmer», «Balanse mellom å bli personlig berørt og være profesjonell» og «Opplevelser rundt samarbeid med ulike profesjoner og etater».

Konklusjon: Denne studien om helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i norsk kontekst viser at en mistanke om barnemishandling kan erfares som en magefølelse, som kan relateres til helsepersonells tause kunnskap. Fordi denne tause kunnskapen alene innebærer en risiko for å ta feil, må mistanken være faglig forankret og knyttet til noe konkret. Samtaler, felles refleksjon og debriefing med kollegaer er viktig i disse situasjonene. Helsepersonell på barneavdelinger har behov for informasjonsdeling med andre, i og utenfor sykehuset, under og i etterkant av situasjonene. De ønsker mer og bedre samarbeid med andre instanser, som barneverntjenesten.

Studien kan ha implikasjoner for praksis knyttet til behovet for samtaler som mulighet for debriefing og for å gjøre taus kunnskap mer eksplisitt. Den gir kunnskap om nødvendigheten av felles møteplasser for samarbeid og kunnskapsutveksling mellom tjenester, innenfor juridiske rammebetingelser. Mer kvalitativ forskning kan gi ytterligere kunnskap om helsepersonell på barneavdelinger sine emosjonelle og psykologiske erfaringer og hvordan involverte tjenester kan forbedre samarbeid i situasjoner med mistanke om barnemishandling.

Nøkkelord: barns psykiske helse, barnemishandling, helsepersonell, barneavdeling

Abstract

Background: Child maltreatment is a serious problem for the society, and has severe negative consequences for children's mental health. Healthcare professionals in hospital pediatric wards have an important role and position to identify child abuse. However, healthcare professionals' experiences in Norwegian hospital pediatric wards in situations where they get a suspicion of child maltreatment, is relatively unexplored.

Purpose: The purpose of this study is to investigate how healthcare professionals working at pediatric wards experience situations with suspicion of child abuse. The research question for this study is: "How do healthcare professionals in pediatric wards experience situation where they get a suspicion of child maltreatment?"

Method: This is a qualitative study based on 10 semistructured interviews with three physicians and seven nurses in Norwegian hospital pediatric wards.

Results: The informants in this study experienced suspicion of child maltreatment as complex situations. The complexity was related to numerous dilemmas, often connected to being emotionally touched, a gut feeling that something is not right, and a fear of making mistakes, a long with a strong feeling of responsibility. The situations included considerable uncertainty and emotional reactions, where support was requested. The informants could experience interdisciplinary collaboration as challenging in these cases. The findings were categorized into three main themes: "When something does not seem right", "Balance between being personally touched and being professional", and "Experiences related to collaboration with different professions and agencies".

Conclusion: This study about healthcare professionals in secondary care in a Norwegian context shows that a suspicion of child abuse may be experienced as a gut feeling, which can be related to healthcare professionals' tacit knowledge. Because tacit knowledge alone includes a risk of being wrong, the suspicion must be rooted in professional knowledge and connected to something specific. Conversations, joint reflection and debriefing with colleagues are important in these situations. Healthcare professionals at pediatric wards need to share information with others, within and outside the hospital, during and after these situations. They wish for more and better collaboration with other services, like child protective services.

This study may have implications for practice related to the need for conversations as a possibility of debriefing and for making tacit knowledge more explicit. It enlightens the necessity of joint meeting places for collaboration and exchange of knowledge between services, within juristic framework. Further qualitative research may give more knowledge about healthcare professionals at pediatric wards' emotional and psychological experiences and how the services involved can improve collaboration in situations with suspicion of child maltreatment.

Keywords: child mental health, child maltreatment, healthcare professionals, pediatric ward

Forord

Arbeidet med denne masteroppgaven har vært krevende, men samtidig svært engasjerende og lærerikt. Prosessen har vært full av bølgedaler og det er en spesiell opplevelse å nå kunne ende dette arbeidet. I den forbindelse er det mange jeg vil takke.

Takk til informantene som delte sine erfaringer og historier om et viktig, men sensitivt tema. Jeg har blitt imponert og beveget av å høre på dere. Takk for at dere belyste temaet og delte det med meg, fra deres perspektiv.

Takk til min familie, som har holdt ut med at jeg tidvis har vært svært opptatt og «inne i bobla». Dere har støttet og hatt tro på meg gjennom hele prosessen. Takk til min mann Micke og til mine barn for å være tålmodige, når «mamma har hatt nesa nedi datamaskina». Takk til mamma for støtte, oppmuntrende ord, gode råd og deling av din rike erfaring og kunnskap. Takk til pappa for dine bidrag og støtte på alle mulige vis.

Takk til mine kollegaer på senteret, som gjør min arbeidsdag så god.

Takk til mine veiledere Torunn Hatlen Nøst og Elisabeth Valmyr Bania for god veiledning, og for at dere utfordret meg og viste meg retning på veien. Takk for at dere har vært så tilgjengelige og for å dele deres kunnskap, som har kommet denne oppgaven til nytte.

Molde, 07.05.2021

Maria Vatne

Innhold

Tabeller	xi
1 Introduksjon	1
1.1 Innledning.....	1
1.1.1 Bakgrunn for valg av tema	2
1.2 Studiens teoretiske kunnskapsgrunnlag og relevant forskning	2
1.2.1 Definisjoner av vold, overgrep og mishandling	2
1.2.2 Forekomst.....	3
1.2.3 Konsekvenser av vold og overgrep for barns psykiske helse	4
1.2.4 Barneavdelinger som kontekst.....	5
1.2.5 Risikofaktorer og tegn på vold og overgrep.....	6
1.2.6 Juridisk rammeverk	6
1.2.7 Helsepersonells erfaringer med barnemishandlingssaker	8
1.3 Studiens formål og problemstilling.....	9
2 Metode	10
2.1 Design	10
2.2 Vitenskapsteoretisk ståsted	10
2.3 Rekruttering og informanter	11
2.4 Datasamling	11
2.5 Analyse.....	11
2.6 Forskningsetiske overveielser	13
3 Resultat.....	15
3.1 Når noe ikke stemmer.....	16
3.1.1 «Altså, man kan jo ta feil!»	16
3.1.2 Å måtte ta flere ulike hensyn	18
3.2 Balanse mellom å bli personlig berørt og å være profesjonell	18
3.2.1 «Det river i hjertet».....	18
3.2.2 Vansker med å forholde seg til familiens reaksjoner	19
3.3 Opplevelser rundt samarbeid med ulike profesjoner og etater	20
3.3.1 Samarbeid og støtte fra kollegaer.....	20
3.3.2 «Vi sitter på hvert vårt nes»	21
4 Diskusjon.....	23
4.1 Metodediskusjon	23
4.1.1 Refleksivitet	23
4.1.2 Design	23
4.1.3 Generaliserbarhet.....	24

4.1.4	Datasamling	24
4.1.5	Analyse.....	25
4.2	Diskusjon av resultat	25
4.2.1	En magefølelse av at « <i>noe ikke stemmer</i> ».....	25
4.2.2	Samarbeid og behov for kollegastøtte	27
4.2.3	Behov for å dele informasjon på tvers av avdelinger og tjenester	28
4.2.4	Behov for å møtes	30
4.2.5	Emosjonelle reaksjoner og etiske dilemmaer	30
4.2.6	Behov for debrifing.....	32
5	Konklusjon	33
5.1	Implikasjoner for praksis og videre forskning	33
	Referanser.....	34
	Vedlegg	41

Tabeller

Tabell 1: Eksempel på transkripsjoner delt inn i meningsenheter	12
Tabell 2: Eksempel på fortolkning og sammenhengende sammenfattet fortolkning	13
Tabell 3: Beskrivelse av informantene	15

1 Introduksjon

1.1 Innledning

Vold og overgrep mot barn er beskrevet som et vesentlig offentlig helseproblem, som har alvorlige samfunnsmessige og samfunnsøkonomiske konsekvenser, samt konsekvenser for det enkelte barns utvikling og psykiske helse (Buckingham & Daniolos, 2013; Thoresen, Myhre, Wentzel-Larsen, Aakvaag & Hjemdal, 2015; Rueness et al., 2020). Omfang av vold og overgrep mot barn varierer, og internasjonale studier har vist at det er et utbredt globalt fenomen (Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink & Ijzendoorn, 2015; Thoresen et al., 2015). Det er derfor en svært viktig samfunnsoppgave å oppdage barn som er i risiko for, eller blir utsatt for vold og overgrep. På tross av dette fant Barnevoldsutvalget, etter å ha gjennomgått saker der barn hadde vært utsatt for vold og overgrep, svikt som innebar brudd på lover, forskrifter, retningslinjer og krav til forsvarlige tjenester, fra flere offentlige tjenester, herunder helsevesenet (NOU 2017:12).

Ansatte på barneavdelinger på sykehus møter barn som er i risiko for mishandling, eller som har symptomer og skader som følge av mishandling eller omsorgssvikt, og er derfor en viktig arena for å avdekke, utrede og dokumentere vold og overgrep mot barn (M. Myhre, Lindboe & Dyb, 2010). Helsepersonell på barneavdelinger har derfor en vesentlig rolle i å identifisere og melde barnemishandling (Svärd, 2017b).

Helsepersonell har avverge- og opplysningsplikt til politiet og melde- og opplysningsplikt til barnevernet, når de har grunn til å tro at et barn blir eller kommer til å bli utsatt for mishandling eller omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999). I en gjennomgang av 90 straffesaker der barn under fire år var blitt utsatt for alvorlig vold i Norge, fant Kripos (2019) at helsepersonell i 83 % av tilfellene der foreldrene tok barnet med til lege eller legevakt, varslet politiet om mistanke om at barnet var utsatt for vold. I over 70 % av tilfellene tok helsepersonell direkte kontakt med politiet for å varsle, mens de i 17 % av sakene varslet barnevernet. Av de totale bekymringsmeldinger til barnevernet i Norge i 2019, var 11, 2 % knyttet til vold i nære relasjoner, 5, 2 % til fysisk mishandling av barn, 2, 5 % til psykisk mishandling og 1, 6 % til seksuelle overgrep. I alt 7, 3 % av meldingene kom fra lege/sykehus/tannlege og 71 % av disse gikk videre til undersøkelse (Bufdir, 2021). Det at rundt 7 % av bekymringsmeldingene kom fra leger, tannleger og sykehus, kan ansees som lite sett i forhold til antall barn som er i kontakt med disse tjenestene. Det kan settes i sammenheng med at helsepersonell melder for sjeldent til barnevernet (Homlong, Fredheim & Knudsen, 2019). En studie blant helsepersonell ved svenske barnesykehus viste at halvparten av deltakerne i studien aldri hadde meldt en bekymringsmelding (Svärd, 2017b). Det er et gap mellom forekomst av vold mot barn og andel saker der fysisk mishandling er registrert som grunn til å sette i verk tiltak, og antall saker der helsevesenet har mistanke om mishandling (M. Myhre et al., 2010).

Samtidig som det er svært viktig å avdekke vold og overgrep mot barn, kan det også være krevende for helsepersonell å oppdage og håndtere situasjoner der de får en slik mistanke. Det kan være vanskelig for helsepersonell å vite hva som er årsaken til et barns skade, fordi det finnes få enkeltstående sikre tegn på at et barn har vært utsatt for vold (NOU 2017:12). Det kan være vanskelig å oppdage symptomer på traume, spesielt

hos små barn (Kvello, 2010). Noen av barna viser et bredt spekter av tegn, mens andre har ingen merkbare symptom (A. K. Myhre, 2016). Om ikke vold og overgrep mot barn oppdages, kan det få vesentlige konsekvenser, da risikoen er stor for at mishandlingen gjentas og eskalerer (M. Myhre et al., 2010). Flere studier har funnet at helsepersonell kan oppleve å være usikre i å identifisere vold og overgrep mot barn og å melde en mistanke til barnevernet (Ben Natan, Faour, Naamhah, Grinberg & Klein-Kremer, 2012; Eisbach & Driessnack, 2010). Svärd (2017b) trekker frem betydningen forskning på feltet. Dette eksemplifiseres med følelsenes påvirkning på helsepersonell ved en mistanke om barnemishandling, hvordan helsepersonell vurderer i slike situasjoner og hva som påvirker om helsepersonell melder eller ikke.

1.1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg er selv barnevernspedagog og arbeider med hjelpetiltak for familier der det er knyttet bekymring til barnets omsorgssituasjon. Min erfaring er at vold og overgrep mot barn er et krevende felt for tjenestene som er involvert. Jeg har lite erfaring med samarbeid med helsepersonell på barneavdelinger i denne sammenheng. Min interesse for hvordan situasjoner med mistanke om barnemishandling oppleves for andre tjenester, spesielt helsepersonell på barneavdelinger på sykehus, førte til at jeg ville gjennomføre denne studien.

1.2 Studiens teoretiske kunnskapsgrunnlag og relevant forskning

1.2.1 Definisjoner av vold, overgrep og mishandling

Betydningen av begrepene vold, overgrep og mishandling har over tid variert mellom ulike kulturer og kan i dag defineres på flere ulike måter (M. Myhre, Thoresen & Hjemdal, 2015). Verdens helseorganisasjon definerer vold slik:

The intentional use of physical force or power, threatened or actual, against oneself, another person or against a group or community, that either results in or has a high likelihood of resulting in injury, death, physiological harm, maldevelopment or deprivation. (Krug, Dahlberg, Mercy, Zwi & Lozano, 2002, s. 5)

Verdens helseorganisasjon inkluderer i begrepet vold alle former for fysisk, seksuell og psykologisk mishandling, samt fravær av handling, som fysisk og emosjonell neglekt (Krug et al., 2002). Dette samsvarer med det engelske paraplybegrepet «child maltreatment», som inkluderer fysiske, emosjonelle og seksuelle overgrep, omsorgssvikt og å bli eksponert for eller være vitne til vold i nære relasjoner. Det finnes ikke en tilsvarende god samlebetegnelse på norsk (A. K. Myhre, 2016).

Fysisk vold kan defineres ved at en person bruker fysisk makt som skaper smerte, skader, er skremmende og virker krenkende (Isdal, 2000). Eksempler er slag, spark, biting, risting (Kvello, 2010), brenning eller forgiftning (Øverlien, 2012).

Emosjonell/ psykisk mishandling skjer ved at voksne gjennom det de gjør og sier over lengre tid systematisk nedverdiger barnet og påfører barnet psykologisk skade (Øverlien, 2012). Det innebærer å skremme eller krenke barn på ikke direkte fysiske måter, eller å dominere med grunnlag i en bakenforliggende makt eller trussel (Isdal, 2000). Fysisk mishandling, seksuelle overgrep og neglekt vil alltid innebære elementer av psykisk mishandling (Paavilainen et al., 2002).

Neglekt/ omsorgssvikt kan defineres som å forsømme et barns ulike basale behov, slik at det utsettes for fysisk, eller psykisk fare eller skade (M. Myhre et al., 2010) og at barnet mangler adekvat tilsyn, medisinsk oppfølging og oppfølging av skolegang (Tingberg, Bredlöv & Ygge, 2008).

Materiell vold defineres som en persons handlinger mot ting eller gjenstander, som fremstår skremmende eller krenkende, for eksempel at barnet blir vitne til at voksne knuser/ ødelegger inventar (Isdal, 2000).

Munchausen by proxy, også kalt factitious illness by proxy (Kvello, 2010) er en spesielt alvorlig form for mishandling der omsorgspersoner, med hensikt og repeterende, overdriver, fabrikkerer og/ eller påfører barnet problem av fysisk og/ eller psykisk og/ eller atferdsmessig karakter, for at omsorgspersonen selv oppnår oppmerksomhet (Lasher & Sheridan, 2014).

Seksuelle overgrep er enhver seksuell handling en voksen gjør, eller tillater, mot et barn, som krenker barnets integritet (Kvello, 2010). Det inkluderer genital kontakt som stimulerer, samt annet uspesifisert overgrep eller misbruk av seksuell fysisk karakter (Stoltenborgh, van Ijzendoorn, Euser & Bakermans-Kranenburg, 2011) og å lede et barn til seksuell atferd som ikke er i samsvar med deres alder og utviklingsnivå (Paavilainen et al., 2002).

Barn som er vitne til vold i nære relasjoner opplever, ser og hører at en omsorgsperson utsettes for ulike former for vold av den andre omsorgspersonen. Disse barna har en høyere risiko for å bli utsatt for omsorgssvikt, mishandling og seksuelle overgrep og dermed opplevelser av multiple belastninger (Kvello, 2010; Øverlien, 2012).

Polyviktisering er et begrep som anvendes når barn er utsatt for flere typer krenkelser. Finkelhor, Ormrod og Turner (2006) definerer polyviktisering som at barn i løpet av det siste året har opplevd fire eller flere typer av belastninger innenfor enhver form for seksuelle, fysiske og materielle overgrep, mishandling, overgrep fra søsken eller jevnaldrende og å være vitne til overgrep.

Barnemishandling fremstår ofte i flere former og det er en overlapping mellom ulike typer vold og omsorgssvikt (Øverlien, 2012). Det å bli utsatt for en form for vold og overgrep, øker risikoen for at man også blir utsatt for andre typer krenkelser (Finkelhor et al., 2006).

I denne oppgaven brukes begrepene vold, overgrep og mishandling om hverandre, med samme betydning som det engelske «child maltreatment».

1.2.2 Forekomst

Vold og overgrep blir forstått ut fra en kulturell kontekst, noe som gjør det komplisert å sammenligne forekomst fra ulike land (Lillevik, 2016). Stoltenborgh et al. (2015) konkluderte i en sammenligning av internasjonale studier, at barnemishandling er et bredt, globalt fenomen. De fant at den estimerte globale prevalensraten for barnemishandling, representert ved selvrapporing, viste at 127 av 1000 var utsatt for seksuelle overgrep, 226 av 1000 for fysisk mishandling, 363 av 1000 for emosjonell mishandling, 163 av 1000 for neglekt og 184 av 1000 for emosjonell neglekt. I studier der det måles ett års prevalens av mishandling, ble det funnet at 4 av 1000 var utsatt for seksuelt misbruk og 3 av 1000 for fysisk og emosjonell mishandling.

