

**MASTERGRADSSTUDIUM I  
SAMFUNNSSIKKERHET**

**MASTEROPPGAVE**

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**SEMESTER: VÅREN 2011**

**FORFATTER: RAKEL ELIN ANGELSEN**

**VEILEDER: PREBEN H. LINDØE**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**NÅR BARN TRUES PÅ LIV OG HELSE AV SINE NÆRMESTE  
OMSORGSPERSONER. "HAR SPESIALISTHELSETJENESTEN  
TILSTREKKELIG BEREDSKAP TIL Å HÅNDTERE VOLD MOT BARN?"**

**EMNEORD/ STIKKORD:**

**VOLD, BARN, ORGANISASJONER, RISIKO, BARRIERER, SIKKERHET,  
BEREDSKAP, HELSE, POLITI, BARNEVERN, SAMARBEID,  
SAMHANDLING.**

**SIDETALL: 120 (- 2) SIDER. MED VEDLEGG 158 SIDER**

**STAVANGER: 15.06.2011.....  
DATO/ÅR**

# **Når barns liv og helse trues av sine nærmeste omsorgspersoner.**



**“Har spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig beredskap til å håndtere vold mot barn?”**

**Rakel-Elin Angelsen**

**Masteroppgave i Samfunnssikkerhet**

**Universitetet i Stavanger**

**Våren 2011**

## **Innholdsfortegnelse:**

<b>Liste over vedlegg og forkortelser</b> .....	s. 7
<b>Sammendrag</b> .....	s. 10
<b>Forord</b> .....	s. 11
<b>1 Innledning</b> .....	s. 12
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	s. 12
<b>1.2 Hvor stort er omfanget?</b> .....	s. 17
<b>1.3 Problemstilling</b> .....	s. 20
<b>2 Kontekst</b> .....	s. 20
<b>2.1 Det statlige myndighetsansvar for helse –, politi – og barnevernstjenesten fra top – down</b> .....	s. 22
<b>2.2 Avgrensning</b> .....	s. 26
<b>2.2.1 Hvem ser barnet?</b> .....	s. 26
<b>2.2.2 Voldens mange ansikt – ulike definisjoner og begrepsavklaring</b> .....	s. 28
<b>2.3 Spesialisthelsetjenesten, politi og barnevern på lokalt nivå</b> .....	s. 32
<b>2.3.1 Spesialisthelsetjenesten</b> .....	s. 33
<b>2.3.2 Eierskap og myndighetsstyring</b> .....	s. 33
<b>2.3.3 Spesialisthelsetjenestens beredskapsansvar</b> .....	s. 35
<b>2.3.4 Spesialisthelsetjenestens plikt overfor barn på sykehus</b> .....	s. 35
<b>2.3.5 Helsepersonells profesjonsansvar</b> .....	s. 37
<b>2.3.6 Helsepersonells rolle og samarbeid med andre instanser</b> .....	s. 38
<b>2.3.7 Helsepersonells taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt</b> .....	s. 39
<b>2.3.8 Den enkeltes profesjonsansvar i forhold til opplysningsplikten</b> .....	s. 42
<b>2.3.9 Informasjon om melding til barnevernstjenesten skal gis foreldre</b> .....	s. 43
<b>2.4 Politietaten</b> .....	s. 43
<b>2.4.1 Politiets rolle og samarbeid med andre tjenester</b> .....	s. 43
<b>2.4.2 Politiets taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt</b> .....	s. 44
<b>2.4.3 Saksgang ved en opplysningspliktig melding til politiet</b> .....	s. 45
<b>2.5 Barneverntjenesten</b> .....	s. 45
<b>2.5.1 Barneverntjenestens rolle og samarbeid med andre instanser</b> .....	s. 45

2.5.2 Barneverntjenestens taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt...	s. 46
2.5.3 Saksgang ved en opplysningspliktig melding til barnevernet.....	s. 47
<b>2.6 Krav til dokumentasjon i tjenestene.....</b>	<b>s. 49</b>
<b>2.7 Avslutning.....</b>	<b>s. 49</b>
2.7.1 Aktører i beslutningsprosesser fra “top – down”.....	s. 50
<b>3 Teori.....</b>	<b>s. 52</b>
<b>3.1 Bevissthet hos helsepersonell.....</b>	<b>s. 52</b>
3.1.1 Empati, persepsjon og dømmekraft.....	s. 52
3.1.2 Risikopersepsjon.....	s. 54
<b>3.2 Sikkerhetskultur.....</b>	<b>s. 54</b>
<b>3.3 Sikkerhet og sikkerhetsstyring.....</b>	<b>s. 55</b>
<b>3.4 Barrierer.....</b>	<b>s. 57</b>
<b>3.5 Analyse på systemperspektiv.....</b>	<b>s. 59</b>
<b>3.6 Tverrprofesjonelt samarbeid.....</b>	<b>s. 62</b>
3.6.1 Samarbeidet som fenomen.....	s. 62
3.6.2 Tverrprofesjonelt samarbeid som tema i grunnutdanning.....	s. 62
3.6.3 Ledelse av tverrprofesjonell virksomhet.....	s. 62
3.6.4 Konstruksjoner av samarbeid.....	s. 63
<b>4 Forskningsdesign og metode.....</b>	<b>s.65</b>
<b>4.1 Samfunnsvitenskapelig forskning.....</b>	<b>s. 65</b>
<b>4.2 Problemstilling.....</b>	<b>s. 65</b>
<b>4.3 Datainnsamling.....</b>	<b>s. 65</b>
<b>4.4 Valg av metoder.....</b>	<b>s. 67</b>
4.4.1 Bakgrunn for valg av metoder.....	s. 67
4.4.2 Dokumentanalyse.....	s. 68
4.4.3 Casestudie med semi-strukturerte intervju.....	s. 69
<b>4.5 Metodekritikk.....</b>	<b>s. 73</b>
4.5.1 Svakheter ved dokumentanalyse.....	s. 73
4.5.2 Svakheter ved case – studiet.....	s. 73
<b>5 Resultater.....</b>	<b>s. 75</b>

<b>5.1 Bevissthet hos helsepersonell.....</b>	<b>s. 75</b>
5.1.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 75
5.1.2 Funn i case.....	s. 76
5.1.3 Barn som vokser opp i familieforhold med økt risiko for vold.....	s. 77
<b>5.2 Diagnoseverktøy når vold mot barn er differensialdiagnose..</b>	<b>s. 78</b>
5.2.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 78
5.2.2 Funn i case.....	s. 80
<b>5.3 Beredskapsplan for vold mot barn under og etter sykehusoppholdet – barnevern og politiet.....</b>	<b>s. 80</b>
5.3.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 80
5.3.2 Funn i case.....	s. 81
5.3.2.1 Henvendelser om anonyme saker fra helsepersonell.....	s. 82
5.3.2.2 Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernstjenesten.....	s. 83
5.3.2.3 Helsepersonells opplysningsplikt til politiet.....	s. 83
5.3.2.4 Samhandling mellom helsepersonell, politi og barnevernstjenesten.....	s. 85
<b>5.4 Beredskapsplan for oppfølging av barn utsatt for vold etter sykehusoppholdet.....</b>	<b>s. 85</b>
5.4.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 86
5.4.2 Funn i case.....	s. 86
<b>5.5 Statlig styring og tverrprofesjonelt samarbeid fra “top – down”.....</b>	<b>s. 86</b>
5.5.1 Tverrprofesjonelt samarbeid på departementsnivå.....	s. 87
5.5.1.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 87
5.5.1.2 Funn i case.....	s. 87
5.5.2 Tverrprofesjonelt samarbeid på mellomnivå.....	s. 88
5.5.2.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 88
5.5.2.2 Funn i case.....	s. 89
5.5.3 Tverrprofesjonelt samarbeid på ledernivå i virksomhetene – forankret samarbeid?.....	s. 89
5.5.3.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 89
5.5.3.2 Funn i case.....	s. 90
5.5.4 Tverrprofesjonelt samarbeid i operativt felt.....	s. 91

5.5.4.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 91
5.5.4.2 Funn i case.....	s. 91
5.5.5 Tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling i utdanning.....	s. 93
5.5.5.1 Funn i dokumentanalyse.....	s. 94
5.5.5.2 Funn i case.....	s. 94
<b>6. Drøfting.....</b>	<b>s. 95</b>
<b>6.1 Bevissthet hos helsepersonell.....</b>	<b>s. 95</b>
6.1.6 Barn som vokser opp i familieforhold med økt risiko for vold.....	s. 101
<b>6.2 Diagnoseverktøy når vold mot barn er differensialdiagnose.....</b>	<b>s. 102</b>
<b>6.3 Beredskapsplan for vold mot barn under og etter sykehusoppholdet – barnevern og politi.....</b>	<b>s. 104</b>
6.3.1 Anonyme henvendelser til politi og barnevern fra helsepersonell.....	s. 105
6.3.2 Opplysningsplikt til barnevernstjenesten.....	s. 106
6.3.3 Opplysningsplikt til politiet.....	s. 107
6.3.4 Samhandling mellom helsepersonell, politi og barnevernstjenesten.....	s. 108
<b>6.4 Beredskapsplan for oppfølging av barn utsatt for vold etter sykehusoppholdet.....</b>	<b>s. 111</b>
<b>6.5 Statlig styring og tverrprofesjonelt samarbeid fra “top – down”.....</b>	<b>s. 111</b>
<b>7 Konklusjon og sammenfatning.....</b>	<b>s. 119</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>s. 121</b>

## **Liste over vedlegg og forkortelser i oppgaven:**

### **Vedlegg 1 Godkjenningbrev fra NSD (2 sider)**

### **Vedlegg 2 Intervjuguider til informanter med forkortelser:**

1. Intervjuguide til barnelege (L)
2. Intervjuguide til sykepleiere (S)
3. Intervjuguide til politi (P)
4. Intervjuguide til barnevernstjenesten (B)

### **Vedlegg 3 Informasjonsslipp: "Kontakt oss!"**

Politiets informasjonsslipp om avsnitt for seksuelle overgrep og grov vold mot barn under 18 år (anonymisert).

### **Vedlegg 4 Seminar: "Samfunnets ansvar ved barnemishandling".**

Arrangør: Rettsmedisinsk institutt (RMI). Oslo, oktober 2009.

### **Vedlegg 5 Konferanse: "20 år med FNs barnekonvensjon – hvor står Norge?"**

Arrangør: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD). Oslo, november 2009.

### **Vedlegg 6 Seminar: "Mishandling av barn".**

Arrangør: Stavanger Universitetssykehus. Stavanger, oktober 2010.

### **Vedlegg 7: Paragrafer i Straffeloven**

Straffelovens §§ 139 og 219 etter 25.06.2010.

## **Liste over forkortelser anvendt i oppgaven:**

**ATV** – Alternativ til vold

**NBF** – Norsk barnelegeforening

**BLD** – Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet

**Bvl** - Barnevernloven

**Bvtj** - Barneverntjenesten

**DNL** – Den norske lægeforening

**FM** – Fylkesmannen

**FN** – Forente nasjoner (UN – United Nations)

**FHI** - Folkehelseinstituttet

**Hdir** – Helsedirektoratet

**Hlspl** - Helsepersonelloven

**Htil** – Helsetilsynet (fylke)

**JD** – Justis- og politidepartementet

**Khl** – Kommunehelseloven

**Legetj** – Legetjenesten (egen forkortelse til bruk i oppgaven)

**NKHT** – Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (egen forkortelse til bruk i oppgaven)

**NKVTS** – Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

**NSD** – Personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

**NSF** – Norsk sykepleierforbund

**Pasrl** - Pasientrettighetsloven

**POD** – Politidirektoratet

**Politil** – Politiloven

**RMI** – Rettsmedisinsk institutt ved UiO.

**RVTS** – Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging

**Sotj** – Sosialtjenesten (egen forkortelse til bruk i oppgaven)

**Sphsl** – Spesialisthelsetjenesteloven

**Spltj** – Sykepleietjenesten (egen forkortelse til bruk i oppgaven)

**SSB** – Statistisk Sentral Byrå

**StHtil** – Statens helsetilsyn (egen forkortelse til bruk i oppgaven for å skille mellom statlig – og fylkesnivå).

**Strl** – Straffeloven

**Strpl** - Straffeprosessloven



## **Ulike definisjoner:**

**Anamnese:** “Pasientens, eventuelt pårørendes eller andres beskrivelse av hvordan en sykdom har utviklet seg” (Medisinsk ordbok, 1990).

**Differensialdiagnostikk:** “Det å velge riktig diagnose blant mange tenkelige muligheter, ved hjelp av et symptom eller en gruppe symptomer” (Medisinsk ordbok, 1990).

**Klinisk:** “Som hører til eller har med pasientbehandling å gjøre; praktisk medisin” (Medisinsk ordbok, 1990).

**Rettsmedisin:** “Rettsmedisin kan defineres som all biomedisinsk virksomhet som utføres i rettens tjeneste. Ved seksjon for rettspatologi og klinisk rettsmedisin utføres rettsmedisinske undersøkelser av lik og av levende personer utført av leger på oppdrag fra rettsvesenet eller påtalemyndigheten. Til instituttet innkommer årlig ca. 1000 anmodninger om slike rettsmedisinske undersøkelser” (med.uio.no/rmi).

**Somatisk:** “Kroppslig (motsatt: psykisk) jf. psykosomatisk” (Medisinsk ordbok, 1990).

**Sosialpediatri:** “Med akutt sosialpediatri forstår vi tilstander der levekår, livssituasjon eller sosiale relasjoner presenterer seg med en akutt problemstilling som barnelegen må ta direkte stilling til. Problemstillingene kan omfatte fysisk mishandling, akutte seksuelle overgrep, spesielle overgrepsformer som Shaken baby syndrom og Factitious disorder (Munchausen syndrom) “by proxy” eller suicidalproblematikk” (Veileder i akutt Pediatri, 2007).

## Sammendrag

Vold mot barn er en samfunnsutfordring det viser seg å være et stort behov for økt oppmerksomhet rundt. Det kan virke noe tilfeldig hvordan helsepersonell fanger opp barn som lider under vold, hvilket kan føre til at barrierene som staten har satt opp i sitt system ikke virker når de skal. Hva som skjer i hvert enkelt helsepersonells bevissthet kan få avgjørende konsekvenser for et barn som lider under vold fra sine nærmeste omsorgspersoner; undersøkelse, anamnese, utredninger og tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern og politi.

Jeg har anvendt dokumentanalyse med prospektiv metode for å fange opp generelle trekk ved barneavdelingene i Norge når det gjelder avdekking av vold mot barn og case – undersøkelse med kvalitativ metode i spesialisthelsetjenesten hvor de har et aktivt sosialpediatrisk miljø. Intervjuene ble utført som semi – strukturell metode. I drøftingen av data ble dokumentanalysens og casestudiens resultater diskutert i lys av teorier om bevissthet hos helsepersonell, sikkerhetskultur, sikkerhetsstyring, barrierer, analyse på systemperspektiv og tverrprofesjonelt samarbeid.

Funnet i dokumentanalysen viste at prosessen som ga mistanke om vold var mer tilfeldig enn selve den medisinske utredningen som virket systematisk og ensartet. I casestudiet derimot var det sosialpediatriske miljøet opptatt av at vold kunne forekomme i alle sosiale lag og hadde alltid vold med som differensialdiagnose når barn ble lagt inn for sykdom, skade og/eller atferdsavvik. Imidlertid kunne helsepersonell bli mer bevisste på å foreta nøyaktige anamneser ved barnets innkomst slik at kartlegging av årsaksforholdene kunne avdekke mulig vold. Funnene i dokumentanalysen og andre dokumenter avslører at det er manglende kunnskaper om meldeplikten helsepersonell har til politiet når det foreligger alvorlig vold og seksuelle overgrep. Andre momenter fra “top – down” i statens organisasjon er tatt med ut fra tjenestenes ytringer.

Funnene i dokumentanalysen kan tyde på at det er nødvendig med oppdaterte beredskapsplaner for vold mot barn, sentralt og lokalt, som gjerne kan inngå i andre planer for pasientsikkerhet ved virksomheten. I case – studiet hadde tjenestene både beredskapsplan og et tett tverrprofesjonelt samarbeid med barnevern og politi, hvilket kan være et eksempel for andre helseregioner, distrikt og kommuner.

## Forord

Det har vært et lærerikt men også et ”ansvarsfullt” tema å skrive noe om. Selv om jeg har lært mye for min egen del ved å lese bøker, rapporter, dokumenter, forskning og deltatt på seminarer – og ikke minst, intervjuet dyktige yrkesutøvere som står i dette viktige arbeidet i det daglige, ønsker jeg at leserne også skal få et læringsutbytte. Å prioritere hva som skal være med i en oppgave er svært vanskelig. Man må erkjenne at dette er et alt for stort felt til at man får belyst alt i en enkelt oppgave. Denne oppgaven belyser derfor kun en liten bit av det store ”bildet”.

Vil takke alle respondenter og informanter innenfor spesialisthelsetjenesten, politi og barnevern så mye, som stilte opp til intervju og ga meg svært mange gode bidrag – å velge bort noe var vanskelig, men da de transkriberte intervjuene til slutt ble ca. 70 sider, sier det seg selv at man må velge. Håper likevel at dere synes bidraget var vel verdt det når dere leser oppgaven!

Ellers må jeg takke så mye alle andre som har bidratt til at jeg kunne få utrette dette prosjektet – familie og venner som har gitt så mye støtte underveis!! Uten dere hadde jeg ikke fått muligheten igjen. Vil også takke veileder Preben Hempel Lindøe med mange gode og lærerike innspill.

I veilederen til masteroppgaven i Samfunnssikkerhet, står det at man skal unngå ”jeg – form” i oppgaven og heller anvende for eksempel ”forfatteren”. Jeg har likevel i samråd med min veileder benyttet ”jeg – form” når det er mine oppfatninger, meninger og formuleringer som kommer til uttrykk. Dette fordi begrepet ”forfatter” synes kunstig å anvende i en oppgavesammenheng da ”forfatter” forbindes med verk som bøker eller større forskningsartikler og dokumenter.

Håper med dette bidraget at oppgaven er med på å gjøre oss alle mer bevisst på å unngå ”systemfeil” ved å se på hvordan man kan tette ”hullene” i barrierene slik at barn som lider, slipper å lide ”overlast” som følge av at ”hullene” får eskalere seg og ”ulykken” blir et faktum!

Stavanger, dato, 15.06.2011,  
Rakel-Elin Angelsen.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Forfatterne av boken ”Samfunnssikkerhet” starter første kapittelet i boken med ”Vårt sårbare og risikofylte samfunn” med fokus på kriser og katastrofer utløst av naturkrefter, terror og svikt i den stadig mer teknologiske utviklingen (Aven, m.fl., 2004).

Da jeg skulle gå i gang med forberedelser til masteroppgaven, var det interessant å se på tidligere masteroppgaver i Samfunnssikkerhet og hvilke tema som hadde opptatt tidligere studenter. Flere hadde skrevet om beredskap i kommuner og organisasjoner men ikke så mye om beredskap rettet mot barn som gruppe. Imidlertid er det blitt skrevet en doktorgradsavhandling noen år tilbake av Marit Boyesen (1997), om foreldres risikopersepsjon i forhold til risiko for ulykker hos barn.

Vold mot barn er en sikkerhetsutfordring det viser seg å være et stort behov for å sette mer fokus på i vårt samfunn. Det har vært et økt fokus på vold i mediene de siste par årene, spesielt etter at ”Kodalsaken” i Vestfold kom opp i 2009 hvor en åtte år gammel gutt døde av skadene han ble påført av sin stefar i 2005. Gutten, Christoffer Kihle, ble aldri meldt til barnevernet eller politiet selv om volden hadde vart i et drøyt halvår og stadig ble grovere; personalet ved skolen trodde at rektor meldte, slik det var avtalt noen måneder i forveien, i følge A-magasinet i Aftenposten 23.04.09. Sykehuset gutten ble lagt inn på noen uker før han døde med store skader, meldte heller ikke barnevern eller politi. Historien omsorgspersonene fortalte ble trodd på uten at skadene hos gutten ble sammenstilt med forklaringene de oppga. Heller ikke barnepsykiatrisk poliklinikk der gutten var under behandling, meldte fra til barnevernet eller politiet. Behandler her så gutten kun én gang i utredningsfasen for diagnosen ADHD. De økende atferdsavvikene og søvnproblemene hos gutten som eskalerte i takt med grovere og grovere vold fra guttens stefar, ble behandlet med sterkere og flere medikamenter ut fra telefonkontakt med mor, i flg. forfatter Gangdal (2010). En annen sak som har hatt mye fokus i mediene på nyåret i 2011, er overgrepssaken i det lille kommunesamfunnet Alvdal hvor moren i hjemmet forgrep seg på sine barn sammen med barnas stefar. Her sviktet også profesjonelle aktører i kommunen på det groveste ved å la være å melde fra til politiet;

kommunenes tidligere barnevernleder som også var morens venninne da overgrepene ble kjent for barnevernlederen, oppfordret mor til selv å melde fra til politiet! Men moren meldte aldri fra til politiet (Aftenposten.no, 25.01.11).

Spesialisthelsetjenesten, politietaten og barneverntjenesten er noen av de instanser som har et delegert ansvar fra staten for å ivareta barns sikkerhet gjennom lover og forskrifter, bl.a. gjennom helsepersonelloven, politiloven, straffeloven og lov om barneverntjenester. Helsepersonell skal samarbeide og samordne sine tjenester med barnevern og politi og sette inn sikkerhetstiltak i tide i de tilfeller hvor barn trues på liv og helse, slik at barn får den tryggheten og sikkerheten de har behov for og krav på. Helsetilsynet (Htil) og Fylkesmannen (FM) i de ulike fylkene har tilsynsmyndighet til å overvåke om helse- og barneverntjenestene i kommunene oppfyller lover og forskrifter til barnets beste (helsetilsynet.no). Politidirektoratet har den overordnede tilsynsmyndighet overfor politietaten (politidirektoratet.no).

Hovedgrunnen til at jeg ønsker å studere dette temaet nå, er på bakgrunn av flere saker som har vært framme i media og som fikk svært tragiske utfall for de barna som ble rammet. Like viktig er andre saker hvor voldsutsatte barn ble offer for manglende samarbeid og samhandling uten at de nådde media!

Et hjem med trygge og omsorgsfulle omsorgspersoner skal være barnets tryggeste tilholdssted, som gir dem det vernet de har behov for og rett til. Men mye av volden som ble påført Christoffer Kihle, foregikk etter leggetid i hans eget soverom. Mange av skadene han ble påført var veldig synlige både for skolens personell etterhvert og helsepersonellet ved barneavdelingen han ble innlagt på, uten at instansene satte inn sikkerhetstiltak i tide ved å melde fra til politi eller barneverntjenesten (Utdrag fra A-magasinet Aftenposten, 23.04.09).

Hvordan er det mulig i dagens samfunn, med så mange utbygde velferdstjenester som staten har satt i system, at barna som utsettes for vold ikke fanges opp i tide? Mangler instansene kunnskaper om barns måter å kommunisere til omverdenen på, når de lider under volden de blir utsatt for? Har ikke staten satt opp nok barrierer i de systemer som er tenkt å virke som et "sikkerhetsnett" for voldsutsatte barn? Eller er det for lite fokus

på lover, forskrifter, samarbeid og samhandling med eksterne instanser i utdanning og/eller innad i tjenestene generelt?

Våren 2008 skrev jeg en prosjektoppgave sammen med fire studenter i ”Risikobasert styring”, med tittelen ”Med plikt til å tie – og til å tale. Hvorfor overholder ikke helsepersonell opplysningsplikten til politiet ved kjennskap til pågående seksuelle overgrep mot barn?” Redd barna hadde en kampanje fra høsten 2008 til våren 2010, ”Vennligst forstyrr”, som omhandlet barn og omsorgssvikt med en oppfordring til oss alle om å bry oss. Dette bidro også til at jeg fikk økt kunnskap om at problemet er mer uttalt enn først antatt.

I 2008 hadde Helsetilsynet og Fylkesmannen i fylkene et landsomfattende tilsyn i 114 av landets ca. 430 kommuner, rettet mot barnevern, helse- og sosiale tjenester, for å se på samarbeidet og samhandlingen mellom tjenestene i kommunen rettet mot utsatte barn og unge. Det var 90 kommuner som hadde avvik (brudd på lover og forskrifter) med eller uten merknader (forbedringspotensialer), 11 kommuner hadde kun merknader og 9 kommuner hadde verken avvik eller merknader. Denne rapporten ga også et innblikk i hvorfor barn ikke fanges opp i tide, hvilket indikerte at det var ”huller” i barrierene som staten har satt inn i det store systemet av velferdstjenester, for at barn og unge ikke skal lide ”overlast”. Utdrag av dette tilsynet og undersøkelser i 3 av de 9 kommunene som verken hadde avvik eller merknader under deres tilsyn, skrev jeg om høsten 2009.

Likevel, på bakgrunn av denne undersøkelsen i kommunene og flere saker innad i spesialisthelsetjenesten jeg hørte og leste om samt fikk fortalt, ønsket jeg å finne ut om det var tilsvarende ”stille avvik” innad i spesialisthelsetjenesten hvor barn er inneliggende pasienter. Jeg har ikke funnet tilsvarende landsomfattende undersøkelser fra barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten, utført av helsetilsynet.

I starten av denne masteroppgaven foretok jeg en ringerunde til fem av landets største somatiske barneavdelinger med akuttfunksjon som indikerte at det ikke fantes en beredskap på de respektive avdelingene for hvordan man skal fange opp utsatte barn eller hvilken instans av barnevern eller politi man kontakter i de ulike situasjonene. Jeg brukte da allment kjente ord som ”prosedyre” eller ”handlingsplan” i en og samme setning ved henvendelsen da ”beredskapsplan” ikke er vanlig terminologi innenfor

vanlige avdelinger; noen forbinder det gjerne med brann og evakueringsplaner eller fjernt fra direkte pasientvirksomhet. Da jeg spurte om barneavdelingen hadde en prosedyre eller handlingsplan, ble jeg gjerne henvist av sykepleiere til å snakke med overleger som var engasjert på området eller å ta kontakt med barnehusene. Av leger ble jeg henvist til retningslinjer i veiledere for akutt og generell pediatri (barnesykdommer) som brukes nasjonalt av barneleger. Jeg tok dermed for meg veilederne og oppdaget at noen kapitler kunne være noe villedende i fht når man tok kontakt med politiet og når man skulle ta kontakt med barnevernet; lovverket var ikke klart nok presisert for hvilket selvstendig ansvar leger har for å melde selv og hvilken tjeneste man skulle kontakte ”når”. Disse veilederne er for tiden under revisjon i flg. barnelege Mia Myhre ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk Stress (NKVTS) via e - post 04.04.11.

Ved noen av barneklukkene i de største regionale helseforetak er det flere avdelinger med akutfunksjon (delt akutfunksjoner inn i medisinske og kirurgiske diagnoser) som kan ha ulik praksis og handlingsplaner lokalt på de ulike avdelingene. Jeg fikk ikke tak i alle disse avdelingene eller de personer det ble henvist til (på sykepleiersiden). Imidlertid kan noen avdelinger ha egen beredskapsplan for håndtering av slike saker uten at den jeg pratet med ved de ulike barneavdelingene kjente til disse. Eventuelt kan det si noe om at disse retningslinjene eller prosedyrene ikke er like godt implementert i avdelingen. Selv om det er ansvarlig lege som stiller diagnose og iverksetter medisinske tiltak, er hvert enkelt helsepersonell pliktig på selvstendig grunnlag å melde barnevernet eller politi dersom det er grunn til bekymring for et barn. De lovmessige kravene om samarbeid og samhandling mellom helsepersonell, politiet og barneverntjenesten gjøres rede for i kapittel 2 (“Kontekst”) mens nærmere beskrivelse av “beredskapsplan” omtales i kapittel 3 (“Teori”).

Ut i arbeidet med masteroppgaven, kom jeg over en kartleggingsstudie av utredningspraksis for mulig fysisk barnemishandling ved norske sykehus. Kartleggingsstudiet ble gjennomført i 2008 – 2009 som prospektiv observasjonsstudie av barnelege Mia Myhre og medarbeidere, ved NKVTS. Det ble undersøkt typen av saker, utredningspraksis og prosedyrer, resultat av utredningene samt henvisningsrutiner til og fra barneavdeling. Sakene omhandlet barn kun i alderen 0 – 14 år (flere av barneavdelingene har øvre aldersgrense ved 14 år, red.anm.). 70 saker ble rapportert inn

anonymt fra 15 av 21 barneavdelinger, til forfatterne i løpet av kartleggingsperioden. Halvparten av disse barna var under 12 måneder. Forfatterne av studien fant at selve den medisinske utredningen syntes i stor utstrekning å følge anbefalte nasjonale retningslinjer oppført i veilederne “akutt” – og “generell” pediatri mens prosessen som ledet til mistanke om mishandling og utredning virket mer tilfeldig. Det var meldt flest saker fra de avdelinger som hadde egne sosialpediatriske miljø (jf. barnesykdommer utløst av sosiale forhold) ved større sykehus. Forfatterne uttrykte bekymring, i etterkant av kartleggingen, over at det kom få henvisninger fra førstelinjetjenesten (helsetjenesten i kommunen, red.anm.). Myhre m.fl. anslår omfanget av saker hvor barneleger utreder tilfeller av mistanke om fysisk barnemishandling, til å være i underkant av 100 per år. (nkvts.no). Resultatene i studien omhandles nærmere i kapittel 5 (“Resultater”).