I en undersøkelse fra Norge i 2019 rapporterte ca. 19 % av ungdom i alderen 12-16 år om at de hadde opplevd fysisk vold minst en gang i løpet av oppveksten (Hafstad &

Augusti, 2019). Det var 4 % som rapporterte om alvorlig fysisk vold. Ca. 20 % av ungdommene hadde opplevd psykisk vold. Når det gjaldt å være vitne til vold i nære relasjoner, hadde 17 % opplevd at mor hadde vært utsatt for fysisk eller psykisk vold, mens 13 % at far var utsatt. I alt 14 % rapporterte at de hadde erfart minst en type omsorgssvikt flere ganger. Det var 6 % som hadde opplevd seksuelle overgrep fra voksne minst en gang. Dobbelt så mange jenter som gutter hadde vært utsatt. Det var 1 av 5 ungdommer som hadde opplevd mer enn en form for vold (polyviktisering), og de som hadde opplevd en form for vold eller overgrep hadde i større grad opplevd flere former (Hafstad & Augusti, 2019). I en studie av den kliniske populasjonen i Norge av barn fra 12-18 år hadde 29 % vært utsatt for seksuelle overgrep, 28 % for neglekt og 34 % for fysisk mishandling (Reigstad, Jørgensen & Wichstrøm, 2006). Forekomst i den voksne populasjonen i Norge som har blitt utsatt for en form for seksuelle overgrep som barn, henholdsvis ca. 10 % jenter og 3-4 % gutter, er sammenlignbart med forekomst i andre europeiske land (Thoresen et al., 2015). Tall fra USA, viser et større omfang, der 27 % av jentene og 30 % av guttene rapporterte at de hadde opplevd fysisk mishandling som barn, mens 25 % av jentene og 16 % av guttene hadde opplevd seksuelle overgrep (Greger, Myhre, Lydersen & Jozefiak, 2015).

Kripos (2019) oppgir at 27 barn under 18 år ble drept i perioden 2010-2019. Av disse barna var 13 under 10 år. Det er trolig seks til syv barn i Norge som dør som følge av drap, mishandling og omsorgssvikt årlig, og spesielt spedbarn er utsatt for livstruende og dødelige skader (NOU 2017:12). Der mishandling har ført til død, har den ofte pågått over lang tid før dødsfallet (Paavilainen et al., 2002).

1.2.3 Konsekvenser av vold og overgrep for barns psykiske helse

Barns utvikling preges av deres erfaringer og er et resultat av et komplekst samspill mellom barnets biologiske egenskaper og miljømessige faktorer i et livsløpsperspektiv, der utviklingen følger ulike utviklingsbaner (Sameroff, 2004; Tetzchner, 2012). Utvikling av psykiske lidelser vil i dette perspektivet ha årsak i vedvarende feiljusteringer av transaksjoner mellom barnet og dets omsorgsmiljø (Smith, 2010). The Adverse Childhood Experiences-study (ACE-studien) rettet et viktig fokus på belastninger i barndommen og konsekvensene av dette for et barns utvikling, helse og fungering. Studien, som inkluderte over 17 000 voksne i USA, viste at det var en sammenheng mellom belastninger i barndommen i form av emosjonelle, fysiske eller seksuelle overgrep, samt dysfunksjon i hjemmet og risikabel helseatferd og fysisk og psykisk sykdom hos voksne. Det var også en sammenheng mellom antall kategorier av eksponering og de enkelte deltakernes helse (Anda et al., 2006; Felitti et al., 1998).

Vold og overgrepserfaringer kan ha innvirkning på barns nevrobiologiske, emosjonelle, sosiale og kognitive utvikling (Cowell, Cicchetti, Rogosch & Toth, 2015) og kan på bakgrunn av hjernens plastisitet føre til endringer i hjernens struktur og funksjon i løpet av utviklingen i barndom, ungdomstid og voksenliv (Hart, 2011). Funksjonen til ulike hjerneområder, som amygdala og prefrontal cortex kan påvirkes negativt. Amygdala lagrer negative ubehagelige hendelser og er viktig for bearbeiding av sanseintrykk, regulering av frykt og aggresjon. Prefrontal cortex er betydningsfull for oppmerksomhet og refleksjon, emosjonelle og sosiale ferdigheter, og mestring av stress som voksen (Berg-Nielsen, 2010; Hart, 2011).

Barnemishandling kan føre til dysregulering av kroppens stressresponsystem, kalt hypothalamus-hypofyse-binyre (HPA)-aksen, som er et viktig trekk ved ulike psykopatologiske symptomer (Hecker, Radtke, Hermenau, Papassotiropoulos & Elbert,

2016). Amygdala registrerer fare og sender informasjon til hypothalamus og hypofysen som utløser stresshormon, som igjen aktiverer binyrene til å skille ut kortisol. Kortisol kan ha langvarig påvirkning på kroppens organer (Hart, 2011). Barna kan bli utsatt for toksisk stress som er ekstremt, hyppig og langvarig aktivering av stressresponser, og som er skadelig for sentralnervesystemet, immunsystemet og hormonsystemet (Johnson, Riley, Granger & Riis, 2013). Toksisk stress kan føre til epigenetiske forandringer, det vil si endringer i genenes funksjon som ikke har årsak i endring av DNA, som gjør at gener skrur av eller på, og slik påvirker om genetisk sårbarhet for sykdommer og psykiske lidelser kommer til uttrykk (Sommerschild, Garlov, Grøholt & Weidle, 2015). Disse barna kan utvikle et desorganisert tilknytningsmønster til sine omsorgsgivere, som kan ha sammenheng med traumatisering gjennom mishandling eller omsorgssvikt, og anses som risikofaktor for utvikling av psykiske lidelser (Brandtzæg, Smith & Torsteinson, 2011). Brandtzæg et al. (2011) henviser til Cicchetti et al. (2006) som fant at 90 % av mishandlede barn utviklet desorganisert tilknytning, sammenlignet med 43 % av ikke mishandlede barn.

Konsekvenser av vold og overgrep mot barn for barns psykiske helse, kan vises både på kort og på lang sikt og kan oppstå i barndommen og vare gjennom ungdom og voksentid (Hecker et al., 2016). Hvordan mishandling påvirker barns psykiske helse er avhengig av tidspunkt i barnets utvikling, hyppighet (Cowell et al., 2015), antall og type påkjenninger, alvorlighetsgrad og varigheten av belastningene (Greger et al., 2015). Jo mer utsatt et barn er, jo større er konsekvensene for barnet senere. Polyviktimitisering kan påføre større grad av symptomer enn ved repeterte episoder av samme form for mishandling, eller et enkelt tilfelle (Finkelhor et al., 2006). Samtidig vil utfallet påvirkes av barns resiliens. Resiliens er knyttet til om det eksisterer flere beskyttende faktorer, og innebærer en redusert sårbarhet overfor vanskelige erfaringer, mulighet til å overkomme belastninger og få en relativ god utvikling til tross for negative erfaringer (Finkelhor et al., 2006; Rutter, 2012).

Barn som er utsatt for vold og overgrep kan få økt risiko for å utvikle depresjon, angstlidelser og PTSD (Buckingham & Daniolos, 2013). Flere vansker som er assosiert med barnemishandling er rusmisbruk, atferdsvansker, spisevansker, søvnvansker og selvmordsforsøk (Greger et al., 2015), tilknytningsforstyrrelser (Brandtzæg et al., 2011), relasjonsvansker og opplevelse av lav livskvalitet (Kvello, 2010). Barnemishandling er assosiert med fysiske helseplager i ungdoms- og tidlig voksentid, som mage- og ryggsmarter, hodepine og svimmelhet (Rueness et al., 2020). Det kan være høyere risiko for at disse barna senere i livet blir utsatt for vold, som vold i parforhold (Thoresen et al., 2015). Hos personer med psykiske lidelser, som har opplevd mishandling, kan lidelsen oppstå på et tidligere tidspunkt, de kan få mer alvorlige symptom, økt komorbiditet til andre lidelser, økt risiko for selvmord, dårligere respons til behandling og kortere intervaller for tilbakefall enn personer med samme diagnose som ikke har opplevd mishandling (Hecker et al., 2016).

1.2.4 Barneavdelinger som kontekst

Helsepersonell på barneavdelinger kan møte barn og ungdom som har behov for øyeblikkelig hjelp, eller annen utredning og behandling, der det kan oppstå eller allerede foreligge mistanke om ulike former for vold eller overgrep, eller risiko for dette. De kan ha kontakt med disse barna både i poliklinisk sammenheng og på ulike sengeposter. Noen sykehus har sosialpediatriske avdelinger eller team, som arbeider spesielt med barn og ungdom som har vært utsatt for ulike former for mishandling. Organisering og navn på barneavdelinger og deres overordnede barne-/ barne- og ungdomsklinikker er

forskjellig fra sykehus til sykehus i Norge. Det henvises til de ulike sykehusenes nettsider for mer informasjon om type klinikker og barneavdelinger (Helse og omsorgsdepartementet, 2020).

1.2.5 Risikofaktorer og tegn på vold og overgrep

Helsepersonell på barneavdelinger kan møte grupper av barn som er spesielt i risiko for å bli utsatt for vold og som oftere trenger helsehjelp på sykehus (Svård, 2017b). Dette kan være barn med fysiske funksjonshemminger, sensoriske vansker, lærevansker, psykososiale problemer, medfødte, ervervede og/ eller kroniske sykdommer, alvorlige atferdsvansker (FNs komité for barns rettigheter, 2011) og ungdom med en ikke-tradisjonell kjønnsidentitet (Hafstad & Augusti, 2019). Små barn er spesielt sårbare for vold og overgrep og kan ha vansker som gjør at de trenger oppfølging av helsevesenet. Kripes (2019) så på sårbarhet hos barn i sin gjennomgang av 90 straffesaker av alvorlig vold mot barn under fire år. I disse sakene hadde 15 av barna vansker med matinntak, 10 barn hadde kolikk/ og eller søvnmangel, og ni av barna var født premature. Ulike faktorer som øker risikoen for at barn blir utsatt for vold eller overgrep, er foreldres rusmisbruk, psykiske problemer og sosial isolasjon, fattigdom, marginalisering og arbeidsløshet (FNs komité for barns rettigheter, 2011). Videre er foreldres kriminelle atferd, samt egne erfaringer med vold og overgrep, høy grad av stress, utøvelse av streng disiplin, foreldre fra andre kulturer, og brudd i nære familierelasjoner, slike faktorer (Hafstad & Augusti, 2019).

Barn som er utsatt for mishandling kan ha ulike trekk, av fysisk eller psykosomatisk art, som kan vekke mistanke hos helsepersonell (A. K. Myhre, 2016). Barna kan fremstå urolige, ukonsentrerte, utagerende, triste (A. K. Myhre, 2016), passive, tilbaketrukket, mistenksomme og avvisende (Kvello, 2010). De kan vise at de ønsker nærhet og omsorg, samtidig som de frykter det. Barna kan generelt uttrykke frykt og ha somatiske symptomer på stress (Kvello, 2010). De kan uttrykke smerter, som vondt i hodet, magen eller muskulære smerter og ha symptom som forstoppelse, avføringslekkasje, vannlatingsproblem, ernæringsvansker og dårlig tannstatus. Barn som er utsatt for seksuelle overgrep, kan vise seksualisert atferd, som kan forstås som en atferd barnet har lært og som er viktig å skille fra normal seksuell atferd (A. K. Myhre, 2016). Konkrete skader uten god forklaring, mange skader eller skader som stammer fra forskjellige tidspunkt, kan være tegn på vold eller overgrep (A. K. Myhre, 2016). Selvmotsigelser og logiske brister i foreldres fortellinger om hvorfor barnet har skade, om de har vansker med å forklare skadene, og/ eller at det som blir fortalt ikke stemmer overens med skaden, kan vekke mistanke om barnemishandling (Kvello, 2010).

1.2.6 Juridisk rammeverk

FNs barnekonvensjon (barnekonvensjonen) er basert på FNs verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948, og består av sivile, politiske, økonomiske og kulturelle rettigheter for barn, som skal sikre deres utvikling og beskyttelse (Strandbu, 2011). Den ble vedtatt av FN i 1989 og ratifisert av Norge i 1991. Barnekonvensjon ble direkte inkorporert og gjort til fullverdig del av norsk rett i 2003. Dens bestemmelser er derfor bindende og går foran annen lovgivning ved motstrid (Strandbu, 2011).

De generelle prinsippene om barnets beste (artikkel 3) og barns rett til medvirkning (artikkel 12), skal spesielt respekteres når barn blir utsatt for vold (FNs komité for barns rettigheter, 2011), og vil være aktuelle for helsepersonell i situasjoner med mistanke om barnemishandling. Prinsippet om barnets beste sier at hensynet til barnets beste skal være grunnleggende i alle handlinger som berører barn (FNs barnekonvensjon, 1989).

Barns rett til medvirkning innebærer at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, har rett og skal gis mulighet til fritt å gi uttrykk for sin mening i alle forhold som vedrører barnet. Meningene skal tillegges vekt i samsvar med dets alder og modenhet (FNs barnekonvensjon, 1989). Barns perspektiv og mening er en viktig del av vurderingen av hva som er barnets beste (Sandberg, 2016).

Barns rett til å ikke oppleve vold, og statenes plikt til å beskytte barn mot vold og overgrep, er fastslått i FNs barnevernkonvensjon artikkel 19:

Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barn mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnyttning, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet. (FNs barnekonvensjon, 1989, s. 16)

Helsepersonell er en del av statene som er part i konvensjonen, sin forpliktelse til tiltak og system som skal beskytte barn mot vold. Systemene skal innebære støtte til familiene, forebygging, identifikasjon, rapportering, henvisning, etterforskning, behandling, oppfølging og rettslige skritt. Systemene må være integrerte, sammenhengende tverrfaglig og koordinerte. Helsepersonell som kommer i kontakt med barn, må være oppmerksomme på risikofaktorer og tegn som indikerer vold. De må ha fått veiledning på å tolke tegnene, samt ha nødvendig kunnskap, vilje og evne til å ta nødvendige forholdsregler og skal rapportere om vold, og mistanke om, eller fare for bruk av vold (FNs komité for barns rettigheter, 2011).

Helsepersonell defineres i helsepersonelloven (1999) som personell med autorisasjon, jamfør lovens § 48 a eller lisens etter § 49, og personell i helse- og omsorgstjenesten som utfører helsehjelp. Helsehjelp innebærer alle handlinger som har forebyggende, diagnostiserende, behandlerende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål (Helsepersonelloven, 1999, § 3). Helseinstitusjoner er definert som offentlige og private institusjoner, som omfattes av spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgstjenesteloven (Helsepersonelloven, 1999).

Helsepersonelloven (1999) § 21 omhandler hovedregel om helsepersonells taushetsplikt, som skal hindre at andre får kjennskap eller adgang til opplysninger om personers legems- eller sykdomsforhold, eller andre personlige forhold. Urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger forbyes uten at det er begrunnet i helsehjelp, administrasjon av slik hjelp, eller at det har særskilt hjemmel i lov eller forskrift (Helsepersonelloven, 1999, § 21a). Helsepersonelloven (1999) § 25 sier at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når det er nødvendig for å kunne gi forsvarlig helsehjelp.

Helsepersonelloven (1999) § 33 stadfester at helsepersonell skal være oppmerksomme på forhold som kan lede til tiltak fra barneverntjenesten. De skal melde til barneverntjenesten om de har grunn til å tro at et barn blir eller kommer til å bli utsatt for mishandling eller alvorlig omsorgssvikt. Helsepersonell plikter også å gi opplysninger etter pålegg i samsvar med barnevernloven § 6-4. Formålet med helsepersonells opplysningsplikt er at barnevernet skal få opplysninger om barn som trenger oppfølging og beskyttelse, og den går derfor foran taushetsplikten (Helsedirektoratet, 2018). Barnevernet har ansvar for å sikre nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid til barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling (Barnevernloven, 1992, § 1-1). Når barneverntjenesten mottar melding fra helsepersonell om mistanke om vold, overgrep eller omsorgssvikt, kan

barneverntjenesten etter § 4-4 sette inn hjelpetiltak. De kan etter § 4-6 foreta midlertidig vedtak i akutte situasjoner, om det er risiko for at barnet blir vesentlig skadelidende ved å forbli i hjemmet. Etter barnevernloven (1992) § 4-12 kan barneverntjenesten fatte vedtak om omsorgsovertakelse når det er alvorlige mangler ved barnets daglige omsorg eller trygghet, om et barn blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i hjemmet, eller dersom det er overveiende sannsynlig at barnet skades i forhold til sin helse og utvikling.

Helseinstitusjoner skal, etter helsepersonelloven (1999) § 33, ha en person som har ansvar for å videreformidle opplysninger til barneverntjenesten og gi melder tilbakemelding på om melding er videreformidlet. Det spesifiseres at melder fortsatt har et ansvar for å melde, dersom melder mener at vilkårene er oppfylt. Barnevernsansatte er regulert av taushetsplikten etter barnevernloven (1992) § 6-7, men skal gi tilbakemelding til helsepersonell innen tre uker etter mottatt melding. Tilbakemelding skal bekrefte at meldingen er mottatt og opplyse om det er åpnet undersøkelse. I så fall skal det gis ny tilbakemelding om at undersøkelse er gjennomført, om saken er henlagt eller om den følges opp videre. Når tiltak skal bli, eller har blitt iverksatt, kan barneverntjenesten gi helsepersonell tilbakemelding om tiltak, om det er nødvendig av hensyn til melders videre oppfølging av barnet (Barnevernloven, 1992, § 6-7 a). Ansvarlig person ved helseinstitusjoner skal videreformidle tilbakemelding fra barneverntjenesten til melder (Helsepersonelloven, 1999, § 33).

I følge helsepersonelloven (1999) § 31 skal politi og brannvesen varsles om det er nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom. Helsepersonell har slik egen opplysningsplikt til politiet og plikt til å avverge vold og overgrep mot barn, når de holder det for sikkert, eller mest sannsynlig at det er, eller vil bli begått (Helsedirektoratet, 2018).

1.2.7 Helsepersonells erfaringer med barnemishandlingssaker

Flere internasjonale studier viser at helsepersonell møter store utfordringer når det forekommer mistanke om vold og overgrep mot barn. Barnemishandlingssaker kan ofte oppleves som saker uten kjente raske, eller enkle løsninger (Lines, Grant & Hutton, 2020) og det kan være vanskelig for helsepersonell å komme frem til klare konklusjoner (Cowley et al., 2018). Helsepersonell kan oppleve at det er vanskelig å identifisere barn utsatt for mishandling, og at de noen ganger får en intuisjon av at et barn er utsatt for eller i risiko for å bli utsatt for vold eller overgrep (Saltmarsh & Wilson, 2017). Beslutningen om å melde en mistanke til barnevernet kan ofte oppleves som kompleks og vanskelig å ta. Helsepersonell kjenner gjerne på stor usikkerhet, som usikkerhet i å identifisere, melde og for hvordan utfallet vil bli for familien (Cleek, Johnson & Sheets, 2019; Jones et al., 2008). De opplever ofte å få vanskelige emosjonelle reaksjoner i barnemishandlingssaker (Saltmarsh & Wilson, 2017). Dette ble for eksempel vist til i en studie av helsesykepleiere i Sverige sitt møte med familier der barnemishandling var mistenkt eller tilfelle (Dahlbo, Jakobsson & Lundqvist, 2017) og i en undersøkelse av sosialarbeidere og psykologer, i forbindelse med at de snakket med barn utsatt for eller mistenkt utsatt for barnemishandling (Albaek, Binder & Milde, 2020). Kuruppu, Forsdike og Hegarty (2018) fant at allmennpraktiserende leger og sykepleiere følte skyld overfor foreldre de mistenkte, og at de fryktet at behandlingsrelasjonen kunne bli problematisk om de meldte til barnevernet. Albaek, Kinn og Milde (2018) avdekket i en metasyntese av 7 studier at ulike profesjonelle, herunder helsepersonell, opplevde emosjonelt ubehag og en følelse av utilstrekkelighet, i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn. Helsepersonell uttrykker ofte behov for mer utdanning, opplæring, veiledning og

bedre retningslinjer/ rutiner i hvordan håndtere mistanke om barnemishandling (Cleek et al., 2019; Kuruppu et al., 2018).

Helsepersonell kan oppleve ulike forhold, som enten gjør det vanskeligere eller enklere å oppdage mishandlede barn og å melde til barneverntjenesten eller politi. Ulike barrierer kan knyttes til at helsepersonell ønsker å tro på omsorgsgiverne, at de ikke gjenkjenner at et barns fremtoning kan skyldes mishandling, at de ikke har kontakt med familiene over tid, at meldeprosessen til barnevernet kan være komplisert, og at vold og overgrepssaker kan føre til negative konsekvenser for helsepersonell med å måtte vitne i rettsaker (Tiyyagura, Gawel, Koziel, Asnes & Bechtel, 2015). Andre barrierer er mangel på tid, frykt for at mistanken er grunnløs, samt stor turnover blant personalet (Louwers, Korfage, Affourtit, De Koning & Moll, 2012). En studie av sykepleieres oppfatning av hvordan organisatoriske system og hierarki påvirket muligheten til å respondere på barnemishandling, viste opplevelse av vansker med å dele informasjon og at rigide system og regelsentrert kultur hindret informantene i å holde et eksplisitt fokus på barna (Lines et al., 2020). Forhold som støtte fra ledelse, intensiv opplæring og trening, samt tilstedeværelse av ansatte og team med kompetanse på barnemishandling gjør at helsepersonell opplever det enklere å håndtere en mistanke om vold og overgrep mot barn (Louwers et al., 2012). Yrkeserfaring gjør også at situasjonene oppleves enklere å håndtere (Barrett, Denieffe, Bergin & Gooney, 2017; Kuruppu et al., 2018).

Flere studier omhandler helsepersonells opplevelser rundt tverrfaglig samarbeid i saker med mistanke om vold og overgrep mot barn (Campbell, Wuthrich & Norlin, 2020; Cleek et al., 2019). En studie av Cowley et al. (2018) viste at helsepersonell, politi og barnevern, opplevde generelt et positivt samarbeid i slike saker. Andre studier fremstiller samarbeidet mer problematisk og at helsepersonell kan være preget av tidligere negative erfaringer med samarbeid med barneverntjenesten (Jones et al., 2008). Urealistiske forventninger og manglende effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og andre hjelpeinstanser, samt misforståelse av hverandres roller, kan oppleves som problematisk for samarbeid i barnemishandlingssaker (Cleek et al., 2019).

1.3 Studiens formål og problemstilling

Det er i norsk sammenheng lite forskning om hvordan helsepersonell på barneavdelinger i sykehus erfarer situasjoner hvor de får mistanke om vold og overgrep mot barn. Kunnskap om dette vil ha betydning for barn og unges psykiske helse, fordi det kan gi innsikt i hvordan helsepersonell i spesialisthelsetjenesten opplever sin rolle og praksis i å avdekke, håndtere og beskytte barn mot vold og overgrep. Dette er viktig kunnskap for hvordan de negative konsekvensene for barns psykiske helse kan hindres og begrenses. Kunnskapen kan være relevant også for andre instanser som erfarer slike situasjoner.

Formålet med studien er å undersøke helsepersonell ansatt på barneavdeling på norske sykehus sine erfaringer ved mistanke om vold og overgrep mot barn. Hensikten er å få kunnskap om og forståelse av hva det kan innebære for helsepersonell å oppleve situasjoner der de får en slik mistanke.

Problemstillingen er: «Hvordan erfarer helsepersonell på barneavdelinger situasjoner hvor de får mistanke om vold og overgrep mot barn?»

2 Metode

2.1 Design

Valg av design må vurderes opp mot forskningsspørsmålet (Korstjens & Moser, 2017; Kvale & Brinkmann, 2015). Studiens problemstilling forutsetter et kvalitativt design og et fenomenologisk vitenskapsteoretisk ståsted og tilnærming, fordi den har til hensikt å undersøke helsepersonell på barneavdelinger sine erfaringer i situasjoner med mistanke om at et barn er utsatt for vold eller overgrep i deres kontekst (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2012). Gjennom et kvalitativt design kan denne studien bidra til å forstå hva helsepersonell tenker og føler i situasjoner med mistanke om barnemishandling, og til å sette lys på hvordan klinisk praksis og intervensjoner kan bli mer effektive, brukbare og humane (Irene Korstjens & Moser, 2017). I oppgaven omtales helsepersonell som profesjonelle som er regulert gjennom helsepersonelloven. Barn, omtales som barn og ungdom i alderen 0-18 år.

Kvalitative forskningsintervju ble valgt, fordi denne metoden er hensiktsmessig når en ønsker å få kunnskap om hvordan noe oppleves (Kvale & Brinkmann, 2015). Individuelle intervju ble valgt fremfor fokusgruppeintervju, fordi det kan være bedre egnet om man ønsker å få inngående og detaljerte historier fra deltakerne (Malterud, 2012).

2.2 Vitenskapsteoretisk ståsted

Fenomenologi er et filosofisk perspektiv utviklet på første halvdel av 1900-tallet, av filosofen Edmund Husserl. Andre filosofer som Martin Heidegger, Maurice Merleau-Ponty og Jean-Paul Sartre har vært sentrale i utviklingen av perspektivet (Kvale & Brinkmann, 2015). Denne filosofiske retningen er egnet for studien, fordi den tar utgangspunkt i helsepersonells subjektive erfaringer og søker å utforske hva som skjer i deres bevissthet (Malterud, 2012). Med dette perspektivet anser jeg at virkeligheten er slik mennesker oppfatter den (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom tykke beskrivelser kan jeg søke å finne essensen av informantenes levde erfaring, deres perspektiv på hva de opplever, samt synliggjøre det som tas for gitt (Kvale & Brinkmann, 2015). Med utgangspunkt i et fenomenologisk perspektiv er jeg som forsker subjektiv, fordi jeg er instrumentet i forskningsprosessen (Kvale & Brinkmann, 2015). Jeg må derfor være åpen om mitt eget perspektiv og egen forforståelse, som jeg må gjenkjenne og sette i parentes, men uten helt å forlate det jeg vet fra før (Strandmark, 2015). Dette innebærer at jeg må sette til side mine egne erfaringer som barnevernspedagog som arbeider med barn i risiko og deres foreldre, samt erfaringer med samarbeid med helsepersonell.

Denne studiens tilnærming har bakgrunn i fortolkende fenomenologi, der informantenes beskrivelse fortolkes for å finne underliggende mening (Kvale & Brinkmann, 2015). Innenfor fortolkende fenomenologi anses fortolkning av mening som en vesentlig del av menneskers liv, at det er flere måter å fortolke noe på, og at ulike fortolkninger av samme tema kan berike forståelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Gjennom den hermeneutiske sirkel/spiral vil jeg gjennom analyseprosessen veksle mellom å se helheten og deler av et fenomen, for å fortolke mening (Kvale & Brinkmann, 2015).

2.3 Rekruttering og informanter

Utvalget var strategisk, det vil si at det ble søkt etter informanter med erfaringer som var relevante for forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Inklusjonskriteriene var at informantene arbeidet på barneavdeling og hadde erfaring med situasjoner hvor det hadde oppstått mistanke om at et barn var utsatt for vold eller overgrep. Det var ønskelig med en variasjon blant informantene med henhold til profesjon, kjønn, alder og hvor i landet de arbeidet. Det var ingen spesifikke eksklusjonskriterier.

Forespørsel om deltakelse ble sendt til fire sykehus med barneavdelinger, med geografisk spredning i Norge. Tre av sykehusene svarte positivt på forespørselen. Ett sykehus svarte ikke på henvendelse. Invitasjon til deltakelse, samt forskningsprotokoll, informasjonsskriv og samtykkeskjema (se vedlegg 1) ble sendt til sykehusenes elektroniske postmottak, stilet til de aktuelle klinikksjefene ved aktuelle barne- og ungdomsklinikker. Klinikksjefene tok ikke direkte kontakt. Ved ett sykehus tok aktuelle deltakere direkte kontakt med meg. Ved to sykehus var invitasjonen sendt fra klinikksjef til ansatt som fikk ansvar for å finne aktuelle informanter. Ved ett av disse ble kontaktinformasjonen til aktuelle deltakere videreformidlet til meg. Ett tredje sykehus valgte ut og forespurte deltakere med relevant erfaring, før det ble delt kontaktinformasjon med meg. Etter at invitasjon og kontaktinformasjon var videreformidlet, tok jeg kontakt med aktuelle deltakere og avtalte tidspunkt for telefonintervju. Det var to utvalgte informanter som ikke svarte på min henvendelse.

2.4 Datasamling

Intervjuene ble utført ved bruk av en intervjuguide med få åpne spørsmål om temaet slik at deltakerne fritt kunne snakke om egne erfaringer, tanker og følelser, og der det kunne fokuseres på spesielle erfaringer eller hendelser. Det ble brukt en intervjuguide med tre hovedspørsmål (se vedlegg 2). Oppfølgende spørsmål ble brukt for å innhente mest mulig detaljer i intervjuene (Kvale & Brinkmann, 2015). Det ble utført et prøveintervju med en lege som ikke var involvert i studien, både som en øvelse, og for å prøve ut intervjuguiden. Prøveintervjuet viste at spørsmålene i intervjuguiden egnet seg for å besvare forskningsspørsmålet.

Intervjuene ble gjennomført i perioden 01.03.20- 20.07.20. Det ble foretatt 10 intervju, med varighet fra 53 minutter til 1 time og 12 minutter (gjennomsnitt på 63 minutter). På grunn av situasjonen rundt covid-19, samt smittevernrestriksjoner hos både sykehusene og eget arbeidssted, ble intervjuene gjennomført over telefon. Det ble tatt lydopptak av intervjuene på båndopptaker. Etter tre intervju ble det drøftet med hovedveileder om intervjuguiden fungerte, noe vi opplevde at den gjorde. Under intervjuet noterte jeg stikkord på spesielle tema som ble vurdert som vesentlige og som kunne følges opp i senere intervju, samt stikkord på egne refleksjoner. Stikkordene ble brukt i senere intervju med andre informanter for å oppnå mer dybde. Jeg transkriberte underveis, og så raskt som mulig i intervjuprosessen. Datainnsamling pågikk til den ble vurdert som tilstrekkelig til å besvare forskningsspørsmålet.

2.5 Analyse

Intervjuene ble transkribert ordrett av masterstudenten. Pauser og ulike følelsesreaksjoner ble tatt med for å skape mest mulig helhetsinntrykk av det som ble formidlet, og for lettere å gjenskape meningsinnhold. Informasjon som eventuelt kunne gjenkjennes, ble kodet.

Analysen ble gjennomført med utgangspunkt i meningsfortetting gjennom seks trinn (Kvale & Brinkmann, 2015). Meningsfortetting kan være gunstig for å analysere lange og sammensatte intervju, der forskeren ser etter meningsenheter og hovedtema, som igjen fortolkes dypere (Kvale & Brinkmann, 2015). Først ble hvert intervju lest i sin helhet for å finne vesentlige tema. Deretter ble de ulike meningsenhetene, slik de ble uttrykt av informantene, bestemt ved å dele transkripsjoner i ulike meningsenheter. I trinn tre ble sentrale tema fra meningsenhetene satt i en tabell, som vist eksempel i Tabell 1.

Tabell 1: Eksempel på transkripsjoner delt inn i meningsenheter

Sitat/ meningsenhet/ naturlig enhet	Meningsinnhold/ sentralt tema
Og ofte så er det jo bare sånn, vi snakker jo om den magefølelsen at det er, at det er bare en sånn følelse på at et eller annet som ikke helt stemmer. Og det er så vanskelig å komme seg derfra til noe litt mer håndfast. Den her vektskåla (...) når tipper, når tipper den.	Hen sier at de snakker om den magefølelsen og at det er bare en sånn følelse på et eller annet som ikke helt stemmer. Hen sier det er så vanskelig å komme seg derfra til noe litt mer håndfast, og den vektskåla, når tipper den?

Under trinn fire ble meningsenhetene sortert under de ulike temaene og undersøkt i lys av forskningsspørsmålet. I trinn fem ble dette knyttet sammen og skrevet i et deskriptivt utsagn. Videre så jeg etter meningsenheter som uttrykte hovedtema, som igjen i et sjettede trinn ble grundigere fortolket og analysert opp mot forskningsspørsmålet. I dette trinnet ble det skrevet en fortolkning i tabellen og deretter en sammenhengende sammenfattet fortolkning av intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015), som vist i Tabell 2.

Notat om refleksjoner og tankebobler fra intervju ble brukt som nyttig informasjon i analysearbeidet. Etter fire intervju ble transkripsjonene av disse gjennomgått sammen med hovedveileder for å se etter tema. Etter at alle intervjuene var gjennomført og transkribert, ble tre transkripsjoner av de mest informasjonsrike intervjuene delt og drøftet med veilederne. Under analysearbeidet ble tankekart i «Mindmanager» brukt for å finne felles tema for intervjuene. De sammenfattende fortolkningene ble brukt i siste del av analysearbeidet for å finne likheter og ulikheter ved informantenes erfaringer, for å finne felles tema og under utarbeiding av studiens resultat. Direkte sitat som gjengis i oppgaven ble omskrevet av hensyn til anonymisering, og for at de skulle fremstå mest mulig lettlest og sammenhengende, uten at betydningen av innholdet ble påvirket (Kvale & Brinkmann, 2015).

Tabell 2: Eksempel på fortolkning og sammenhengende sammenfattet fortolkning

Sitat/ meningsenhet/ naturlig enhet	Meningsinnhold/ sentralt tema	Fortolkning
Og ofte så er det jo bare sånn, vi snakker jo om den magesfølelsen at det er, at det er bare en sånn følelse på at et eller annet som ikke helt stemmer. Og det er så vanskelig å komme seg derfra til noe litt mer håndfast. Den her vektskåla (...) når tipper, når tipper den.	Hen sier at de snakker om den magesfølelsen og at det er bare en sånn følelse på et eller annet som ikke helt stemmer. Hen sier det er så vanskelig å komme seg derfra til noe litt mer håndfast, og den vektskåla når tipper den?	En magesfølelse: Hen opplever at de snakker om den magesfølelsen og at det er bare en sånn følelse på et eller annet som ikke stemmer. Hen opplever det vanskelig å komme seg derfra til noe mer håndfast, og å vurdere når vektskåla tipper.
<p><u>Sammenfattende fortolkning:</u> Noe som skurrer- en dårlig magesfølelse: [...] Hen opplever det som vanskelig om hen som sykepleier er inne på et rom og tar imot, og får en dårlig magesfølelse uten at hen klarer helt å sette fingeren på hva det egentlig er. Hen opplever at hen og kollegaene snakker om den magesfølelsen, og at det er en sånn følelse på et eller annet som ikke stemmer [...].</p>		

2.6 Forskningsetiske overveielser

Studien ble fremlagt Regional etisk komité (REK), som vurderte at studien falt utenfor deres område (se vedlegg 3). Prosjektet ble deretter søkt til Norsk senter for forskningsdata (NSD) som ga sin tilslutning til at prosjektet kunne gjennomføres (se vedlegg 4). En vurdering av personvern ble gjennomført gjennom en vurdering av personvernkonsvenser, også kalt Data Protection Impact Assessment (DPIA). Det ble sendt henvendelse til sykehusenes personvernombud, der det ble etterspurt om studien skulle registreres hos dem. Sykehusene hadde noe ulik praksis rundt dette, der det ved et sykehus skulle registreres hos personvernombud med godkjenning fra klinikkjef, ved et annet skulle det godkjennes av forskningsutvalget og ved det tredje ble det ikke krevd registrering eller godkjenning utover fra klinikkjef.

NSD ga tilbakemelding om betydningen av taushetsplikt og forsiktighet i bruk av eksempler. Det ble derfor før intervjuenes start presisert overfor informantene at de ikke skulle fortelle noe om pasienter eller pårørende som direkte kunne gjenkjennes, og at jeg også hadde taushetsplikt og ansvar for at informasjon ikke skulle gjenkjennes i studiens resultater. De ble informert om koding eller omskriving av opplysninger under transkribering, noe som ble etterfulgt. I analysearbeidet og i presentasjon av informantenes opplevelser var jeg opptatt av å mest mulig fremstille de slik de ble formidlet og med velvalgte ord for å beskrive de ulike erfaringene. Det var viktig for meg å forsøke å sette min egen forforståelse til side, samt være åpen for nye tema i informantenes fortellinger.