Fagene i ”Samfunnssikkerhet” omhandler blant annet ulike former for systemsvikt i organisasjoner og virksomheter samt styring av risiko med fokus på sikkerhet for å unngå uønskede hendelser og ulykker i disse systemene. Etter å ha hatt undervisning i de ulike fagene, trigget den interessen til og utforske nærmere hvor noe av svikten i statens forvaltningssystemer kunne forekomme.

Foruten master i samfunnssikkerhet, har jeg bakgrunn som sykepleier med videreutdanning i barnesykepleie som er rettet mot akutt, kritisk og kronisk syke barn. Praksis er noe fra 1. linjetjenesten (hjemmesykepleie), men mest fra 3. linjetjenesten (sykehus) ved fortrinnsvis to nyfødttintensivavdelinger. Har også hatt noen kortere vikariater innenfor en akutt medisinsk barneavdeling i samme helseforetak og en kirurgisk sengepost med øre – nese og halslidelser innenfor et annet regionalt helseforetak. Denne avdelingen hadde egen barnestue med medisinsk og kirurgisk øre – nese – og halsproblematikk forbundet hos barn.

Barn og deres foreldre har alltid vært en interessant gruppe å jobbe med, men det ”lidende” barnet og lindring av lidelsen har vært et spesielt interessefelt innenfor utøvelsen av yrket. Tanken på det lidende barnet i møte med volden i hjemmet, utført av sine nærmeste omsorgspersoner, virket inn på mitt ønske om ”å dykke dypere” ned i temaet i forhold til hvordan samfunnets ”sikkerhetsnett” med barrierer i de mange systemene er tenkt å skulle virke rundt det enkelte voldsutsatte barn. Og, se på hvorfor barrierene har minst ytelse når barnets behov for sikkerhet er størst og mest påkrevd av de ansvarlige instansene rundt.



Andre faktorer for belysning av temaet, er på bakgrunn av de spørsmål som er blitt stilt blant helsepersonell i plenum under kurs om vold mot barn jeg har deltatt på. Det har vært uttrykt usikkerhet rundt problemstillingen hvem de skal kontakte når; politiet eller barnevernet? Hvordan sikrer helsepersonell seg at rett instans blir involvert og tar de riktige avgjørelsene når de melder politi eller barnevern? Når er det en barnevernssak og når er det en politisak? Og, skal foreldrene alltid informeres når politiet kobles inn? Disse spørsmålene ønsker jeg også å belyse gjennom lovverk og forskrifter, teoretisk rammeverk og bruk av case. Dette drøftes i kapittel 6 (“Drøfting”).

## 1.2 Hvor stort er omfanget?

Det å finne ut hvor mange barn som lever under voldelige forhold i hjemmet var imidlertid ikke like enkelt; i følge NOU 2003:31 har det ikke vært en tradisjon innenfor strafferett å ha en egen kategori for barn i kriminalstatistikker, da barn ikke har ”eierskap” til materielle ting og ikke er ”offer” for kriminelle handlinger, hvilket har medført at barn som gruppe heller ikke har vært en egen kategori når de er offer for vold.

Vold i nære relasjoner har vært et satsningsområde i politiet fra 2002. Men når saker med vold i et hjem er meldt til politiet blir det gjerne registrert under kategorien ”familievold” hvor også vold mot kvinner eller andre nære relasjoner registreres. Dermed vet en ikke nøyaktig hvor mange barn som utsettes for direkte vold eller er ”vitne” til vold. Men politiet registrerte 3075 tilfeller av familievold i 2010. Det fremgår av statistikken at det er ulike saker som er markert som ”familievoldssak”, hvilket spenner fra alvorlige voldshandlinger som drap og drapsforsøk til legemsfornærmelser. Det er ellers registrert sedelighetssaker som voldtekt, incest, seksuell handling og andre forhold som telefonsjikane og brudd på besøksforbud. I tillegg er saker om brudd på straffelovens § 219, mishandling i nære relasjoner, med i statistikk materialet (politi.no).

Krisesenterstatistikken registrerer antall kvinner, med og uten barn, som tok kontakt med krisesentrene årlig og det var 1734 barn som bodde på krisesentre med mødre i 2010. I følge ”Alternativ til vold” (ATV) sier de i en artikkel, med henvisninger til Graham-Bermann og Edleson (2001) at vi ikke må glemme at så mange som 50 % av

utøvere som utøver vold mot mor, også utøver vold mot barn direkte. Men også at mange utøvere i større grad lar volden gå ut over barna sine etter brudd. I følge forsker Solveig Vatnar Bø varte volden mot kvinner med barn lenger enn andre kvinner etter brudd med voldsutøver og at denne volden fortsatte når barn skulle hentes eller bli levert til far (med.uio.no).

Andre statistikker som viser noe om vold mot barn er barnevernsstatistikken i Statistisk Sentralbyrå (SSB) hvor det er en egen kategori med ”omsorgssvikt og barnemishandling”. Innenfor denne kategorien var det 7424 undersøkte saker av barnevernet i 2009 (ssb.no). Men denne ”doble” kategorien som er oppgitt hos SSB gir heller ingen direkte tall på hvor mange barn som faktisk opplever vold og er årsak til tiltak fra barnevernstjenesten. Omsorgssvikt er et vidt begrep og i kategorien skilles det ikke mellom middels eller alvorlig omsorgssvikt og videre om middels eller alvorlig omsorgssvikt også inkluderer mindre eller mer alvorlige former for vold mot barn. Atferdsavvik er en annen kategori det ble meldt 4464 til barnevernet samme år.

NOVA hevder ut fra sin forskning at det ikke er så mange barn som opplever grovere vold. Av de 7033 avgangselevne ved 67 videregående skoler (responsrate 77 %) var det over 80 % som ikke hadde opplevd å bli utsatt for krenkelser, mens i underkant av 20 % hadde opplevd dette. Gjennomføringen av undersøkelsen ble foretatt i skoletiden (NOVA, Rapport 20/2007). Jeg lurer imidlertid på om det er mulig og ”hevde” at det ikke er så mange barn som opplever grov vold, på grunnlag av at deres utvalg som ble undersøkt var avgangselever i videregående skole? Og, om flertallet av barn som har vært utsatt for grovere vold faktisk makter å gjennomføre hele videregående skole?

Redd Barna tegnet et annet bilde i 2009 under deres kampanje ”Vennligst forstyrr” hvor de hevdet at over 100 000 barn levde med vold i familien og at 5 % av alle barn ble utsatt for gjentatte, grove seksuelle overgrep. De fikk oppgitt tall fra kilder innen jus, på oppdrag for organisasjonen (reddbarna.no).

I kartleggingsstudien til Myhre m.fl. (2010), var det 70 barn som ble utredet for fysisk vold ved norske barneavdelinger i løpet av året 2008 – 2009. Det ble avkreftet vold hos 5 av barna. Forfatterne av rapporten anslår at tallet for slike utredninger ved norske sykehus er i underkant av 100 barn (nkvts.no). Men de sier videre at:

“de alvorlige skadene som blir oppdaget på sykehus kan oppfattes som toppen av et isfjell” (Myhre, M., m.fl., pkt 1.9).

Når det gjelder vold mot barn med døden til følge, er det få saker som kommer opp i rettssystemet når det gjelder barnedrap, i følge rettsmedisiner og forsker på ”Shaken Baby Syndrom” (SBS), Arne Stray-Pedersen; “det er ingen som er vitne til volden”. I følge samme forsker, var det i 2007 ca. 15 spedbarn per år som ble utsatt for så kraftig risting at ca. 1/3 døde, ca. 1/3 fikk store hjerneskader og ca. 1/3 barn fikk lettere skader som først kunne vise seg i skolealder (rettsmedisin.no). I kontakt med samme forsker via e – mail april 2011, anslås antallet nå til å være ca. 10 barn som utsettes for denne type vold i Norge per år. Trolig er det 10 – 20 % som dør og 40 % som får alvorlige hjerneskader samt 40 % uten senskader i følge samme forsker (e – mail, 15.04.11). Dette er heldigvis en nedgang i antallet siden 2007; noe av dette kan muligens skyldes økt fokus på faren ved å riste barn som Stine Sofie sin stiftelse har arbeidet med. F.o.m 2010 hadde de et prøveprosjekt med utlevering av informasjonsmateriell til utvalgte føde – og barselavdelinger som deltok i prosjektet, ved at helsepersonell tok del i informasjonsarbeidet (vedlegg 4).

Arne Stray-Pedersen har i et høringsbrev til “Lovavdelingen Justisdepartementet” skissert følgende tall på unaturlige dødsfall: ca. 45 barn under 4 år årlig hvor nesten alle blir funnet døde i hjemlige omgivelser. 10 % av disse dør av omsorgssvikt, mishandling eller drap i flg. forskeren. Blant barn mellom 4 – 12 år er det ca. 20 dødsfall årlig. Rundt halvparten av disse barna dør under dramatiske omstendigheter; 43 % dør av ulykker og 18 % dør av mishandling eller drap. Barn mellom 13 – 17 år har ikke oppgitt drap eller mishandling som årsak til dødsfall her. Han sier i dette høringsbrevet at statistikken i SSB er preget av at flere dødsfall til nå ikke er tilstrekkelig undersøkt og etterforsket. Han hilser derfor tiltaket om utvidet adgang til etterforskning når barn dør plutselig og uventet, velkommen (Stray – Pedersen, NRF, 31.01.11). Høringsfristen gikk ut 01.02.11 og er under behandling. Etterforskningen av uventet dødsfall blant barn er foreslått å iverksette uavhengig av om det foreligger mistanke, for å øke barns rettssikkerhet (Høringsnotat, 21.10.10, JD, regjeringen.no).

Som illustrert i avsnittene ovenfor virker forskere uenige i omfanget av vold mot barn, hvilket ser ut til å kunne bekreftes ut fra mangelfulle og unøyaktige registreringer av

barn som utsettes for vold i Norge. Det kunne vært interessant å studere om tallene var mer nøyaktige i andre nordiske land, men dette er ikke mulig innenfor oppgavens rammer i omfang og tidsrom.

### 1.3 Problemstilling

Problemstillingen i oppgaven er definert ut fra et samfunnssikkerhetsperspektiv – at barns sikkerhet skal ivaretas av de ansvarlige instanser både når det er risiko for -, mistanke om - eller overveiende sannsynlighet for at et barn utsettes for vold. Vold er en trussel mot et barns liv og helse og det er derfor avgjørende at barnet sikres i tide, slik at skadevirkninger unngås eller reduseres minimalt.

Problemstillingen omhandler her helsepersonell som kommer i kontakt med barn som legges inn på en somatisk barneavdeling i spesialisthelsetjenesten. Helsepersonells virksomhet er en del av et større system i spesialisthelsetjenesten og videre under statens forvaltningsansvar. Virksomheten skal samarbeide og samhandle med andre aktører som politi og barneverntjenesten overfor barn som utsettes for vold.

Helsepersonell med kompetanse på barn har en *unik* mulighet overfor voldsutsatte barn ved å kunne avdekke voldelig atferd fra deres nærmeste omsorgspersoner gjennom observasjon, utredning og behandling av barnets fysiske og psykiske helse- eller sykdomstilstand samt sosiale forhold de lever under.

Politi og barnevernstjenesten er to instanser som på hver sine områder har et særskilt ansvar for å beskytte voldsutsatte barn og iverksette sikkerhetstiltak for å ivareta barnets behov for vern og trygghet når det opplever vold. Alle tre instanser med hver enkelt profesjonsutøver er nødvendige aktører og barrierer staten har satt inn for å *forebygge* at barn utsettes for vold og, *ivareta* barns behov for trygghet og sikkerhet når de *utsettes* for vold.

Jf. pkt 1.1 var det flere spørsmål som meldte seg da jeg hørte om alle de saker hvor voldsutsatte barn ikke ble oppdaget innenfor spesialisthelsetjenesten. Med kunnskaper innenfor fagene i samfunnssikkerhet ønsket jeg derfor å undersøke om vold mot barn er en ”differensialdiagnose” (det å velge riktig diagnose blant mange tenkelige muligheter) helsepersonell har i bevisstheten når det gjelder sykdomstilstander, atferdsvansker og

skader som kan være utløst av vold? Knyttes for eksempel atferdsavvik kun til medisinske diagnoser som ADHD eller kartlegger man atferden og ser på mulige årsakssammenhenger hvor også vold mot barn kan være en underliggende årsak? For å oppdage at et barn utsettes for vold i hjemmet, kreves det ikke bare å være bevisst sin bakgrunnsforståelse og kunnskaper om voldens mange ”ansikt”, men også at virksomheten, her spesialisthelsetjenesten, har riktige verktøy slik at helsepersonell lettere kan skille mellom reelle sykdommer og skader ved uhell vs. påførte sykdommer eller - skader. Dette er helt nødvendig for både å sikre uskyldige familiers rettssikkerhet og barns rettssikkerhet når det foreligger en straffbar handling fra deres nærmeste omsorgspersoner. Når det foreligger en straffbar handling er det avgjørende at spesialisthelsetjenesten har en oppdatert beredskapsplan både sentralt og lokalt for å kunne iverksette de riktige tiltak i riktig rekkefølge for å sikre barnet i tide. På bakgrunn av disse aspektene, ønsker jeg å finne ut:

“Har spesialisthelsetjenesten tilstrekkelig beredskap til å håndtere situasjoner hvor barn som kan være utsatt for vold legges inn på en barneavdeling?”

For og utforske nærmere om spesialisthelsetjenesten har tilstrekkelig beredskap for å håndtere vold mot barn ønsker jeg å stille følgende spørsmål:

1. ”Er vold mot barn en ”differensialdiagnose” helsepersonell har i bevisstheten når barnet ankommer barneavdelingen med sykdom, skade og/eller atferdsavvik?
2. Har virksomheten de nødvendige diagnoseverktøy som skal til for at helsepersonell kan avdekke vold mot barn dersom vold kan være en differensialdiagnose?
3. Hvis diagnosen skyldes vold mot barnet - har virksomheten en oppdatert beredskapsplan med de nødvendige verktøy helsepersonell trenger for å sikre et barn under sykehusoppholdet og etter utskrivelse?
4. Har virksomheten en beredskapsplan med nødvendige oppfølging etter utskrivelse?”

I neste kapittel ser jeg nærmere på hvordan spesialisthelsetjenesten, politi og barnevernet er organisert, og, hvilke rammer de er gitt gjennom lover, forskrifter og faglige instruksjoner for å løse sine delegerte oppgaver.

## 2.0 Kontekst

Konteksten i problemstillingen er helsepersonell innenfor spesialisthelsetjenesten på en somatisk barneavdeling og samarbeidet med politi- og barnevernstjenesten. Dette er tjenester som har sine unike roller på hver sin måte, når et barn *er* i faresonen for å oppleve vold, når man *mistenker* at et barn er utsatt for vold eller når det er *overveiende* sannsynlighet for at et barn *blir* utsatt for vold på det tidspunktet et barn er i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Staten har det overordnede ansvaret for at disse tjenestene samarbeider til barnets beste innenfor lover, forskrifter og faglige instruksjoner. Som en del av lovverket er FN's barnekonvensjon en konvensjon staten Norge har forpliktet seg til å oppfylle overfor FN; staten skal sørge for at barns rettigheter innenfor riket blir ivarettatt på en kvalifisert måte. Dette involverer tjenestene rundt barn direkte og jeg kommer derfor noe inn på denne konvensjonen også, samt organiseringen av statens tjenester fra top-down for å forstå tjenestene som en del av en større enhet. Imidlertid blir organiseringen av spesialisthelsetjenesten fra top-down omtalt noe mer omfattende da helsepersonell ved somatiske barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten er hovedfokus. De andre samarbeidende instanser på overordnet nivå med ansvar for politi og barnevern omtales i den grad det er nødvendig for å forstå samarbeidet og avhengigheten av tjenestene mellom, både sentralt og lokalt. Politi og barnevern på lokalt nivå blir imidlertid mer omtalt knyttet til det direkte samarbeidet rundt barn som blir utsatt for vold. Andre ansvarsområder i de ulike instanser fra "top – down" som ikke er nødvendig for oppgavens problemstilling omtales ikke.

### 2.1 Det statlige myndighetsansvar for helse -, politi – og barneverntjenesten fra "top-down"

Rollene som de ulike instansene har overfor utsatte barn hver for seg og i samarbeid med andre tjenester, kan variere ut fra hvilken fase saken er i; "opplagelsesfasen", "utredningsfasen" og "tiltaksfasen" (Veileder, Q – 1088B). Barnet er helt avhengig av at alle disse tjenestene samarbeider og samhandler når dets liv og helse trues av sine nærmeste omsorgspersoner. Instansenes roller vil jeg utdype nærmere i dette kapitlet. Men først vil jeg komme inn på deler av FN's barnekonvensjon for å illustrere det ansvaret staten har forpliktet seg til internasjonalt overfor barn som er i risiko for å

oppleve vold, barn man mistenker kan være utsatt for vold og barn som utsettes for vold.

Norge som stat har forpliktet seg til å overholde FN's barnekonvensjon og inkorporert den som en del av norsk lov; i følge BLD står barnekonvensjonen endog over norsk lov der de to kommer i konflikt med hverandre. Med andre ord er FN's barnekonvensjon en del av tjenestenes overordnede lovverk de skal forholde seg til. Selve barnekonvensjonen ble utvidet og definert som en egen selvstendig konvensjon i FN i 1989. Barnekonvensjonen ble ratifisert i Norge i 1991 og inkorporert som en del av det norske lovverket i 2003. I artikkel 19 (noen oversettelser oversetter "Partene" med "Staten") heter det i forpliktelsene til konvensjonen at:

"1. Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet 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.

2. Slike beskyttelsestiltak bør omfatte effektive prosedyrer for utforming av sosiale programmer som yter nødvendig støtte til barnet og til dem som har omsorgen for barnet, samt andre former for forebygging, påpeking, rapportering, videre henvisning, undersøkelse, behandling og oppfølging av tilfeller med barnemishandling som tidligere beskrevet og, om nødvendig, for rettslig oppfølging" (Høstmølingen m.fl., 2008, s. 296).

Det er Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD) som er statens representant for de saker som omhandler barn, men er samarbeidende departement med blant annet Justis- og politidepartementet (JD) og Helse- og omsorgsdepartementet (HOD). De ulike departementene er statens øverste representanter og utøvende lovgiverorgan (regjeringen.no). Det faglige ansvarsområdet er delegert videre til de ulike direktorat, tilsynsorgan og institutter. Helsedirektoratet (Hdir), Folkehelseinstituttet (FHI) og Statens Helsetilsyn (StHtil) er organisert under HOD. Det samme er de fire Regionale Helseforetak (RHF); Helse Nord, Helse Midt, Helse Vest og Helse Sør – Øst. RHF er videre organisert med hver sine helseforetak (HF) innenfor det regionale helseforetaket. Politidirektoratet (POD) er faglig og administrativt underlagt JD (regjeringen.no) og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) underlagt BLD (Bufetat.no).

Helsedirektoratet (Hdir) er et fagdirektorat og skal gi faglige råd og veiledning til helsetjenesten og befolkningen. Hdir skal også være en aktiv deltaker i arbeidet med å

utforme, iverksette og følge opp nasjonal helsepolitikk innenfor området til spesialisthelsetjenesten. Likeens skal direktoratet understøtte fagutvikling, kvalitetsforbedring og samhandling både internt i tjenesten og med andre aktører i sektoren. Direktoratet forvalter lover og forskrifter innenfor helselovgivningen samt koordinerer arbeidet på legemiddelområdet ([helsedirektoratet.no](http://helsedirektoratet.no)).

Nasjonalt folkehelseinstitutt (FHI) er et forvaltningsorgan og en nasjonal kompetanseinstitusjon for myndigheter, helsetjeneste, rettsapparat, påtalemyndighet, politikere, media og publikum. Instituttet består av fem fagdivisjoner innen smittevern, miljømedisin, epidemiologi, psykisk helse samt retts toksikologi og rusmiddelforskning. I tillegg kommer Divisjon for samfunnskontakt og instituttressurser ([fhi.no](http://fhi.no)).

Statens Helsetilsyn (StHtil) har det overordnede, faglige ansvaret for tilsyn av tjenestene innenfor helsetjenesten (htj) og barnevernstjenesten (bvtj) representert ved Helsetilsynet (Htil) og Fylkesmannen (FM) i de ulike fylker. FM i de ulike fylker utfører imidlertid den praktiske delen av tilsynsoppgaven overfor bvtj og sotj ([Helsetilsynet.no](http://Helsetilsynet.no)).

Helsetilsynet (Htil) i de ulike fylker, representert ved fylkeslegen, har ansvaret for tilsynet av helsetjenester (§ 2 i Lov om statlig tilsyn med helsetjenester) inkludert den praktiske utførelsen av tilsynsoppgaven. Htil kan, uten hinder av taushetsplikten innenfor de respektive tjenester som er tema for tilsynet, gjennomgå alle rutiner i virksomheten fra journalføring av pasient- og brukerdata, til dokumenter på overordnet nivå i virksomhetene ([lovdata.no](http://lovdata.no)). Fylkesmannen er også klageinstans for enkeltvedtak i kommunen når det gjelder barnevernstjenesten blant annet ([BUFetat.no](http://BUFetat.no)).

Politidirektoratet (POD) har tilsynsansvar og overfor politiet samt ansvar for faglig ledelse, styring, oppfølging og utvikling av politidistriktene. Politi- og lensmannsetaten er delt inn i 27 politidistrikt. Hvert distrikt er delt inn i politistasjonsdistrikt og lensmannsdistrikt, ledet av en politimester som har ansvaret for all polititjeneste, budsjett og resultat. Politistasjonsdistrikt og lensmannsdistrikt er underliggende enheter som blir ledet av politistasjonssjefer og lensmenn. Hvert politidistrikt har egen administrasjon men felles operasjonssentral. Operasjonssentralen tar imot alle oppdragsmeldinger om ulykker, nødsituasjoner eller andre farlige situasjoner og ellers ved behov for øyeblikkelig hjelp. På operasjonssentralen har de oversikt over det meste som skjer i distriktet og kan raskt dirigere politipatruljer og andre som er på vakt der de



trengs. Direktoratet har ikke ansvar for behandlingen av straffesaker. Dette ansvaret ligger under Riksadvokaten som er øverste leder av påtalemyndigheten (politi.no).

Bufdir har det faglige ansvaret for de ulike regionale Bufetater som er fordelt på fem regioner. Under hver regional etat er det fagteam som bistår det kommunale barnevernet gjennom rådgivning og er mellomledd mellom det kommunale barnevern og Bufetat (Bufetat.no). Fylkesmannen (FM) i de ulike fylkene er statens representant på barnevernområdet. Det kommunale barnevernet skal oppfylle lovkrav innen gitte tidsfrister og er pliktet å sende FM jevnlig rapporter om de oppfyller lov og krav overfor barn, ungdom og familier (lovdata.no).

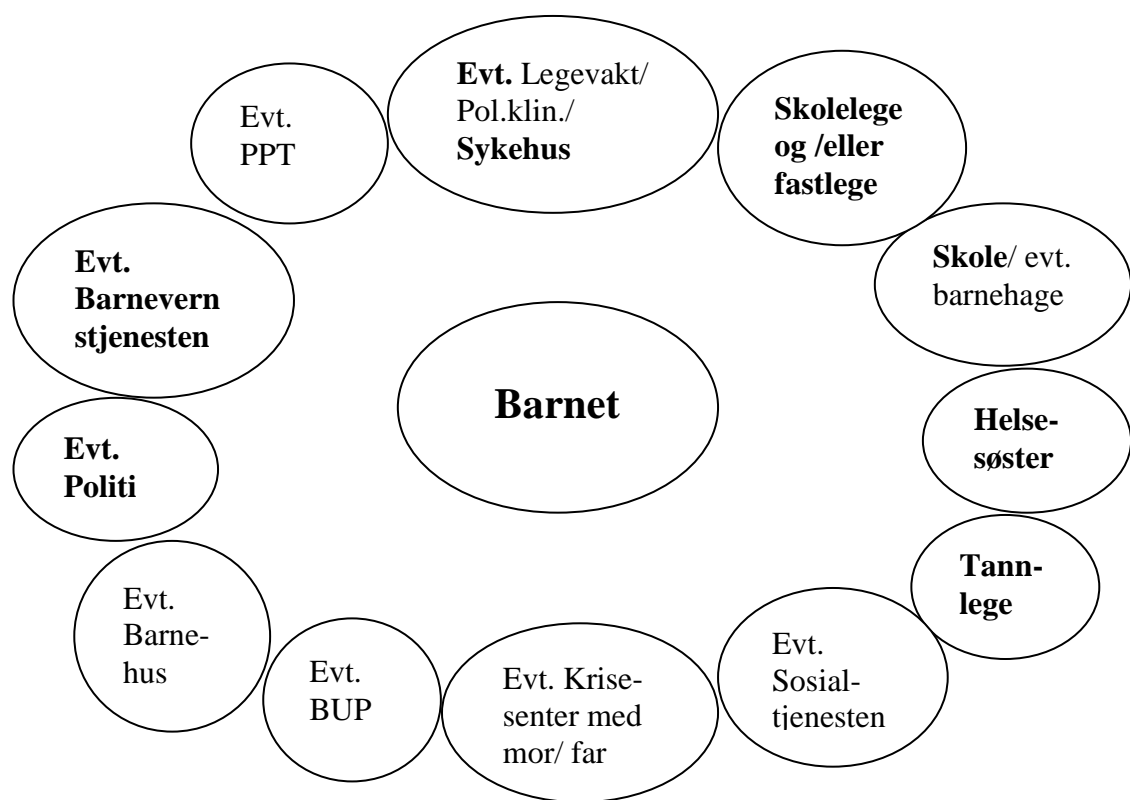
”Barnehusene” er opprettet av regjeringen i et tverrdepartementalt samarbeid mellom Helse – og omsorgsdepartementet (HOD), Justis – og Politidepartementet (JD) og Barne-, likestillings – og inkluderingsdepartementet (BLD). Opprettelsen av barnehusene rundt om i landet er et eksempel på et tverretatlig samarbeid fra “top – down”; helse, politi og barnevern arbeider tett sammen i samme “hus” til barnets beste, når et barn har gjennomgått store traumer som følge av fysisk og seksuelle overgrep. Den er tiltak nr. 1 i regjeringens handlingsplan “Vendepunkt” som kom i 2007. Handlingsplanen inneholder 50 tiltak mot vold i nære relasjoner, for perioden 2008 - 2011(JD, regjeringen.no). Barnehusene er et landsdekkende tilbud til alle barn og unge fra 0-18 år samt utviklingshemmede voksne, hvor det er mistanke om at de kan ha vært utsatt for seksuelle overgrep, vold, kjønnslemlestelse, barnemishandling eller hvor barn har vært vitne til vold. Tanken bak barnehusene er at barn og voksne utviklingshemmede som utsettes for vold og seksuelle overgrep, skal sikres hjelp, omsorg og behandling samlokalisert på ett sted. Et tverrfaglig personale gjør at barn og utviklingshemmede voksne slipper å bli fraktet rundt fra den ene instansen til den andre for å fortelle sin historie om og om igjen. Det er opprettet 7 barnehus i Norge; Tromsø, Trondheim, Bergen, Stavanger, Kristiansand, Oslo og Hamar. Det er kun politianmeldte saker som behandles i barnehusene. Barnehusene har tatt i bruk nye metoder for avhør og medisinsk undersøkelse som er mindre belastende for barna og de utviklingshemmede voksne (barnehusene.com og JD, regjeringen.no).

## 2.2 Avgrensning

Ut fra oppgavens ramme, kan jeg kun se på en liten brikke i det store og hele bildet, på hvilke faktorer som *kan* ligge til grunn for noe av svikten.

### 2.2.1 Hvem ser barnet?

Som nevnt i innledningskapittelet og illustrert i figur 2.1 nedenfor, er det flere instanser som ser barnet fysisk under oppveksten, men som ikke nødvendigvis *ser* det *voldsutsatte* barnet:



Figur 2.1 Aktørbildet på “down – nivå”

Som figuren illustrerer, har instansene ulike roller i forhold til barns oppvekst. Noen av disse instansene har en lovfestet *plikt* til å følge opp barn under oppveksten, som helsesøster (khl., § 2-2), lege (khl., § 2-1a), tannlege (tannhl., § 1-3a) og lærer i skolen (oppl., § 2-1). Mange barn går i barnehage, men dette er likevel et frivillig tilbud foreldre kan søke om plass til sitt barn, bortsett fra de tilfeller hvor barnehageplass blir lovpålagt gjennom barnevernstjenesten, i følge barnevernloven (bvl., § 4-4). Andre

instanser kommer i kontakt med barnet i den grad barnet blir henvist eller meldt til disse tjenestene eller er i følge med en eller begge av sine omsorgspersoner.