Deltakerne fikk skriftlig og muntlig informasjon om studiens overordnede formål og det ble innhentet informert samtykke til deltakelse. Informasjon om studien ble repetert før intervjuet startet. Informasjonsskrivet og samtykkeskjema ble gjennomgått med de informantene som ikke hadde lest dette på forhånd. Samtykkeskjema ble scannet av

informantene og sendt til meg på e-post. Deltakerne ble informert om at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst, uten at det ville få konsekvenser for dem, og at de kunne ta kontakt i etterkant om de hadde behov for det, for eksempel om det var noe de hadde sagt som de ville korrigere. Deltakerne ga inntrykk av å ha forstått bakgrunnen for studien og hva de skulle delta i forhold til. Det ble vektlagt at det ikke skulle være mulig å identifisere deltakerne i resultatene av studien og opplysningene ble behandlet konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket, uten direkte gjenkjennende opplysninger. Lydopptak på båndopptakeren ble slettet etter at de var overført til kryptert minnepinne, som ble låst inn i eget arkivskap som kun jeg hadde nøkkel til og på et område hvor det krevdes adgangskort. Lydopptakene ble slettet fra kryptert minnepinne etter at de var transkribert. En kode knyttet deltakerne til deres opplysninger gjennom en navneliste, som ble lagret adskilt fra øvrige data og som kun jeg hadde tilgang til.

3 Resultat

I alt 10 informanter, syv sykepleiere og tre leger, stilte til intervju. Alle sykepleierne hadde videreutdanning innen helsesykepleie, barnesykepleie eller psykisk helse. Samtlige leger var barneleger, med ulik spesialisering. Av informantene var ni kvinner og en mann. De hadde erfaring fra barne- og ungdomsklinikker, og ulike barneavdelinger, barnemottak, sosialpediatrisk arbeid og nyfødt-intensiv avdeling. Navn på avdeling spesifiseres ikke nærmere på grunn av hensyn til anonymisering. Flere hadde noe av sitt arbeid tilknyttet Statens barnehus. Informantene var mellom 39 og 53 år og deres yrkeserfaring strakk seg fra 11 til 25 år. Flere hadde tidligere erfaring fra annet arbeid enn nåværende, enten i eller utenfor sykehus (se tabell 3). I oppgavens sitater gjengis antall års erfaring på aktuell avdeling på intervjuets tidspunkt.

Tabell 3: Beskrivelse av informantene

Beskrivelse av informantene	Antall
Utdanning	
Sykepleier	7
Lege	3
Kjønn	
Kvinne	9
Mann	1
Alder	
31-40 år	2
41- 50 år	7
51- 60 år	1
Antall års erfaring siden ferdig grunnutdanning	
10-15 år	4
16-20 år	1
21-25 år	5
Antall års erfaring på aktuell avdeling	
0-10 år	6
11-20 år	2
21-30 år	2

Informantene beskrev situasjoner der de fikk mistanke om vold og overgrep mot barn som ubehagelige, komplekse og utfordrende. De fortalte at de en eller flere ganger hadde opplevd en mistanke om at et barn var utsatt for ulike former for vold eller overgrep, noen ofte, mens andre sjeldnere, avhengig av hvor de jobbet. Noen snakket om mistanker som føltes svake og diffuse, og andre om mistanker som var mer konkrete og dermed sterkere. De fortalte om ulike dilemmaer, og at de måtte gjøre en rekke komplekse vurderinger og krevende valg. Samtidig kjente de på en stor usikkerhet, en frykt for å ta feil og å ikke handle riktig. De fortalte om å bli berørt i møte med barnet og familien og at samarbeid med profesjonelle, enten internt eller eksternt, på ulike måter var utfordrende. Informantene beskrev ulike forhold som gjorde situasjonene enklere og at de følte seg støttet og mer trygg, samt at fravær av disse forholdene kunne gjøre at de følte seg mer usikre og alene.

Funnene ble kategorisert i hovedtemaene: «Når noe ikke stemmer», «Balanse mellom å bli personlig berørt og være profesjonell», og «Opplevelser rundt samarbeid med ulike profesjoner og etater».

3.1 Når noe ikke stemmer

En mistanke om at et barn var utsatt for vold eller overgrep kunne oppstå selv om informantene ikke så konkrete og tydelige funn på at det hadde forekommet.

Informantene fortalte at barna ofte smilte og var som «vanlige barn», samtidig som det kunne være «hvem som helst» som utsatte barna sine for vold og overgrep. De stilte seg selv spørsmål om det de så eller hørte var riktig, for eksempel om det foreldre fortalte om årsaken til barnets skade, kunne stemme med skadens art. Mangel på konkrete funn kunne få informantene til å begynne å lure, for eksempel på hva det var som egentlig gjorde at et barn hadde så vondt i hodet, når de ikke fant noen ytre tegn. De fortalte at det noen ganger var vanskelig å ta mistanken helt innover seg, og våge å tenke tanken om vold eller overgrep helt ut:

Det er en del av det diffuse, å tørre å tenke at det kan ha foregått forferdelige ting. Ikke la fantasien løpe løpsk, men samtidig ta inn over seg at her henger det ikke på greip. (Informant, 0-10 års erfaring)

I situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn, kunne informantene bli usikre på hvordan de skulle gå frem for å få mistanken avkreftet eller bekreftet, og hvor mange undersøkelser de burde gjøre, spesielt hvis undersøkelsene var plagsomme for barnet:

Da står vi der og lurer på, skal vi sette i gang hele kavaleriet nå, ta røntgen av hele skjelettet, øyelege til å kikke inn i øyebunnen, legge barnet i narkose for å se om det er hjerneskaner, med tanke på er det her et barn som egentlig er fillerista? Eller er det et lite traume, slik foreldrene forteller det? (Informant, 21-30 års erfaring)

Faglig kunnskap og erfaring gjorde informantene tryggere på hva de skulle reagere på, hvordan de skulle handle i situasjonene, og å stå i usikkerheten og dilemmaene.

3.1.1 «Altså, man kan jo ta feil!»

Mistanken om at et barn var utsatt for vold eller overgrep kunne være en «slags magesfølelse» om at noe ikke stemte, at det var noe som ikke var greit, men at det var vanskelig å sette fingeren på akkurat hva det var. Informantene sa de ofte fikk en dårlig magesfølelse når de satte sammen flere observasjoner, som observasjoner av samspillet

mellom foreldre og barn, og hvordan foreldre og barn fremsto. Magefølelsen kunne være basert på en opplevelse av stemning inne i et rom:

Du kjenner veldig fort hvis det er frykt i rommet. [...] Det foreldrene utsondrer når de vet hva som har skjedd og skal skjule det. [...] Det er redde barn som ikke tør å fortelle og som ser bort på foreldrene sine når de blir spurt. Eller vold mellom foreldrene og mot barna, hvor en av foreldrene synes underkuet, eller ikke tørr å åpne munnen i rommet. Det er en sånn intern justis, som man bare kjenner på.
(Informant, 0-10 års erfaring)

En mistanke innebar en sterk usikkerhet og tvil om informantene hadde grunn til å tro at det faktisk hadde skjedd vold og overgrep. De fortalte at på tross av lang erfaring var slike situasjoner alltid utfordrende, fordi de kunne ta feil. Spesielt ved en vag magefølelse kunne de vegre seg for å gå videre med mistanken. Dilemmaet de sto i, var at de ønsket å være helt sikre før de handlet, men at de ikke kunne bli det. De måtte derfor lære seg å leve med usikkerheten. Informantene fortalte om et stort ansvar for å hjelpe barnet, samtidig som de kjente seg ansvarlige for å påføre en familie en belastning dersom de tok feil. De var redde for å overdrive, og lage mer uro og støy enn nødvendig, begå overtramp og miste tillit. Det å mistenke noen kunne føre til dårlig samvittighet, fordi informantene ønsket å tenke godt om andre, tro på dem og ikke dømme. Samtidig kunne de få dårlig samvittighet overfor barnet om de ikke tok mistanken på alvor. De kunne ta feil «*begge veier*», og de var redde for å ikke oppdage et overgrepsutsatt barn:

Vi vet at 30-40 % av de barna som kommer inn og er fillerista av en av omsorgspersonene sine har vært innom helsevesenet tidligere. Og det er blitt vurdert og konkludert med at det mest sannsynlig ikke er noe, og så kommer de tilbake døende tre dager senere fordi de har blitt rista på nytt. Det er alltid skrekken. (Informant, 21-30 års erfaring)

Magefølelsen alene var ikke nok å gå videre med, fordi det innebar en stor risiko for å ta feil. Informantene sa de tenkte på at konsekvensene for foreldre av å bli feilaktig mistenkt for å utøve vold mot barna sine, var veldig stor. Mistanken måtte være faglig forankret for å meldes til politi eller barnevern. En informant sa at magefølelsen i seg selv var subjektiv, farget og påvirket, og at det var kunnskap og erfaring som gjorde at hen kjente hva som skulle reageres på. Informanten sa hen skilte en privat magefølelse fra en mer profesjonell vurdering.

Informantenes mistanke kunne være i form av noe konkret, og ikke bare en diffus magefølelse. Det kunne være observasjoner av tydelige og alvorlige skader, eller barns historier om vold og overgrep. For eksempel fortalte en informant om en mistanke som oppstod etter et barns spontane utsagn om at «*pappa slår meg*», og en annen om en konkret hendelse på sykehuset, der hen så at et barn fikk en ørefik av en forelder når det skulle gjennomføres en undersøkelse barnet var redd for. Situasjonene ble noe enklere for informantene å stå i når mistanken ble konkret og åpenlys. En informant fortalte om sin første opplevelse med et spedbarn med pustestans og knusningsskader i hjernen, som døde etter noen få dager:

Det er dramatisk. [...] Vi fikk jo inn i praksis et døende barn. [...] Det er både vanskelig og ikke vanskelig. Det er ikke vanskelig fordi det er så åpenbart.
(Informant, 21-30 års erfaring)

3.1.2 Å måtte ta flere ulike hensyn

Informantene kunne oppleve dilemma mellom medisinske hensyn og hensyn til en mulig straffesak. De fortalte at de trengte tid for å bli sikrere og finne ut hvordan de skulle håndtere mistanken, samtidig som de visste at politiet ønsket en melding raskt. Fokus på bevis og straff kunne ta mye plass, uten at dette nødvendigvis var ut fra det informantene mente var barnets behov eller barnets beste. De sa de ikke alltid kunne snakke videre med et barn som hadde fortalt om vold eller overgrep, selv om det medisinsk sett var viktig, fordi en anmeldelse gjorde at de måtte vente, noen ganger svært lenge, til politiet hadde snakket med barna. Situasjoner med mistanke skapte dilemma med henhold til å vurdere hva de kunne si og ikke si til foreldrene, for å ikke avsløre sin mistanke, og påvirke eller ødelegge bevis. Informantene fortalte at de ikke kunne forklare foreldrene hvorfor de gjorde utvidede undersøkelser eller en innleggelse, både av hensyn til en eventuell politisak og fordi det kunne føre til en farlig situasjon for barnet. De sa de hadde på følelsen at foreldrene likevel skjønnte at de var mistenkt. En informant fortalte om en historie der hen opplevde dilemma mellom medisinske og strafferettslige hensyn:

Barnet tør ikke bli frisk, fordi det hadde småsøsken og barnet sørget for at ingen i familien, ingen barn ble utsatt for vold, så lenge barnet hadde vondt i foten. For barnet ble det helt umulig å skulle begynne å gå igjen. [...] Da står jeg i et kjempedilemma, for medisinsk sett hadde det aller beste vært å tromme inn hele familien og snakket om det. Men strafferettslig sett kunne jeg ikke gjøre det [...] Jeg måtte melde det. [...] Det fører til at hele behandlingsrelasjonen til meg blir brutt. (Informant, 0-10 års erfaring)

3.2 Balanse mellom å bli personlig berørt og å være profesjonell

3.2.1 «Det river i hjertet»

En mistanke om at et barn var utsatt for vold og overgrep førte til ulike følelsesmessige reaksjoner hos informantene. Eksempler de snakket om var at de fikk medfølelse, at de ble provosert, frustrert, lei seg og fortvilet. Noen barn gjorde informantene mer berørt enn andre, vekket større reaksjoner og var vanskeligere å glemme. De fortalte at det kunne være knyttet til noe de hadde med seg fra eget liv, at det var tydelig at barnet ikke hadde det bra over lang tid, spesielle former for vold, eller å selv ha barn på samme alder. En informant sa at slike saker var det vanskeligste og tristeste å stå i og at hen ble mer berørt av disse barna, enn når hen behandlet andre livstruende syke barn, fordi det var en mer naturlig årsak til deres sykdom eller bortfall. Som menneske kunne det være vanskelig å tro at noen hadde påført barna alvorlige lidelser:

Man forstår ikke at det skal være mulig å skade noen som bare er så totalt forsvarsløs, så uskyldig med vilje, med overlegg. [...] Det bare river i hjertet rett og slett. (Informant, 11-20 års erfaring)

Tanken om at den som hadde utsatt barnet for skade var til stede, samtidig som de måtte være profesjonelle, var utfordrende. En informant sa hen følte seg splittet. Når hen var inne i rommet, la hen vekt på å være høflig og hyggelig, opptre normalt og fremstå som hen syntes det de fortalte om hørtes naturlig ut. Når hen gikk ut av rommet kjente hen at hen måtte ta en annen rolle. Informantene fortalte om dilemma med å skulle forholde seg mest mulig vanlig og på en respektfull måte, ettersom de fikk flere

funn som styrket mistanken. En informant fortalte om da å bare måtte ta seg sammen, men at hen likevel tenkte sitt. Informantene sa det var personlig vanskelig å være i samme rom som en de mistenkte, og at den eventuelle ansvarlige satt tett ved siden av barnet:

Så det er det å klare å jobbe systematisk og trygge barnet, og samtidig ha i hodet at det kan være påført vold. Det kan være en overgriper vi har her inne på det rommet. Når skal vi gripe inn? (Informant, 0-10 års erfaring)

Samtidig som informantene ble berørt i møte med barna, sa de at hensyn til barnet måtte settes før hensyn til eget ubehag. De var opptatt av å hjelpe dem, stå opp for deres sak og at de måtte snakke med barna og tåle å høre det de fortalte. En informant fortalte at det var vanskeligere å selv få en mistanke med et barn inne på et undersøkelsesrom, og at ansvaret for å ta tak i situasjonen ble større, fordi hen var barnets eneste allierte. Situasjonene kunne føre til at de opplevde belastninger for egen del. En informant fortalte om når mistanken i de mest alvorlige sakene endte i rettsvesenet, og hen ble innkalt som vitne. Da gikk det ikke å legge situasjonene bak seg, men minnene om barnet måtte holdes ved like:

Det er noe med at de her sakene går ikke over. [...] Da må du huske barnet; ansiktet, funn du gjorde og hva du tenkte. Jeg må hente opp saker på nytt og på nytt og må møte både offer, overgriper og pårørende, flere ganger. [...] Hvis jeg legger det for mye bak meg, vil jeg ikke gjøre en god jobb i retten. Jeg må ha det fremme i pannelappen. (Informant 0-10 års erfaring)

Informantene fortalte at de hadde behov for å legge fra seg egne vanskelige følelsesmessige reaksjoner i situasjonen og håndtere dem i etterkant, for å kunne stå i jobben over tid og fungere godt hjemme. Det varierte hvordan de lyktes med dette. En informant fortalte om mange vonde saker i løpet av et år, og at hen ikke kunne tenke på alle. Dette innebar en redsel for at det vonde skulle bli normalisert, og for å miste medfølelse med barna, uten at det forekom grove former for vold eller overgrep. Informantene sa det var vanskelig og frustrerende å ikke få vite hvordan det gikk med barnet og at det var viktig for egen læring å få informasjon om hva som skjedde i etterkant, om mistanken stemte, om de hadde handlet riktig, eller om noe burde vært gjort annerledes. Noen fortalte at sakene fulgte dem:

Det gjør det vanskeligere å lukke det kapitlet [...]. Hadde vi visst hvordan det gikk, eller fikk en tilbakemelding på at barnet enten er i fosterhjem eller hjemme hos foreldrene. [...] De barna kan du gå og tenke på i årevis og lure på hvordan det egentlig endte. Jeg føler at vi gjør en veldig stor jobb her, og så får vi ikke avslutningen på det. (Informant, 11-20 års erfaring)

3.2.2 Vansker med å forholde seg til familiens reaksjoner

Å melde en mistanke til politi eller barnevern kunne føre til at informantene ble vitne til traumatiske reaksjoner i familien. De fortalte om å se fortvilte foreldre som gråt, foreldre som ble hentet av politi i uniform, foreldre som ble nektet å se barnet sitt, og barn som gråt etter foreldrene sine. Samtidig visste de ikke om andre alternativer for å løse situasjonen. For eksempel fortalte en informant at det var vanskelig å se på barn og foreldre som gråt når barnevernet brått kom og overtok omsorgen, samtidig som hen skjønnte at de måtte gjøre det for å trygge barnet. Den samme informanten fortalte også om flere tilfeller der foreldre hadde blitt sinte, og at det var vanskelig å kunne møte disse

foreldrene i andre settinger, som når hen plutselig stod i samme heis som faren hen hadde meldt til politiet:

Det er en belastning må jeg si, for å være helt ærlig. Hadde jeg snakket med de etterpå og fått ordnet opp, om de så hadde vært sint på meg og kjeftet på meg, så ble jeg ferdig med det. Men jeg får ikke landet det. (Informant, 0-10 års erfaring)

3.3 Opplevelser rundt samarbeid med ulike profesjoner og etater

3.3.1 Samarbeid og støtte fra kollegaer

Støtte fra kollegaer som jobbet med lignende saker var svært viktig og avgjørende i situasjoner med mistanke. Det hadde betydning fordi det var noen som kjente seg igjen i informantenes hverdag, noen de kunne dele følelser og erfaringer med, samt få råd og lære av. Det å snakke med andre sykepleiere eller leger om hvordan det gikk med barnet, var noe flere sa de gjorde når de hadde mulighet til det, til tross for taushetsplikten. Informantene fortalte at de brukte kollegaer som drøftingspartnere for å håndtere dilemmaer og usikkerhet, ventilere, bearbeide situasjoner og legge opplevelser bak seg.