Det kunne også vært interessant å intervju personell innenfor andre instanser enn de jeg har valgt og utforske nærmere, men siden noen av de *alvorligste former* for vold mot barn har vært i kontakt med en somatisk barneavdeling i spesialisthelsetjenesten, ønsket jeg å forske nærmere på denne instansen i denne omgang. Christoffer Kihle som både hadde store fysiske skader og adferdsavvik som følge av volden han ble påført var, jf. kapittel 1, innlagt på en somatisk barneavdeling bare noen få uker før han døde av skadene han ble påført. Jeg har derfor valgt å se på samarbeidet – og samordningen av tjenestene mellom helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, politietaten og barneverntjenesten, jf. kapittel 1.3.

Ut fra oppgavens problemstilling og rammer er begrepet “helsepersonell” avgrenset til leger og sykepleiere som jobber ved barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten. Politi har ansvar for barnets (og omsorgspersonenes -) rettsikkerhet ved å etterforske om mulig behov for straffeforfølgelse mens barnevernstjenesten har ansvar for å sikre barnet gjennom å finne egnede beskyttelsestiltak ut fra “barnets beste”. Dette omtales nærmere under kapittel 2.5.

Når begrepet “å sikre barnet” anvendes ut fra helsepersonells oppgaver tenker jeg her at helsepersonell har faglig, etisk og moralsk interesse i – og plikter overfor barnet, til å iverksette tiltak gjennom å handle på vegne av barnet. Dette fordi barnet selv ikke har tilstrekkelig kunnskaper, handlingskompetanse eller krefter til å handle på vegne av seg selv (aldersavhengig) når det lider under vold. Å handle på vegne av barnet innebærer å samarbeide med politi – og barnevernstjenesten når man vurderer om det foreligger en barneverns – og politisak. Eller samhandle når opplysningsplikten foreligger. Dette omhandles nærmere under punkt 2.3.2.

Med barn menes i “Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon”, personer under 18 år (§ 3). Under kapittel 1 i merknader til samme forskrift begrunnes dette med at definisjonen av barn som personer under 18 år samsvarer med FNs barnekonvensjon artikkel 1, i flg. samme forskrift. Barn har rett til å ha minst en av foreldrene hos seg under oppholdet i institusjonen jf. § 6. I § 3 i samme forskrift, anvendes begrepet foreldre også om ”fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldrenes sted” (lovdata.no).

Jeg har valgt å anvende begrepet “omsorgspersoner” for å tydeliggjøre at det kan være andre enn biologiske foreldre som har hovedansvaret for et barn. Når det gjelder barnets omsorgspersoner legger jeg til grunn enten barnets biologiske foreldre, slektninger av barnet, fosterforeldre, adoptivforeldre eller steforeldre (enten som mors eller fars nye samboer eller ektefelle).

### **2.2.2 Voldens mange ansikt – ulike definisjoner og begrepsavklaring**

Jeg anvender begrepet “vold” i oppgaven da definisjonene på vold dekker bredere enn begrepet “barnemishandling” slik jeg leser dem det, jf. Hammerlin (2002) sin definisjon på vold. Dette kommer jeg tilbake til senere i kapittelet. Begrepet barnemishandling vil likevel komme til syne hvor begrepet anvendes av den/de forfattere sitat eller tekst er hentet fra. Sitater anvendes i noen kapitler for belysning av problemstillingen i oppgaven. For å unngå “begrepsforvirring” er det nødvendig å ta med et par av definisjonene på barnemishandling for å synliggjøre at voldsbegrepet dekker også det som defineres innenfor begrepet barnemishandling. De ulike definisjonene på vold omtales fortløpende etterhvert.

I noe av den medisinske litteraturen som omhandler vold mot barn, anvendes begrepet “barnemishandling” eller vold og barnemishandling i en og samme tekst. Som utvalget i NOU 2003: 31 “Retten til et liv uten vold” trekker fram, defineres ofte begrepene forskjellig fordi profesjonene har ulike mål og oppgaver i forhold til den som utsettes for vold. Dette tenker jeg kan være noe av bakgrunnen for hvorfor barneleger oftest anvender begrepet “barnemishandling” da begrepet relateres til at mishandling foregår mot barn og at barnemishandling som begrep anvendes i diagnosesammenheng. Med barnemishandling mener Myhre m.fl. i Norsk kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS):

“en voksen person utsetter et barn for fysisk eller psykisk vold, seksuelle overgrep, krenkelser eller forsømmer å dekke barnets grunnleggende behov” (Myhre, Mia, m.fl., 2010, pkt 1.4).

Kirurg Sture Hagberg definerer barnemishandling med:

“Barnemishandling er en alvorlig tilstand eller sykdom med høy gjentagelsesrisiko og med betydelig risiko for varig skade eller dødelig utgang” (Hagberg i: Aslaksen m.fl., 2005, s. 3).

Definisjonene på “vold” som er tatt med i oppgaven nedenfor er både “smal” ved å vise til fysiske forhold alene til “bredt” dekkende hvor psykiske, sosiale og økonomiske aspekter tas med. Spesielt Hammerlin (2002) sin definisjon på vold viser hvor fordekt volden kan være og dertil vanskelig å oppdage, samtidig som den illustrerer hvor dyptgående voldsbruken kan ramme et barn og derfor utgjør en alvorlig trussel mot et barns liv og helse.

Som det ble referert til i andre avsnitt, går det fram av utvalget i NOU (2003: 31) at vold defineres på forskjellige måter innen ulike profesjoner og fagtradisjoner fordi profesjonene har ulike formål og oppgaver i forhold til den voldsutsatte. Men ikke bare i forhold til den voldsutsatte; også i forhold til voldsutøveren. I en juridisk, strafferettslig sammenheng, er det for eksempel snakk om å knytte straff opp mot bestemte handlinger. Grensen for hva som faller innenfor og utenfor det straffbare området må være klart, som igjen taler for at den rettslige definisjonen må være forholdsvis snever og presis i følge utvalget. Videre viser de til helseperspektivet hvor det fokuseres på årsak til sykdom og skade som følge av volden. Men forskjeller kan også forekomme i fagdisipliner innenfor samme profesjon (NOU 2003: 31).

I følge utvalget i NOU 2003: 31, tar noen definisjoner utgangspunkt i fysiske voldshandlinger og graderer disse etter skaderisiko og henviser da til Strauss m.fl. (1980). Andre igjen, legger vekt på de fysiske skadene av volden. Men noen definisjoner omfatter også ulike former for vold og konsekvenser av volden. De refererer til psykologspesialist Per Isdal sin definisjon (2000) som også er anvendt i veilederen til kommunal handlingsplan for ”Vold i nære relasjoner”, i regi av Justis- og politidepartementet:

”Vold er enhver handling rettet mot en annen person, som gjennom at denne handlingen skader, smerter, skremmer eller krenker, får denne personen til å gjøre noe mot sin vilje eller slutte å gjøre noe den vil” (Isdal, Per, 2000 i: Veileder til kommunal handlingsplan, JD, s. 8).

JDs veileder refererer videre til Isdal (2000), at vold kan innebære alt fra fysisk vold og seksuelle overgrep til psykisk vold, inkludert trusler om vold, til sosial vold med

isolasjon eller begrensning av kontakter og vold i form av kontroll med økonomiske ressurser.

De tar utgangspunkt i flere, men kortere definisjoner på vold:

”Vold kan forstås som en hver form for illegitim integritetskrenkelse” (Veileder til kommunal handlingsplan, JD, 2008, s. 7).

Veilederen til kommunal handlingsplan ble utarbeidet i 2008 og er tiltak nr. 24 i regjeringens handlingsplan ”Vendepunkt” som omtalt under pkt 2.2.1. Veilederen er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), i samarbeid med de regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS).

I den offentlige utredningen i NOU 2003: 31 som har hovedfokus på vold mot kvinner, refererer utvalget til psykologspesialist Per Isdal (2000) som sier at barns vitne til vold betegnes noen ganger som ”vitne” til volden mot mor. En slik uttrykksform er imidlertid utilstrekkelig å beskrive det barna opplever, sier han videre, i følge NOU 2003: 31:

”Barna lever i volden og er ikke tilskuere til volden i en virkelighet utenfor dem selv. De opplever volden og farsmakten overalt” (Isdal, P. i: NOU 2003: 31, s. 62).

Politiet har en definisjon på ”vold i nære relasjoner”:

”Vold eller trusler om vold overfor personer som er eller har vært gift eller som lever eller har levd i ekteskaplignende forhold. Det gjelder også søsken, barn, foreldre, besteforeldre og andre i rett opp – eller nedadstigende linje, samt adoptiv –, foster – og steforhold. Voldsutøvelsen er stedsuavhengig” (politi.no).

I NOU 2003: 31 vises det til Hammerlin sin definisjon på vold, som jeg fattet spesielt interesse for, da denne definisjonen var satt inn i en familiekontekst hvor voldens mange ”ansikt” kom tydeligere til syne enn de andre definisjonene på vold. Denne definisjonen dekket også mye av den grove volden Christoffer Kihle (Gangdal, 2010) ble utsatt for, synes jeg, etter å ha lest boken om guttens traumatiske liv som ingen av helsepersonellet “så” jf. første avsnitt i kapittel 2.2.1.

Hammerlin har sin bakgrunn innenfor kriminologi og rettssosiologi. I følge utvalget (NOU 2003: 31) tar Hammerlin (2002) til orde for en utvidet voldsdefinisjon, fordi familiekonteksten kan føre til handlinger vi vanligvis ikke oppfatter som voldelige. Men det kan ha tilsvarende konsekvenser som handlinger vi mer oppfatter som vold. Utvalget tar med Hammerlin sin arbeidsdefinisjon han utviklet ut fra familier, hvor han så på de ulike handlingene som til sammen utgjorde et komplekst overgrepsmønster:

“Vold er en fysisk, psykisk og/eller sosial virksomhet med destruktiv bruk av metoder (for eksempel ved makt eller hersketeknikker) der målet med handlingen kan være å plage, skade, true og krenke en eller flere personer, men målet kan også være å passivisere, misbruke, utmanøvrere eller uskadeliggjøre en annen. Den som utøver volden, kan ha som mål å undertrykke offeret, nedvurdere eller svekke personens sosiale posisjon; målet kan òg være å påføre den enkelte ubehag eller smerte med sosiale, fysiske eller psykiske makt- og voldsmidler. Voldsbruken kan til [og] med være et middel til å disiplinere eller tvinge et menneske til å utføre handlinger som strider imot personens vilje, moraloppfatning eller interesser. Den kan dessuten være handlinger og foranstaltninger som hindrer et menneskes rett til en god livskvalitet og leveverdige forhold. Volden kan være et middel i et større prosjekt, men den kan også være et mål i seg selv. Bak hver voldshandling kan det være ulike motiv; de kan være gjennomtenkte og planlagte, men også forvirrede eller preget av en fordreid virkelighetsoppfatning” (Hammerlin, Y., (2002) i: NOU 2003: 31 s. 35).

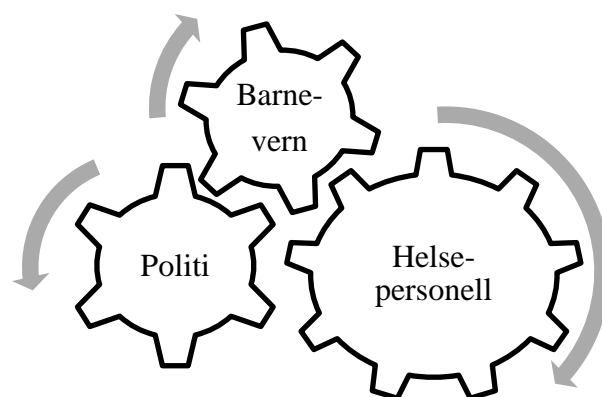
Definisjonen til Hammerlin (2002) vektlegger ulike intensjoner med volden, slik utvalget i NOU 2003: 31 ser det, fordi den omfatter handlinger så vel som konsekvenser. For å fange inn ulike sider ved overgrepsmønstre og konsekvenser av overgrep innen en familiekontekst med sterk maktutøvelse, så kan en slik begrepsforståelse være nyttig i følge utvalget. Slik jeg ser det kan vår kulturelle bakgrunnsforståelse også være et hinder for å se volden; hva man som profesjonsutøver anser som vold og hva barn skal “tåle” i en oppdragelse kan være utslagsgivende for når kontakt med barnevern og/eller politi blir iverksatt for å sikre et barn. Dette omhandles noe mer i kapittel 3 (“Teori”) og drøftes i kapittel 6 (“Drøfting”).

Det er Hammerlin sin definisjon på vold jeg har lagt til grunn i problemstillingen fordi definisjonen illustrerer voldens mange ansikt med svært skadelige ringvirkninger på barnets liv og helse. Definisjonen viser også hvor ”fordekt” volden kan være for de instanser som ikke ser det voldsutsatte barnet og familien i det daglige, men likevel avgjør barnets skjebne gjennom faglig kunnskap, retningslinjer og lovverk eller mangel på dem.

JD har i sin veileder også definert kjønnslemlestelse og tvangsekteskap inn under begrepet vold, men jeg har måttet avgrense problemstillingen til å gjelde vold mot barn som ikke omhandler denne problematikken da det ville bli for omfattende å gå inn på verktøyer for å avdekke og iverksette tiltak overfor akkurat disse utfordringene. Tilsvarende avgrensning gjelder også overfor problematikken kidnapping av barn utført av deres omsorgspersoner. Men oppgavens innhold med belysning på systemsvikt kan på mange måter relateres til de problemstillinger nevnt ovenfor også, både direkte og indirekte, fordi rutiner og lovverk eller mangel på dem kan få konsekvenser også overfor disse barna.

### 2.3 Spesialisthelsetjenesten, politi og barnevern på lokalt nivå

I dette kapitlet kommer jeg inn på helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ved en barneavdeling og de andre samarbeidende instanser avgrenset til politi og barnevern. Da det er helsepersonell i spesialisthelsetjenesten som er hovedfokus for oppgavens problemstilling blir denne personellgruppen omtalt mer enn de andre to samt de organisatoriske forhold og lovmessige krav til tjenesten. Deretter vil jeg komme inn på lovverket de ulike tjenestene er forpliktet til å oppfylle når et barn blir utsatt for vold. Lovens rammer gir både muligheter og begrensninger i forhold til hva den enkelte tjenesten kan operere innenfor. Men *lovens rammer for alle tre tjenestene til sammen* gir muligheter for å oppnå et felles mål; beskytte barn mot vold ved både å forebygge gjennom samarbeid og avverge vold gjennom samhandling innenfor de respektive tjenester rundt barnet:



Figur 2.2 Tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling mellom instansene.



### **2.3.1 Spesialisthelsetjenesten**

I følge Helse – og omsorgsdepartementet omfatter spesialisthelsetjenesten sykehus og institusjoner innen somatikk, psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Tjenestene er hjemlet i Lov om spesialisthelsetjenesten av 1999 m.fl. (regjeringen.no).

### **2.3.2 Eierskap og myndighetsstyring**

Staten overtok eierskap og styring av offentlige sykehus i 2002. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD) utøver myndighetsstyring gjennom lover, forskrifter, rundskriv og vedtak, samt fastsetter takster og egenandeler og behandler klage på enkeltvedtak i underliggende organer. Myndighetsstyringen omfatter både private og offentlige institusjoner, mens eierstyringen omfatter bare de offentlige sykehusene (regjeringen.no).

Spesialisthelsetjenesten er delt inn i fire regionale helseregioner hvor hver helseregion er et statlig eid helseforetak som har det overordnede ansvaret for å planlegge – og organisere spesialisthelsetjenesten i sitt område. De regionale helseforetakene (RHF) er Helse nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest og Helse Sør - Øst. HOD har det overordnede styringsansvaret for de RHF og utøver eierstyring gjennom foretaksmøtet (som kan sammenlignes med generalforsamlingen i aksjeselskaper). De RHF utarbeider en årlig melding som gir en helhetlig rapport om virksomheten og behandles i foretaksmøtet. HOD utarbeider årlig et spesifisert oppdrag til de RHF som beskriver kravet til innhold i spesialisthelsetjenesten, gjennom mål og rammer for bruk av tildelte midler.

De RHF eier og organiserer sine underliggende helseforetak (de enkelte sykehusene). De enkelte helseforetak (HF) ledes av styrer utnevnt av de respektive RHF i foretaksmøte (regjeringen.no). I utgangspunkt står de RHF fritt med hensyn til hvordan sykehus skal organiseres såfremt kravet til forsvarlighet og øvrige fastsatte krav i lov eller forskrift ivaretas, jf. Lov om spesialisthelsetjenesten (sphsl) § 3-9 sier:

”Sykehus skal organiseres slik at det er en ansvarlig leder på alle nivåer. Departementet kan i forskrift kreve at lederen skal ha bestemte kvalifikasjoner” (Rundskriv I – 9/2000, s. 2).

Bakgrunnen for bestemmelsen er ønsket om klare ansvarslinjer og ansvarsforhold for å sikre det systemmessige ansvaret i flg. samme rundskriv. Lovbestemmelsen innebærer at det på et hvert organisatorisk nivå i sykehusets struktur og beslutningssystem er tillagt forvaltning av nærmere angitte ressurser, herunder personalressurser. Typiske enheter vil være klinikk (divisjon eller lignende), avdeling eller tilsvarende, og seksjoner. Bestemmelsen gjelder også for andre utskilte, organisatoriske enheter som er gitt den administrative forvaltningen av personell og andre ressurser. Det er en forutsetning at ansvarsforholdene og ansvarslinjene er klare; at det er sammenheng mellom plassering av ansvar og myndighet.

En leders totalansvar innebærer at vedkommende skal forvalte ressursene enheten er tildelt og tilrettelegge for den virksomheten enheten skal utøve. Lederen må blant annet sørge for at virksomheten i enheten er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift og at de helsetjenester som tilbys eller ytes er forsvarlige. Herunder må lederen legge til rette for at alt helsepersonell i enheten kan overholde sine lovpålagte plikter; etter helsepersonelloven (hlspl) § 16 skal:

”... virksomhet som yter helsehjelp organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter” (Rundskriv, I – 9/2000, s. 1).

I henhold til spesialisthelsetjenesteloven (sphlsl) § 3-8 skal sykehus særlig ivareta oppgaver som pasientbehandling, utdanning av helsepersonell, forskning og opplæring av pasienter og pårørende. Sphlsl § 2-3 fastsetter at helsetjenester som tilbys eller ytes i henhold til loven skal være forsvarlige. Sykehusets eiere og ledelse har ansvaret for å tilrettelegge virksomheten slik at lovkravene overholdes. Dette kan kalles systemansvar eller ledelsesansvar. Eier/ledelse av sykehus må ansette ledere som er i stand til å ivareta dette ansvaret. Det enkelte helsepersonell må på sin side kjenne og innrette seg etter de krav som i lov og forskrift stilles til yrkesutøvelsen. Plikten til å oppfylle disse kravene kan kalles profesjonsansvar og gjelder uavhengig av hvor helsepersonellet utøver sitt yrke.

Sentralt blant helsepersonells plikter er kravet til forsvarlig yrkesutøvelse jf. hlspl § 4. Det er viktig at det er klart hvem som skal fatte beslutninger i behandlingssituasjoner og dette er regulert i hlspl § 4 tredje ledd som lyder:

”Ved samarbeid med annet helsepersonell, skal legen... ta beslutninger i henholdsvis medisinske... spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient” (Rundskriv, I – 9/2002, s. 1).

Regelen er ikke en organisatorisk bestemmelse, men er gjeldende i samarbeidsrelasjoner med annet helsepersonell i spørsmål som gjelder undersøkelse og behandling av den enkelte pasient i flg. samme rundskriv.

### **2.3.3 Spesialisthelsetjenestens beredskapsansvar**

Etter lov av 23. juni 2000 nr 56 om helsemessig og sosial beredskap skal det regionale helseforetaket (RHF) utarbeide beredskapsplan for institusjoner og tjenester som helseforetaket har ansvaret for, jf. § 2-1a i denne lov. Beredskapsplanen skal samordnes med kommunenes, fylkeskommunenes og de andre regionale helseforetakenes beredskapsplaner (lovdata.no).

### **2.3.4 Spesialisthelsetjenestens plikt overfor barn på sykehus**

Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon pålegger spesialisthelsetjenesten å legge til rette for at et barns opphold på sykehus blir så skånsomt som mulig. Barn skal i følge samme forskrift fortrinnsvis legges inn på egne barneavdelinger. Spesialisthelsetjenester uten dette tilbudet men som jevnlig mottar barn på alminnelige avdelinger bør innrede barnestuer. Forskriften pålegger imidlertid at:

”Barn skal ikke legges på rom med voksne som er i en medisinsk tilstand som kan virke skremmende på dem” (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, kap. 1, § 4, lovdata.no).

Med barn menes i samme forskrift, personer under 18 år (Kap. 1, § 3). Videre heter det at barn bare skal legges inn i helseinstitusjon når det er medisinsk nødvendig for barnet eller når det av andre grunner vil være best for barnet (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, kap. 1, § 2).

Det finnes 21 barneavdelinger fordelt på de fire regionale helseforetakene (legeforeningen.no: Norsk barnelegeforening). Noen av helseforetakene tilbyr også utstrakt barnepoliklinikk ut i distriktene. Barneavdelingenes virksomhet reguleres av helsepersonell- og pasientrettighetsloven samt lov om spesialisthelsetjenesten. De fleste av landets barneavdelinger tar imot barn opp til 14 år. Når det gjelder medisinsk undersøkelse av unge i aldersgruppen 14 – 18 år, kan tilbudet variere fra et sykehus til et annet (IS – 1060, helsedirektoratet.no).

Alle barneavdelingene er forpliktet til å yte hjelp til barn som har blitt fysisk skadet av vold, som følger i lov av pasientrettigheter (pasrl., § 2-1). Tilbudet til barn som har vært eksponert for vold vil nok imidlertid kunne variere betydelig, i følge utvalget i NOU 2003: 31. Det er ulikt hvor mye erfaring og kompetanse den enkelte avdeling har bygget opp på dette området. Enkelte avdelinger har bygget opp særskilt kompetanse på området vold og seksuelle overgrep, og vil følgelig være naturlig å involvere i de mer komplekse sakene. Etter at dette utvalget hadde gjort sine undersøkelser, har barnehusene nå det oppdraget med å foreta alle nødvendige undersøkelser på et og samme sted når det foreligger en sak åpnet av politiet (kan likevel være geografiske forskjeller med tanke på lang reisevei for noen) og om/når barnet er i medisinsk stand til dette. Saker som ikke er meldt politiet før det foreligger en politisak, vil i en undersøkelsessak behandles poliklinisk ved en barnepoliklinikk som har spesialkompetanse på dette området. Disse undersøkelsene kan være rekvirert av barnevernstjenesten etter bekymringsmeldinger fra andre instanser i flg respondenter i min undersøkelse.

Tilbudet ved barneavdelingen vil som nevnt i avsnittene over, omfatte enten poliklinisk konsultasjon eller innleggelse. Som hovedregel vil behandlingen skje poliklinisk. Behov for innleggelse foreligger som regel kun i de tilfellene der man må sikre barnet fordi det kan være utsatt for en alvorlig trussel for ny vold, eller fordi det er såpass alvorlig skadet at det ikke kan behandles poliklinisk. Behandlingen vil i første omgang bestå i å diagnostisere og behandle en eventuell skade med sikte på å begrense eller redusere skadens omfang. I tillegg vil barneavdelingen sikre nødvendige bevis (spor, biologisk materiale osv.) i forbindelse med en eventuelt rettslig behandling (NOU 2003: 31).

Da kvinneutvalget i NOU (2003: 31) gjennomførte en kartlegging av tilbudet ved alle barneavdelinger ved landets sykehus, viste den da det samme mønster som ved

kartleggingen av kompetanse på vold mot kvinner ved gynekologiske avdelinger og legevakter. Det er noen få barneavdelinger i Norge som mottar få barn, og har derfor begrenset tilfang av pasienter som kan danne grunnlag for å opparbeide seg særlig kompetanse i flg utvalget. Dette inntrykket bekreftes også i rapporten til M. Myhre m.fl. (2010); det er gjerne steder med egne sosialpediatriske miljø i mer befolkningstette steder som avdekker mest vold mot barn. Men som det går fram av denne rapporten er det kun 3 av 21 barneavdelinger som hadde egne sosialpediatriske miljø. Det betyr at det er noen storbyer også som ikke har egne miljøer med spesialkompetanse på dette feltet. Imidlertid fikk forfatterne av rapporten inntrykk av at de fleste avdelinger fulgte de nasjonale retningslinjene utarbeidet i metodebøker ved Barnelegeforeningen (NBF), når vold mot barn ble avdekket (Myhre m.fl., 2010).

Det er flere helsepersonell som har/ kan ha kontakt med barn og dets omsorgspersoner på en barneavdeling, utenom leger og sykepleiere. Det kan være hjelpepleiere, røntgenpersonell, kirurger innenfor ortopedi (behandling og observasjon av ben – og leddskader) og nevrologi (behandling og observasjon av hodeskader), laboratoriepersonell, fysioterapeuter, lærere, førskolelærere m.fl., alt etter medisinsk, pleie – og læremessige behov et barn har. Som helsepersonell regnes også rettsmedisinsk personell (jf. side 7).

### **2.3.5 Helsepersonells profesjonsansvar**

Helsepersonell med kompetanse på barn har en unik oppgave overfor voldsutsatte barn ved å kunne avdekke voldelig adferd fra deres nærmeste omsorgspersoner gjennom observasjon og utredning av barns fysiske og psykiske helse - og sykdomstilstand. Jeg omhandler primært de helsepersonell som er i nærmest kontakt med barn og deres omsorgspersoner under sykehusoppholdet; de medisinsk ansvarlige som leger under utdanning, ferdig utdannet barneleger og sykepleiere. Leger undersøker, foretar anamnese, observerer, iverksetter medisinsk utredning og behandling ut fra funn hos barnet. Og, dokumenterer sine funn og anamnese fra foreldre (evt. barn – aldersrelatert). Sykepleiere observerer barnets sykdomsforløp, samspillet mellom barnet og omsorgspersonene, administrerer ordinert medisinsk behandling og har generelt ansvar for omsorg og pleie til barn primært (omsorgspersoner sekundært). Sykepleieren er på mange måter også barnets og familiens koordinator under sykehusoppholdet; de står sentralt i samarbeidet mellom – og koordineringen av de ulike instanser internt jf. pkt

2.3.4. Sykepleieren dokumenterer også sine funn ut fra barnets tilstand som får konsekvenser for videre observasjoner, pleie og omsorg. Flere sykepleiere som jobber med barn har nå etterhvert videreutdanning i barnesykepleie (barnesykepleiere) som innebærer spesialkompetanse på sykepleie til akutt, kritisk og kronisk syke barn.

Nedenfor omtales lovverket helsepersonell er forpliktet til å oppfylle. Jeg tar imidlertid kun for meg plikter helsepersonell har i *direkte* medisinsk behandlings – og sykepleiefaglig ansvar overfor barn og deres nærmeste omsorgspersoner. Helsepersonell har plikter overfor flere yrkesgrupper, men jeg tar kun for meg pliktene overfor politiet og barnevernstjenesten da disse tjenestene er knyttet opp til problemstillingen i oppgaven.

### **2.3.6 Helsepersonells rolle og samarbeid med andre instanser**

Spesialisthelsetjenesten er som nevnt i pkt. 2.3.2, en del av den offentlige helsetjenesten som yter helsehjelp. Med helsehjelp menes:

”enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende mål og som utføres av helsepersonell”  
(Veileder Q-1088B, s. 14).

Barn og unge oppsøker helsetjenesten for å få helsehjelp både når de har fysiske og/eller psykiske problemer. Dersom det kommer opp forhold som indikerer at et barn har vært utsatt for vold i familien, blir det vurdert om barneverntjenesten skal kobles inn, enten ved ”opplysningsrett” som ved anonym henvendelse ved mistanke om vold eller opplysningspliktig henvendelse når det er snakk om konstatert vold mot et barn.

Helsepersonell, som i sin yrkesutøvelse får kontakt med et barn som kan være utsatt for vold i familien, vil profesjonelt observere barnet og legge merke til mulige tegn på vold. Det kan føre til at helsepersonell observerer alt fra uspesifikke og vage tegn til mer tydeligere tegn på fysisk eller psykisk vold. Uspesifikke og vage tegn kan for eksempel være nonverbale signaler men også vage tegn på fysisk vold. Ikke bare barnet, men også den som følger barnet kan bli observert. Samspillet mellom barnet og barnets nærmeste omsorgspersoner er også vesentlig her. En mistanke om at noe kan være galt kan bli forsterket dersom barnet oppsøker helsetjenesten flere ganger for samme eller

beslektede problemer. Gjentatt påfallende opptreden hos den som følger barnet kan også forsterke mistanken.