Jeg tenker det er ekstra viktig for folk som jobber med den type ting å ta vare på hverandre og skape rom for å diskutere, bearbeide og finne ut om man har handlet riktig, om man har gjort nok og hvor stort ansvar man skal ta. (Informant, 0-10 års erfaring)

Informantene fortalte at sykehuset ikke nødvendigvis sørget for debrifing med kollegaer, noe de savnet i etterkant av slike saker. For eksempel sa en sykepleier at sykehuset kun la til rette for det i andre alvorlige saker, som der barn dør av sykdom. En lege sa hen opplevde at de var dårlig på debrifing på sykehuset, og at det i rollen som lege ble forventet at man skulle klare seg selv, fordi det var en del av jobben.

Kollegastøtte og å være en del av et team, var viktig for informantenes opplevelse av trygghet. Særlig var behovet stort for kollegastøtte når informantene opplevde at mistanken var så sterk at en ikke kunne stå og se på situasjonen lengre og måtte finne ut hva en skulle gjøre. De fortalte at de kunne bli tryggere om de var flere som observerte, for eksempel ved at de kunne be en kollega gå inn i rommet og gi tilbakemelding. En informant fortalte at det føltes trygt og godt på Statens barnehus, der hen var en liten del av et stort apparat med avklarte roller og hvor flere yrkesgrupper håndterte sine deler av saken. Der kunne hen konsentrere seg om å undersøke barnet og komme med en vurdering. Informantene sa at det å håndtere en situasjon med mistanke var et samarbeid mellom lege og sykepleier, hvor de kunne ha ulike roller og bruke hverandres kompetanse. For legene var det viktig å snakke med sykepleierne rundt barnet, som hadde god kompetanse i å observere samspill, om det de hadde observert og hørt, og hvordan barnet reagerte under undersøkelse. Sykepleierne fortalte at de diskuterte sin mistanke med leger. Det var viktig for dem at legen var åpen og hadde lav terskel for samtale, og at de var sammen med legen om mistanken, for at de skulle gå videre med den.

Uenigheter i kollegiet rundt en mistanke kunne være utfordrende. Et viktig tema for sykepleierne var at det var vanskelig når legen var uenig med dem, spesielt når egen mistanke var sterk, og de så barnet hadde det vondt over tid. En fortalte om en situasjon

som var spesielt vond, der hen lenge følte seg hindret fra å melde til barnevernet, fordi legene mente symptomene kunne forklares medisinsk, og at de ikke skulle melde for tidlig. En annen beskrev det slik:

En har ikke noe håndfast, og legen som har vært inne er ikke enig i det hele tatt at det er noe som skurrer. Så skal de reise rett hjem etterpå. Hvis man får legen med seg på laget kan man velge å legge dem inn, ta dem tilbake på kontroll eller sende henvisning videre. (Informant, 0-10 års erfaring)

Flere av informantene sa at de hadde opplevd høy terskel for å gjøre noe med en mistanke. De hadde opplevd at barn, med mange risikofaktorer i familien, kom tilbake til sykehuset etter utskrivning uten bekymringsmelding med skader som tydet på vold, eller at et barn i en slik sak kort tid etter døde. Disse informantene sa at det på avdelingen var uenighet rundt oppfatningen av deres mandat som helsepersonell, og at det å melde en bekymring kunne oppfattes som å overskride en grense hvor en bevegde seg inn i privatsfæren:

Det er litt sånn tabubelagt har jeg på følelsen av, for alt som har med barnevern å gjøre. Alle har jo sin mening om det skumle apparatet der, som bare er ute etter å ta ungene. Det er noen som sitter med noen holdninger som kanskje kunne vært lagt død. (Informant, 11-20 års erfaring)

Den selvstendige meldeplikten var vesentlig for informantene. De sa det var viktig for dem å melde en mistanke til tross for uenighet og motstand blant kollegaer. Alder, erfaring og kompetanse påvirket om de uttalte sin mening og hvordan de tålte uenighet i kollegiet.

3.3.2 «Vi sitter på hvert vårt nes»

Samarbeid rundt barn der det var mistanke om vold og overgrep kunne være utfordrende. Informantene fortalte at de på grunn av taushetsplikten ikke fikk informasjon etter at barnet hadde forlatt avdelingen, eller de hadde meldt en mistanke til barnevern eller politi. De tydelige skillelinjene mellom ulike instanser kunne føre til at en satt alene med sin bekymring. En informant fortalte om en situasjon der hen hadde vært bekymret for barn, som hen møtte igjen på sykehuset mange år senere. Hen tenkte at alle så at det var «helt på styr», og opplevde at flere satt med hver sin informasjon uten å ha lov til å si noe til hverandre:

For man sitter på hver sin brikke i et puslespill og så skjønner man egentlig ikke noe av brikken før man ser den sammen med de andre brikkene. Det er ikke lett når man bare sitter med en brikke å gi beskjed. [...] Hvis man ikke deler den brikken med noen, så blir det hvert fall ikke klarere. (Informant, 0-10 års erfaring)

Hensyn til taushetsplikten kunne være en barriere for å få informasjon om et barn også innad på sykehuset, og det kunne oppstå forvirring og usikkerhet om en mistanke ble meldt til politi eller barnevern, eller ikke. En fortalte at av hensyn til taushetsplikt mellom avdelingene, måtte det avklares med ledelsen om hen kunne snakke med personalet på sengepost for å få vite om en mistanke ble meldt. Taushetsplikten ble da opplevd som hinder innad i sykehuset og det manglet et fora der personalet, som hadde vært involvert i en pasient, fikk informasjon om hvordan mistanken ble håndtert. Det var et ønske om tydeligere prosedyrer og retningslinjer, slik at de kunne være sikre på at en mistanke var meldt eller ikke.

Manglende samarbeid og informasjonsutveksling kunne føre til at informantene opplevde at de ulike instansene ikke kunne se helheten i barnets situasjon. Taushetsplikten kunne oppleves som en barriere for å få til et godt samarbeid med andre instanser. Det manglende samarbeidet med barnevernet i etterkant av situasjonene kunne være utfordrende, og de savnet konkrete tilbakemeldinger om bekymringsmelding var mottatt og hvordan de fulgte opp barnet. En informant beskrev problemet som at ulike etater satt på hver sin kant med kunnskap om forskjellige sider av saken, uten å dele informasjon:

Jeg føler vi sitter på hvert vårt nes veldig ofte. Vi vet ting, barnevernet vet ting og føde-barsel vet ting, men det er ingen eller svært lite kontakt mellom oss. [...] Det har jeg etterlyst så mange ganger og må liksom mase for å få til et samarbeid og åpenhet. Vi må forstå at alle, uansett hvem av oss, har taushetsplikt.

(Informant, 11-20 års erfaring)

4 Diskusjon

4.1 Metodediskusjon

Metodediskusjonen følger stegene i forskningsprosessen, for å belyse hvordan resultatet kan ha blitt påvirket (CASP, 2021).

4.1.1 Refleksivitet

Refleksivitet handler om forskerens kritiske selv-refleksjon knyttet til egen forforståelse, samt relasjonen til deltakerne i forskningen og hvordan denne kan påvirke deltakernes svar (Korstjens & Moser, 2018). Som barnevernspedagog med praksis fra arbeid med utsatte barn og unge og deres familier, har jeg selv erfart at det er svært utfordrende å håndtere prosesser med bekymring for om et barn er utsatt for vold eller overgrep. Dette, og min interesse for hvordan helsepersonell på barneavdelinger opplever slike situasjoner, har påvirket valg av tema for masteroppgaven. Jeg hadde på forhånd tanker om at helsepersonell på sykehus også opplever slike saker som vanskelige, men hadde utover det ingen klare formeningar om eller kjennskap til hvordan slike situasjoner kan oppleves for dem i deres kontekst. Det å ikke forske i eget arbeidsfelt kan ha gjort det lettere å ha et åpent blikk og sette min egen forforståelse til side. Samtidig har det vært sider av informantenes beretninger som jeg har kunnet gjenkjenne ut fra egne erfaringer. Min profesjonelle bakgrunn var oppgitt i studiens informasjonsskriv og kan ha påvirket informantenes fortellinger om samarbeid med barnevernet. Likevel var samarbeid med barnevernet et tema som kom fra flere informanter og som ble vurdert som vesentlig opp mot forskningsspørsmålet. Min bakgrunn kan ha ført til at jeg har vært spesielt sensitiv for informantenes erfaringer med samarbeid med barnevernet. Jeg har vært særlig opptatt av at egen oppfatning i denne sammenheng ikke skulle farge resultatene. Likevel vil uansett forskeren, fordi hen er verktøyet i en kvalitativ forskningsprosess, bevisst og ubevisst, påvirke resultatet (Kvale & Brinkmann, 2015).

4.1.2 Design

Studiens gyldighet handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og om den reflekterer fenomenene den skal utforske (Kvale & Brinkmann, 2015). Kvalitativ metode og bruk av semistrukturerte intervju ble vurdert som egnet til å besvare forskningsspørsmålet for denne studien. Individuelle intervju ble valgt fremfor fokusgruppeintervju, på grunn av studiens sensitive tema og at informantene skulle ha anledning til å gå i dybden på egne personlige opplevelser og følelser, uten påvirkning eller forstyrrelser fra andre. Kvantitativt design ble vurdert som ikke hensiktsmessig, fordi den anvendes for analyse av numeriske data og undersøker forskningsspørsmål om forekomst, fordeling og effekt (Malterud, 2012). En dybde i hvordan helsepersonell opplever situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn, hadde blitt begrenset om studien hadde vært utført ved bruk av kvantitativ metode, for eksempel bruk av spørreskjema. En styrke ved studiedesignet er at det er redegjort for bakgrunnen for problemstillingen, hvordan studien er utført og at forskningsprosessen er gjort synlig for leseren (Tracy, 2010).

4.1.3 Generaliserbarhet

Generaliserbarhet handler om studiens resultater kan overføres til andre personer, kontekster og situasjoner, og om studiens resultater dermed er pålitelige og gyldige (Kvale & Brinkmann, 2015). En styrke ved studien er at den belyser helsepersonells ulike erfaringer, med spredning i alder, roller, utdanning, profesjon og antall års yrkeserfaring. Sykehusene var geografisk spredt i Norge og dataene er innhentet fra informanter fra ulike former for barneavdelinger. Samtidig kan prosessen rundt utvalg av informanter ha påvirket hvem som deltok i denne studien. Det kan ha ført til at informantene som stilte til intervju, var spesielt engasjert i temaet, og at flere i hovedsak hadde sitt arbeid tilknyttet utredning og behandling av barn som er utsatt, eller mistenkt utsatt for vold eller overgrep. Samtidig inkluderte studien informanter som ikke var spesielt tilknyttet slikt arbeid. Det kan ikke utelukkes at andre informanter, på andre type barneavdelinger og sykehus ville ha fremstilt andre erfaringer. Studiens sensitive tema kan ha ført til at deltakere med andre relevante erfaringer ikke ønsket å stille til intervju. En tilsvarende studie i andre kontekster, for eksempel i andre land, kan vise andre funn. Funnet i denne studien støtter andre studier på feltet, også internasjonal forskning, noe som styrker studiens troverdighet. Dette, samt at det er brukt flere kilder og at dataene gir tykke beskrivelser, øker studiens pålitelighet (Tracy, 2010).

4.1.4 Datasamling

Hvordan intervjuene skulle gjennomføres ble drøftet med veileder, som også fikk innsyn i intervjuene gjennom deling av transkripsjoner. Gjennom å transkribere og høre på lydopptak, fikk jeg inntrykk av egen rolle i intervjuet og kunne gjøre nødvendige justeringer til neste intervju. Intervjuguiden var utarbeidet med få åpne spørsmål, for å kunne følge informantenes fortellinger. Det var viktig å følge informantene mens de fortalte, samt oppsummere og stille oppklarende spørsmål for å sjekke ut om jeg hadde forstått dem riktig. Det ble stilt oppfølgende spørsmål for å oppnå dybde. Endring av intervjuguide ble diskutert med veileder, og det ble ikke vurdert behov for dette. Det kan i utgangspunktet ha vært en styrke at intervjuguiden viste seg å fungere godt.

Det var i utgangspunktet planlagt at intervjuene skulle gjennomføres ansikt- til- ansikt. Den nødvendige endringen at intervjuene måtte gjøres over telefon på grunnlag av smittevern hensyn (COVID-19), kan være en begrensning ved studien. Intervjueren kunne ikke se informantenes kroppsspråk eller ansiktsuttrykk. Det gjorde det ofte vanskelig å vurdere når informantene tok en naturlig tenkepause, eller om de hadde snakket ferdig før neste spørsmål ble stilt. Likevel kunne følelsesmessige uttrykk, som pust, sukk, latter og toneleie, høres, noe som ga informasjon om hvordan informantene hadde det i intervjusituasjonen. Intervju over telefon kan ha ført til at informantene følte at situasjonen var ukomfortabel eller unaturlig og at de derfor ikke delte sine erfaringer i like stor grad, fordi de ikke kunne se meg og mitt kroppsspråk. Å snakke om sensitive tema over telefon kan generelt være ukomfortabelt. Til tross for dette snakket informantene jevnt og fritt om sine opplevelser. Det er også mulig at intervju over telefon hadde positiv innvirkning fordi informanten kunne konsentrere seg om og gå dypere inn sine egne erfaringer, samt formidlingen av disse, uten å bli heftet av andre forstyrrelser. Det ble sjekket ut hvordan enkelte informanter opplevde intervju over telefon, og de svarte at de syntes det var en god måte å gjøre det på.

Studios sensitive tema kan ha vekket emosjonelle reaksjoner hos informantene. Ved flere anledninger fortalte de om situasjoner som hadde berørt dem, og som fortsatt vekket følelser. Det var derfor viktig å forsøke å ivareta deltakerne i intervjusituasjonen

ved å følge dem, lytte rolig og fremstå forståelsesfull overfor deres historier. Samtidig virket det som informantene gjerne delte sine opplevelser og synspunkt.

Funn i denne studien er knyttet til andre profesjonelle som helsepersonell samarbeider med i slike saker. En svakhet ved denne studien er at den ikke belyser disse samarbeidspartnerne perspektiv. Bruk av fokusgrupper som inkluderer samarbeidspartnerne, kunne ha belyst flere disipliners synsvinkel (Malterud, 2012).

4.1.5 Analyse

Samme person gjennomførte intervjuene, transkriberte og analyserte, noe som gir grunnlag for god kjennskap til dataene. Samtidig kan dette innebære en svakhet ved at man ser seg blind på materialet. At de ulike delene av forskningsprosessen har inkludert oppfølging fra veilederne øker studiens troverdighet ved at flere forskere er inkludert (Tracy, 2010). En styrke ved studien er at transkripsjoner og foreløpig tema ble delt og drøftet med veilederne, tidlig i forskningsprosessen. Dataene ble også diskutert med veilederne som bidro med andre perspektiv i løpet av analysen. Dette er viktig for å hindre at min forforståelse overskygget i analyse og resultat. Analysen ble grundig gjennomført, ved å skifte mellom å se deler og helhet i hvert enkelt intervju og mellom intervjuene. Fordi intervjuene var svært detaljrike, var det spesielt krevende å velge ut felles tema. Det var derfor viktig med jevnlig veiledning og drøfting av temaene for å trekke ut essensen opp mot forskningsspørsmålet og spisse problemstillingen underveis.

4.2 Diskusjon av resultat

Informantene i denne studien opplevde situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn som komplekse. Kompleksiteten var knyttet til en rekke dilemma, ofte forbundet med å bli berørt, koblet til en magefølelse av at det var noe som ikke stemte, og en frykt for å ta feil, samtidig med en sterk ansvarsfølelse. Situasjonene innebar en betydelig opplevelse av usikkerhet og emosjonelle reaksjoner, hvor det ble etterspurt støtte. Informantene kunne oppleve samarbeid med andre tjenester som utfordrende. Funnene drøftes videre i lys av forskningsspørsmålet, juridisk rammeverk og forskning.

4.2.1 En magefølelse av at «noe ikke stemmer»

Erfaring med å «*ha en magefølelse*» i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn, var omtalt av mange av informantene i denne studien, og beskrevet som en opplevelse av at noe ikke stemte, uten at de i første omgang visste helt hvorfor. Dette er også støttet av andre studier. For eksempel fant Cowley et al. (2018) at klinikere ble påvirket av såkalt «*gut feeling*», når de utredet mistanke om påført hodeskade på barn. Fenomenet magefølelse er også synliggjort i studier av helsepersonell som jobber med barnemishandlingssaker i primærhelsetjenesten og lærere i Nederland (Schols, de Ruiters & Öry, 2013) og sykepleiere på neonatal avdeling i Australia (Saltmarsh & Wilson, 2017).

Informantene snakket om magefølelsen ved mistanke om barnemishandling, som en kroppslig opplevelse, fornemmelse eller følelse av at noe var galt eller rart og at det var slik en opplevelse av en mistanke startet. Dette er sammenfallende med andre studier knyttet til helsepersonells vurderinger, som ikke direkte er knyttet til mistanke om vold og overgrep mot barn (Stolper et al. 2009). En magefølelse er i den sammenheng beskrevet som en intuisjon, som fremstår som en følelse av alarm om at noe er galt, eller av beroligelse (sikkerhet angående diagnostisering og behandling, uten en klar diagnose) uten at det foreligger spesifikke indikatorer på dette (Stolper et al., 2010). Informantenes beretninger om magefølelsen kan relateres til fenomenet taus kunnskap,

der de vet eller handler uten å vite bakgrunnen for tankene eller handlingene. Informantene relaterte ofte den tause kunnskapen til trekk ved barn og foreldre, samt risikofaktorer for at barn utsettes for vold og overgrep. For eksempel kan informantenes fortellinger om observasjoner av hvordan foreldre og barn fremsto eller oppførte seg (Stolper et al., 2010) og det å gjenkjenne en stemning av frykt i rommet, relateres til taus kunnskap som en ikke bevisst kompetanse ervervet gjennom erfaring (Aamodt, 2014). Samtidig fremhevet informantene at det var viktig for dem at de ikke skulle påvirkes av denne tause kunnskapen alene.

Intuisjon og magefølelse hos helsepersonell er omdiskutert. Evidensbasert litteratur og forskning advarer generelt mot å bruke intuisjon, for å unngå gale beslutninger, og anbefaler bruk av analytiske modeller, retningslinjer og beslutningsverktøy ved mistanke om vold og overgrep mot barn (Cowley et al., 2018). En mistanke om barnemishandling kan oftere være rettet mot foreldre med lav sosioøkonomisk status (Svärd, 2017a) og en intuisjon ut fra sosiale faktorer ved familier innebærer en risiko for å ta feil (Keenan, Cook, Olson, Bardsley & Campbell, 2017; Tiyyagura et al., 2015). Risikofaktorer vil ikke direkte tilsi at barn blir skadet av vold og overgrep, og mishandling kan også skje uavhengig av dem (Cowley et al., 2018). For noen helsepersonell kan magefølelsen virke som et kompass i usikre situasjoner, mens andre ser på den som en fallgrube, som de forsøker å unngå (Stolper et al., 2009). Sørlandet sykehus har gjennom prosjektet «Barn under radaren» innført bruk av sjekklister når voksne med barn under 18 år, kommer inn på akuttmottak på grunn av alvorlig rusproblematikk, vold, eller alvorlige psykiske lidelser (Helmers, 2021). Sjekklisten oppleves som en god beslutningsstøtte og hjelp til å vurdere om meldeplikten til barnevernet er til stede, og den fører til at en bekymring ikke kun består av en magefølelse (Helmers, 2021). Dette er derimot sjekklister som brukes overfor voksne, og ikke knyttet til behandling av barna. Det kom ikke frem i intervjuene i min studie om informantene brukte sjekklister når de hadde en mistanke om barnemishandling, men flere fortalte om bruk av ulike prosedyrer og retningslinjer som støtte.

Informantenes tause kunnskap kan anses å være en nødvendig form for kompetanse, som de anvender i sitt arbeid, sammen med andre former for kunnskap (Heiberg Engel, 2008; Thomassen, 2006). For informantene fremsto ofte mistanken som uventet, ut fra noe de umiddelbart ikke forstod og som førte til at de begynte å stille seg selv spørsmål i situasjonene. Dette kan være eksempel på det Donald Schön (1995) omtaler som «refleksjon- i- handling», ved at profesjonelle reflekterer i praksissituasjoner mens de handler. «Refleksjon- i- handling» oppstår gjerne i situasjoner som er komplekse, usikre og uklare, når det oppstår noe uventet og uforståelig. Slik refleksjon kan føre til læring ved at helsepersonell tenker over hva de gjør, mens de gjør det (Thomassen, 2006). Slik sett kan informantenes tause kunnskap være en viktig del av det å håndtere komplekse og usikre situasjoner. Informantene fremhevet at deres erfaring, sammen med faglig kunnskap og refleksjon sammen med kollegaer, gjorde dem tryggere på hva de skulle reagere på og hvordan de skulle reagere i situasjoner med mistanke om barnemishandling. Slike samrefleksjonsprosesser hos helsepersonell i vold og overgrepssaker kan føre til læring, gjennom «refleksjon- over- handling», som er når praktikere tenker tilbake på handlingen og den kunnskapen som ligger implisitt i den (Thomassen, 2006).

Stolper et al. (2010) hevder magefølelsen er en del av helsepersonells ekspertkunnskap. I min studie førte den tause kunnskapen til at informantene ble usikre og tvilte på om den var valid. Andre studier viser også at det oppleves vanskelig for helsepersonell å

melde en mistanke når den oppstår i form av en intuisjon (Saltmarsh & Wilson, 2017), som har bakgrunn i subjektive vurderinger alene og ikke tydelige tegn som bevis (Sigad, Beker, Lev-Wiesel & Eisikovits, 2019). Informantene snakket om hvor vanskelig det var for dem å oppdage vold og overgrep mot barn, og at de i sammenheng med opplevelsen av en risiko for å ta feil vurderte sin mistanke opp mot helsepersonellovens § 33 (1999), om de hadde nok «*grunn til å tro*» at et barn ble eller kom til å bli utsatt for mishandling. En mistanke om vold og overgrep måtte i den forbindelse være faglig forankret og i form av noe konkret, som medisinske funn eller barns historier.

For informantene var magefølelsen alene ikke nok. Den førte til at de så etter flere tegn på vold og overgrep, og at de rådførte seg med kollegaer og ba dem om å foreta flere mer objektive observasjoner. Taus kunnskap kan slik ha betydning fordi den kan være et startpunkt, som kan føre til at helsepersonell begynner å resonnerer analytisk, samler mer informasjon, foretar flere undersøkelser og konsulterer med kollegaer (Stolper et al., 2010). Dette kan åpne for en mulighet til å avdekke eller avkrefte barnemishandling (Saltmarsh & Wilson, 2017; Schols et al., 2013). Magefølelsen er ofte omtalt som noe diffust og uklart, men kan muligens bli mindre mystisk om den sees som en del av helsepersonells helhetlige kunnskap. Om helsepersonell setter ord på denne tause kunnskapen, og sammen med kollegaer reflekterer over handling, kan den blir mer bevisst og eksplisitt (Thomassen, 2006).

4.2.2 Samarbeid og behov for kollegastøtte

For informantene var godt samarbeid med kollegaer viktig for at de skulle føle seg tryggere og situasjonene ble enklere å håndtere. Spesielt ble dette trukket fram hvis de følte at de var en del av et stort team der ulike roller og oppgaver var klare. Det å være sammen med andre kollegaer om en mistanke, ble opplevd som en hjelp når de stod i ulike dilemmaer. Kollegastøtte som ressurs i slike saker er sammenfallende med det andre studier har funnet (Barrett et al., 2017; Nouman, Alfandari, Enosh, Dolev & Daskal-Weichhendler, 2020). Lines et al. (2020) knyttet for eksempel kollegastøtte til at sykepleiere, når de fryktet å gjøre feil, diskuterte og fikk en «*second opinion*» med kollegaer for bekreftelse på vurderinger og beslutninger ved mistanke om vold og overgrep mot barn.

Informantenes erfaringer viser at samarbeid mellom ulike disipliner på barneavdelinger er viktig i beslutningsprosesser rundt diagnose og behandling ved mistanke om vold og overgrep mot barn. Det kan derimot være vanskelig å skape felles kunnskap over profesjonelle grenser, for eksempel mellom leger og sykepleiere, fordi kunnskap er mer enn informasjon. Den tause kunnskapen ligger innbakt i handling og institusjonelle strukturer. Et samarbeid i disse sakene forutsetter derfor at helsepersonell har begrep for å sette ord på den tause kunnskapen (Oborn & Dawson, 2010). Informantenes fortellinger viser at helsepersonell på barneavdelinger bruker kollegaer for å snakke om hva som gjorde at de fikk mistanke, for å dele kunnskap om situasjonen og anvende hverandres kompetanse i samarbeidet. Dette er belyst gjennom legens fremstilling om at det var viktig for hen å snakke med sykepleierne rundt barnet, om deres observasjoner og gjennom sykepleiernes fortellinger om at de snakket med legene om sine grunner for mistanke. Slike samtaler og refleksjoner, sammen med kollegaer ved mistanke om barnemishandling, kan bidra til å sette ord på taus kunnskap. Det kan føre til bevissthet rundt følelse av usikkerhet eller sikkerhet og til en bedre forståelse av hvilke tegn og symptomer som forårsaker en mistanke. Det kan føre til en vurdering av egne begrensninger av kunnskap og stimulere til å rådføre seg for å finne ut hva man skal gjøre videre (Cowley, et al., 2018; Stolper et al., 2010).

Situasjoner hvor det var uenighet om det var grunnlag for å mistenke barnemishandling, ble beskrevet som særlig vanskelige. For eksempel fortalte noen informanter om at de følte seg hindret i å melde fra om en mistanke fordi kollegaer mente at de manglet medisinske funn. Andre trakk frem at de ønsket å alliere seg med kollegaer for å undersøke en mistanke nærmere. Noen informanter hadde opplevd høy terskel, både hos ledelse og blant kollegaer, for å diskutere eller hevde en mistanke om vold og overgrep mot barn eller risiko for dette. En høy terskel hos helsepersonell for å melde mistanke om barnemishandling er funnet også i andre studier. For eksempel fant Paavilainen et al. (2002) at helsepersonell kunne se på familien som noe privat, og at måten barna ble oppdratt på derfor var foreldrenes egen beslutning. På bakgrunn av dette fryktet helsepersonell å krenke foreldre, noe som gjorde det vanskelig for dem å intervensere (Paavilainen et al., 2002).

I rundskriv til helsepersonelloven er det poengtert at det er vesentlig at det er lagt til rette for en kultur der helsepersonell kan melde en bekymring til barneverntjenesten, selv om det er faglig uenighet (Helsedirektoratet, 2018). For informantene var det viktig å komme til enighet i slike situasjoner. De var alle samtidig opptatt av sin selvstendige meldeplikt, og flere sa de til tross for uenighet valgte å melde om de selv var sikre nok på grunnlaget for melding. Det skal nevnes at informantene i hovedsak fortalte om god støtte hos ledelse og kollegaer, og at dette hadde betydning for hvordan de opplevde situasjonene. Dette belyser hvor viktig forankring og støtte hos ledelse og kollegaer er i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn.

4.2.3 Behov for å dele informasjon på tvers av avdelinger og tjenester

Informantene fortalte om et behov for å motta informasjon innad på sykehuset om hvordan det gikk med barnet etter at det hadde forlatt egen avdeling. Dette var blant annet viktig for å kunne legge saken fra seg, og for å vite om en mistanke stemte, samt om den ble meldt. De løste dette ved i ettertid å snakke, noen ganger uformelt, med andre som hadde vært involvert i saken. Noen opplevde manglende kommunikasjon eller taushetsplikten som et hinder innad på sykehuset, for å få slik informasjon. De oppfattet at de i utgangspunktet ikke kunne dele informasjon om et barn mellom avdelinger. Usikkerheten på om en mistanke blir meldt, kan tilsi at helsepersonell noen ganger ikke får en tilbakemelding etter helsepersonelloven (1999) § 33 om en sak meldes til politi eller barnevern. En informant etterlyste et felles fora, der det kunne formidles hvordan en mistanke ble håndtert fra sykehusets side. Dette kunne dempe usikkerheten om en mistanke ble meldt, om egen mistanke stemte og om de hadde handlet ut fra barnets beste. Vansker rundt deling av informasjon, og at slik informasjon ble søkt uformelt ved å spørre helsepersonell på andre avdelinger, ble også funnet i en studie av sykepleiere i Australia (Lines et al., 2020). En rigid praksis som hindret deling av informasjon, førte til en mer regelbasert enn barnesentrert tilnærming i vold og overgrepssakene. Dette virket inn på hvordan helsepersonell opplevde sin mulighet til å forebygge eller respondere på barnemishandling (Lines et al., 2020).

Mangelfull informasjonsdeling med andre tjenester utenfor sykehuset kunne også oppleves som vanskelig for informantene. Taushetsplikten ble oppfattet som en barriere mot å få til åpenhet og et godt samarbeid. Dette er illustrert gjennom informantenes fortellinger om at «*alle sitter på hvert sitt nes*» og at «*alle sitter på sin brikke i et puslespill*». Slike erfaringer bekreftes av internasjonale studier (Campbell et al., 2020; Cleek et al., 2019). Samtidig som taushetsplikt skal hindre at personopplysninger blir spredt unødvendig, skal bestemmelsene om opplysningsrett og opplysningsplikt sikre at instansene kan utveksle opplysninger når det er nødvendig for at barn skal få best mulig

oppfølging (Heltne & Steinsvåg, 2011). Barneverntjenesten kan dele opplysninger til helsepersonell på sykehus, når det er nødvendig for å fremme barneverntjenestens oppgaver, som å gi barnet rett hjelp til rett tid og for å forebygge fare for liv og helse. Opplysninger kan også gis når det foreligger samtykke til informasjonsdeling (Bufdir, 2019). Det åpnes altså for samarbeid mellom ulike tjenester av hensyn til barnet på visse vilkår, men kjennskap, tolkning og praktisering av regelverket kan være mangelfull eller ulik (NOU 2016:16).

De tydelige skillelinjene som eksisterte mellom etatene, kunne gjøre at barnets totale situasjon fremsto uklar for informantene og til at de kunne føle de var de eneste som var bekymret. Dette skapte usikkerhet på om viktige instanser rundt det enkelte barnet så barnets situasjon og ga hjelpen det hadde behov for. Barnevoldsutvalget fant også eksempler på mangelfullt samarbeid og at ulike instanser kun visste om en liten del av barnets helhetlige situasjon. Samlet informasjon fra alle tjenester et barn eller familie mottok, kunne ha ført til at vold og overgrep ble avdekt tidligere (NOU 2017:12). Både helsepersonell og barnevernsarbeidere kan oppleve frykt for å bryte hensynet til pasienters privatliv og konfidensialitet når de kommuniserer i saker med mistanke om barnemishandling (Campbell et al., 2020). Informasjonsdeling kan oppleves vanskelig, på grunn av ulik tolkning av det juridiske regelverket og ulik fortrolighet i å dele informasjon med samarbeidende instanser. Uklare rammer og ulike forventninger til samarbeid kan føre til at informasjon ikke blir delt, og at de riktige tjenestene ikke blir involvert (NOU 2017:12).

Manglende tilbakemelding fra barnevernet etter barnevernloven (1992) § 6-7 a, om melding var mottatt og hva de gjorde med saken, ble opplevd av informantene som utfordrende. En tilbakemelding ville være nyttig for dem, grunnet egen læring, om de hadde vurdert riktig eller galt, og om de hadde gjort nok. Dette er sammenfallende med funn i internasjonale studier (Cleek et al., 2019; Tiyyagura et al., 2015). Manglende tilbakemelding fra barnevernet kan skape en følelse av motløshet hos helsepersonell over å ikke få vite om en mistanke stemte (Nouman et al., 2020). Slike negative erfaringer kan føre til lave forventninger til barnevernet, manglende tillit og til at helsepersonell vegrer seg for å melde (Kuruppu et al., 2018; Tiyyagura et al., 2015). I norsk sammenheng fant barnevoldsutvalget at profesjonelle opplevde mye usikkerhet knyttet til barneverntjenestens arbeid og deres ansvarsområder og rolle i samfunnet. De vegret seg for å involvere barneverntjenesten, på bakgrunn av erfaringer med at bekymringsmeldinger ikke ble håndtert tidsnok eller ble henlagt. Barneverntjenesten ble opplevd som en vanskelig samarbeidspartner, fordi informasjonen kun gikk én vei (NOU 2017:12). Ingen av informantene i min studie fortalte om mistillit til barnevernets arbeid eller vegring mot å melde, på grunn av tidligere erfaringer. De fremstilte derimot et tydelig ønske om mer kommunikasjon og samarbeid av hensyn til barnas totale situasjon og behov. Flere anerkjente barnevernet som en viktig hjelpeinstans, som kunne sørge for at barn og familier fikk nødvendig hjelp.

Informantenes opplevelser av vansker med samarbeid med andre tjenester, er viktig fordi barnemishandlingssaker krever spesielt et godt samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser for at barna skal få god hjelp (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016; Heltne & Steinsvåg, 2011). Samarbeid mellom barnevern og helse for å forbygge, identifisere og intervensjon overfor barn som er i risiko eller utsatt for belastninger, har stor betydning for at de alvorlige konsekvensene for barns utvikling og psykiske helse skal unngås (Felitti et al., 1998). Et tverrfaglig godt samarbeid, med helhetlige vurderinger og informasjonsdeling mellom helsepersonell, barnevern og politi fremmer

identifisering av barnemishandling, slik at barna kan beskyttes (Cowley et al., 2018; Nouman et al., 2020). Helsepersonell på barneavdelinger er en viktig del av samarbeidet for å ivareta både barn og foreldres juridiske rettigheter. En utredning på barneavdeling kan føre til at mistanke om mishandling styrkes eller avkreftes. En sterk mistanke kan dokumenteres og brukes til bevisførsel i rettsaker, og det kan settes inn tiltak som sikrer barnet (M. Myhre et al., 2010). Opptappingsplan mot vold og overgrep fremhever at samarbeid mellom de ulike tjenestene i vold og overgrepssaker må styrkes (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016).

4.2.4 Behov for å møtes

Statens barnehus ble trukket frem som en god arena for tverrfaglig samarbeid av enkelte informanter. En samlokalisering av ulike hjelpetjenester kan gi bedre samarbeidsrutiner og fleksibilitet (Heltne & Steinsvåg, 2011) og kan skape en kultur for samarbeid gjennom å dele informasjon og spesialkunnskap (Nouman et al., 2020). Samtidig har Statens barnehus en dobbel funksjon ved å ivareta både etterforskning og behandling. Dette kan innebære en spenning mellom at man fra et rettslig perspektiv frykter at barnets beste vil ta overhånd, og at man ut fra et behandlingsperspektiv er redd for at det rettslige fokus vil overstyre (Bakketeig, Berg, Myklebust & Stefansen, 2012). Ulike profesjonsinteresser, der de ulike profesjonene er opptatt av egne domener, kan vanskeliggjøre et samarbeidsklima (Heltne & Steinsvåg, 2011). Det er slik sett viktig å finne en balanse mellom det barnefaglige og det strafferettslige perspektivet i samarbeidet (Bakketeig et al., 2012). Noen av informantene fortalte at fokus på straff og bevis kunne ta overhånd i saker med mistanke om vold og overgrep mot barn. Det kom ikke frem om dette var generelt eller spesifikt relatert til samarbeid på Statens barnehus.