Barneverntjenesten har i utredningsfasen og tiltaksfasen ofte kontakt med helsetjenesten, som i en del tilfeller får ansvar for å undersøke og behandle barn som kan være eller er utsatt for vold i familien. Barn som har vært utsatt for ulike former for vold i hjemmet kan ha behov for både fysisk og psykisk hjelp av helsetjenesten over kortere eller lengre tid. Helsetjenesten kan også måtte ha kontakt med barn i lengre tid før det får tillit nok til å fortelle om sine innerste følelser og tanker, spesielt vold i hjemmet.

### **2.3.7 Helsetjenestens taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt**

Helsepersonell har taushetsplikt etter både helsepersonelloven (hlspl., § 21) og forvaltningsloven (fvl., § 13) i forhold til behandling av pasientopplysninger, jf. helseregisterloven § 15. Taushetsplikten etter hlspl. § 21, har klar hovedregel om at helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller tilgang til opplysninger hun/han får kjennskap til i egenskap av å være helsepersonell. Barn og omsorgspersoner skal føle seg trygge på at de opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelpen ikke benyttes i andre sammenhenger. Men i hlspl. §§ 22 og 23 er det bestemt at taushetsplikt ikke er til hinder for at pasientopplysninger kan gis videre, med samtykke fra omsorgspersoner og barnet (aldersrelatert), eller når det er bestemt at taushetsplikt ikke skal gjelde, som når opplysningsplikten inntreter etter hlspl. § 33.

Helsepersonell har også adgang til å gi opplysninger dersom disse er helt anonymisert jf., hlspl. § 23 nr. 3. Det kan være hvis foreldre eller barnet motsetter seg at opplysninger gis til andre instanser (opplysninger som ikke omfattes av opplysningsplikten). Opplysningene er imidlertid ikke anonymisert dersom de direkte eller indirekte, kan spores tilbake til de enkeltpersoner opplysningene knytter seg til. Taushetsplikten er heller ikke til hinder for at opplysninger kan gis videre:

”når tungtveiende private eller offentlige hensyn gjør det rettmessig”, jf. hlspl., § 23 nr. 4 (Veileder Q – 1088B, s. 15).

Det er imidlertid lagt til grunn en streng norm for når det kan være aktuelt å benytte denne ”opplysningsretten”; retten foreligger i de tilfeller det er snakk om ”truende farer” i følge veileder (Q-1088B). I de situasjoner hvor opplysningsretten etter hlspl., §

23 nr 4 foreligger, vil det kunne være like alvorlig som når ”opplysningsplikten” til barneverntjenesten inntre, i flg. veileder som viser til hlspl., § 33 (Q-1088B). Når ”opplysningsplikten” til barnevernet foreligger skal opplysningene videreformidles til barneverntjenesten.

Helsepersonell har etter hlspl. § 23 nr. 4 mulighet til å gi opplysninger både til barneverntjenesten og politiet. Disse instansene kan så iverksette nødvendige tiltak videre. I mange tilfeller kan det være mest aktuelt å melde fra til barneverntjenesten som har myndighet til å ivareta barnets interesser. I enkelte tilfeller derimot, vil melding til barneverntjenesten ikke gi barnet tilstrekkelig beskyttelse raskt nok. I slike tilfeller vil det være mest aktuelt å melde fra til politiet (Veileder Q – 1088B).

I Helsedirektoratets (Hdir) rundskriv IS – 17/2006 vises det til at i tilfeller med vold mot barn kan det være vanskelig for helsepersonellet å vite når de har plikt til å gi opplysninger til barnevernstjenesten og når de i tillegg har plikt til å gi opplysninger til politiet. Det som skiller opplysningsplikten til nødetater fra opplysningsplikten til barnevernstjenesten, er at opplysningsplikten til nødetater i større grad er ment å fange opp akutsituasjonene hvor hensikten er å avverge at en skade skal skje, eller forebygge omfanget av allerede utført handling/skadelig handling. I akutsituasjonen kan det være at det å gi opplysninger til barnevernstjenesten ikke vil gi barnet tilstrekkelig beskyttelse raskt nok, slik at politiet også må varsles. Hensikten med opplysningsplikt til barnevernstjenesten er å beskytte barnet mot videre mishandling og alvorlig omsorgssvikt, ved at barnevernstjenesten kan iverksette tiltak som de anser nødvendig. Det er viktig å presisere at opplysningsplikten til politiet og opplysningsplikten til barnevernstjenesten er to selvstendige plikter som vil inntre uavhengig av hverandre, dersom vilkårene i den enkelte bestemmelse er tilstede.

Helsepersonell som yter helsehjelp vil i visse situasjoner ha plikt til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger til barnevernstjenesten. Formålet med opplysningsplikten er å tilrettelegge for at barn får nødvendig oppfølging og omsorg utover behovet for helsehjelp. Opplysningsplikten vil for det første inntre dersom helsepersonell finner “grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt”. Helsepersonells opplysningsplikt vil videre inntre dersom et barn har vist “vedvarende og alvorlig atferdsvansker”; generelt kan man si at



opplysningsplikten utløses hvis barnet lever i en situasjon hvor det er fare for at barnet kan ta vesentlig skade.

Dersom et barn er utsatt for vold i familien vil det i flg rundskriv (IS – 17/2006) ofte være klart av det må karakteriseres som mishandling i hjemmet eller andre former for alvorlig omsorgssvikt. Dette vil for eksempel være tilfelle ved seksuelle overgrep eller annen fysisk vold av større omfang i hjemmet. Også i andre tilfeller der barnet er vitne til vold eller der barnet utsettes for fysisk eller psykisk vold av mindre omfang, kan barnet være utsatt for alvorlig omsorgssvikt i lovens forstand. Hvorvidt mistanke om slike forhold omfattes av helsepersonellens opplysningsplikt vil blant annet avhenge av en totalvurdering av den skaderisiko barnet utsettes for. Eksempler på dette kan være voldens karakter og hyppighet, barnets allmenne tilstand og eventuelt andre forhold som sier noe om hvordan barnet har det i hjemmet.

Plikten til å utlevere opplysninger til barnevernstjenesten, inntre når det er “grunn til å tro” at barnet blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det kreves ikke sikker viten om at barnet er i en situasjon som beskrevet ovenfor, men vedkommende må ha noe mer enn en vag mistanke. Det at helsepersonellet mener at barnet ikke lever under optimale forhold, vil ikke være nok til å utløse opplysningsplikten; det er således ikke tilstrekkelig at foreldrene for eksempel har psykiske problemer eller rus problemer – det er problemenes innvirkning på barnet som er avgjørende. Det må være holdepunkter for at barnet blir utsatt for vold (eller andre former for alvorlig omsorgssvikt). Det er viktig å presisere at det som må ligge til grunn for opplysningsplikten, er en vurdering av risikoen for at barnet skades eller står i fare for å bli skadet i omsorgssituasjonen. Dette innebærer at det stilles krav til en vurdering av forholdet. Men, helsepersonell skal imidlertid ikke selv overta barnevernstjenestens rolle og fortsette undersøkelsene for å avklare bekymringene på egen hånd; er vilkårene for opplysningsplikten til stede, skal det meldes. Imidlertid sier veilederen (Q – 1088B) at så lenge det på det tidspunkt opplysningene ble gitt var grunn til å tro at barnet ble mishandlet eller det forelå andre former for alvorlig omsorgssvikt, har den som ga opplysningene til barnevernstjenesten gjort det som var vedkommendes plikt. Dersom det i ettertid skulle vise seg at barnets situasjon er mindre alvorlig enn antatt, eventuelt at barnet ikke lenger er utsatt for vold i familien, har den som ga opplysninger til barnevernstjenesten dermed ikke brutt sin taushetsplikt (Veileder Q – 1088B).

Videre heter det at helsepersonell vil ha plikt til å varsle nødetater, for eksempel politiet, når dette er “nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom”, jf. hlspl., § 31. Bestemmelsen innebærer en nødrett i disse situasjoner. Rundskrivet henviser her til at i de tilfeller hvor det er fare for alvorlig skade på mennesker vil opplysningsplikten til politiet gå like langt som opplysningsretten etter hlspl., § 23 nr 4. Hvorvidt en opplysningsrett foreligger i den enkelte situasjon forutsetter en konkret vurdering fra helsepersonellet. Hensyn som taler for å tilsidesette taushetsplikten etter hlspl., § 21, må veie vesentlig tyngre enn hensyn som taler for å bevare taushet; helsepersonells skjønn vil her stå sentralt i vurderingen. I følge rundskrivet (IS – 17/2006), vil bestemmelsen i hovedsak omfatte truende farer eller situasjoner hvor det er fare for gjentakelse av tidligere skadevoldende handling. Videre heter det i rundskrivet at det ikke vil være anledning til å gi opplysninger utelukkende for å oppklare en forbrytelse. Men, dersom helsepersonell mener det er fare for alvorlig skade på et barn, vil det i praksis bety at helsepersonellet ikke kan velge om de vil varsle politiet; de vil da ha opplysningsplikt i medhold av hlspl., 31(Rundskriv, IS – 17/2006).

Etter juni 2010 (se vedlegg 7 om straffelovens §§ 139 og 219), har alle tjenester en større meldeplikt til politiet når det gjelder vold mot barn; en “oppmykning” av lovverket ble iverksatt for å avverge vold i nære relasjoner blant annet. Her vil offentlige tjenester måtte melde politiet i de tilfeller de blir kjent med vold i familien.

### **2.3.8 Den enkeltes profesjonsansvar i forhold til opplysningsplikten**

Opplysningsplikten etter helsepersonelloven (hlspl) § 33 er knyttet til det enkelte helsepersonell. I den enkelte helseinstitusjon skal det utpekes en person som skal ha ansvaret for å utlevere opplysninger når et helsepersonell henvender seg til den utpekte med sin bekymring. Denne bestemmelsen har som siktemål å forhindre at flere personer utleverer opplysninger om samme pasient etter ulikt vurderingsgrunnlag. Dette fratar imidlertid ikke det enkelte helsepersonellet plikten til å gi opplysninger, og helsepersonellet vil fremdeles ha like stor plikt til å påse at riktig informasjon viderefremmes. Dersom det skulle bli uenighet mellom institusjonens ansvarlige og det helsepersonell som ønsker å gi opplysningene, kan den som ønsker å gi opplysninger selv gå direkte til barnevernstjenesten, dersom den ansvarlige ikke vil gå videre med opplysningene. Helsepersonell har plikt til å nedtegne i pasientjournalen hvilke forhold som lå til grunn for at opplysningsplikt til barnevernstjenesten forelå.

### **2.3.9 Informasjon om melding til barnevernstjenesten eller politiet skal gis foreldre**

Det kan stilles spørsmål ved om barnet og dets omsorgspersoner skal informeres om at opplysningene overleveres til barnevernstjenesten. I saker der det foreligger en mistanke om at et barn er utsatt for vold i familien, kan det være et selvstendig og vesentlig poeng at det er barnevernstjenesten eller eventuelt politiet som vurderer om og når det skal informeres. Det vil kunne skade både barnevernstjenestenes og politiets arbeid med saken dersom den mistanken retter seg mot, allerede er blitt informert før opplysningene er blitt gitt til barnevernstjenesten og politiet. Etter pasientrettighetsloven (pasrl.) § 3 – 6 er hovedregelen at det skal gis informasjon om at opplysninger er gitt barnevernet. Bare i situasjoner der det å gi opplysninger kan være direkte til skade for barnet, kan man unnlate å informere de som har foreldreansvaret. Politiet kan imidlertid hindre andre å gi opplysninger til omsorgspersoner der politiet finner det nødvendig saksgangen i etterforskningen.

## **2.4 Politietaten**

Helsepersonell skal samarbeide med – og har opplysningsplikt til politi i de saker hvor vold mot barn er en trussel mot liv og helse jf. hlspl. § 31 og strl. § 139 samt strl. § 219. Politi kan også kontaktes i anonyme saker for behov for drøfting av riktige tiltak i en utredningsfase, jf. opplysningsretten i hlspl. § 23 nr. 3.

### **2.4.1 Politiets rolle og samarbeid med andre instanser**

Politi- og lensmannsetaten er gjennom lov og sedvane pålagt en rekke oppgaver i samfunnet. Det overordnede mål for polititjenesten er vernet om borgernes sikkerhet og velferd. Deres sentrale oppgave er å forebygge, avdekke og stanse kriminell virksomhet og å forebygge og opprettholde den offentlige orden og sikkerhet. Politiet er blant annet, videre pålagt å yte bistand i gitte situasjoner samt og utføre forvaltningsoppgaver.

En sentral oppgave for politiet er å redusere omfanget av vold og trusler. Politiet skal gjennom sine forebyggende og etterfølgende tiltak bidra til minst mulig kriminalitet, herunder ”vold i nære relasjoner”:

”Tidlig og adekvat inngripen fra politiets side vil kunne forhindre utvikling av en videre voldsspiral” (Veileder Q-1088B, s. 10).

Hovedoppgaven til politiet i saker hvor barn utsettes for vold i familien er å iverksette nødvendige tiltak for å bringe opphør av volden. Videre skal politiet etterforske saken og eventuelt straffeforfølge voldsutøveren. I disse sakene skal politiet bestrebe seg på å gjennomføre en rask og effektiv etterforskning, bruke tvangsmidler målrettet, foreta en planmessig og rask avgjørelse samt bidra til at saken får en rask behandling i rettsapparatet (Veileder Q-1088B).

Fra juli 2008 ble det etablert en ordning med familievoldskoordinatorer i alle politidistrikt. Dette for å sikre en helhetlig, ensartet og kvalitativ god behandling av voldssaker i nære relasjoner. Familievoldskoordinatorer er utpekte tjenestekvinner og – menn som har god kunnskap om andre etater, organisasjoners - og institusjoners mulighet til å bidra i forbindelse med oppfølging av volds ofre. Koordinatoren er tillagt distrikts overgripende ansvar og skal blant annet være en ressursperson med å bistå i kompetanseoppbyggende arbeid i politiet, initiere gode rutiner med samarbeidspartnere og være en ressursperson mellom driftsenheter, politi og ofre (Veileder Q-1088B). Ved meldinger om og anmeldelse av vold skal politiet vurdere bruk av nødvendige beskyttelsestiltak og sørge for kontakt med andre etater, institusjoner og organisasjoner slik at ofre for vold og trusler får adekvat hjelp og de nødvendige beskyttelsestiltak.

Når politiet kommer i kontakt med familier og det er grunn til å tro at et barn blir utsatt for vold i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. bvl., § 6-4 annet ledd, fvl., § 13f annet ledd, strl., § 61c første ledd nr. 8 og påtaleinstruksen § 5-2, har politiet opplysningsplikt til barneverntjenesten. Det henvises til kapittel 4 i loven om påtaleinstruksen (Veileder Q-1088B).

#### **2.4.2 Politiets taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt**

Politiets regelverk om taushetsplikt er begrunnet i ulike hensyn som personvern, etterforskning og muligheter til å avverge straffbare handlinger. Taushetsplikten gjelder enhver som utfører arbeid eller tjeneste for politiet.

Politi loven skiller imidlertid mellom taushetsplikt som er kommet fram i straffesaker og for opplysninger som kommer fram i politiets øvrige virksomhet, jf. politi loven § 24.

Ved opplysninger som kommer fram i straffesaker etter straffeprosess loven, §§ 61a til 61e, er politiet pliktet til å hindre at andre får adgang eller kjennskap til det som kommer fram i slike straffesaker, om noens personlige forhold. Men også andre

opplysninger ut fra hensynet til etterforskningen. Når det gjelder saker som omhandler politiets øvrige saker, kan andre forvaltningsorganer få opplysninger som ellers er taushetsbelagte, på nærmere bestemte vilkår som langt på vei sammenfaller med vilkårene i forvaltningsloven. Politiet kan, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger om noens personlige forhold på grunnlag av samtykke jf. fvl., § 13 a nr. 1 og strpl., § 61 b nr 1, anonymiserte opplysninger jf. fvl., § 13 a nr. 2 og strpl., § 61 b nr. 2 eller, for å oppnå at opplysningene brukes til det formål de er gitt eller innhentet for, jf. fvl., § 13 b nr. 2 og strpl., § 61 c nr. 2. Når formålet er å forebygge lovovertridelser jf. strpl., § 61 c nr. 5., kan politiet også gi opplysninger til andre offentlige organer (Veileder Q-1088B).

### **2.4.3 Saksgang ved opplysningspliktig melding til politiet**

I følge min informant i politiet, vil offentlig melder få tilbakemelding i den grad det blir åpnet en sak og offentlig melder blir innkalt som vitne i en eventuell rettssak. Hvis det ikke åpnes sak, vil offentlig melder få tilbakemelding om at saken er henlagt.

## **2.5 Barnevernstjenesten**

### **2.5.1 Barneverntjenestens rolle og samarbeid med andre instanser**

Hovedoppgaven til barnevernstjenesten er å sikre at barn og unge ikke lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling men at de får den nødvendige hjelp og omsorg til rett tid, jf. barnevernloven (bvl.), § 1-1. Det er foreldrene eller andre omsorgspersoner med primæransvar som har hovedansvaret for barnets omsorg og oppvekst. Imidlertid skal barneverntjenesten gripe inn når barn og unge ikke blir godt nok ivaretatt av foreldrene eller andre omsorgspersoner med primæransvar.

Barneverntjenesten har ansvar for barn under 18 år men kan følge opp ungdom fra 18 – 23 år med behov for ettervern, etter eget ønske, jf. bvl., 1-3.

Barneverntjenesten har rett og plikt til å undersøke barnets omsorgssituasjon, etter bvl., § 4-3, når det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak; foreldrene eller andre omsorgspersoner med primæransvar kan ikke motsette seg undersøkelsen. Undersøkelsen kan gjennomføres ved hjemmebesøk og ved enesamtale med barnet. Barneverntjenesten kan på denne måten skaffe seg kunnskap om et barns omsorgssituasjon.

Barneverntjenesten skal legge avgjørende vekt på å finne tiltak som er til det enkelte barnets beste, jf. bvl., § 4-1; tiltakene skal ikke være mer inngripende enn nødvendig men i størst mulig grad være basert på frivillighet. I tilfeller hvor barnet ikke kan gis tilstrekkelig hjelp og beskyttelse med tiltak på frivillig basis, kan det besluttes at det skal iverksettes tiltak uten samtykke. Hvis et barn blir mishandlet eller utsatt for andre alvorlige overgrep i familien, kan det være nødvendig å frata foreldrene eller de primære omsorgspersonene omsorgen for barnet. Ved mistanke om slike tilfeller kan barneverntjenesten også gi pålegg om at barnet skal bringes til sykehus eller et annet egnet sted for undersøkelse, jf. bvl., § 4-3. Barneverntjenesten kan kreve bistand fra politiet dersom det er påkrevd å få gjennomføre undersøkelser, jf. bvl., § 6-8.

Barneverntjenesten har en særlig rolle i forhold til utsatte barn ved at andre instanser har plikt til å gi opplysninger og at barneverntjenesten har adgang til å foreta nødvendige undersøkelser. Barnevernet har på denne bakgrunn en unik mulighet til å avdekke om et barn blir utsatt for vold i familien. De kan gjennom sin spesielle rolle, iverksette nødvendige tiltak for å beskytte barnet mot ytterligere overgrep, sikre at barnet får den behandling av skader og traumer det eventuelt har behov for samt sørge for at barnet får støtte i dagliglivet. Barnevernet kan beslutte å overta omsorgen for barnet i akutte situasjoner etter bvl., § 4-6 og fremme sak for fylkesnemnda etterpå jf. § 7-22 eller begjære omsorgsovertakelser til fylkesnemnda innen 6 uker jf. § 4-13, i de tilfeller hvor de ser at tiltak etter bvl., § 4-4 ikke fører fram, jf. bvl., § 4-12 (se pkt. 2.5.3).

I saker der barn blir utsatt for vold i familien, kan det være et stort behov for samarbeid mellom de ulike tjenestene og instansene, for å koordinere og samordne oppgavene. I de saker hvor barneverntjenesten er involvert, er det naturlig at barnevernet har den samordnende funksjonen, da de har tilgang til opplysninger og den nødvendige myndighet til å iverksette tiltak.

### **2.5.2 Barneverntjenestens taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt**

På enkelte punkter er bvl strengere enn den vi finner i fvl generelle bestemmelser. Personell som utfører tjeneste eller arbeid i en institusjon eller for et forvaltningsorgan etter bvl., har taushetsplikt i henhold til bvl., § 6-7 første ledd. Denne bestemmelsen henviser til fvl., § 13 til 13 e. Den strengere taushetsplikten på de enkelte punktene i bvl., regner også med statsborgerforhold, yrke, arbeidssted, sivilstand, bopel, fødested, fødselsdato og personnummer, som et personlig forhold og derved omfattes av taushetsplikten etter bvl. Barneverntjenestens har også en mer begrenset adgang til å gi

opplysninger til andre forvaltningsorganer samt å anmelde eller gi melding om lovbrudd til politiet, enn den adgangen som følger av reglene i forvaltningsloven § 13 b nr. 5 og 6. Barnevernstjenestens adgang til å gi opplysninger er begrenset til situasjoner der:

”formidling av opplysninger er nødvendig for å fremme barneverntjenestens eller institusjonens oppgaver eller for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade for noens helse, jf. barnevernloven § 6-7 annet ledd” (Veileder Q-1088B, s. 10).

Barneverntjenesten kan imidlertid gi opplysninger til andre instanser og tjenester i fvl., §§ 13 a, 13 b og 13 d, på grunnlag av anonymiserte opplysninger, opplysninger med samtykke fra den/de det gjelder eller i konkrete saker hvor opplysningene anvendes for å oppnå det formålet de er gitt eller innhentet for. Videre heter det at:

”Barneverntjenestens ansatte har som alle andre en plikt til å anmelde eller på annen måte avverge visse alvorlige forbrytelser, jf. straffeloven § 139. Bestemmelsen omfatter blant annet seksuelle overgrep og grov legemsbeskadigelse” (Veileder Q-1088B, s. 10).

### **2.5.3 Saksgang ved en opplysningspliktig melding til barnevernet**

Innenfor barnevernssaker er det flere instanser på statlig, regionalt og fylkesnivå som er delaktige i det kommunale barnevernets ansvarsområde:

- Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat) under BLD forvalter det statlige barnevernet. Fagteamene er bindeleddet til kommunene. Bufetat driver institusjoner, fosterhjemtjenester, familiebaserte tiltak og kjøper plasser hos de private institusjonene.
- Fylkesnemndene for sosiale saker er faglig frittstående statlige organer (domstols lignende) som blant annet avgjør saker om omsorgsovertakelse og tiltak for barn og unge med atferdsvansker.
- Kommunen tar i mot bekymringsmeldinger om barns situasjon gjennom barnevernstjenesten. Den har ansvar for å undersøke forhold og foreslå tiltak i henhold til lov om barneverntjenester (bufetat.no).

Fra og med 1. juli 2009 kom en ny lovendring i bvl., § 6-7 a, om at barnevernet *plikter* å sende tilbakemelding til “offentlig melder” når barnevernet mottar bekymringsmeldinger. Nedenfor illustreres saksgangen i ordinær “opplysningspliktig melding” numerisk fra 1 til 4b, med barnevernets plikter og frister når det gjelder vurderinger av innkommende meldinger samt tilbakemeldingsplikten til offentlig

melder. 2a vil henge sammen med 2b fordi offentlig melder skal ha tilbakemelding når beslutning under 2a er tatt av barneverntjenesten. Tilsvarende med 3a og 3b. Når det gjelder tilbakemelding til offentlig melder etter at avgjørelse under 4a er tatt, er det etter vurdering for barnets beste og i samtykke med foreldrene eller omsorgspersonene:

## **1. Mottatt melding fra offentlig melder**

**2a. Vurdering av meldingen innen en uke** etter bvl., § 4-2, om henleggelse eller behov for undersøkelse etter bvl., § 4-3.

⇒ **2b. Tilbakemelding til offentlig melder** (bvl., § 6-4) innen 3 uker om at melding er mottatt og om det er åpnet undersøkelsessak etter bvl., § 4-3.

**3a. Hvis vedtak om undersøkelse** etter bvl., § 4-3 må den utføres innen 3 mnd. (eller 6 mnd. i særlige tilfeller).

⇒ **3b. Tilbakemelding til offentlig melder** dersom det åpnes undersøkelsessak innen 3 uker etter at undersøkelsen er gjennomført. Meldingen skal inneholde opplysninger om hvorvidt saken er henlagt eller om barnevernstjenesten iverksetter tiltak etter barnevernloven og følger opp videre.

## **4a. Tiltak:**

**1.** Hvis barnevernstjenesten ser behov for å iverksette tiltak ut fra bvl., § 4-4 settes tiltak inn ved samtykke fra foreldrene.

**2.** Hvis foreldre takker nei til tiltak og det ikke er grunnlag etter bvl. å begjære pålagt tilsyn hos fylkesnemnda, må barnevernstjenesten trekke seg ut. Barnevernet skal etter ny barnevernlov kontakte familien igjen etter 6 mnd.

**3.** Fylkesnemnda kan pålegge foreldrene at barnevernet utfører tilsyn mot deres vilje.

**4.** Hvis det er grunnlag for å søke fylkesnemnda om omsorgsovertakelse jf. bvl., § 4-12 (uten samtykke fra foreldrene) kan barnevernstjenesten utføre tilsyn så lenge saken er under behandling hos fylkesnemnda.



- ⇒ **4b. Hvis nødvendig at offentlig melder** (bvl., § 6-4) får kjennskap til hvilke tiltak barnevernstjenesten har iverksatt av hensyn til videre oppfølging av barnet, **kan barnevernstjenesten gi offentlig melder tilbakemelding om disse.**

Barnevernet undersøker på samme måte når det er omsorgspersoner eller andre privatpersoner som melder, men vil ut fra andre §§ i bvl., vurdere om tilbakemelding til “melder” skal gis. Denne regelen omhandles ikke i oppgaven da offentlige instanser er fokus for problemstillingen.

Er henvendelsen akutt kan barneverntjenesten handle omgående – eller senest innen 48 timer for å sikre at barn kommer i sikkerhet eller blir tatt hånd om på andre måter. I slike saker kan barnevernleder i kommunen fatte et akuttvedtak for å sikre barnet der og da og sende saken over til fylkesnemnda i etterkant.

## **2.6 Krav til dokumentasjon i tjenestene**

Helse- og barnevernstjenesten, har plikt til dokumentasjon etter hlspl. § 39 og bvl., § 4-28 (tiltaksplan) samt § 3-2 a (individuell plan). Foreldre har innsynsrett i barnets journal, tiltaksplan og individuell plan (IP). Politi utarbeider rapporter ved alvorlige brudd på lov, som i straffesaker og meldinger til barnevernet. Politiet har påtaleinstruksen og straffeprosessloven som sitt grunnlag for ulike rapporteringer. De fører ellers logg på generelt grunnlag (innhentet informasjon av politi, ved Stavanger politikammer, 14.01.10).

## **2.7 Avslutning**

Mange av disse tjenestene fanger opp voldsutsatte barn, men det er likevel noen barn som ikke fanges opp i tide, jf. kapittel 1. Noen implikasjoner i forhold til dagens lovverk, sett i lys av FN's barnekonvensjon må også omtales noe da det er en gruppe barn som faller mellom to stoler slik jeg ser det og som også ble påpekt av jurister under markeringen av FN's barnekonvensjon i regi av BLD (se vedlegg 5).

Når det gjelder barn som er under 15 år, har ikke disse rett på hjelpetiltak etter barnevernloven, i de tilfeller hvor foreldre takker nei til hjelpetiltak. Det vil da finnes en

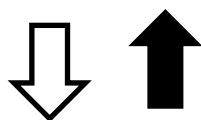
gruppe barn, som for eksempel ikke har synlige tegn på vold, som etter dagens lov ikke har en ubetinget rett til hjelp fra barnevernet. Disse barna har ikke det rettsvernet de burde ha, som barnekonvensjonen forplikter staten å sørge for. Dette må i følge Larsen og Stang (i Høstmølingen, m.fl., 2008) skje ved en lovendring som innebærer en klar rettighetsfesting; en rett til tvang vil for barnet i første rekke bety en rett til å bli tatt hånd om.

### **2.7.1 Aktører i beslutningsprosesser fra “top – down”**

Som det er illustrert i kapittel 2 er det mange nivåer i beslutningsprosessen involvert i risikostyring og regulatoriske regler for å kontrollere risikofylte aktiviteter, som risikovurdering rundt barns risiko for vold i omsorgssituasjonen. Lavt risikonivå avhenger av riktig samordning av beslutninger på alle nivåer. Men ofte er nivåene studert hver for seg i ulike akademiske disipliner, i flg. Rasmussen (1997). Aktørbildet fra “top – down” jf. modell 2.1 viser alle delsystemer fra statlig nivå til nivå med personell som er i direkte kontakt med barn og er i et stadig avhengighetsforhold til hverandre faglig, administrativt og økonomisk for å kunne samarbeide og samhandle til barnets beste. Innenfor disse rammer skal lovverk, retningslinjer og faglig kvalitet oppfylles i de mange saker tjenestene skal løse hver for seg og i samarbeid og samhandling med hverandre.