Informantenes fortellinger viser at samarbeid mellom tjenestene i slike saker bør bedres. Ulike profesjoner kan ha motstridende syn på samme situasjon og ta beslutninger ut fra egne kriterier, på bakgrunn av deres tause kunnskap (Kinsella, 2010). For å komme til enighet må den tause kunnskapen gjøres eksplisitt og reflekteres over i møte med hverandre (Kinsella, 2010). Cleek et al. (2019) hevder at vanskene i samarbeidet tilsier behov for at profesjonelle lærer om, fra og med hverandre, på områdene verdier/ etikk, roller og ansvar, interprofesjonell kommunikasjon og teamarbeid. Et godt samarbeid kan fremmes ved å etablere faste møtepunkter der de ulike deltakerne blir kjent med hverandre, etablerer relasjoner, deler erfaringer og kunnskap om hverandres mandat og juridiske rammer, samt drøfter saker anonymt (Bufdir, 2019). For eksempel er tverrfaglige konsultasjonsteam opplevd som nyttige (NOU 2017:12). Tverrfaglig samarbeid i barnemishandlingssaker kan gi deltakerne ulike positive opplevelser, som sosial støtte, at kunnskap og ansvar blir delt, samt at negative reaksjoner og usikkerhet dempes (Sigad et al., 2019). Tilbakemelding på utførelse og utfall av eget arbeid (Albaek et al., 2018), refleksjon over praksis og tidligere barnemishandlingssaker, samt gode relasjoner mellom ulike disipliner kan bedre praksis (Barrett et al., 2017). Felles trening mellom helsepersonell, politi og barnevern i håndtering av sakene kan føre til bedre forståelse av hverandres roller, samt avklaring av forventninger til hverandre og hver etats begrensninger (Cowley et al., 2018).

4.2.5 Emosjonelle reaksjoner og etiske dilemmaer

Å bli berørt av barna i situasjoner med mistanke om vold og overgrep var noe informantene trakk frem. Dette førte til en sterk ansvarsfølelse, illustrert av informanten som fortalte om å føle seg som barnets eneste allierte. Informantene kunne bli mer berørt av disse barna enn av andre syke barn de behandlet. Mange kunne tenke på barna

og situasjonen i etterkant og noen sa de tenkte på dem i årevis etterpå. Situasjonene kunne gjøre det spesielt utfordrende å være profesjonell. Samtidig var det viktig å ikke dømme noen. Informantenes opplevelser av emosjonelle reaksjoner viser at situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn kan være emosjonelt belastende for helsepersonell på barneavdelinger. Dette er sammenfallende med en studie av Tingberg et al. (2008) som viste at en av de største utfordringene for sykepleierne var å bli sterkt berørt av barnet som offer og å oppleve intense negative følelser overfor overgriper. Samtidig måtte de oppføre seg som om de ikke følte noe. De prøvde å opprettholde profesjonalitet og en ikke-dømmende holdning.

Sterke emosjonelle reaksjoner i forbindelse med barnemishandlingssaker kan ha vedvarende personlig effekt på helsepersonell (Barrett et al., 2017). Dette er viktig fordi det over tid kan føre til sekundær traumatisering, kumulative stressreaksjoner og utbrenthet (Dyregrov, 2010; Eriksen & Sætre, 2011). Helsepersonell kan oppleve dilemma mellom å kjenne empati og samtidig distansere seg selv, gjennom å skape emosjonell distanse og begrense empatisk involvering, samtidig som de føler redsel for at dette påvirker omsorgen for barna (Albaek et al., 2020). Dette dilemmaet er sammenfallende med informantene som fortalte om å oppleve mange vonde saker i løpet av et år, og at hen ikke kunne tenke på alle, men at hen samtidig var redd for å miste medfølelse med barna.

Etiske dilemma oppstod når informantene var i tvil om hvilke hensyn de skulle ta, og ikke visste hva som var rett og galt. De måtte ofte velge mellom flere ubehagelige muligheter, der det som var best for barnet kunne være svært belastende for foreldrene, og omvendt. De etiske dilemmaene kan relateres til opplevelse av moralsk stress (Karakachian, Colbert, Hupp & Berger, 2021; Källemark, Höglund, Hansson, Westerholm & Arnetz, 2004). Moralsk stress innebærer at helsepersonell opplever at de blir hindret i å handle ut fra det de mener er moralsk riktig (Albaek et al., 2018), eller når de følger egne moralske beslutninger som bryter med lover og regler (Källemark et al., 2004). Det oppstår i situasjoner der helsepersonell føler at de ikke har mulighet til å ivareta alle interesser og verdier som er på spill, og kan forårsakes av byråkratiske hindringer eller uenighet i kollegiet (Källemark et al., 2004). I min studie kan moralsk stress knyttes opp mot informantenes opplevelse av å ikke kunne snakke med et barn av hensyn til politiets etterforskning, selv om de mente det var riktig ut fra hensynet til barnet. Andre eksempler er beretningene om å måtte melde, selv om det gjorde at de mistet behandlingsrelasjonen, eller føle seg hindret fra å melde når kollegaer var uenige om barnets symptom eller skade skyldtes overgrep.

Få studier har undersøkt spesifikt moralsk stress hos helsepersonell i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn. Albaek et al. (2018) fant i sin metasyntese av internasjonale studier at helsepersonell ved mistanke om barnemishandling opplevde moralsk stress på bakgrunn av tvil og frykt for å gjøre situasjonen verre for barna og manglende mulighet til å forutse konsekvensene av egne handlinger. Selv om denne og min studie viser opplevelser av moralsk stress, fremstiller imidlertid en første kvantitativ undersøkelse av barnesykepleiere på sykehus som arbeider med barn utsatt for ulike former for overgrep, lave nivå av moralsk stress (Karakachian et al., 2021). Forskerne var usikre på om dette skyldtes at måleinstrumentet ikke fanget det opp i disse sakene, eller om settingen for studien spilte inn på opplevelsen av moralsk stress. Selv om studien viste lav forekomst, var slikt stress forbundet med en intensjon om å forlate jobben (Karakachian et al., 2021). Ut fra dette er det usikkert i hvilken grad helsepersonell opplever moralsk stress i situasjoner med mistanke om barnemishandling.

Det er imidlertid viktig å forebygge at helsepersonell på barneavdelinger opplever dette i barnemishandlingssaker fordi det kan føre til tilbaketrekning fra pasienter, lite tilfredsstillende med jobben, dårligere kvalitet på behandling (Wall et al., 2016) og til stress-relaterte lidelser (Kälvemark et al., 2004).

4.2.6 Behov for debriefing.

Informantene fortalte at de søkte etter noe som kunne hjelpe dem med å bearbeide opplevelsene i etterkant, og at det var viktig å kunne snakke med kollegaer som hadde opplevd liknende situasjoner for å kunne stå i en slik jobb over tid. Dette viser at kollegaer kan være en kilde til støtte, noe som kan innebære en mulighet til å redusere stress i etterkant av at de har holdt egne følelsesmessige reaksjoner på avstand (Dyregrov, 2010). Derimot kan undertrykkelse og unngåelse av følelser føre til negativ påvirkning på psykisk helse (Albæk et al., 2020). Debriefing med kollegaer etter mistanke om barnemishandling kan være viktig for å kunne opprettholde en profesjonell holdning (Saltmarsh & Wilson, 2017) og kan ha terapeutisk effekt (Barrett et al., 2017). Flere studier fremhever generelt at rom, klima og fora for samtale og diskusjon rundt moralsk stress og etisk vanskelige situasjoner som helsepersonell opplever i praksis, er vesentlig for å redusere moralsk stress (Karakachian et al., 2021; Wall et al., 2016). Min studie viser også at samtaler gjennom «refleksjon- over- handling» sammen med kollegaer kan gjøre taus kunnskap eksplisitt og ivareta helsepersonells ulike behov etter situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn (Schön, 1995). Samtalene kan også forebygge utvikling av moralsk stress (Kälvemark et al., 2004). Den store betydning samtaler med kollegaer på ulike måter har i disse situasjonene, ble favnet av informanten, som fortalte at det var spesielt viktig at kollegaer tok vare på hverandre, skapte rom for å diskutere, bearbeide, finne ut om de hadde gjort nok og om de handlet riktig, samt hvor stort ansvar de skulle ta.

5 Konklusjon

Denne studien om helsepersonell i spesialisthelsetjenesten i norsk kontekst bekrefter funn fra internasjonale studier som viser at situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn oppleves som komplekse og innebærer en rekke dilemmaer og emosjonelle reaksjoner. En mistanke om barnemishandling i form av en magedfølelse kan relateres til helsepersonells tause kunnskap. Fordi denne tause kunnskapen alene innebærer en risiko for å ta feil, må mistanken være faglig forankret og i form av noe konkret, for at helsepersonell mener de har grunn til å tro at et barn er utsatt for vold eller overgrep. Samtaler, felles refleksjon og debriefing, formelt eller uformelt, med kollegaer er viktig i disse situasjonene og kan dempe emosjonelle reaksjoner. Helsepersonell har behov for informasjonsdeling med andre, i og utenfor sykehuset, under og i etterkant av disse situasjonene. De ønsker mer og bedre samarbeid med andre instanser, som barneverntjenesten. Felles møteplasser med kunnskapsutveksling om hverandres roller og juridiske rammebetingelser, kan være et viktig bidrag til å bedre samarbeid mellom tjenestene. Denne studien tilfører ny kunnskap om at helsepersonell på barneavdelinger kan ha erfaringer som kan relateres til fenomenet moralsk stress i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn.

5.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Studien kan ha implikasjoner for praksis knyttet til behovet for å synliggjøre taus kunnskap i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn. Det er viktig at det etter disse situasjonene finnes rom for debriefing, refleksjon og samtale om etiske dilemma og moralsk stress. Studien gir kunnskap om behovet for å legge til rette for kommunikasjon og samarbeid, innenfor juridiske rammebetingelser, ut fra hensikten med å beskytte barn og avdekke barnemishandling. Om de ulike tjenestene blir bedre kjent med hverandres roller og lovverk, kan forventningene bli klarere i situasjoner med mistanke om vold og overgrep mot barn.

Det er behov for mer forskning om hvordan helsepersonell på barneavdelinger og andre involverte tjenester kan forbedre samarbeid i praksis. Det er behov for mer kvalitativ forskning på helsepersonell og deres profesjonelle, emosjonelle og psykologiske erfaringer med moralsk stress i arbeid med mistanke om barnemishandling.

Referanser

- Albaek, A. U., Binder, P. E. & Milde, A. M. (2020). Plunging Into a Dark Sea of Emotions: Professionals' Emotional Experiences Addressing Child Abuse in Interviews With Children. *Qualitative Health Research*, 30(8), 1212-1224. <https://doi.org/10.1177/1049732318825145>
- Albaek, A. U., Kinn, L. G. & Milde, A. M. (2018). Walking Children Through a Minefield: How Professionals Experience Exploring Adverse Childhood Experiences. *Qualitative Health Research*, 28(2), 231-244. <https://doi.org/10.1177/1049732317734828>
- Anda, R. F., Anda, R. F., Felitti, V. J., Felitti, V. J., Bremner, J. D., Bremner, J. D., ... Giles, W. H. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood: A convergence of evidence from neurobiology and epidemiology. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186. <https://doi.org/10.1007/s00406-005-0624-4>
- Bakketeig, E., Berg, M., Myklebust, T. & Stefansen, K. (2012). *Barnehusevalueringen 2012. Delrapport 1. Barnehusmodellens implikasjoner for politiets arbeid med fokus på dommeravhør og rettsmedisinsk undersøkelse* (2012:6). Oslo. Hentet fra http://www.bvs.is/media/barnahus/Barnehus_delrapport1.pdf
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017-2021)* (Prop 12 S (2016-2017)). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/f53d8d6717d84613b9f0fc87deab516f/no/pdfs/prp201620170012000dddpdfs.pdf>
- Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnvernloven>
- Barrett, E., Denieffe, S., Bergin, M. & Gooney, M. (2017). An exploration of paediatric nurses' views of caring for infants who have suffered nonaccidental injury. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2274-2285. <https://doi.org/10.1111/jocn.13439>
- Ben Natan, M., Faour, C., Naamhah, S., Grinberg, K. & Klein-Kremer, A. (2012). Factors affecting medical and nursing staff reporting of child abuse. *International Nursing Review*, 59(3), 331-337. <https://doi.org/10.1111/j.1466-7657.2012.00988.x>
- Berg-Nielsen, T. S. (2010). Følsom, formbar og uferdig. I E. Befring, I. Frønes og M-A. Sørli (Red.), *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger* (s. 75-85). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2011). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Buckingham, E. T. & Daniolos, P. (2013). Longitudinal Outcomes for Victims of Child Abuse. *Current Psychiatry Reports*, 15(2), 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0342-3>
- Bufdir. (2019, 01. april). Informasjonsdeling mellom tjenestene. Hentet 11.03.2021 fra https://bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Informasjonsdeling_mellom_tjenestene/

- Bufdir. (2021, 28. januar). Bekymringsmeldinger til barnevernet. Hentet 02.02.21 fra https://bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/
- Campbell, K. A., Wuthrich, A. & Norlin, C. (2020). We Have All Been Working in Our Own Little Silos Forever: Exploring a Cross-Sector Response to Child Maltreatment. *Academic Pediatrics, 20*(1), 46-54. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.acap.2019.06.004>
- CASP. (2021). CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a Qualitative research. Hentet fra <https://casp-uk.net/wp-content/uploads/2018/01/CASP-Qualitative-Checklist-2018.pdf>
- Cleek, E. A., Johnson, N. L. & Sheets, L. K. (2019). Interdisciplinary collaboration needed in obtaining high-quality medical information in child abuse investigations. *Child Abuse & Neglect, 92*, 167-178. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.02.012>
- Cowell, R. A., Cicchetti, D., Rogosch, F. A. & Toth, S. L. (2015). Childhood maltreatment and its effect on neurocognitive functioning: Timing and chronicity matter. *Development and Psychopathology, 27*(2), 521-533. <https://doi.org/10.1017/s0954579415000139>
- Cowley, L. E., Maguire, S., Farewell, D. M., Quinn-Scoggins, H. D., Flynn, M. O. & Kemp, A. M. (2018). Factors influencing child protection professionals' decision-making and multidisciplinary collaboration in suspected abusive head trauma cases: A qualitative study. *Child Abuse & Neglect, 82*, 178-191. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.06.009>
- 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>
- Dyregrov, A. (2010). *Barn og traumer. En håndbok for foreldre og hjelpere* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Eisbach, S. S. & Driessnack, M. (2010). Am I Sure I Want to Go Down This Road? Hesitations in the Reporting of Child Maltreatment by Nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing, 15*(4), 317-323. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2010.00259.x>
- Eriksen, I. & Sætre, I. (2011). Ivaretakelse av hjelperen – forebygging og håndtering av sekundærtraumatisering. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold I familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 219-233). Oslo: Universitetsforlaget.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine, 14*(4), 245-258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K. & Turner, H. A. (2006). Poly-victimization: A neglected component in child victimization. *Child Abuse & Neglect, 31*(1), 7-26. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.06.008>

- FNs barnekonvensjon. (1989). *FNs konvensjon om barns rettigheter*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdf/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- FNs komité for barns rettigheter. (2011). *Generell kommentar nr. 13. Barnets rett til frihet fra alle former for vold*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/fn_barnekonvensjon/barnekonvensjonen_generell_kommentar_nr_13_norsk_oversettelse.pdf
- Greger, H. K., Myhre, A. K., Lydersen, S. & Jozefiak, T. (2015). Previous maltreatment and present mental health in a high-risk adolescent population. *Child Abuse & Neglect*, 45, 122-134. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.003>
- Hafstad, G. S. & Augusti, E. M. (Red.) (2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten. En nasjonal undersøkelse av norsk ungdom i alderen 12 til 16 år (Rapport 4/2019)*. Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2019/10/Rapport_4_19_UEVO.pdf
- Hart, S. (2011). *Den følsomme hjernen. Hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Hecker, T., Radtke, K. M., Hermenau, K., Papassotiropoulos, A. & Elbert, T. (2016). Associations among child abuse, mental health, and epigenetic modifications in the proopiomelanocortin gene (POMC): A study with children in Tanzania. *Development and Psychopathology*, 28(4pt2), 1401-1412. <https://doi.org/10.1017/S0954579415001248>
- Heiberg Engel, P. J. (2008). Tacit knowledge and visual expertise in medical diagnostic reasoning: Implications for medical education. *Medical Teacher*, 30(7), e184-e188. <https://doi.org/10.1080/01421590802144260>
- Helmers, A.-K. B. (2021, 26. februar). Sjekklister ved bekymring for mishandling og omsorgssvikt: Passer på så barna ikke går under radaren. Hentet 17.04.2021 fra <https://sykepleien.no/2021/02/passar-pa-sa-barna-ikke-gar-under-radaren>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2020). Oversikt over landets helseforetak. Hentet 14.04.21 2021 fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/oversikt-over-landets-helseforetak/id485362/>
- Helsedirektoratet. (2018). *Helsepersonelloven med kommentarer*. Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer#apiUrl>
- Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Heltne, U. & Steinsvåg, P. Ø. (2011). Samarbeid – en forutsetning for god hjelp. I U. Heltne & P. Ø. Steinsvåg (Red.), *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp* (s. 234-253). Oslo: Universitetsforlaget.
- Homlong, L., Fredheim, G. & Knudsen, H. (2019). Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.19.0276>
- Isdal, P. (2000). *Meningen med volden*. Oslo: Kommuneforlaget.

- Johnson, S. B., Riley, A. W., Granger, D. A. & Riis, J. (2013). The science of early life toxic stress for pediatric practice and advocacy. *Pediatrics*, 131(2), 319-327. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-0469>
- Jones, R., Flaherty, E. G., Binns, H. J., Price, L. L., Slora, E., Abney, D., ... Sege, R. D. (2008). Clinicians' description of factors influencing their reporting of suspected child abuse: report of the Child Abuse Reporting Experience Study Research Group. *Pediatrics*, 122(2), 259-266. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2312>
- Karakachian, A., Colbert, A., Hupp, D. & Berger, R. (2021). Caring for victims of child maltreatment: Pediatric nurses' moral distress and burnout. *Nursing Ethics*, 0969733020981760. <https://doi.org/10.1177/0969733020981760>
- Keenan, H. T., Cook, L. J., Olson, L. M., Bardsley, T. & Campbell, K. A. (2017). Social Intuition and Social Information in Physical Child Abuse Evaluation and Diagnosis. *Pediatrics*, 140(5), e20171188. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1188>
- Kinsella, E. A. (2010). The art of reflective practice in health and social care: reflections on the legacy of Donald Schön. *Reflective Practice*, 11(4), 565-575. <https://doi.org/10.1080/14623943.2010.506260>
- Korstjens, I. & Moser, A. (2017). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 2: Context, research questions and designs. *European Journal of General Practice*, 23(1), 274-279. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375090>
- Korstjens, I. & Moser, A. (2018). Series: Practical guidance to qualitative research. Part 4: Trustworthiness and publishing. *European Journal of General Practice*, 24(1), 120-124. <https://doi.org/10.1080/13814788.2017.1375092>
- Kripos. (2019). *Alvorlig vold mot små barn*. Hentet fra <https://www.politiet.no/globalassets/04-aktuelt-tall-og-fakta/vold-mot-barn/alvorlig-vold-mot-barn.pdf>
- Krug, E. G., Dahlberg, L. L., Mercy, J. A., Zwi, A. B. & Lozano, R. (Red.). (2002). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization. Hentet fra <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42495>
- Kuruppu, J., Forsdike, K. & Hegarty, K. (2018). 'It's a necessary evil': Experiences and perceptions of mandatory reporting of child abuse in Victorian general practice. *Australian Journal of General Practice*, 47(10), 729-733. <https://doi.org/10.31128/ajgp-04-18-4563>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Kvillo, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Källemark, S., Höglund, A. T., Hansson, M. G., Westerholm, P. & Arnetz, B. (2004). Living with conflicts-ethical dilemmas and moral distress in the health care system. *Social Science and Medicine*, 58(6), 1075-1084. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(03\)00279-X](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(03)00279-X)
- Lasher, L. & Sheridan, M. S. (2014). *Munchausen by proxy: Identification, intervention, and case management*. New York: Routledge.

- Lillevik, O. G. (2016). Perspektiver på vold mot barn. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn. Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 18-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Lines, L. E., Grant, J. M. & Hutton, A. (2020). Nurses' perceptions of systems and hierarchies shaping their responses to child abuse and neglect. *Nursing Inquiry*, 27(2), e12342. <https://doi.org/10.1111/nin.12342>
- Louwers, E. C., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J. & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12, 167. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-167>
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Myhre, A. K. (2016). Hvordan se det vi ikke ønsker å se – fysiske og psykososiale symptomer. I K. Mevik, O. G. Lillevik & O. Edvardsen (Red.), *Vold mot barn. Teoretiske, juridiske og praktiske tilnærminger* (s. 100-116). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Myhre, M., Lindboe, A. & Dyb, G. (2010). *Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis*. (Rapport 2010). Hentet fra <https://www.nkvts.no/rapport/oppdager-sykehusene-barnemishandling-en-kartlegging-av-utredningspraksis/>
- Myhre, M., Thoresen, S. & Hjemdal, O. K. (2015). *Vold og voldtekt i oppveksten. En nasjonal intervjuundersøkelse av 16- og 17-åringer*. (Rapport 1/2015). Hentet fra https://www.nkvts.no/content/uploads/2015/08/vold_voldtekt_i_oppveksten.pdf
- NOU 2016:16. (2016). *Ny barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/53164b1e70954231b2a09d3fdec1888b/no/pdfs/nou201620160016000dddpdfs.pdf>
- NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>
- Nouman, H., Alfandari, R., Enosh, G., Dolev, L. & Daskal-Weichhendler, H. (2020). Mandatory reporting between legal requirements and personal interpretations: Community healthcare professionals' reporting of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 101, 104261. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104261>
- Oborn, E. & Dawson, S. (2010). Knowledge and practice in multidisciplinary teams: Struggle, accommodation and privilege. *Human Relations*, 63(12), 1835-1857. <https://doi.org/10.1177/0018726710371237>
- Paavilainen, E., Merikanto, J., Astedt-Kurki, P., Laippala, P., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. (2002). Identification of child maltreatment while caring for them in a university hospital. *International Journal of Nursing Studies*, 39(3), 287-294. [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(01\)00035-9](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(01)00035-9)
- Reigstad, B., Jørgensen, K. & Wichstrøm, L. (2006). Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 58-66. <https://doi.org/10.1080/08039480500504933>

- Rueness, J., Myhre MD, M. C., Strøm, I. F., Wentzel-Larsen, T., Dyb, G. & Thoresen, S. (2020). Child abuse and physical health: A population-based study on physical health complaints among adolescents and young adults. *Scandinavian Journal of Public Health*, 48(5), 511-518. <https://doi.org/10.1177/1403494819848581>
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and Psychopathology*, 24(2), 335-344. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.1017/S0954579412000028>
- Saltmarsh, T. & Wilson, D. (2017). Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing*, 26(15-16), 2244-2255. <https://doi.org/10.1111/jocn.13645>
- Sameroff, A. (2004). Ports of Entry and the Dynamics of Mother-Infant Interventions. I A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (Red.), *Treating Parent-Infant Relationship Problems: Strategies for interventions* (s. 3-29). New York: Guilford Press.
- Sandberg, K. (2016). Barns beste i lovgivningen. Betenkning til Barnevoldsutvalget 21. desember 2016. Hentet 03.02.2021 fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/sved/3.pdf>
- Schols, M. W. A., de Ruiter, C. & Öry, F. G. (2013). How do public child healthcare professionals and primary school teachers identify and handle child abuse cases? A qualitative study. *BMC Public Health*, 13(1), 807. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-807>
- Schön, D. A. (1995). Knowing-in-Action: The New Scholarship Requires a New Epistemology. *Change*, 27(6), 26-34. Hentet fra <http://www.jstor.org/stable/40165285>
- Sigad, L. I., Beker, G., Lev-Wiesel, R. & Eisikovits, Z. (2019). "Alone with our interpretations": Uncertainty in child abuse intervention among healthcare professionals. *Children and Youth Services Review*, 100, 206-213. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.027>
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og psykopatologi. I V. Moe, K. Slinning & M. Bergum Hansen (Red.), *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 29-52). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Sommerschild, H., Garløv, I., Grøholt, B. & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stolper, E., van Bokhoven, M., Houben, P., Van Royen, P., van de Wiel, M., van der Weijden, T. & Jan Dinant, G. (2009). The diagnostic role of gut feelings in general practice. A focus group study of the concept and its determinants. *BMC Family Practice*, 10, 17. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-17>
- Stolper, E., Van de Wiel, M., Van Royen, P., Van Bokhoven, M., Van der Weijden, T. & Dinant, G. J. (2010). Gut feelings as a third track in general practitioners' diagnostic reasoning. *Journal of General Internal Medicine*, 26(2), 197-203. <https://doi.org/10.1007/s11606-010-1524-5>

- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Alink, L. R. A. & Ijzendoorn, M. H. (2015). The Prevalence of Child Maltreatment across the Globe: Review of a Series of Meta-Analyses. *Child abuse review (Chichester, England : 1992)*, 24(1), 37-50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stoltenborgh, M., van Ijzendoorn, M. H., Euser, E. M. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2011). A Global Perspective on Child Sexual Abuse: Meta-Analysis of Prevalence Around the World. *Child Maltreatment*, 16(2), 79-101. <https://doi.org/10.1177/1077559511403920>
- Strandbu, A. (2011). *Barnets deltakelse: hverdagslige og vanskelige beslutninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Strandmark, M. (2015). Method development at Nordic School of Public Health NHV: Phenomenology and Grounded Theory. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43(16_suppl), 61-65. <https://doi.org/10.1177/1403494814568598>
- Svärd, V. (2017a). Assessing children at risk: organizational and professional conditions within children's hospitals. *Child & Family Social Work*, 22(S4), 81-91. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/cfs.12291>
- Svärd, V. (2017b). "Why don't they Report?" Hospital Personnel Working with Children at Risk. *Child care in practice: Northern Ireland journal of multi-disciplinary child care practice*, 23(4), 342-355. <https://doi.org/10.1080/13575279.2016.1188765>
- Tetzchner, S. v. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Thoresen, S., Myhre, M., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag, H. F. & Hjemdal, O. K. (2015). Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 26259-26259. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.26259>
- Tingberg, B., Bredlöv, B. & Ygge, B. M. (2008). Nurses' experience in clinical encounters with children experiencing abuse and their parents. *Journal of Clinical Nursing*, 17(20), 2718-2724. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2008.02353.x>
- Tiyyagura, G., Gawel, M., Koziel, J. R., Asnes, A. & Bechtel, K. (2015). Barriers and Facilitators to Detecting Child Abuse and Neglect in General Emergency Departments. *Annals of Emergency Medicine*, 66(5), 447-454. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2015.06.020>
- Tracy, S. J. (2010). Qualitative Quality: Eight "Big-Tent" Criteria for Excellent Qualitative Research. *Qualitative inquiry*, 16(10), 837-851. <https://doi.org/10.1177/1077800410383121>
- Wall, S., Austin, W. J., & Garros, D. (2016). Organizational Influences on Health Professionals' Experiences of Moral Distress in PICUs. *HEC Forum*, 28(1), 53-67. <https://doi.org/10.1007/s10730-015-9266-8>
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet - barns strategier*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Vedlegg

Vedlegg 1: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vedlegg 2: Intervjuguide

Vedlegg 3: Svarbrev REK

Vedlegg 4: Svarbrev NSD

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Når noe ikke stemmer.» Helsepersonells erfaringer med mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade.

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke helsepersonells erfaringer med mistanke om ulike former for vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg. Studien er et masterprosjekt på studieretningen Psykisk helse ved NTNU og gjennomføres av spesialutdannet barnevernspedagog og masterstudent Maria Vatne. Veiledere er førsteamanuensis Torunn Hatlen Nøst og universitetslektor Sylvia Aasen Viken.

Formål

Formålet med studien er å få kunnskap om og forståelse av hva det kan innebære for helsepersonell å oppleve situasjoner hvor det er mistanke om at et barn blir utsatt for vold eller overgrep. Studien kan frembringe relevant kunnskap for praksisfeltet om hvilke dilemma helsepersonell opplever når det oppstår mistanke om vold eller overgrep mot barn.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du er ansatt på barneklipp eller barneavdeling på et norsk sykehus. Det er leder som har identifisert deg og som sender ut informasjonen til deg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Deltagelse i studien innebærer å stille til et intervju om dine erfaringer med situasjoner hvor du har hatt mistanke om et barn har blitt utsatt for vold eller overgrep. Det blir presentert tema som du kan snakke fritt omkring. Intervjuet vil vare ca. en time og vil foregå i sykehusets lokaler eller et annet sted som passer best for deg. Intervjuene vil tas opp på lydbånd. For å delta i studien skriver du under på samtykkeerklæringen på side 3. Hvis du samtykker til å delta vil vi ta kontakt med deg for å avtale tidspunkt for intervjuet.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer, eller andre direkte gjenkjennende opplysninger.
- En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste som lagres adskilt fra øvrige data.
- Det er kun autorisert personell knyttet til prosjektet som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg. Navnelisten oppbevares innelåst i skuff bak låst dør i et område hvor det kreves adgangskort.
- Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Ved prosjektets slutt (juli 2021) vil alle innsamlede opplysninger om deg bli slettet.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket (Ref. 402780).

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Masterstudent: Maria Vatne, Telefon: 99389355

E-post: marivat@stud.ntnu.no

Hovedveileder: Torunn Hatlen Nøst, NTNU, Telefon: 73412534

Epost: torunn.h.nost@ntnu.no

Vårt personvernombud: Thomas Helgesen, epost (thomas.helgesen@ntnu.no)

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

Med vennlig hilsen

Torunn Hatlen Nøst
Prosjektansvarlig
(Veileder v/ NTNU)

Maria Vatne
Masterstudent

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Når noe ikke stemmer.» Helsepersonells erfaringer med mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, ca. juli 2021

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2

Intervjuguide

Tittel: «Når noe ikke stemmer». Helsepersonells erfaringer med mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade.

Forskningsspørsmål: «Hvilke erfaringer har helsepersonell med situasjoner hvor de har hatt mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade?»

Bakgrunnsinformasjon

Alder:

Utdanning:

Hvor lenge siden ferdig utdannet:

Yrke:

Arbeidssituasjon:

Hvor lenge har du jobbet på barneklinnikk/ avdeling?

Hovedspørsmål:

1. Har du noen gang opplevd at du har fått mistanke om at et barn blir utsatt for vold eller overgrep?

Stikkord:

- Fortell om en gang der du fikk en slik mistanke- et eksempel
- Hvilke ulike typer skade, vold, overgrep?
- Hva skjedde, hvorfor mistanke?

2. Kan du fortelle om hvilke dilemma du har opplevd i slike situasjoner?

Stikkord:

- Dilemma mellom hva? Hva gjorde du for å håndtere dette?
- Var det noe som gjorde det vanskelig å håndtere situasjonen?
- Noe som gjorde situasjonen enklere?

3. Sett i ettertid- er det noe du ville ha gjort annerledes/ noe du ønsker skulle vært annerledes?

Stikkord:

- Hvordan hadde det sett ut da?



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Magnus Alm	73559949	29.01.2020	82984
			Deres referanse:	

Torunn Hatlen Nøst

82984 «Når noe ikke stemmer». Helsepersonells erfaringer med mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade.

Forskningsansvarlig: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Søker: Torunn Hatlen Nøst

Søkers beskrivelse av formål:

Det er komplekst og utfordrende å håndtere prosesser der man er bekymret for om et barn er utsatt for overgrep. Det finnes få enkeltstående sikre tegn på at et barn har vært utsatt for vold, og det kan være spesielt vanskelig å oppdage symptomer på opplevd traume hos sped- og småbarn. Mistanke om eller avdekking av slike overgrep er krevende, og det er nødvendig med samhandling mellom medisinsk og psykologisk helsepersonell, samt barnevern. Det foreligger lite forskning på dette temaet, også i en norsk kontekst. Formålet med studien er å undersøke helsepersonells erfaringer med situasjon er hvor de har hatt mistanke om ulike former for vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade. Problemstillingen er: Hvilke erfaringer har helsepersonell med situasjoner hvor de har hatt mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade?

REKs vurdering

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Midt-Norge (REK midt) i møtet 15.01.2020. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10.

Komiteens prosjektsammendrag: Formålet med studien er å undersøke helsepersonells erfaringer med situasjoner hvor de har hatt mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade. Man skal intervju 15 helsepersonell (f.eks. barneleger, psykologer, sykepleiere og vernepleiere) som er ansatt på barneklinner på norske sykehus. Studien er samtykkebasert og er en del av en Master i psykisk helse ved NTNU.

Saksopplysninger: REK etterspurte en intervjuguide 18.12.2019. Vi mottok intervjuguiden 18.12.2019.

Inhabilitet

Komiteen vurderte at komiteens representant for sykepleie, Lene E. Blekken, var inhabil. Hun deltok derfor ikke i vurderingen av prosjektet.

Vurdering: Utenfor mandat

Komiteen mener at prosjektet har karakter av å være annen type forskning enn medisinsk og helsefaglig forskning. Formålet med prosjektet er ikke primært å skaffe til veie ny kunnskap om medisin og helse, men heller å undersøke helsepersonells erfaringer og opplevelser med situasjoner hvor de har hatt mistanke om vold og overgrep mot barn. Prosjektet er følgelig ikke omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4. Du kan derfor gjennomføre og publisere prosjektet uten godkjenning fra REK. Vi minner imidlertid om at dersom du skal registrere personopplysninger, må prosjektet ha et selvstendig behandlingsgrunnlag, jf. ny personopplysningslov. Behandlingsgrunnlaget må forankres i og avklares med egen institusjon.

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Dersom du gjør endringer i prosjektet, kan dette ha betydning for REKs vurdering. Du må da sende inn ny søknad/framleggingsvurdering.

Vedtak

Avvist (utenfor mandat)

Med vennlig hilsen

Vibeke Videm
Professor dr.med. / Overlege
Leder, REK Midt

Magnus Alm
Rådgiver, REK Midt

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningsloven § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM) for endelig vurdering.

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

«Når noe ikke stemmer». Helsepersonells erfaringer med mistanke om vold og overgrep mot barn, med spesielt fokus på påført sykdom og skade.

Referansenummer

402780

Registrert

01.02.2020 av Torunn Hatlen Nøst - torunn.h.nost@ntnu.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet NTNU / Fakultet for medisin og helsevitenskap (MH)
/ Institutt for psykisk helse

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Torunn Hatlen Nøst, torunn.h.nost@ntnu.no, tlf: 73412534

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Maria Bugge Vatne, marivat@stud.ntnu.no, tlf: 99389355

Prosjektperiode

01.02.2020 - 01.07.2021

Status

25.02.2020 - Vurdert

Vurdering (1)

25.02.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 25.02.2020 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. HELSEPERSONELL SIN TAUSHETSPLIKT Helsepersonell har taushetsplikt. Det er derfor viktig at intervjuene gjennomføres slik at det ikke samles inn opplysninger som kan identifisere enkeltpasienter eller avsløre taushetsbelagt informasjon. Vi anbefaler at dere er spesielt oppmerksom på at ikke bare navn, men også identifiserende bakgrunnsopplysninger må utelates, som for eksempel alder, kjønn, sted, diagnoser og eventuelle spesielle hendelser. Vi forutsetter også at dere er forsiktig ved å bruke eksempler under intervjuene. Forsker og informant har et felles ansvar for det ikke kommer frem taushetsbelagte opplysninger under intervjuet. Det kan derfor være hensiktsmessig om forskeren avklarer dette med informanten i forkant av intervjuet. MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:

https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres. TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 01.07.2021. LOVLIG GRUNNLAG Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a. PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet DE REGISTRERTES RETTIGHETER Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned. FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon. OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil

følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