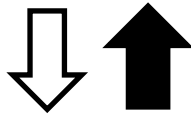
De sorte pilene illustrerer hvordan hendelser på “down – nivået” kan knyttes til styring fra “top – nivået”; et gjensidig avhengighetsforhold som vil være en sirkulerende prosess i sikkerhetsstyringen for å fange opp voldsutsatte barn. Aktørbildet er også nødvendig å ha som bakgrunnskunnskap når Reasons ”huller” i barrierene (figur 3.1 og 3.2 s. 55 - 56) illustreres, for å forstå hvorfor hull(er) på et nivå kan forplante seg som huller i barrierene på andre nivåer i staten organisasjon:

**1. Departementer:** Helse – og omsorgsdepartementet (HOD), Justis – og politidepartementet (JD) og Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (BLD).

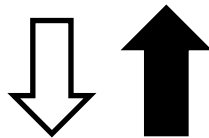


**2. Direktorat m.fl.:** Helsedirektoratet (Hdir), Statens helsetilsyn (StHtil) og Folkehelseinstituttet (FHI) er på samme nivå under HOD. Regionale helseforetak (RHF) er statseid og direkte under HOD samt Fylkesmannen (FM) som statens representant for

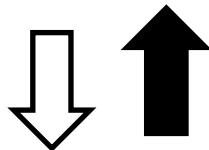
barnevernområdet i fylkene. Politidirektoratet (POD) er underlagt JD mens BUFdir under BLD.



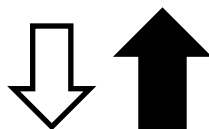
**3. Regionale, fylkes – og distriktsovergrepene virksomheter:** De ulike helseforetak (HF) er underlagt RHF. De ulike politidistrikt representert ved distriktets politimester er underlagt POD. Helsetilsynet (Htil) i de ulike fylker representert ved Fylkeslegen (som er underlagt FM i sine respektive fylker) er underlagt Statens Helsetilsyn sentralt. De ulike politistasjons – og lensmannsdistrikt er underlagt sine politidistrikt. De fem regionale Bufetater er underlagt BUFdir.



**4. Mellomledernivå:** Kommuneadministrasjonen, sykehusledelse og politistasjonssjefer – og lensmenn ved de ulike politistasjons – og lensmannsdistrikt er på mellomledernivå.



**5. Operativt nivå:** De tjenester som er i direkte kontakt med barn som utsettes for vold er helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ved de ulike barneavdelinger, operativt politi og den kommunale barnevernstjenesten. Herunder kommer også barnehusene som er organisert under sitt politistasjonsdistrikt.



**6. Endring i miljøer/samfunn:** Nederste nivået hvor tjenestene er i direkte kontakt med barn og omsorgspersoner. Endrede familiestrukturer i samfunnsutviklingen kan være en risikofaktor for barn som kan måtte gi nye føringer fra statlig nivå igjen (Aktørbildet fra “top – down” etter idé fra Rasmussen, 1997).

I neste kapittel omhandles det teoretiske rammeverket hvor jeg ser på noen sentrale punkter i forhold til samarbeid satt i system.

### **3. Teori**

Både innenfor naturvitenskap og samfunnsvitenskap søker forskerne etter sammenhenger, forklaringer og forståelse; hva *har* skjedd og hva er i *ferd* med å skje (Aven, Boyesen, Njå, m.fl., 2004). Det at ulike fagdisipliner har ulike tilnærminger og tenkemåter om risiko, fører ofte til dårlig kommunikasjon, hevder Aven (2007); forvirringen kan bli total dersom en ikke er tydelig på hva en mener. Og, ikke alle er like flinke med å klargjøre hva de legger til grunn for sitt begrepsinnhold, hevder han videre (Aven, 2007). Min begrepsbruk av risiko tar utgangspunkt i Aven, Boyesen, Njå m.fl. (2004) sin definisjon, da den fanger opp problemstillingen knyttet til kartlegging av hvilke barn man anser er i risiko for å oppleve vold, vurdering av alvorlighetsgraden når man mistenker at et barn kan være utsatt for vold eller det er overveiende sannsynlighet for at et barn blir utsatt for vold. Deres definisjon går på at risiko er en kombinasjon av sannsynlighet for at skade oppstår og alvorlighetsgraden av den (Aven, Boyesen, Njå, m.fl., 2004).

#### **3.1 Bevissthet hos helsepersonell**

##### **3.1.1 Empati, moralsk persepsjon og dømmekraft**

Hva som er rett handling kan ikke læres slik vi kan sitte på skolebenken og lære matematikk, logikk og naturvitenskap. Mens disse disiplinene sikter mot å gi oss streng viten om uforanderlige, nødvendige og allmenne forhold, har vi i etikk å gjøre med praksis, med menneskers handlinger overfor mennesker, og derfor med noe som kan være annerledes, noe som er foranderlig og situasjonsbestemt. Jeg vil her omhandle temaet noe i lys av Vetlesen m.fl. (1996) sin framstilling av begrepene og har anvendt helsepersonell i pasientrelasjon med barnet som primærpatient, som eksempler for min problemstilling.

Med empati definerer Vetlesen m.fl. (1996) “menneskets grunnleggende følelsesmessige evne”. Empati hevder han videre, er den evnen som ligger under og til grunn for og muliggjør hele rekken av spesifikke emosjonelle tilknytninger til andre, slik som kjærlighet, sympati, medlidenhet og omsorg; empatievnene muliggjør at helsepersonell kan bli berørt av barnets berørthet i en situasjon. Empatievnen er “andre

– orientert”; den etablerer, om enn skjørt, et emosjonelt bånd mellom helsepersonellet og barnet. Det handler om et spontant ikke – kalkulerende engasjement fra helsepersonellet til barnets situasjon. Empatievnen hevder de videre, er ikke bare en viktig menneskelig evne i seg selv, men også en moralsk evne av avgjørende betydning; både moralsk persepsjon og moralsk dømmekraft har empatievnene som en uunnværlig forutsetning.

Moralsk persepsjon forstår Vetlesen m.fl. (1996) som “evnen til å legge merke til på hvilken måte barnets ve og vel står på spill i en situasjon”. Moralsk persepsjon hevder de, innebærer et samspill mellom empatievnene og forestillingsevnene. Samspillet mellom følelsesmessige og kognitive evner, mellom empatievnene på den ene siden og tolknings – og forestillingsevnene på den andre, arter seg på den måten at empatien ledes fram til barnet ved hjelp av forestillingsevnen hos helsepersonellet, i flg. Vetlesen m.fl. (1996). Et eksempel forfatteren anvender: når barnet føler seg nedfor legger helsepersonellet merke til barnets nedtrykthet og forestiller seg hvordan han/hun ville føle det i barnets situasjon, takket være samspillet. Men ikke alle får øye på barnets nedtrykthet; ikke alle går inn i barnets nedtrykthet som en realitet som stiller krav om omsorg, trøst og forståelse. Ikke alle kan vi si er vare overfor den appell som utgår fra den menneskelige realiteten “den andres nedtrykthet”. Hvordan kan slik blindhet forklares? Svikt i å få øye på den andres nedtrykthet må ses som mangel på “berørthet”; personens synes å forbli uberørt av den andres opplevelse. De viser til at noe av årsaken kan være svikt i personens biografiske erfaring med empatisk respons fra nære andre, og henviser til Kohut (Vetlesen m.fl., 1996). Moralsk persepsjon legger grunnen for og former rammen for moralsk dømmekraft og moralsk handling i flg. Vetlesen m.fl. (1996).

Den moralske dømmekraften beskjeftiger seg med tolkningen, forståelsen og avveiningen av velferden, interessene og rettighetene til barnet i en konkret situasjon. Når helsepersonell skal bruke dømmekraften for å handle best mulig ut fra hensynet til barnet (og omsorgspersonene) i denne svært vide forstand så trenger helsepersonell normer og prinsipper som kan veilede oss i avveiningene. Men våre kognitive og intellektuelle innsikt på dette området – i prinsipper og normer, og i hvordan vi best skal tolke og anvende dem i denne situasjonen – kommer overhodet ikke til utfoldelse hvis ikke helsepersonellet er sensitive for, hvis vi ikke “ser” at situasjonen foran oss er

moralsk betydningsfull, altså en situasjon som kaller på oss til å gjøre bruk av vår dømmekraft.

### **3.1.2 Risikopersepsjon**

Aven m. fl. (2004) definerer risikopersepsjon slik:

”Risikopersepsjon handler om hvordan folk flest forstår, opplever og håndterer risiko og farer” (Aven, Boyesen, Njå m. fl., 2004, s. 40).

Det kan dermed være stor uenighet om hva som utgjør en risiko og i neste omgang hva som da er nødvendig å foreta seg for å beskytte et barn mot det risikofylte. Kjennetegn ved kulturen i det aktuelle samfunn eller i organisasjonen vil være avgjørende for det fokus det/den har på sikkerhet; verdier, holdninger, kunnskap, erfaringer og politikk vil påvirke hva man aksepterer av risiko.

## **3.2 Sikkerhetskultur**

Forfatterne Aven m. fl. (2004) refererer (på norsk) til ”The Health and Safety Commission” i England når de definerer sikkerhetskultur:

”Sikkerhetskulturen i en organisasjon er produktet av individets og gruppens verdier og holdninger, av kompetanse og atferdsmønstre som viser forpliktelse og dyktighet i forhold til organisasjonens helse- og sikkerhetsprogrammer. Organisasjoner som har en positiv sikkerhetskultur er kjennetegnet ved en kommunikasjon bygget på gjensidig tillit, felles oppfatning om betydningen av sikkerhet, og med tiltro til at organisasjonens sikkerhetsmål fungerer effektivt” (Reason 1997:194).

Sikkerhetskulturen handler om den kollektive forståelse av hva som utgjør fare og hvordan en bidrar til å redusere farene. Ofte vil valg av sikkerhetstiltak bli avvendt mot økonomiske og tidsmessige hensyn, og organisasjonens sikkerhetskultur vil kunne virke avgjørende for om en velger snarveier og lettvinne løsninger på bekostning av målene for sikkerhet.

Det er systemtenkning som ligger til grunn når den offentlige satsningen rettes mot å bruke risiko- og sårbarhetsanalyser som verktøy for å innarbeide sikkerhets- og

beredskapsmessige hensyn i planleggingen. Hensikten er å forebygge uønskede hendelser, utvikle et mer robust samfunn og være forberedt dersom kriser skulle oppstå (Aven, Boyesen, Njå m. fl., 2004). Som pkt 3.1.2 kan det være stor uenighet om hva som utgjør risiko og i neste omgang hva som er nødvendig for å foreta seg for å beskytte et barn mot det risikofylte, som vold fra sine nærmeste omsorgspersoner. Spørsmålet om sikkerhet vil være en av flere målsettinger å ta hensyn til i utforming av planer, strategier og prioritering av ressurser. Forfatterne er i særlig grad opptatt av risiko som har samfunnsmessig betydning og av at sikkerhets- og beredskapsarbeid kan bidra til å utvikle et mindre sårbart samfunn.

### **3.3 Sikkerhet og sikkerhetsstyring**

Risiko- og sårbarhetsanalyser omfatter systematisk identifisering og kategorisering av risiko, i følge Aven, Boyesen, Njå, m.fl. (2004), og skal være til hjelp for å kartlegge behovet for sikkerhetsstyring, iverksetting av tiltak og hvordan forskjellige virkemidler og løsningsforslag kan føre mot definerte mål. Risiko- og sårbarhetsanalyser kan gjennomføres av virksomheter og andre som skal planlegge fremtidige løsninger og tiltak, for å identifisere faremomenter og sårbarhet, og for å skille mellom løsnings og tiltaks effekt på sikkerhetsnivået. Forfatterne sier videre at resultatene av slike analyser, kan integreres i virksomhetens generelle beredskaps- og planarbeid og danne grunnlag for etablering av risikoreducerende tiltak.

Begrepet ”sikkerhet” kan ha ulike betydninger, avhengig av hvilken situasjon uttrykket benyttes i. Sikkerhet snakker vi om både når det gjelder mer eller mindre tilfeldige hendelser som for eksempel belastninger fra miljøet eller feil i systemer (Aven, 2006). Begrepet samfunnssikkerhet er en side ved begrepet sikkerhet; man er opptatt av helheter, men også av at det enkelte individ er dekket. I følge Stortingsmelding nr 17 (2001 – 2002) er samfunnssikkerhet:

«Samfunnets evne til å opprettholde viktige samfunnsfunksjoner og ivareta borgernes liv, helse og grunnleggende behov under ulike påkjenninger» (Aven, Boyesen, Njå m. fl., 2004, s. 17).

Sikkerheten styres gjennom ulike virkemidler. Begrepet sikkerhetsstyring innebærer alle systematiske tiltak som iverksettes for både å oppnå og opprettholde et sikkerhetsnivå, i overensstemmelse med de mål og krav som er satt. Det kan både være knyttet til myndighetskrav og internt i organisasjonen (Aven, 2006).

Sikkerhet og pålitelighet er kontinuerlige oppgaver som må betraktes parallelt med, og på linje med, andre aktiviteter og styringsoppgaver i en organisasjon. Innenfor sikkerhetsstyring må en spesifisere overordnede mål og krav i styringsoppgavene.

Mulige løsningsforslag, som sikrer at mål og krav blir overholdt, må utarbeides. Ved hjelp av ulike analysemetoder, for eksempel risiko- og sårbarhetsanalyser, må en få frem hvordan en ligger an i forhold til målene og kravene. Avhengig av resultatene, må tiltak iverksettes og bestemte løsninger velges; det vil stadig være en sirkulerende prosess, mot stadig mer detaljert nivå, for å finne den best mulige løsningen. For å finne årsaker til at uønskede hendelser finner sted, må man kartlegge de kombinasjoner av komponentfeil, som fører til systemfeil på alle nivå (Aven 2006).

Spørsmålet om sikkerhet vil være en av flere målsettinger å ta hensyn til i utforming av planer, strategier og prioriteringer av ressurser. Hva sikkerhet koster i tid og penger, må avveies mot andre målsettinger relatert til blant annet ”produktivitet” og ”effektivitet” i en virksomhet. Alle aktiviteter og virksomheter i dagens samfunn innebærer en form for risiko, i flg. Aven, Boyesen, Njå, m. fl. (2004).

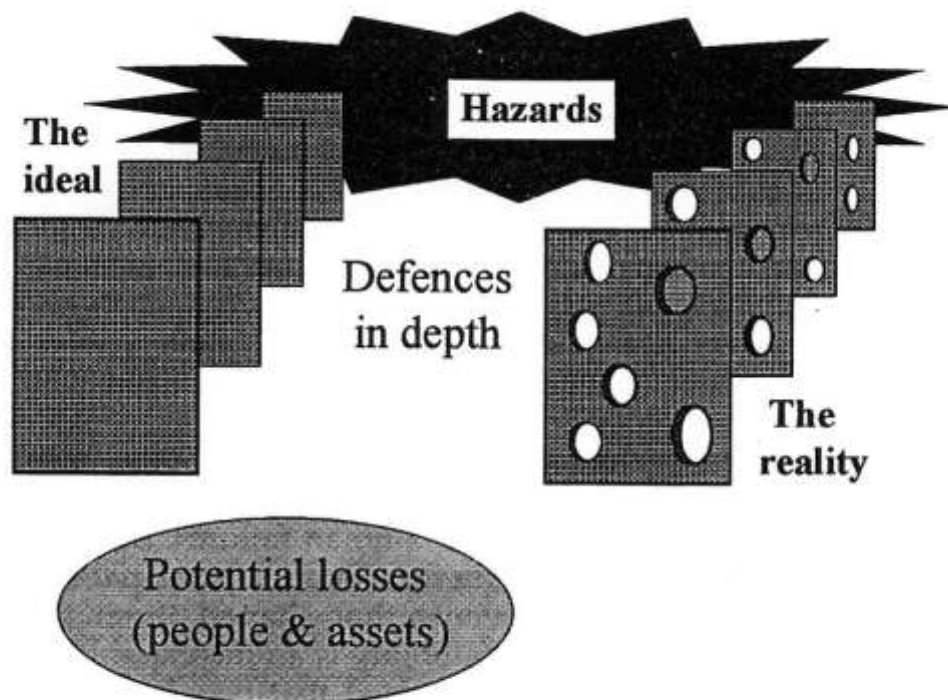
Internkontroll og kvalitetssikring er to begreper som er naturlig å nevne i sikkerhetsstyring i følge Aven (2006). Internkontrollen innebærer alle tiltak som organisasjonen iverksetter for å sikre at virksomheten organiseres, planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med krav fastsatt i eller i medhold av lov eller forskrift. Det stilles krav om systematikk både i planlegging, utførelse, oppfølging og dokumentasjon, og det skal legges til rette for at alle ledd i organisasjonen er aktivt deltakende i dette arbeidet, samtidig som det er en klar ansvarsdeling når det gjelder sikkerhetsspørsmål. Virksomheter og organisasjoner kan velge å innlemme sikkerhet i et totalt kvalitetssikringssystem, som skal sikre overensstemmelse med myndighetenes og organisasjonens egne krav, gjennom utviklede kvalitetssystemer (Aven, 2006).



### 3.4 Barrierer

”Vi taler også om beredskapsbarrierer eller bare barrierer, for de systemer eller funksjoner som skal hindre eller begrense videre utvikling av en faresituasjon” (Aven m.fl. 2004, s. 121).

Forfatterne trekker paralleller mellom begrepet barriere og beredskapssystem eller et sett av tiltak. Godheten av barrierene kan bl.a. uttrykkes i ”ytelse”, som innebærer pålitelighet (at tiltakene virker ved behov), effektivitet (hvor god ytelsen er) og sårbarhet (hvorvidt tiltakene svekkes av, eller ikke virker i den aktuelle hendelsen). I systemer finnes en rekke barrierer som skal forhindre at den uønskede hendelsen faktisk blir en realitet og begrense konsekvensene dersom den allikevel skulle inntreffe (Aven, 2007). I figur 3.1 illustreres barrierer slik de er tenkt og slik det kan utvikle seg hvis ikke barrierene vedlikeholdes.



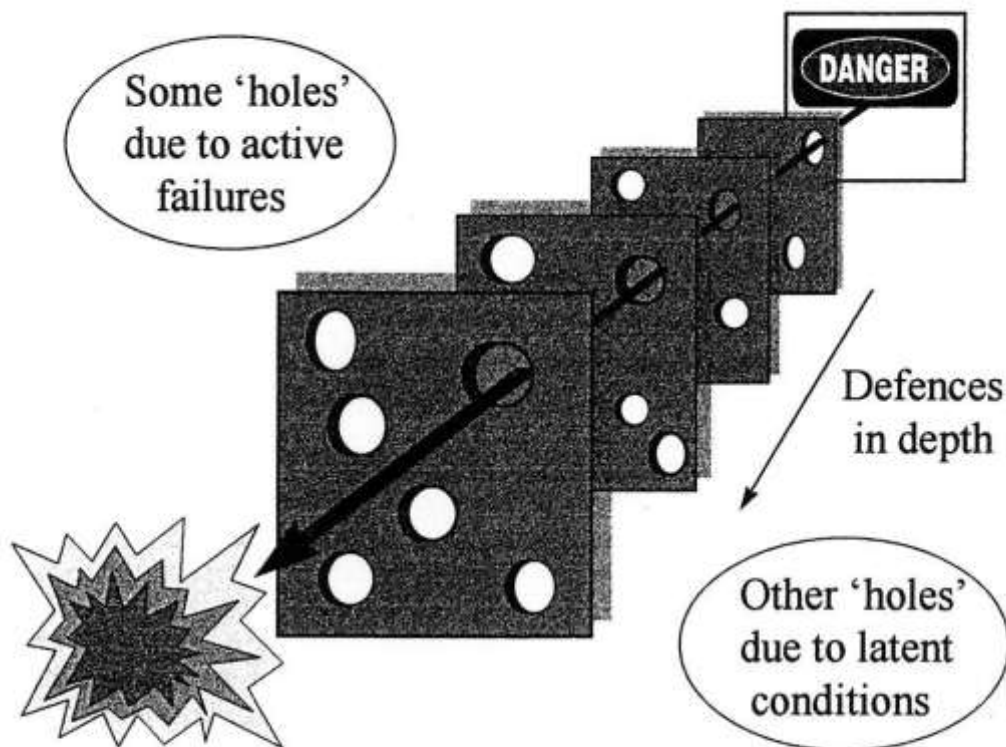
**Figure 1.4 The ideal and the reality for defences-in-depth**

Figur 3.1

James Reason, kjent teoretiker innenfor risiko- og sikkerhetsfaget, hevder at barrierer likevel, selv om de er satt opp som tette ”skiver”, kan forårsake en uønsket hendelse på

kortere eller lengre sikt på grunn av menneskelig svikt. I en ideell verden vil alle lag av barrierer være intakt, uten tilløp til at noe kan trenge gjennom barrierene ved mulige ulykker. I den reelle verden derimot, har hvert lag svakheter og huller, av mer og mindre åpenbare årsaker. Han bruker ”sveitserost – skiver” som metafor for å forklare hvordan uheldige hendelser skjer på tross av barrierer, jf. figur 3.2.

”Hullene” forklares med forskjellen mellom aktive feil og latente faktorer (over tid) (Reason, 1995). Dette illustreres mer i figur 3.2 nedenfor:



**Figure 1.5** An accident trajectory passing through corresponding holes in the layers of defences, barriers and safeguards. The holes can be created by active and latent failures.

Figur 3.2

Aven, m.fl. (2004) hevder at i risikostyringen er barrierene svært viktige styringsvariabler, både i planleggingsfasen hvor barrierer som styringsverktøy og tiltak velges, vurderes og fastsettes, og i den daglige yrkesutøvelsen hvor barrierene som styringsverktøy og tiltak holdes ved like, videreutvikles og forbedres. Slik jeg tolker Aven, må en ta høyde for at ytelsen i samfunnets barrierer kan påvirkes og endres av samfunnsutviklingen og dertil endre risikonivået. Slike forandringer vil da være en

viktig faktor i overvåkingen av barns levekår og sikkerhet; en må hele tiden vurdere barrierene som styringsverktøy og tiltak i alle nivåer, om de er effektive nok til og forebygge samt sikre barn forsvarlig mot vold.

### **3.5 Analyse på systemperspektiv**

Jeg vil her se på to ulike former for organisering av et tverrprofesjonelt samarbeid i organisasjoner, som for eksempel kommuner. Først ut fra et ”instrumentelt syn” deretter fra et ”ny-institusjonelt” syn.

Ut fra et ”instrumentelt syn” på organisering, forutsetter tverrprofesjonelt samarbeid at det faktisk er en skjevfordeling av makt i organisasjoner; at alle medlemmene i organisasjonen handler ut fra organisasjonens interesser og at den enkelte lojalt innordner seg i forhold til posisjon og rolle som er tildelt (en ”hierarkisk” organisasjon). Organisasjonen er et instrument for måloppnåelse da den formelle strukturen kanalisere atferd og ressurser mot ønskede mål. Den formelle struktur dreier seg om hvordan arbeidsoppgaver er fordelt, hvordan de er samordnet og at den påvirker adferden til det enkelte medlem i organisasjonen. Regler, normer, rutiner og verdier er konsistent og i samsvar med organisasjonens overordnede mål. Egeninteresse hører ikke hjemme på arbeidsplassen.

I et ”ny-institusjonelt” perspektiv handler det om at organisasjonen har en historie og at det over tid har utviklet seg meninger og oppfatninger om hva som er viktige problem og løsninger, på for eksempel tverrprofesjonelt samarbeid. Men også at det over tid har dannet seg uformelle regler, rutiner, normer og verdier som avviker sterkt fra de formelle, hvilket gir adferdsmønstre som avviker sterkt fra de en skulle forvente ut fra den formelle beskrivelsen av et tverrprofesjonelt samarbeid. De uformelle strukturene og prosessene får en egenverdi (interesse for egen ”vinning”) og bidrar til stabilitet og treghet i forhold til forandringer; det dannes ulike lokale kulturer innen den enkelte avdeling og dette slår ofte ut i konflikter. Konflikten kommer særlig til syne når det gjøres forsøk på å implementere nye reformer (Olsen, notat, 2008).

Det dannes en institusjonell identitet eller lokal teori som preger både organisasjonen som helhet og de enkelte avdelinger, og som er avvikende fra det som en skulle forvente

ut fra formell beskrivelse av organisasjonen. Forslag til forandringer som er i overensstemmelse med den institusjonaliserte identiteten, lar seg lettere gjennomføre enn de som avviker fra denne. Noen ønsker bestemte endringsforslag velkommen, fordi de kan styrke deres identitet og posisjon, mens andre avviser dem fordi de oppfattes som truende. Enkeltindivid, grupper og avdelinger vil søke å realisere egeninteresser, ved å anvende ulike former for makt; de opptrer som ”tverr” og lite profesjonelle aktører, som streber etter å realisere egne mål framfor organisasjonens mål om tverrprofesjonelt samarbeid (Olsen, notat, 2008).

Forutsetninger for at reformer skal føre til endringer i et institusjonelt perspektiv, er at det enten må utstrakt grad av maktbruk til fra organisasjonens ledelse, eller at det må oppstå en utstrakt grad av kriseforståelse blant medlemmene i organisasjonen. Andre mulige forhold kan være virksomhetene har mangel på ”profesjonskompetanse” eller tverrprofesjonell kompetanse, mangel på tid og ressurser eller er for lite lojale med hensyn til å følge opp lovpålagte oppgaver. Det kan være et gap mellom virksomhetenes ”eget” behov og samarbeidets innhold (Olsen, 2008).

Faktorer som bidrar til å lykkes med implementering av sikkerhetsarbeid i organisasjoner er at toppledelsen er genuint interesserte og det organisatoriske ansvaret er lokalisert så sentralt som mulig i forhold til dem. Bred oppslutning om å prioritere sikkerhetsarbeidet og at organisasjonen har veletablerte planleggingsrutiner, kompetanse og lang erfaring med ulike former for samarbeid er andre faktorer. Gjennom designet av selve planleggings- og implementeringsprosessen kan ledelsen være i stand til å trekke med seg flest mulig aktører i et samspill og i dialog (Olsen, K. H., notat, 2008).

### **3.6 Tverrprofesjonelt samarbeid**

Tverrprofesjonelt samarbeid kjennetegnes, i følge Willumsen (2009), ved at flere profesjoner jobber tett sammen. I Norge brukes også ”tverrfaglig” samarbeid, i flg. samme forfatter, men med tanke på hvor problematisk det kan være å avgrense et fag, og bli unyansert, dekker ”tverrprofesjonelt samarbeid” bedre. Som det går fram av modell 3.1 på neste side, dreier tverrprofesjonelt samarbeid seg om vårt menneskesyn

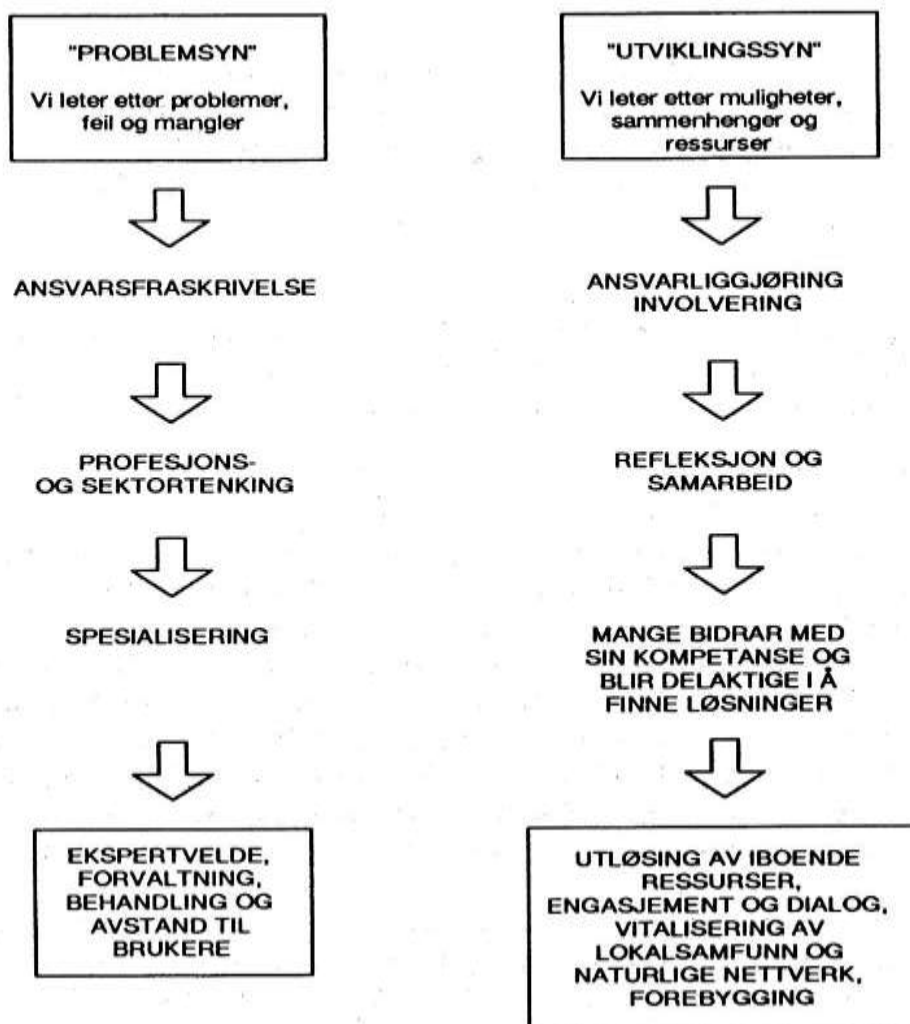
og syn på virkeligheten; hvilke ”briller” vi har på oss både personlig og som yrkesutøver, får først og fremst konsekvenser for det lidende barnet. Videre handler det om kunnskap, handlerom og handlekraft til å fange opp utsatte barn.

Som velferdsnasjon, har Norge den evnen og muligheten til å iverksette tiltak som gjør de statlige og kommunale tjenestene i stand til å oppfylle nettopp disse oppgavene.

Gjennom kunnskap og samfunnets vilje til samarbeid på alle nivåer, kan vi ved å se og handle effektivt, bidra til en trygg og sikker hverdag for voldsutsatte barn her og nå.

Modell 3.1 (Aanderaa og Tveiten, 1994).

### DET HANDLER I YTTERSTE KONSEKVENSS OM VÅRT MENNESKESYN OG SYN PÅ VIRKELIGHETEN



### **3.6.1 Samarbeid som fenomen**

I følge Ødegård (i Willumsen, 2009) blir begrepet samarbeid ofte anvendt som et ”fanebegrep” eller ”honnørord”; det gir en umiddelbar gjenkjennelse og tiltrekker seg oppmerksomhet. Ofte fremstår det også som noe viktig og positivt men dersom begrepet ikke problematiseres kan det muligens også fremstå som entydig. Hva som oppfattes som samarbeid i et internt team kan være ganske annerledes enn samarbeid i et eksternt team. Samarbeid som fenomen innebærer en kompleksitet som det er viktig å klargjøre fordi det vil gi oss større muligheter til å ta grep på det samarbeidet som utføres, hvilket bidrar til økt kvalitet. Hvis det for eksempel er problemer i kommunikasjonen mellom profesjonelle kan man forsøke å løse noe av dette; alternativet er i ytterste konsekvens uklarheter, unngåelse, konflikter og hyppige møter som ikke gir mening.

### **3.6.2 Tverrprofesjonelt samarbeid på grunnutdanningsnivå**

I profesjonsutdanningene kan temaet bli prioritert i en forelesning eller to, hvilket kan karakteriseres som en smakebit eller knapt nok det, i følge Willumsen (i Willumsen, 2009). Det er viktig å gjøre det tverrprofesjonelle samarbeidet mer eksplisitt, gjøre tydelig hva dette handler om, hvordan vi kan få det til og hva som kreves av forutsetninger; strukturelle, profesjonelle og personlige. I denne sammenhengen er det ikke nok at det er ulike profesjonelle grupper som deltar i den samme undervisningen; undervisningen bør også omhandle kunnskap om samarbeid og hvordan profesjonelle kan utvikle sine ferdigheter på dette området. Myndighetene bør i samarbeid med virksomhetene og høyskole/universitetssektoren fortsette å videreutvikle utdanningsprogrammer som ivaretar tverrprofesjonelt samarbeid.

### **3.6.3 Ledelse av tverrprofesjonell virksomhet**

Det kan være lett å tro at tverrprofesjonelt samarbeid går av seg selv, at det er en integrert del av den daglige virksomheten. Offentlig forvaltning blir i dagligtale gjerne forbundet med byråkrati, ikke i positiv forstand, men knyttet til oppfatninger av omstendelige prosedyrer og manglende effektivitet. Kartlegginger av hvordan samarbeid konstrueres kan også brukes til å undersøke om profesjonelle endrer sine konstruksjoner over tid, for eksempel etter organisatoriske endringer eller gjennomføring av opplæringsprogrammer.

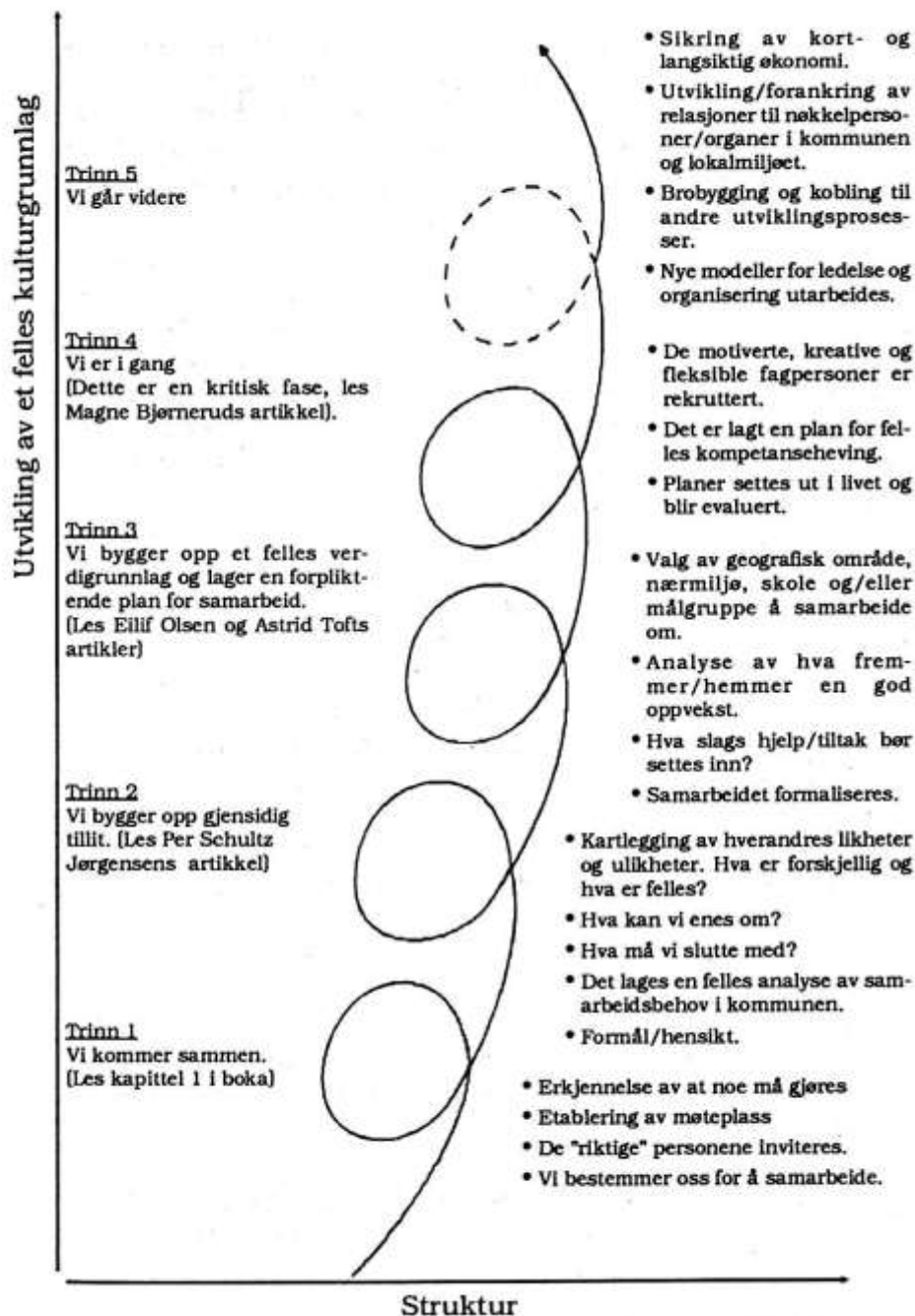
### 3.6.4 Konstruksjoner av samarbeid

Ødegård (i Willumsen, 2009), mener det er grunn til å anta at samarbeid som begrep eller fenomen blir oppfattet på mange forskjellige måter av profesjonelle som er involvert i samarbeid. Disse forskjellene antar samme forfatter er mer eller mindre skjult for deltakerne i et samarbeidsforhold, og viser til Schön (1991). Videre henviser han til Raskin og Bridges (2002) som bruker psykologien til eksempel hvor det finnes mange teorier på hvordan mennesker skaper seg ”meningssystemer”, som ofte karakteriseres som personlige eller mentale kart. Ødegård hevder videre at mange vil også hevde at konstruksjoner ikke skapes av den profesjonelle, men i samhandlingen mellom profesjonelle, og henviser til Bjørkly (2001).

Erfaringer vi gjør som profesjonelle aktører innenfor de ulike etater, danner over tid forestillinger om hva et samarbeid er, sier Ødegård videre. Ulike forutsetninger for å inngå i konstruktive samarbeid, kan være på bakgrunn av utdanning, erfaringer og rammebetingelser på overordnet nivå gjennom lover og forskrifter.

Ødegård (i Willumsen, 2009), viser til Schön som legger vekt på at ”den praktiske kunnskapen” ofte er skjult kunnskap. Schön, hevder Ødegård videre, trekker fram et interessant skille mellom forfektede teorier og bruksteorier – eller ”søndagsteorier” og ”hverdagsteorier”; det er ikke alltid at vi gjør det vi sier at vi gjør. Det kan hende at profesjonelle hevder at de har en åpen holdning til samarbeid (”søndagsteorier”) mens de i utøvelsen av samarbeider ikke fremstår i tråd med sine idealer (”hverdagsteorier”). Ødegård mener effektive og positive samarbeid sannsynligvis vil forekomme i liten grad dersom profesjonelle ikke engasjerer seg i dialoger om hvordan de arbeider sammen, og hvilke planer de legger for å arbeide sammen i fremtiden, med henvisning til Schön (1991). Ødegård hevder at dersom profesjonelle i liten grad reflekterer over hvordan de forstår samarbeid, kan de fort komme i en situasjon der samarbeidet preges av gjentakelse og rutiner. Dette, sier han videre, er neppe en ønskelig situasjon med tanke på målsettingen om individuelt tilrettelagte tiltak. Modell 3.2 på neste side kan være et eksempel på konstruktivt tverrprofesjonelt samarbeid over tid, hvor man utvikler et felles verdigrunnlag og sikkerhetskultur for å sikre barn mot å utsettes for vold eller beskytte barn mot ytterligere vold.

Modell 3.2 (Aanderaa og Tveiten, 1994).



Grad av samordning – Modellen er hentet fra "Together we can", US Department of Education, 1993)



## 4 Metode

### 4.1 Samfunnsvitenskapelig forskning

Samfunnsvitenskapelig forskning har til hensikt å etablere kunnskap om hvordan den sosiale virkeligheten ser ut. Forskere lurer på hvordan virkeligheten er og stiller spørsmål de ønsker svar på. For å få svar må forskeren innhente informasjon, det vil si data eller empiri, fra den virkelige verden for å prøve ut om oppfatninger og antagelser er riktige eller ikke.

Begrepet ”metode”, kommer av det greske ordet ”methodos”, hvilket betyr å følge en bestemt vei mot et mål. Samfunnsvitenskapelig metode dreier seg altså om hvordan vi går fram ved innhenting av informasjon om virkeligheten og, ikke minst, hvordan vi analyserer denne informasjon slik at den gir ny innsikt i samfunnsmessige forhold og prosesser. Samfunnsforskning dreier seg om å samle inn, analysere og tolke data. Dette er en sentral del av empirisk forskning (Johannesen m.fl., 2005).

I følge Johannesen m.fl. (2005) er nysgjerrighet utgangspunktet for all forskning, hvor en søker svar på flere spørsmål; hva er ”mysteriet”? ”Mysteriet” jeg ønsket å finne svar på, var fenomenet ”hvorfors spesialisthelsetjenesten ikke fanger opp barn” ved innleggelse i sykehus for sykdom, skade og/eller atferdsavvik som skyldes vold av sine nærmeste omsorgspersoner.

### 4.2 Datainnsamling

I følge Jacobsen (2005) kan det å få til et samspill mellom egen fantasi og det andre har gjort, være det mest produktive vi kan gjøre. Han hevder videre at det ofte er anvendte ressurser å bruke litt tid på å finne ut hva andre har gjort enn å forsøke å gjøre alt fra bunnen selv. Da jeg startet kunnskapsinnhenting i forberedelsen av oppgaven, var det mange søkeord i ulike databaser som ble anvendt for å finne mest mulig relevant informasjon om temaet. Disse søkeordene og databasene har jeg anvendt i begge masteroppgaver. Jeg har innhentet data fra Norsk offentlig utredning (NOU'er) om vold mot barn (og kvinner), stortingsmeldinger og rundskriv fra regjeringens nettsider. Har

anvendt litteratur fra bøker, tidsskrifter og tilsynsrapporter fra Statens Helsetilsyn og helsetilsynet i de ulike fylker. Lovverk er funnet både på Lovdatas nettside samt regjeringens nettsteder angående roller og tolkning av lovverk i samarbeidet mellom de ulike tjenestene. En del teori fra bøker og kompendier er anvendt fra litteratur gjennom studieforløpet i faget samfunnssikkerhet samt annen støttelitteratur som er relevant for problemstillingen.

I figur 4.1 illustreres søkeord og databaser som ble anvendt i innhenting av data.

Søkeord eller internettadresser som viser til kommunen/helseregionen/politidistriktet jeg undersøkte er ikke oppgitt for å anonymisere respondenter og informanter mest mulig.

<p>Databaser og andre informasjonskilder, samt e – mail kontakt med personer innenfor ulike instanser:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- BLD</li><li>- Htil og FM</li><li>- JD</li><li>- Redd Barna</li><li>- NOVA</li><li>- BIBSYS</li><li>- SSB</li><li>- BUFdir og – etat</li><li>- Lovdata</li><li>- WHO</li><li>- FN (UN)</li><li>- DNL</li><li>- UiO</li><li>- UiB</li><li>- Norart</li><li>- Forskning.no</li><li>- NSF</li><li>- POD</li><li>- HOD</li><li>- Hdir</li><li>- RMI</li><li>- NKVTS</li></ul>	<p>Søkeord:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Barn</li><li>- Vold</li><li>- Barnemishandling</li><li>- Barnevern</li><li>- Barneulykker</li><li>- FNs Barnekonvensjon</li><li>- Opplæringsloven</li><li>- Barnevernloven</li><li>- Lov om kommunehelsetjenesten</li><li>- Helsepersonelloven</li><li>- Lov om skolehelsetjeneste</li><li>- Kriminalstatistikk</li><li>- Barneulykker (trafikk)</li><li>- Straffeloven</li><li>- Straffeprosessloven</li><li>- Påtaleinstruksen</li><li>- Politiloven</li><li>- Pasientrettighetsloven</li><li>- Lov om helseforetak</li><li>- Lov om spesialisthelsetjeneste</li><li>- Forskrift om barn på sykehus</li></ul>
---	---

Figur 4.1 Søkeord og databaser

## 4.3 Valg av metoder

For å finne svar på valgt problemstilling har jeg valgt dokumentanalyse og casedesign med kvalitativ metode. Som kvalitativ metode har jeg anvendt semi – strukturerede intervju for og utforske hvilken bevissthet helsepersonell har i møte med barn som innlegges i spesialisthelsetjenesten, diagnoseverktøy og beredskap for å fange opp barn som er blitt utsatt for vold. Og, hvilke suksessfaktorer som ligger til grunn for samarbeid og samordning av tjenestene i mine utvalgte enheter. Men også for å kunne utforske noe hvilke utfordringer og dilemma tjenestene møter i arbeidet med voldsutsatte barn.

### 4.3.1 Bakgrunn for valg av metoder

Valg av metoder skal styres ut fra hvilken problemstilling vi skal besvare, i følge Jacobsen (2005). Ideelt sett benytter en god, kvalitativ metode seg av flere datainnsamlingsmetoder. Dette fordi ingen undersøkelse kan gi et helhetlig bilde av sannheten; alle data gir bare en flik av virkeligheten. Men jo flere ulike metoder som anvendes desto flere vinklinger får vi på et og samme fenomen. Da kan vi oppnå et noe mer helhetlig bilde, hvilket også var noe av mitt ønske med å anvende både dokumentanalyse av kartleggingsstudiet til Myhre m.fl. (2010) og individuelle intervju. Dette kan bidra til at metodene utfyller hverandre og kontrasterer hverandre og føre til et mer detaljert og levende bilde av virkeligheten (Jacobsen, 2005). Figur 4.2 illustrerer min kunnskapsinnhenting i forbindelse med valg av metode:

**Kurs/seminarer:**

1. ”Samfunnets ansvar ved barnemishandling” på Soria Moria ved Rettsmedisinsk institutt, UiO. Oslo, 07.10.09.
2. BLD: ”20 år med FNs Barnekonvensjon – hvor står Norge? Oslo, 19.11.09.
3. ”Barnemishandling”. Stavanger Universitetssykehus, 17.10.2010.

**Dokumentanalyse:**

Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis. Mia Myhre m.fl. 2010.

**Kvalitativ undersøkelse – casedesign:**

Intervju av 3 respondenter fra spesialisthelsetjenesten – 1 overlege barn og 2 sykepleiere med 10 – 20 og 1 – 5 års erfaring fra barnepoliklinikk og barnepost. 1 informant – spesialpoliti fra avsnitt for seksuelle overgrep og grov vold i sitt politidistrikt og 1 informant med ledende stilling i barnevernstjenesten. Intervjuer foretatt i tidsrom 18.04 – 23.05.2011. Alle fra samme kommune/distrikt.

Figur 4.2 Kunnskapsinnhenting

### 4.3.2 Dokumentanalyse

Kildegransking er også en metode man kan anvende i et forskningsdesign. Det er spesielt ved tre situasjoner hvor kildegransking vil være spesielt godt egnet i følge Jacobsen (2005): 1. når det er umulig å samle inn primærdata, 2. når vi ønsker å få tak i hvordan andre har fortolket en viss situasjon eller hendelse og/eller 3. når vi ønsker å få tak i hva mennesker faktisk har sagt og gjort. De viktigste valgene med dokumentundersøkelser er knyttet til hvilke dokumenter vi velger ut og hvor stor troverdighet de enkelte dokumentene har.

Dokumentanalysen “Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis” besvarte nettopp de tre situasjoner Jacobsen (2005) summerte opp, nemlig 1. det er umulig å få samlet en slik oversikt gjennom et masterforløp i løpet av et semester 2. jeg fikk tak i noen aspekter i forhold til hvordan helsepersonell ved norske barneavdelinger fortolker vold mot barn og 3. hvilke verktøyer de har til rådighet for å bekrefte eller avkrefte vold mot barn samt hvilke(n) tjeneste(r) de melder når det er mistanke om eller bekreftet vold mot et barn.

Formålet med studien var i følge forfatterne Myhre m.fl. (2010) å kartlegge utredning for mulig fysisk barnemishandling ved norske barneavdelinger. De undersøkte typen av saker, utredningspraksis og prosedyrer, resultat av utredningene samt henvisningsrutinene til og fra barneavdelingene. Undersøkelsen ble gjennomført som prospektiv studie der alle barneavdelinger i Norge ble invitert til å delta i undersøkelsen. 15 av 21 barneavdelinger rapporterte saker som ble utredet for mulig fysisk vold gjennom et år. Resultatene av undersøkelsen vises til i kapittel 5 (“Resultater”) og drøfting av disse funnene i kapittel 6 (“Drøfting”).

### 4.4.3 Casestudie med semi – strukturerte intervju

Undersøkelsens formål er å få flest mulig svar på problemstillingen innenfor den rammen av tid og rom som er mulig. Jeg ønsket derfor å foreta en casestudie med kvalitativ metode. Casedesign ble valgt fordi det egner seg best til ”hvordan” og ”hvorfor” spørsmål (Johannesen m.fl., 2008). Betegnelsen ”case” kommer i følge Andersen (1997) fra det latinske ordet *casus* og understreker betydningen av det enkelte tilfellet. Han refererer til den svenske betegnelsen ”*fall studier*”. Terminologien

vektlegger med dette at det dreier seg om et eller noen få tilfeller som gjøres til gjenstand for inngående studier; idealet med en case er ofte å gå i dybden og presentere en helhetlig analyse. Undersøkelsesenheten ses som kompleks hele, der mange underenheter og deres forhold til hverandre pensles ut (Andersen, 1997).

I mitt utvalg av case hadde tjenestene mellom spesialisthelsetjenesten for barn, politi og barnevern fått etablert et godt samarbeid for best mulig samhandling når det oppstod mistanke om eller konstatert vold mot et barn. Ved å intervju sentrale deltakere i dette tette samarbeidet, kunne jeg gå mer i dybden på mine spørsmål om hvordan de samarbeidet og hvorfor de hadde fått til dette tette samarbeidet i deres kommune/distrikt/helseregion.

Som kvalitativ metode valgte jeg åpne individuelle intervjuer med semi-strukturert intervjueteknikk. Jacobsen (2005) sier at det åpne individuelle intervjuet egner seg godt når vi er interessert i hvordan den enkelte fortolker og legger mening i et spesielt fenomen; vi avklarer den enkeltes mening og forståelse av ulike forhold. Dermed er metoden også tett knyttet til en fortolkende eller konstruktivistisk vitenskapssyn. Men hvis vi gjennom individuelle intervjuer påberoper oss å ha fått tak på hva en gruppe mener, for eksempel helsepersonell som leger og sykepleiere, kan vi ha store problemer med gyldigheten, jf. Jacobsen. Slik jeg tolker dette kan man ikke generalisere ut fra et lite utvalg, men likevel finne ut om det er noen likhetstrekk i respondentenes svar i forhold til kunnskapsinnhenting i andre data og funn. Eller man kan få et innblikk i om det er ulike syn på fenomener ut fra meningsdannelser i profesjoner og om det kan komme i konflikt med hverandre når man skal samarbeide, hvilket også var noe av min hensikt med undersøkelsen.

Jacobsen (2005) skiller mellom betegnelsen ”respondent” og ”informant” da han mener det er et klart skille på disse betegnelse. Personer med direkte kunnskap om et fenomen, for eksempel ved at de har deltatt i en hendelse eller ved at de er medlem av en spesiell gruppe kalles oftest ”respondenter”; de er representanter for den/de gruppen(e) vi skal undersøke. I min undersøkelse dreier dette seg om helsepersonell i spesialisthelsetjenesten med og uten ekstra spesialistkompetanse på barn, hvor en respondent er barnelege (overlege) og to er sykepleiere med varierende erfaring både fra post og poliklinikk. På poliklinikk tar de også i mot barn hvor det dreier seg om mistanke om seksuelle overgrep som er i bekymringsfasen og ennå ikke meldt politiet.

Informanter er personer som ikke selv representerer gruppen vi undersøker men som har god kunnskap om gruppen eller fenomenet. I min undersøkelse dreier det seg om sentral leder i barnevernstjenesten og politispesialist i avsnitt for grov vold og seksuelle overgrep i deres distrikt. Disse er sentrale aktører i samarbeid og samhandling når vold mot barn avdekkes av helsepersonell. Jeg undersøkte også de generelle rutinene spesialisthelsetjenesten hadde for forebyggende tiltak og beredskap ikke bare for vold mot barn, men også om helsepersonell og virksomheten generelt var opptatt av pasientsikkerhet; hva vi anser som risiko innenfor ens virksomhet påvirker hvor vi setter inn tiltak for forebygging og beredskap for å unngå at risikofylte aktiviteter eskalerer seg til en ulykke. Dette var interessant innfallsvinkel for å måle hvor stor risikopersepsjon virksomheten hadde for pasientsikkerhet generelt sett opp mot det å sikre seg at barn som ble utsatt for vold faktisk fikk like riktig behandling i riktig tid og rekkefølge.

I utarbeidelsen av intervjuguidene var det en fordel å ha gjennomført kvalitativ metode med semi – strukturerte intervju i min første masteroppgave. Noe av denne erfaringen i intervjuteknikk tok jeg med meg videre denne gang og brukte noen av spørsmålene i denne undersøkelsen. Ulike rapporter fra Htil var også veldig informativ med hva de fant av risikofaktorer i ulike somatiske barneavdelinger innenfor spesialisthelsetjenesten, med avvik og merknader. Ved å ta utgangspunkt i disse dataene som en ”mal” for undersøkelsen, kunne denne tråden følges videre for å finne mer ut om helsepersonells bevissthet rundt problematikken vold mot barn samt hvilke utfordringer og mulige suksessfaktorer som lå til grunn for samarbeidet i min utvalgte enhet. Også utvalgt teori var belyst gjennom intervjuene.

I valg av enhet var jeg opptatt av det helseforetaket, kommunen og politidistriktet hvor tjenestene hadde et tett samarbeid, for å høre om hvilke suksessfaktorer som kunne ligge til grunn for et slikt samarbeid samt utfordringer knyttet til samarbeidet. Ved å få primærkunnskaper fra sentrale personer i dette samarbeidet kunne jeg få tak i noen av suksessfaktorene for samarbeid for bedre samhandling samt utfordringer man står overfor i dette samarbeidet. På denne måten kunne jeg få direkte kunnskaper om hvordan en større kommune og distrikt sikret seg at samarbeidet fungerte. I intervjuet med spesialisthelsetjenesten gikk jeg imidlertid mer inn i problemstillingen da de var fokus for problemstillingen.

Jeg har anonymisert kommunen, distriktet og regionen for å få mest mulig informasjon om etatenes utfordringer i forhold til samarbeidet rundt barn som er utsatt for vold. Jeg har kun anvendt forbokstav på yrkestittel for å vise til hvilken bakgrunn de har i forhold til deres fokus.

Når vi går i gang med undersøkelser er det som oftest noen man involverer i undersøkelsen. I samfunnsvitenskapelige undersøkelser dreier det seg nesten alltid om å studere mennesker eller fenomener som mennesker står oppe i; hva de tenker, hva de gjør og hvordan de gjør det. Hva mine respondenter og informanter tenkte om problematikken vold mot barn, samarbeidet og samhandlingen tjenestene mellom var viktig for meg og få tak på. Og, ikke minst var jeg interessert i hva de gjorde når de stod oppi en bekymring med mistanke eller fikk konstatert at et barn var utsatt for vold. Videre hvilke rutiner de hadde for å løse oppgaven de stod overfor når de var bekymret eller fikk konstatert vold i sine funn. Var det respondentene eller informantene selv som måtte ta initiativ til at samarbeidet skulle fungere i deres kommune og distrikt? Når vi forsker på mennesker begår vi også ”innbrudd” i deres liv selv om det handler om respondentens eller informantens offentlige sfære som har med arbeidsmessige forhold å gjøre. Dette stiller forskeren som vil gjennomføre studier av andre mennesker, overfor noen etiske dilemma, som man så langt som mulig må klargjøre før man går i gang med en undersøkelse. Selv om man sender prosjektet til NSD før man foretar undersøkelsen, må man underveis i undersøkelsesprosessen også vurdere de valg man gjør ut fra etiske prinsipper (Jacobsen, 2005).

Kommunikasjonen med NSD foregikk både på e-mail med nyttige innfallsvinkler å se utfordringene på. Samarbeidet med NSD var nyttig både i forhold til informasjonsbrev med samtykkeerklæring, anonymisering i oppgaven og muligheten for respondentene og informantene til å lese gjennom det transkriberte intervjuet i ettertid. Det gjorde rekrutteringen lettere også. Noen gav imidlertid uttrykk for at det var så viktig emne å belyse at de ville stille til intervju av den grunn. For å anonymisere respondentene og informantene best mulig, i tråd med NSD sine etiske krav og respondentene og informantenes ønsker selv, har jeg forsøkt å gjengi dataene slik at det kun er respondenten og informanten selv som kjenner igjen utsagnet.

Det tok ca. en måned fra prosjektet ble meldt til det var ferdigbehandlet; NSD krevde også å få gjennomlesing av intervjuguidene i tillegg til informasjonsbrevet. I

mellomtiden hadde jeg ikke noe mulighet til å kontakte informantene før hele dokumentene var ferdigbehandlet i sin helhet, etter konferering med NSD. Dette gjorde imidlertid at intervjuprosessen dro noe ut.

For at ikke leder for helsepersonell skal kunne kjenne igjen sensitive svar fra mine respondenter personlig, har jeg anvendt “helsepersonell” mens ved utsagn hvor respondent kan komme i positivt søkelys anvendes yrkestittel. Noen respondenter ga ikke tilbakemelding ut i prosessen før intervju skulle avtales, hvilket gjorde at utvalget ble noe tynnere enn ønsket på forhånd. Det som i utgangspunktet skulle bli 6 respondenter og 2 informanter ble da 3 respondenter utenom de 2 informanter til slutt. Men utvalget har likevel en viss spredning i forhold til erfaring i yrke og tema. For at ikke leser skal kunne identifisere case – enheten kan heller ikke forfatterne av veilederen til vold mot barn for helsepersonell eller tittel på veilederen oppgis. I kapittel 5 “Resultater” er kun hovedtema fra innholdet i den tatt med for å vise til beredskapsplanen de har for vold mot barn.

For å lette oversikten over de spørsmålene jeg hadde, ble spørsmålene delt inn i 8 emner. Selv om emnene er like i alle intervjuguidene var det nødvendig å tilpasse spørsmålene etter yrkesgruppe, ansvar i organisasjonen og praksisfelt. Løsningen ble dermed slik at emnene ble belyst innenfor samme emner men likevel noe mer spesifikt ut fra fag-, ledelses- og praksisorientering for de respondenter og informanter som deltok i undersøkelsen. Etter at intervjuene var foretatt ble de transkribert nærmest ordrette, med både spørsmål og svar.

Jeg spurte i etterkant av hvert intervju om det var noen spørsmål han/hun ikke synes var relevant for hennes/hans yrkesutøvelse eller lederoppgaver. Noen synes det var vanskelig å svare konkret på dette, andre opplevde spørsmålene relevante men at det var for kort tid til å gi ornlige svar når jeg ikke var innenfor informantens yrke selv. Andre igjen opplevde at spørsmålene var relevante i seg selv, men var mer knyttet opp til en avdeling vedkommende ikke var tilknyttet til lenger. Det var også noen som hadde så kort erfaring med temaet vold mot barn at de synes det var vanskelig og svare på noen av spørsmålene. Dette er en utfordring jeg også ser at selv om man har forsøkt å sette seg inn i deres yrke og forsøkt “å tilpasse” intervjuguiden etter yrke og erfaring informant og respondent har, kan noe informasjon gå tapt fordi rammene de arbeider



under må forklares ytterligere for å kunne forstå deres faglige vurderinger og operative hverdag. Det var nok også noe forskjell fra de første intervjuene til de intervjuene som ble foretatt etter hvert; det ble litt ”prøving og feiling” underveis i prosessen på hvilke måter som var best å formulere spørsmålene på ut fra de ulike respondentene eller informantene yrkesbakgrunn.

I drøftingskapittelet vil jeg ta med et par case som har skjedd ved ulike sykehus. Disse er helt anonymisert og ikke vært gjenstand for massiv fokus utenfor institusjonen. Noen av disse er kommet fram i ulike seminarer og kurser. Disse casene illustrerer både gode barrierer med samhandling i riktig tid og i riktig rekkefølge og mangelfulle barrierer eller større huller i barrierene som gjorde at resultatet av samhandlingen endte svært tragisk for det barnet som ble rammet.

I drøftekapittelet viser jeg også til eksempler som har vært i media for å belyse problemstillingen. Det kan da være lettere å se de ulike problemstillinger i sammenheng, når for eksempel huller i barrierer belyses.

## **4.5 Metodekritikk**

### **4.5.1 Svakheter ved dokumentanalyse**

Mangler opplysninger om hvilke faktorer som utløste opplysningsplikten til politiet; mest fokus på barnevernet. Det var også noe mangelfulle opplysninger av hvilke undersøkelser som kunne være aktuelle å gå videre på når vanlig utredningspraksis ikke kunne stadfeste eller avkrefte vold mot et barn; man sitter igjen med ubesvarte spørsmål på to sentrale punkter i rapporten. Dette refereres til i kapittel 5 “Resultater”.

### **4.5.2 Svakheter ved case – studiet**

Metoden egner seg best for få enheter og utelukker dermed andre helseforetak, distrikt og kommuner som kan ha andre suksessfaktorer og utfordringer å jobbe med. Jeg har også kun fått intervjuet en representant i barnevernstjenesten i *en* kommune mens politi og spesialisthelsetjeneste vil ha ansvar for et helt distrikt/ helseregion. Dermed kan synspunkter politi og helsepersonell gir om barnevernstjenesten og så innbefatte erfaringer fra barnevernstjenester i andre kommuner de har samarbeidet og samhandlet

med. Det kan da være store individuelle forskjeller i organisering, erfaring og prosedyrer for saksbehandling i barnevernstjenesten i de ulike kommuner.

Temaet for oppgaven kan oppleves sensitivt å snakke om, hvis en har vært borte i slike saker som har vært vanskelig å håndtere samt finne gode løsninger og samhandlinger på. Flere respondenter ble spurt om å delta, men det er få av dem med i utvalget, hvilket ikke gir den spennvidden i svar knyttet til problemstillingen ut fra erfaring og kompetanse på området. Kunne da muligens ha fått med mer om både utfordringer og suksessfaktorer i forhold til arbeidet med vold mot barn både internt og eksternt med politi og barnevern.

Andre svakheter med undersøkelsen er at når tjenestene i min case kjenner hverandre så godt gjennom flere års samarbeid og samhandling, kan det være vanskeligere og uttale seg om eventuelle utfordringer som ligger i dette samarbeidet. Selv om inntrykket var at samarbeidet var veldig etablert tjenestene mellom i mine enheter, kan det være lettere å uttale seg om helsepersonell, politi eller barnevernstjenesten og systemene de representerer generelt, for ikke å si noe negativt om tjenestene de samarbeider direkte med.

Skulle gjerne også ha intervjuet noen i ledelsen for å høre hvilke utfordringer og /eller suksessfaktorer barneavdelingen har hatt for utarbeiding av god beredskap for vold mot barn. Men også for å høre om hvilket fokus de har i sin ledelse når det gjelder styring av risiko opp mot sikkerhet i sin organisasjon.

## **5 Resultater**

Jeg vil her presentere de funn jeg fant i dokumentanalysen og i casestudiet. Etter å ha søkt svar på min problemstilling i dokumentanalyse og caseundersøkelse, fikk jeg bekreftet noen av mine hypoteser men også avkreftet andre. Disse funnene presenteres i kapittel 5.1 – 5.4. I kapittel 5.5 trekker jeg fram noen momenter fra andre dokumenter ut fra andre problemstillinger tjenestene i casestudiet trakk fram. I kapittel 6 “Drøfting” vil jeg drøfte funn i dokumentanalyse, momenter fra sentrale dokumenter og case i lys av de teoriperspektiver jeg har valgt.

### **5.1 Bevissthet hos helsepersonell**

Er vold mot barn en “differensialdiagnose” helsepersonell har i bevisstheten når barnet ankommer barneavdelingen med sykdom, skade og/eller atferdsavvik?

#### **5.1.1 Funn i dokumentanalyse**

I følge Myhre m. fl. (2010) virket det som prosessen som ga mistanke om mishandling var mer tilfeldig enn selve den medisinske utredningen som virket systematisk og ensartet. Hyppigst årsak til igangsatt utredning var avvik mellom beskrevet hendelse og faktisk skade. Forfatterne av rapporten fanget ikke opp noe system for å identifisere slike tilfeller fra de ulike sykehus som var med i rapporten.

Totalt 70 saker ble rapportert inn fra 15 barneavdelinger i Norge. Som forventet ble det meldt flest saker fra de største avdelingene. Det var også en tendens til at de avdelingene som hadde et aktivt sosialpediatrisk miljø rapporterte flest saker. Flest saker ble rapportert inn til undersøkelsen fra Ullevål Universitetssykehus, Haukeland Universitetssykehus og St. Olavs Hospital i Trondheim.

Sakene delte seg i to grupper hvor en gruppe bestod av etablerte saker hvor barnet ble henvist barneavdelingen for utredning og dokumentasjon av mistenkt barnemishandling (begrepsbruk i rapporten) og nye saker hvor mistanken oppstod i forbindelse med undersøkelse for aktuell skade eller sykdom mens det var innlagt på sykehus.

I registreringen var det 28 (40 %) etablerte saker hvor 17 av dem ble henvist fra barnevernstjenesten mens resten kom fra helsestasjoner, allmennleger, BUP eller pårørende. Det ble registrert 42 nye saker (60 %). Barneavdelingen selv tok initiativet til

utredningen i 14 av disse sakene. I 17 tilfeller ble barna henvist fra andre leger innenfor spesialisthelsetjenesten vesentlig fra kirurgisk (ortopedisk?) og nevrokirurgisk avdeling. I 10 av tilfellene var det allmennlege som henviste og 1 av tilfellene fra helsestasjon. De registrerte sakene omhandlet barn fra en uke til 14 år med median alder 11 måneder. Det var 45 (64,3 %) gutter og 25 (35,7 %) jenter som ble undersøkt. 25 % hadde tidligere kontakt med 2. linjetjenesten. Det ble funnet én alvorlig sak med sikker barnemishandling hvor barnet flere ganger tidligere hadde vært innlagt på sykehus med symptomer og funn som kunne ha ledet til utredning og avdekking av mishandlingen før den aktuelle innleggelsen, i flg rapporten. Mistanken i de etablerte sakene bygde på fortelling om fysisk avstraffelse eller annen vold fra barnet selv eller andre nære pårørende. Barna i de etablerte sakene var gjennomgående eldre (gjennomsnitt 5 år) og i flere av tilfellene kom søsken sammen. Det er derfor mulig i flg Myhre m.fl. (2010) at mishandlingen kan ha foregått i lang tid før avdekking skjedde. I de nye sakene var barna yngre og over 70 % var under 1 år. Dette gjenspeiler at små barn lettere får alvorlige skader med så uttalte symptomer at de blir innlagt i sykehus etter mishandling. Det er også vanskeligere og bortforklare skader hos de minste barna i følge Myhre m.fl. (2010).

### **5.1.2 Funn i case**

Barnevernstjenesten opplevde at det var veldig forskjellig bevissthet hos helsepersonell generelt:

(B): ”Det er noen som aldri har tatt kontakt og det er ikke sikkert de kommer til å ta kontakt heller i deres yrkeskarriere”.

Barnevernstjenesten opplevde at det var god bevissthet på barneavdelingen. I følge samme informant var det enkeltpersoner på sykehuset som hadde vært utrolig viktige for å jobbe med informasjonsarbeid og synliggjøre skadeomfanget ved vold mot barn. Politiet erfarte også at det også var veldig forskjellig bevissthet hos helsepersonell, men på barneavdelingen hadde de fått etablert en slik rutine at de tok kontakt med politiet når de skulle, både ved tvil og for å melde.

Blant helsepersonellet var det generelt god bevissthet på at barn kunne være utsatt for vold ved ankomst. Men det å foreta gode anamneser (sykdomshistorie) fra omsorgspersoner (aldersrelatert i forhold til barnet) ved innleggelse kunne leger bli enda

flinkere på – dette kunne være en av de avgjørende punkter for om det forelå en intendert handling fra omsorgspersoners side, i følge barnelege.

Noen synes det var lettere å være observant på vold når et barn på forhånd var meldt for mistanke om vold mens for andre var det alltid med i diagnosebildet når barnet ankom barneavdelingen med sykdom, skade og/eller atferdsavvik. Noen av helsepersonellet opplevde blant andre helsepersonell at religiøse oppfatninger kunne komme i veien for å mistenke at omsorgspersoner kunne utøve vold mot barn. En respondent hadde merket seg at det også var økt bevissthet hos pleiepersonell ved andre avdelinger i virksomheten som akuttmottak (som også var mottak for barn). Men det var fremdeles behandlende personell innen kirurgiske fag som ikke var bevisste på dette og heller ikke tok kontakt med barnelegene i kompetanseteamet. Men erfarne sykepleiere som var kollegaer med kirurger hadde fått en økt bevissthet etter seminarer om vold mot barn og tok gjerne kontakt med barnelegene når de var i tvil; sykepleierne hadde da gjerne meldt sin bekymring til kirurgisk behandlingsansvarlig og ikke fått den respons de ønsket. I slike tilfeller hendte det at barnelegene kunne vurdere saken fra sidelinjen og meldte barnevern og eventuelt politi i tillegg når det var en meldepliktig sak.

### **5.1.3 Barn som vokser opp i familieforhold med økt risiko for vold**

Det var ikke bruk av risiko – og sårbarhetsanalyse (ROS – analyse) eller annen metodikk for å kartlegge barn i risiko for svikt på barneavdelingen. Men det virket til å være høy grad av “tenkt” ROS – analyse rundt barn man anså var i risiko for svikt når det gjaldt vold mot barn, gjennom lengre kjennskap til sårbarheter innenfor egne og andres avdelinger i virksomheten. Helsepersonellet opplevde at det var barn fra alle sosiale lag og at utfordringen lå i å tenke nettopp det. I deres veileder om vold mot barn informeres det også om at vold barnemishandling skjer i alle sosiale lag og ikke er knyttet til en bestemt kulturell bakgrunn. De viser imidlertid til at undersøkelser har vist at mishandling først og fremst har størst forekomst i familier som lever under ulike former for stress (kronisk sykdom, funksjonshemming, anstrengte sosioøkonomiske forhold og rusmisbruk). De minner leseren at selv barn som kan snakke ofte ikke avdekker mishandling før de er i trygge hender og at det selv da kan ta uker og måneder før de første ordene kommer. Med sterke eksistensielle bånd er de knyttet til sine omsorgspersoner; å avsløre virkeligheten kan føre til kaos og katastrofe for disse barne sier forfatterne av veilederen. De kan derfor kommunisere i forkledd språk og med signaler som det er helsepersonells ansvar å tolke.

Politiet opplevde oftest at det var de barna som ikke torde si fra som ble misbrukt seksuelt eller utsatt for annen vold. Det var imidlertid ikke alltid en slik sammenheng. Barnevernstjenesten opplevde at barn fra sosioøkonomiske områder gikk på BUP og så endte de andre barna i barnevernet. Men barn som lever med rus er bekymringsfylt og barnevernstjenesten var bekymret for de barna hvor foreldre hadde så stort rusproblem at de trengte innleggelse i behandlingsinstitusjon uten at disse barna ble meldt barnevernstjenesten:

(B): “Det hadde vært spennende å undersøke om det er eldre leger som har bestemt seg for 20 år siden at de ikke skal ha noe med barnevernet å gjøre”.

## **5.2 Diagnoseverktøy når vold mot barn er differensialdiagnose**

Har virksomheten de nødvendige diagnoseverktøy som skal til for at helsepersonell kan avdekke vold mot barn dersom vold kan være en differensialdiagnose?

### **5.2.1 Funn i dokumentanalyse**

Det virket til at barneavdelingene i stor utstrekning fulgte anbefalte retningslinjer i Den Norske Legeforenings akuttveileder som i følge Myhre m.fl. (2010) følger internasjonal standard og god praksis. I denne veilederen er det et eget kapittel om sosial pediatri og anbefalinger til undersøkelser utredningen bør inneholde ved mistanke om vold mot barn.

De undersøkelsene som ble mest anvendt i den medisinske utredningen var først og fremst klinisk undersøkelse, som ble gjort i alle sakene. Det vanligste funnet ved klinisk undersøkelse var blåmerker som ble funnet i 28 (40 %) av sakene. Mistrivsel (failure to thrive) ble beskrevet i fem saker hvor det i to av sakene ble avdekket underliggende sykdom mens de andre var relatert til mishandling. Dernest ble røntgen “total – skjelett” anvendt mest for å avdekke nye og gamle brudd samt for å se etter benskjørhet eller andre bensykdommer. Denne undersøkelsen er viktigst å utføre hos de minste barna. I 4 av de 44 undersøkelsene som ble utført ble det funnet brudd som ikke var kjent før undersøkelsen. To av disse funnene ga sterk mistanke om vold mot barnet mens det i 1 tilfelle ble avdekket funn forenlig med en alvorlig benskjørhetssykdom.

Computer Tomografi (CT) og Magnetisk Resonans undersøkelse (MR) av hodet er viktige for å oppdage og kartlegge hodeskader. Disse undersøkelsestypene er dels overlappende og dels supplerende i hva de kan avdekke, i følge forfatterne (Myhre m.fl., 2010). CT er raskt og benyttes oftest først ved mistanke om skade. CT avdekker skallebenbrudd, blødninger innenfor hodeskallen og større hjerneskader og kan si noe om hvor gammel en blødning er. MR er mer tid – og ressurskrevende og benyttes for å få et bedre bilde av omfanget av en skade. MR er bedre til å se forandringer i hjernevev og gir i tillegg supplerende opplysninger om tidsaspektet. MR benyttes noen ganger som første undersøkelse der hvor annen nevrologisk sykdom er en mulig forklaring og for å unngå strålebelastning. De fant der at MR og CT ble benyttet omtrent like ofte og at begge undersøkelsene ble benyttet i halvparten av sakene. I alle tilfellene hvor begge undersøkelsene ble benyttet hadde CT avdekket en hodeskade og MR ble gjort for nærmere kartlegginga av skaden.

Undersøkelse av øyebunnen ble utført av øyelege for å se etter blødninger i netthinnen. Slike blødninger er assosiert med risting av barn hvor hodet blir slengt fram og tilbake. Denne undersøkelsen ble utført der hvor det var mistanke om at barnet kunne ha blitt ristet eller på annen måte fått en hodeskade. Det ble funnet øyebunnforandringer hos 5 barn. Alle var av den typen som styrket mistanken om risting av barnet.

Undersøkelse av koagulasjonssystemet (blodlevringssystemet) for å se etter økt blødningstendens ble utført i halvparten av sakene. Økt blødningstendens er viktig å utelukke der bekymringen utløses ved uvanlig mange eller store blåmerker og ved hjerneblødninger. Det ble funnet økt blødningstendens i to saker.

Kartleggingen av utredningspraksis ved norske sykehus (Mia Myhre m.fl., 2010) når det forelå mistanke om vold, viste at både barns – og omsorgspersoners rettssikkerhet ble styrket som følge av bekreftende eller avkreftende funn. Sykehusene oppdaget vold mot barn men fikk også avdekket bakenforliggende sykdommer som gjorde at barna fikk medisinsk behandling for sin grunnlidelse videre i sitt forløp. Imidlertid var det noen barn som ikke fikk noen diagnoser; verken vold eller annen diagnose gjennom ordinær utredning og at annen undersøkelse måtte gjøres. Det står ikke hvilke som måtte utføres som supplerende undersøkelser eller henvisning til andre avdelinger. I følge forfatterne var det kun sykehus som kunne utrede fullstendig ved mistanke om vold.

### **5.2.2 Funn i case**

Virksomheten hadde i følge barnelegen ved min utvalgte enhet gode verktøyer til å utrede om det forelå vold mot barn. Virksomheten var dessuten henvisningsinstans for andre barneavdelinger i regionen, slik at alle saker med spørsmål om seksuelle overgrep mot barn ble henvist til virksomheten her, når det enda ikke var en politisak.

Virksomheten her hadde alt nødvendig utstyr for undersøkelse og sporsikring.

Også andre typer vold mot barn fikk de henvist til sin virksomhet etter konferering fra kollegaer ved andre sykehus. Veilederen om vold mot barn som var utarbeidet for helsepersonell var distribuert til hele helseforetaket. I denne veilederen var det anbefalte tiltak som burde være en del av utredningen når vold var en differensialdiagnose.

Veilederen omhandlet ikke seksuelle overgrep men hadde henvisning til en egen strategiplan for dette, utarbeidet fra sentralt hold samt egen prosedyre for dette på poliklinikken.

Barnelege ved min enhet hadde også hatt barn hvor vold var en differensialdiagnose og omsorgspersoners forklaring ble bekreftet av funn i utredningen. Noen av de større sykehusene med spesialkompetanse på sosialpediatri vil være sentra for mindre sykehus slik at barn vil overflyttes eller undersøkes ved disse sentra dersom de tilhører et mindre sykehus.

## **5.3 Beredskapsplan for vold mot barn under og etter sykehusoppholdet – barnevern og politi**

Hvis diagnosen skyldes vold mot barnet – har virksomheten en oppdatert beredskapsplan med de nødvendige verktøy helsepersonell trenger for å sikre et barn under sykehusoppholdet og etter utskrivelse?

### **5.3.1 Funn i dokumentanalyse**

I kapitlet “sosial pediatri” i veileder for akutt pediatri er det oppgitt hvilke lover og regler som gjelder i slike saker, i flg Myhre m.fl. (2010). 3 av 21 sykehus med barneavdelinger hadde imidlertid utarbeidet egne prosedyrer for utredning av vold mot barn. Men det er ikke oppgitt hvorvidt disse prosedyrene i tillegg inneholder beredskapsplan i forhold til lover og regler for kontakt med politi og barnevern.



I Myhre m.fl. (2010) sin rapport står det noe omtalt om helsepersonells lovpålagte plikter helsepersonell har overfor barnevernstjenesten og hvilke bekymringer som utløser meldeplikten til barnevernstjenesten. Men, når det gjelder opplysningsplikten til politiet som inntreffer ved grove og seksuelle overgrep fra omsorgspersoner (eller andre personer) mot barn under 18 år (aldersrelatert hvilke lover som gjelder f.eks. under/over 14, 16 og 18 år) var denne ikke opplyst om; det var kun opplyst om at helsepersonell ikke bryter taushetsplikten ved å melde politiet i slike saker.

### **5.3.2 Funn i case**

Virksomheten hadde en egen veileder som omhandlet vold mot barn og hva helsepersonell skulle være særlig observante på i møte med barn som ble innlagt med sykdom, skader og atferdsavvik. I denne veilederen var det utarbeidet retningslinjer for hva mottakende lege og annet helsepersonell skulle foreta seg av både anamnese, atferd overfor barnet og familien samt hvilke instanser man konfererte ved tvil og når det forelå meldeplikt til både barnevernet og politiet. Her virket det til at det var mye “tenkt” ROS – analyse i utformingen av stoffet. Veilederen var på 24 sider med middelstor skrift og svært informativ i forhold til typiske skader ved vold mot barnet (inkludert psykososiale skader og atferdsavvik), legeundersøkelse og utredning, sikring av barnet og videre håndtering, dokumentasjon, lovgrunnlag for meldeplikt til barnevern og politi, legeerklæring og rettslige oppdrag, foreldrearbeid, flytdiagram for mottak og kriterier samt nyttige telefoner. Det var imidlertid en henvisning under punktet “Plutselig uventet spedbarnsdød” hvor det stod “Viser til særskilte prosedyrer” uten at det var oppgitt referanse til helsepersonell hvor de skulle finne disse prosedyrene. ”Behandlingsteamet på lege – og pleiesiden hadde avklarte roller innad i behandlingsteamet; det var strenge krav til hvem som skulle gjøre hva og hvordan man skulle forholde seg til familien. Man skulle heller ikke snakke med andre i pleiegruppen som ikke var en del av behandlingsteamet på vaktrom etc. Dette for å sikre seg at informasjonen som ble gitt og observert forble på få personer og journalført på en riktig måte. Både leger, sykepleiere og hjelpepleiere skriver sine observasjoner i pasientens journal, i hver sin medisinske – og sykepleiefaglige del av journalen.

Virksomheten var også organisert slik at det kun var to barneleger som skulle ha spesialkompetanse på sosialpediatri for å få nok erfaring med slike saker. Også for å få nok erfaring til å kunne håndterte disse vanskelige sakene på en så profesjonell måte som mulig. Disse to barnelegene var da et “kompetanseteam” for sine kollegaer både

internt i virksomheten og eksternt for andre instanser. Barnelegene ble brukt som kompetanseteam innad på barneklubben, av sykepleiere på andre poster og eksternt utenfor virksomheten. Kirurger tok lite eller ingen kontakt med kompetanseteamet. Disse to barnelegene bistod sine kollegaer døgnet rundt ved behov, så langt det lot seg gjøre.

### **5.3.2.1 Henvendelser om anonyme saker fra helsepersonell**

Hensikten med dette spørsmålet var ønsket om å finne ut om tjenestene brukte hverandres faglige innsikt, anonymt, dvs. anonymiserer barnets og foreldrenes navn ved å ringe barnevern eller politi når de var i tvil om det forelå vold.

Barnevernstjenesten fikk kun navngitte meldinger fra barneavdelingen og så ikke noe behov for at helsepersonell skulle endre denne praksisen da de hadde god kompetanse på når det var en barnevernssak; det var ikke noe tvil når helsepersonell ved barneavdelingen tok kontakt med barnevernstjenesten:

(B): “de har utrolig god kompetanse på barneavdelingen så jeg er veldig sikker på at det blir ivaretatt i deres system når de er usikre”.

Politiet opplevde at helsepersonell fra barneavdelingen ringte om anonyme saker når de var i tvil om det var en politisak i tillegg til barnevernssak. Politiet synes det er bra at de ringer en gang for “mye” enn en gang for lite:

(P): “når legen ringer... jeg ringer fordi jeg er i tvil, men dere får hjelpe meg og ta en vurdering... så er det så velsignet at legen gjør det”.

Dette ble også bekreftet av flertallet av helsepersonellet; det var lav terskel for å ringe politiet ved behov for å drøfte om det var en sak politiet også skulle ha. Det at de hadde navngitte personer å ringe til og visste hvem de var gjorde terskelen mye lavere for å tørre å ringe. Det kunne være at politiet ikke fant nok grunnlag i henvendelsen for å sette i gang en sak, men ville at helsepersonell skulle ringe og konsultere politiet ved tvil om saken skulle meldes politi i tillegg til barnevernstjenesten. Dersom det ikke var grunnlag for å melde en sak, forsikre de seg at saken også var meldt barnevernet.

### **5.3.2.2 Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernstjenesten**

Her ønsket jeg å få et innblikk i hvilke saker som ble meldt barnevernstjenesten fra barneavdelingen; var det mest fysisk vold og/eller psykososial vold?

Det var flest meldinger med fysiske skader ved barneavdelingen; når skaden ikke stemte overens med det omsorgspersoner oppga. Ca. 10 – 15 saker i året kom fra barneavdelingen i følge barnevernstjenesten:

(B):“Man har som offentlig ansatt meldeplikt og den skal man bruke. Den verden har jo forandret seg veldig fra å være systemer som ikke opplevde at de hadde meldeplikt samme hva barnevernet sa til at det faktisk drøftes erstatningskrav fordi man ikke legger inn en melding, så det har skjedd mye de siste årene”.

Blant helsepersonell var de fleste bevisste på når de skulle melde både barnevern og politi dersom det også var uenigheter innad i behandlings – og pleieteamet. De som var i tvil, var bevisst på å drøfte med sine kollegaer og eventuelt leder ved uenigheter når man var alene om å kjenne på en uro. Inntrykket hos barnevernstjenesten var at det var de yngste legene som var de flittigste meldere av leger generelt.

Helsepersonellet på sin side meldte fra om både fysiske skader og sosiale forhold som trengte oppfølging fra barnevernstjenesten. Det var lav terskel for å melde. Når barnelege også fikk telefoner fra f.eks. en barnehage, ble de henvist til å kontakte barnevernstjenesten som igjen kunne ordinere en undersøkelse av barnet på sykehuset ved mistanke om vold. Ved behov for medisinske undersøkelser av barn som barnevernstjenesten fikk meldt fra andre instanser ved mistanke om vold, virket det til at det var lett for dem å ta kontakt med spesialisthelsetjenesten når barnevernet rekvirerte en slik undersøkelse.

### **5.3.2.3 Helsepersonells opplysningsplikt til politiet**

Her var jeg både interessert i å vite hvilke saker som ble meldt politiet og om helsepersonell gikk via barnevernstjenesten når de selv hadde meldeplikt (jf. akutt veileder i pediatri).

På spørsmål om helsepersonell melder politiet selv ved vold eller om de oppfordret barnevernstjenesten til å gjøre det, var det litt begge deler i følge barnevernstjenesten. I

noen saker satte barnevernstjenesten i gang samarbeid med politiet når de fikk meldt saker mens andre ganger meldte helsepersonell politiet parallelt med barnevernstjenesten. Dette bekreftet også barnelege. I tillegg kunne det være at noen uerfarne i barnevernstjenesten vegret seg for å ringe politiet. Hvis barnelegen var usikker på om barnevernstjenesten kom til å melde politiet, meldte barnelegen politiet selv parallelt. Barnelege meldte også i tilfeller hvor vedkommende ikke var behandlende lege men fikk henvendelser fra andre poster hvor erfarne sykepleiere var urolige for at det kunne foreligge vold og den behandlende legen ikke ville melde overgrepet (fysiske skader). Barnelegen hadde da vurdert saken fra “sidelinjen”. Om barnevernstjenesten ble oppfordret til å melde politiet av helsepersonell var også litt avhengig av alvorlighetsgraden i sakene i følge barnevernstjenesten:

(B): Jeg tror ikke det betyr noe om barnevernstjenesten blir kontaktet før eller etter politiet. Det er kun barnevernstjenesten som kan vurdere om omsorgen barn får er god nok – så barnevernstjenesten må vurdere alle disse sakene uansett.

Denne oppfatningen hadde politiet også, med mindre man var sikker på at det var en politisak i tillegg; det viktigste var at man meldte fra enten til barnevernet eller politiet. Hvis politiet anså at det var en barnevernssak vil de gi melder beskjed om å melde barnevernstjenesten uansett. Barnevernstjenesten og politiet var samlokalisert slik at det var lett for dem å ta kontakt når de ville melde eller drøfte saker, i følge barnevernstjenesten. Barnevernstjenesten hadde vært samlokalisert med politiet i 20 år. De hadde dessuten etablerte samarbeidsfora på det forebyggende plan inn mot ungdom dem i mellom. På spørsmål om barnevernstjenesten ønsket at alle meldinger (som også er politisaker) skulle gå via barnevernet svarte informanten at det kunne være uheldig på sikt og at alle hadde et ansvar for å stoppe vold mot barn:

(B): “Jeg tror det er viktig at ikke barnevernstjenesten skal overta alt; når det oppdages vold i hjemmet skal det meldes barnevernstjenesten – det er soleklart – men at helsepersonell anmelder politiet selv parallelt fordi “her er det grove lovbrudd”. Synes det er viktig at de gjør det, at ikke alt må gjennom barnevernet”.

Dette avsnittet i politiet behandlet 150 – 200 voldssaker i året fra hele deres distrikt. De fleste av disse var seksuelle overgrep. Noen av de barna som var utsatt for vold hadde vært innom spesialisthelsetjenesten før det ble en politisak. I følge informant gikk det

ikke an å sammenligne deres tall på samme måte som andre distrikt, da politiet var så forskjellig organisert fra distrikt til distrikt og vanskelig å si om dette distriktet hadde flere saker enn andre.

#### **5.3.2.4 Samhandling mellom helsepersonell, politi og barnevernstjenesten**

Her var jeg interessert i å få vite noe om saksgangen i saker hvor barnevern og politi ble meldt; var det avklarte roller i samhandlingen når saker ble meldt fra spesialisthelsetjenesten?

Det var faste personer, det vil si barnevernvakten man kontaktet i barnevernstjenesten døgnet rundt ved behov for samhandling i min utvalgte enhet. Denne enheten var interkommunal beredskap for 7 kommuner i regionen. De var også mottaket i distriktet. I politiet var det faste personer i avsnittet for grov vold og seksuelle overgrep som kunne kontaktes direkte på dagtid enten på fasttelefon eller mobiltelefon. På kveld og natt var det sentralbordet i distriktet som hadde oversikt til enhver tid over hvem av dem i avsnittet som hadde hjemmevakt og kunne/skulle konfereres. Eventuell utrykning ble vurdert etter alvorlighetsgrad i saken. Det var lav terskel for barnelege å ta kontakt med politi døgnet rundt ved behov for dette. I politisaker, som ved grov vold og seksuelle overgrep ved fare for gjentakelse, var det alltid en barnevernssak i tillegg når nærmeste omsorgspersoner var overgriper(e) og barnet var under 18 år; både barnevernet og politiet skulle meldes i slike saker. Dette var politiet i avsnittet også bevisste på og forsikret seg alltid om at saken også var meldt barnevernstjenesten. Hvis saken ikke var meldt barnevernstjenesten, ble politi og meldeinstans enige om hvem som kontaktet barnevernstjenesten eller politiet gjorde det som ren rutine. Barnevernstjenesten og politiet samarbeidet da videre om saksgangen i det videre forløpet og hadde god kontakt videre rundt barnet og familien. Politiet fikk navn på saksbehandler i barnevernet og barnevernet konsulterte alltid politiet ved tvil, for ikke å ødelegge noe for politiet, i følge barnevernstjenesten. Noe også politiet bekreftet at de gjorde.

#### **5.4 Beredskapsplan for oppfølging av barn utsatt for vold etter sykehusoppholdet**

Har virksomheten en beredskapsplan med nødvendig oppfølging etter utskrivelse?

#### **5.4.1 Funn i dokumentanalyse**

I følge Myhre m.fl. (2010) så de at barneavdelingene i liten grad tok initiativet til videre oppfølging av barna utenom melding til barnevernet der det var overveiende mistanke eller konstatert vold mot barn. Få barn ble henvist til BUP og få barn ble fulgt videre ved barneavdelingen. Imidlertid kartla ikke forfatterne av undersøkelsen fullstendig hvilke avtaler som ble gjort med førstelinjetjenesten og barnevernet om oppfølging og om mulig god oppfølging ble sikret der.

#### **5.4.2 Funn i case**

Barnelege fulgte opp barn videre etter utskrivelse dersom det forelå medisinske tilstander hvor det var nødvendig med oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. Men det var ikke noe forskjell fra andre barn på dette området; det var den medisinske tilstanden som avgjorde type oppfølging fra spesialisthelsetjenesten generelt. Imidlertid hadde barn som var utsatt for vold medisinske tilstander som ofte førte til nødvendig oppfølging av spesialisthelsetjenesten etter utskrivelse. Den samme legen fulgte dem da videre poliklinisk.

Barnevernstjenesten gjorde veldig mye i løpet av den første uken hvor meldingene kom inn; hvis barnevernstjenesten ikke hadde behov for kontrolltiltak, formidlet de kontakt for familien med andre instanser. Samtidig oppfordret de instansene til å følge ekstra nøye med disse barna, om for eksempel omsorgspersonene fulgte opp tilbudet i kommunen.

Hvis det var en politisak ble barna fulgt opp en tid på barnehuset før de ble henvist til andre instanser i ettertid ved behov.

### **5.5 Statlig styring og tverrprofesjonelt samarbeid fra “top – down”**

Her vil jeg presentere andre funn i dokumenter og data fra case som kan ha innvirkning på tverrprofesjonelt samarbeid videre innad i de ulike tjenestene som kommer i kontakt med barn i sin yrkesutøvelse. Noen av funnene i caseundersøkelsen var uttrykt i forbindelse med andre utfordringer tjenestene så, i arbeidet med voldsutsatte barn.

### **5.5.1 Tverrprofesjonelt samarbeid på departementsnivå**

Barnehusene og utarbeidelse av veiledere for tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling på lokalt nivå er noen eksempler på tverrprofesjonelt samarbeid på departementalt nivå mellom JD, BLD og HOD. Barnehusene er et av 50 tiltak i regjeringens handlingsplan for “Vold i nære relasjoner”. Denne handlingsplanen har flere tverrprofesjonelle tiltak som de ulike departementer skal sørge for blir fulgt opp fra “top – down”. Andre tiltak i veilederen går blant annet på kunnskapsløft om vold mot barn til utdanning innen barnevern og pedagogiske retninger samt lovendringer for å bedre vilkårene til de som utsettes for vold samt. Våren 2011 skulle fagplaner for helse – og sosialfaglige utdanninger også vurderes om behov for tilsvarende satsing.

#### **5.5.1.1 Funn i dokumentanalyse**

Forfatterne i undersøkelsen (Myhre m.fl., 2010) mener det bør vurderes som et tiltak at journalopplysninger følger barnet ved flytting av og ved bytte av helsestasjon, fastlege og sykehus. Dette tiltaket anbefales av forfatterne som en nasjonal retningslinje for å bedre oppfølging av barn som er utsatt for barnemishandling og omsorgssvikt. De mener også at det bør finnes en samordnet prosedyre ved alle sykehus for utredning og oppfølging av barnemishandling. Prosedyren må gjøres gjeldende for alle avdelinger som undersøker og behandler barn ved sykehusene, i flg dem (Myhre m.fl., 2010).

#### **5.5.1.2 Funn i case**

Barnevernstjenesten mente Storberget hadde gjort en kjempejobb med å sette vold på dagsorden i hans systemer. Det virket også til at det tverrdepartementale samarbeidet var en inspirator til tettere tverrprofesjonelt samarbeid på lokalt nivå:

(B): “Når departementene klarer å samarbeide må også tjenestene lokalt kunne samarbeide”.

Barnelege mente tverrfaglig samarbeid på lokalt nivå fra sentralt hold burde gitt like mye inntekt som å drive ordinær poliklinisk virksomhet. For å drive med tverrfaglig samarbeid rundt barn som kom fra vanskelige sosiale kår, måtte man gjerne drive med dette ulønnet;

(L): “For at et slikt samarbeid skal være mulig må man gjerne være veldig engasjert uten å få lønn for arbeidet man gjør i den forbindelse”.

Det ga mest økonomisk gevinst for sykehusene å drive med poliklinisk virksomhet internt, hvilket utøvde et press på leger til å drive mer med dette enn tverrfaglig samarbeid eksternt. Det ble da et økonomisk spørsmål fra ledelsens side hvor mye helsepersonell kunne drive med tverrfaglig samarbeid på lokalt nivå. Det var også barnelegens oppfatning at det var få personer som orket å stå lenge i dette arbeidet; hvorfor var det så mange som sluttet i barnevernet for eksempel? Inntrykket var at det var mange nye og forholde seg til rundt om i kommunene, når man skulle samarbeide rundt sårbare barn. Det ga igjen et økt behov for gjentatte seminarer for å oppdatere nytt personell.

### **5.5.2 Tverrprofesjonelt samarbeid på mellomnivå**

Helse – og omsorgsdepartementet har gitt instruksjoner til de regionale helseforetak gjennom sine styringsdokumenter å sørge for at helseforetakene følger opp helsepersonells opplysningsplikter ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger, i følge informasjonsskriv til Fylkesmannen (FM) i Rogaland (11.05.2010).

#### **5.5.2.1 Funn i dokumentanalyse**

Forfatterne (Myhre m.fl., 2010) sier i sin rapport at:

“Fysisk barnemishandling er en kriminell handling og politianmeldelse kan være nødvendig for å sikre barnets rettssikkerhet og trygghet. Taushetsplikten er ikke til hinder for at politianmeldelse ved alvorlige tilfeller av mishandling der det er grunn til å tro at overgrep kan skje igjen” (Myhre m.fl., 2010, pkt 1.8.2 s. 9).

De henviser her til Straffeloven (strl.) § 139 og Lov om Helsepersonell § 31

“Opplysning til nødetater”. Forfatterne sier videre at politiet vil ha kompetanse til å etterforske saken med tanke på en strafferettslig forfølgelse. For at bevis ikke skal forspilles kan det være nødvendig å varsle politiet raskt; en god politietterforskning vil være viktig for å sikre både barnets og omsorgspersonenes rettssikkerhet sier de videre (Myhre m.fl., 2010).



### **5.5.2.2 Funn i case**

I følge respondenter i min enhet var det ikke kommet noen instruksjoner fra ledere de senere årene, i fht helsepersonells opplysningsplikt ved mulig mistanke om at barn er utsatt for straffbare handlinger.

### **5.5.3 Tverrprofesjonelt samarbeid på ledernivå i virksomhetene – forankret samarbeid?**

Jeg spurte helsepersonellet om tverrprofesjonelt samarbeid var forankret i ledelsen. Noe av bakgrunnen var å finne ut om det var genuin interesse hos helsepersonellet selv som gjorde at de fikk til dette samarbeidet eller om det var virksomheten som hadde lært av uønskede hendelser og initierte samarbeidet nedover i organisasjonen.

#### **5.5.3.1 Funn i dokumentanalyse**

I rapporten til Myhre m.fl. (2010) anbefaler forfatterne at det må etableres samarbeidsrutiner og arbeidsfordeling mellom barneavdelingene og barnehusene. Dette var på bakgrunn av at man kunne forvente at etableringen av barnehus ville endre barneavdelingenes rolle i forhold til utredning av overgrep og at det ville etablere seg en arbeidsfordeling mellom barneavdelingene og barnehuset. Konseptet med barnehusene i Norge og det var få i drift under registreringsperioden for rapportstudien, i flg Myhre m.fl., 2010.

I følge de samme forfatterne bør barneavdelingene få ansvar for å etablere tverrfaglige team for utredning av barnemishandling ved alle sykehus. Teamene bør etter deres syn ha hovedansvar for utredning av barn som er henvist for barnemishandling. Teamene skal også bidra til å kvalitetssikre sykehusenes praksis for avdekking, utredning og oppfølging av barn utsatt for barnemishandling og omsorgssvikt. Det bør også i følge dem, være en fagperson som har et spesielt ansvar for å ivareta denne problematikken ved alle avdelinger som utreder og behandler barn.

Barneavdelingene bør også ta et større ansvar for at det foretas en bredere kartlegging av barnas situasjon ved mistanke om barnemishandling. Prosedyrene som nå er innarbeidet ved avdelingene, bør også omfatte psykososiale forhold, psykisk helsetilstand og generelle medisinske behov i flg Myhre m.fl. (2010).

### 5.5.3.2 Funn i case

Det virket til å være en klar arbeidsfordeling mellom barneavdelingen og barnehuset i min enhet. De hadde et tverrfaglig samarbeid innad i barnehuset og hadde klare retningslinjer for hvilke saker som skulle behandles der. Barnehusene hadde også en veiledende funksjon hvor tjenestene kunne ringe ved behov for informasjon i en problemstilling knyttet til vold mot barn. Dette kom fram både i seminar (vedlegg 6) og under noen av intervjuene.

I dette distriktet hadde ledere i spesialisthelsetjenesten og politiet i dette avsnittet årlige samarbeidsfora. Lederen for avsnittet i politiet, tok opp problemstillinger knyttet til vold mot barn med sine underordnede noen dager i forveien, for å høre om det var problemstillinger de ville skulle belyses når samarbeidsfora fant sted.

I følge informant i politiet var det avgjørende at et tett samarbeid mellom tjenestene er forankret i ledelsen gjennom å gi samarbeidspartnere tid, rom og ressurser til å drive informasjonsarbeid på tvers av etater slik at de kommunale og statlige tjenestene innenfor sine respektive etater visste hvor og når de skulle henvende seg til spesialisthelsetjenesten, barnevern og politi eller begge deler.

Dette samarbeidet med jevnlig seminarer om vold mot barn for tjenestene i de ulike sektorer kunne være vanskelig for de sentrale aktørene å få aksept for; det ga mer inntekter ved å drive polikliniske konsultasjoner. Noen av helsepersonellet hadde mer aksept hos sin leder men mindre på overordnet nivå, andre hadde mindre aksept hos sin leder på sitt nivå. Virksomheten hadde fokus på pasientsikkerhet gjennom forbedring av prosedyrer generelt, men beredskapsplanen som omhandlet hvordan fange opp barn som er i risiko for –, mistenkes kan være utsatt for – eller blir utsatt for vold samt samarbeid og samhandling med andre tjenester internt og eksternt var imidlertid ikke en del av opplæringsrutinene; beredskapsplanen ble gjerne hentet fram når det ble meldt et barn hvor det var mistanke om vold. Barnelegen hadde derimot jobbet mye med sykehusledelsen for å få denne veilederen inn som en del av opplæringsprogrammet til nyansatte leger og turnuskandidater. Dette var enda ikke blitt innført. Inntrykket fra barneavdelingen var at heller ikke nyansatte helsepersonell hadde denne veilederen som en del av opplæringsprogrammet. Det ble også etterlyst kompetanseheving på området vold mot barn i helsepersonellens avdeling slik at man kunne drøfte ulike problemstillinger og lovverk.

På spørsmål til helsepersonell om fokuset på vold mot barn i ledelsen varierte i fht om det hadde skjedd en ulykke, ble det bekreftet at det nok var slik. Politiet hadde også en oppfatning av at barneavdelingen og spesialisthelsetjenesten generelt initierte et økt fokus på vold mot barn i deres virksomhet, etter at saker var belyst i media fordi barn ikke var blitt fanget opp ved deres virksomhet slik de skulle. Politiet var imidlertid glad for at media belyste slike saker, slik at virksomheter skjerpet sine rutiner.

På spørsmål til barnevernstjenesten om meldefrekvensen fra spesialisthelsetjenesten hadde variert etter hvor mye fokus saker om vold mot barn hadde vært omtalt i media etc., svarte informanten at hun ikke trodde det. På spørsmål om antall henvendelser hadde økt på grunnlag av forebyggende innsats fra barnevernstjenestens innsats, svarte informanten at det fremdeles var en del underrapportering fra sykehusene generelt. Informanten ønsker samhandlingsreformen velkommen da det vil styrke kommunens ressurser rundt barn og deres familier.

#### **5.5.4 Tverrprofesjonelt samarbeid i operativt felt**

Hvem og hva som initierte dette tette samarbeidet var noe av det jeg også ønsket å finne svar på. Var det spesielle hendelser eller var det engasjerte fagpersoner som presset på samarbeidende tjenester?

##### **5.5.4.1 Funn i dokumentanalyse**

Myhre m.fl. (2010) mener det bør etableres et tettere samarbeid mellom barneavdelingene og førstelinjetjenesten, som helsestasjoner, fastleger og legevakt samt mellom barneavdelingen og Barne – og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUP). Dette for å sikre rask og tverrfaglig oppfølging hos utsatte barn i etterkant av sykehusoppholdet.

##### **5.5.4.2 Funn i case**

Det var noen stygge saker med vold i distriktet som initierte samarbeidet spesielt mellom politi (jf. vedlegg 3) og barneavdelingen noen år tilbake; politiet satte inn ressurser for å bedre håndteringen av slike saker i ettertid. Noen av disse barna hadde vært innom spesialisthelsetjenesten flere ganger, ved nærmere ettersyn i flg politiet. Politiet skjønnte at her var det så store mangler ved systemene på sykehuset at et tettere samarbeid måtte initieres. At politiet hadde satt inn ekstra ressurser i etterkant av noen alvorlige saker bekreftet et av helsepersonellene også. Også inn mot barnevernet hadde

politiet jobbet med informasjon i forhold til meldeplikten de har ut fra sine vurderinger. Det hadde også vært svikt barnevernets rutiner inn mot sykehuset da de stygge sakene i spesialisthelsetjenesten ble avdekket, i følge barnevernet selv. I følge et av helsepersonellene var det noe ulik praksis blant medisinsk personell som gjorde at vold mot barn ble behandlet på forskjellige måter. Dette førte til et behov for å samordne denne kompetansen ved å opprette et eget kompetanseteam i sosialpediatri.

Politiet på sin side opprettet sitt spesialavsnitt for noen år tilbake ved å samle kompetansen rundt om i distriktet på et sted, for å samle erfaring og kompetanse på dette området. Målet var også å bli flinkere til å avdekke vold mot barn innad i politiet ved å samle ekspertisen i et avsnitt. Dette avsnittet behandler saker med grov vold og seksuelle overgrep mot barn under 18 år. Denne informasjonsslippen (jf. vedlegg nr 3) inneholder en forenklet oversikt over navn, telefonnummer og hvilke saker de behandler. Intensjonen med denne informasjonsslippen var å lette samarbeidet med andre tjenester inn mot politiet – dette kunne gjøre samarbeidet lettere i saker hvor tjenestene var i tvil og ønsket å drøfte en sak før en eventuell opplysningsrett eller – plikt inntreffer. Politiet hadde også tro på at når de var ute og informerte samt viste seg blant tjenestene, senket det terskelen for å tørre å ta kontakt. På denne måten kunne også politiet fange opp de barna lettere som trengte beskyttelse fra dem.

Barnelege, politi og barnevernstjenesten hadde årlige evalueringer av samarbeidet og samhandlingen dem i mellom. Videre hadde de tverrfaglige seminarer ut mot andre tjenester i helseregionen, kommunen og distriktet for å informere om hva de skulle være observante på i forhold til vold mot barn; når skulle man melde barnevern og politi? Det var viktig for både barnelege, barnevernstjenesten og politi at tjenestene på seminarene tok kontakt ved å ringe for å konferere når man var usikker. Politiet leverte ut sin informasjonsbrosjyre om avsnittet og hvem de kunne ta kontakt med døgnet rundt.

Det var også viktig for informant i politiet og få informert andre tjenester om at det å ringe politiet ikke endte med uttrykning og blålys med en gang man henvendte seg til dem. Politiet i undersøkelsen vektla at de hadde klare mandat for når de skulle undersøke en sak, slik at å ta en telefon til dem i seg selv ikke var grunn nok til å iverksette undersøkelse; det avgjørende var innholdet i meldingen. Om en sak var en politisak i tillegg til barnevernssak, var det politiets oppgave å ta beslutning om når det

forelå alvorlig vold og/eller seksuelt misbruk. Derfor var det avgjørende at tjenestene tok kontakt med dem for å konferere om det forelå en politisak i tillegg til barnevernssak, før en eventuell meldeplikt inntrådte.

Når det gjaldt etablering av barnehus i distriktet forsterket dette et allerede tett samarbeid i kommunen og distriktet, i følge barnevernstjenesten:

(B): “Nå med disse barnehusene tror jeg ikke en del av disse sakene hadde kommet så langt... sakene hadde blitt stoppet tidligere fordi barnehuset er gode på å koordinere og holde kontakten inntil man har etablert dette i faste strukturer”

### **5.5.5 Tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling i utdanning**

Se kapittel 5.5 for tiltak sentralt i forhold til utdanning. Legestudent (er) mente studiene burde inneholde mer kunnskaper om systemet de skal arbeide under for å kunne ivareta pasientsikkerheten.

Alexander G. Nazem, skriver i en artikkel (JAMA, 2008; 300(21)) om at medisinerstudenter lærer mye om fag men ikke systemene de skal jobbe i, slik at de kan unngå systemfeil. Han sier at:

“We students are naive in the best sense of the word. We do not know the way things are “supposed” to work, so instead of saying, “This just comes with the territory” we are more likely to say, “This is broken. Let’s fix it!” Therefore, education in systems thinking, quality improvement, patient safety, and interdisciplinary teamwork must be integrated into the earliest phases of training, while students are still malleable and while those ideas can still shape how students view the world of health care. The medical establishment also needs to foster a culture that encourages students to improve the process around them and that welcomes and values their constructive input. Change driven from the bottom up can accelerate progress on the improvement goals set by those at the top. This powerful but largely untapped resource should be harnessed.” (s. 4 – 5, JAMA, 2008; 300 (21)).

Videre sier han at:

“My peers and I are entering what appears to be a hopelessly complex health care system. We need to know that we are not alone. We need to know that there is a theory and a science to curing what ails the system. By learning the principles of improvement and systems sciences now, we can equip ourselves to meet the challenges of fixing the system and reliably implementing advanced,

effective care. Students want to be a part of this change revolution. Will someone teach us?” (s. 6, JAMA, 2008; 300 (21)).

En norsk medisinerstudent og medlem i Sekretariat for nasjonal kampanje for pasientsikkerhet, Jo – Inge Myhre, bekrefter det samme. Han sier at norsk helsepersonell tilegner seg kunnskaper og lærer empati gjennom studiene mens det å forstå systemet de skal jobbe i, lærer de ikke. De som skal være fremtidens “varme hender” i helsevesenet mangler grunnleggende kunnskaper om samhandling. Da blir det vanskelig å unngå feil sier han (Studentkronikk i Dagens Næringsliv, 06.05.2011).

#### **5.5.5.1 Funn i dokumentanalyse**

Det var ingen anbefalinger i forhold til dette i dokumentanalysen.

#### **5.5.5.2 Funn i case**

Informant i politiet mente det var for lite fokus på tverrfaglig samarbeid og samhandling i utdanningene.

## 6 Drøfting

I dette kapittelet drøftes funn i dokumentanalyse(r) og case i lys av de teoriperspektiver jeg har valgt. I kapittel 6.1 – 6.4 drøftes funn i dokumentanalyse og empiri som besvarer min problemstilling. Her vil *barrierene horisontalt* i organisasjonen og samarbeidende instanser være sentrale; man kan på mange måter si at hvert kapittel her vil være en barriere internt i organisasjonen. De samarbeidende tjenester kan ha sine barrierer eller huller i dem som får konsekvenser i videre forstand, når tjenestene skal samarbeide horisontalt. I kapittel 6.5 vil jeg drøfte noen momenter fra andre dokumenter og problemstillinger tjenestene trakk fram i casestudiet. Her vil *barrierene vertikalt* fra “top – down” bli sentrale i forståelsen av hvordan statlig styring får konsekvenser for fokus på sikkerhetsarbeidet i organisasjonen.

### 6.1 Bevissthet hos helsepersonell

Det virket ut fra dokumentanalysen (Myhre m.fl., 2010) til at prosessen som ga mistanke om vold ved flesteparten av barneavdelingene var mer tilfeldig enn selve utredningspraksis. Siden det har vært flere barn som ikke er blitt fanget opp ved norske sykehus, fikk jeg bekreftet noe av min hypotese om at det kunne være noe tilfeldig bevissthet og risikopersepsjon i forhold til vold mot barn i spesialisthelsetjenesten.

Ikke bare forskrifter, lovverk og faglige instruksjoner er barrierer i seg selv i statens system; alle yrkesutøvere er på hver sin måte en barriere i systemene, for å fange opp barn som lider under vold, jf. Reasons “osteskiver”. Det er gjennom *atferden* til hvert enkelt helsepersonell at konsekvensene av forskrifter, lovverk og faglige instruksjoner kommer til syne. Den enkeltes sikkerhetsforståelse kommer til uttrykk også ut fra hvilken sikkerhetsforståelse som preger organisasjonen; hele spekteret fra det å *se* det lidende barnet, hvilken risikopersepsjon helsepersonell og ledelse *har* til det å fange opp voldsutsatte barn jf. Aven (2004). Jeg vil nå drøfte noen momenter for hva som kan virke inn på vår bevissthet i samhandling med et barn og dets nærmeste omsorgspersoner når det ankommer en barneavdeling; det som *skjer* mellom helsepersonell og barnet i det første møtet. Dette på bakgrunn av at det første møtet mellom helsepersonell og barnet kan ha avgjørende konsekvenser for videre utredning og behandling, inkludert tverrprofesjonelt samarbeid i avdekking av vold. Dette vil på

mange måter være den *første barrieren* mot videre eskalering av vold mot barnet, eller hullet i barrieren barnet møter når det innlegges for sykdom, skade og/eller atferdsavvik.

Når et barn ankommer barneavdelingen vil barnet bli observert og undersøkt for sin sykdom, skade og/eller atferdsavvik. Barnelegen eller assistentlegen vil da foreta en anamnese av barnets omsorgspersoner (aldersrelatert i fht å spørre barnet selv) for å høre bakenforliggende historie. Det som da *skjer* i bevisstheten til helsepersonell ut fra observasjoner, funn og anamnese kan bli svært avgjørende for hvilke vurderinger og utredninger som utføres videre og dertil sikkerhetstiltak som iverksettes for barnet.

Mottaket av et barn kan på mange måter illustrere *den første barrieren* mot en ulykke, i modellene til Reason; feilvurderinger her kan ha avgjørende konsekvenser for et barns liv og helse. Helsepersonellens kunnskaper om barns normale fysiske og psykiske utvikling og sykdomsforhold samt lovverk knyttet til vold mot barn eller mangel på dette kan være en barriere mot videre eskalering av huller i barrierene eller enda verre; det kan bli et stort hull i barrieren dersom sykdom, skade og/eller atferdsavvik ikke tas på alvor og barnet skrives raskt ut. Mange helsepersonell har høy faglig dyktighet med gode kunnskaper om barn og fokus på pasientsikkerhet, men kan ha manglende kunnskaper om eller ulikt syn på tverrprofesjonelt samarbeid både internt og eksternt. Dette kan bli det neste hullet i en barriere, hvilket kan bli avgjørende i utfallet av en sak. Har de gode kunnskaper og et tverrprofesjonelt syn på samarbeid med andre instanser kan denne barrieren stoppe en ulykke som vold mot barn er.

Hvilken innstilling man møter barnet og familien med kan være avgjørende for om barnet *blir* sett jf. Vetlesen m.fl. (1996). Hva som er rett handling til enhver tid kan ikke læres slik vi sitter og lærer matematikk, logikk og naturvitenskap, i flg Vetlesen m.fl. I etikk har vi å gjøre med menneskers handlinger overfor mennesker og dermed noe som kan være annerledes hevder de videre. Helsepersonellet kan ha gode kunnskaper på barn formelt uten nødvendigvis å bli *berørt* av barnet jf. Vetlesen m.fl. (1996). Det kan da være at omsorgspersonene er i hovedfokus. Ut fra formell kompetanse, er barnet primærpatienten og fokus for undersøkelse, utredning og behandling. Men det kan ha dannet seg “uformelle regler” i noens yrkesutøvelse hvor barnet først og fremst tolkes gjennom barnets omsorgspersoner, jf. kapittel 3.5. I boken til Gangdal (2010) var helsepersonellet svært fokusert på Christoffer Kihles atferd da vedkommende ikke



hadde sett slike funn før; guttens symptomer i form av tics var svært interessant faglig sett. Selv om helsepersonellet så gutten ble ikke gutten *sett* av helsepersonellet; guttens atferd og fysiske tegn på vold virket til kun å bli tolket gjennom forklaringen om selvskadning og uhell som hans omsorgspersoner oppga. Det virket til at vold som differensialdiagnose var helt fraværende hos helsepersonellet på barneavdelingen da gutten ble undersøkt og anamnese foretatt.

Når barn blir utsatt for vold, vil barnets og omsorgspersoners interesser komme i konflikt; *hvem ser man?* Empatievnen muliggjør at helsepersonell kan bli berørt av barnets, omsorgspersoners eller “begges” berørthet i en situasjon. Når helsepersonell skal bruke sin dømmekraft for å handle best mulig ut fra hensynet til barnet og omsorgspersonene i denne svært vide forstand så trenger helsepersonell normer og prinsipper som kan veilede dem i avveiningene i flg Vetlesen m.fl. (2010). Dette er også av *svært* avgjørende betydning for å kunne avdekke andre bakenforliggende sykdommer når vold er en differensialdiagnose, slik at familien sikres riktig og respektfull behandling, som barnelegen i casestudiet var svært opptatt av og bevisst på; det kan vise at det er mulig å bli berørt av både barnet og omsorgspersonene i situasjonen. Man kan utrede for vold men likevel innenfor en respektfull ramme.

Barnelegen i casestudiet mente vold mot barn kunne forekomme i alle sosiale lag og at utfordringen gikk på å få helsepersonell til å tenke nettopp det. I rapporten til Myhre m.fl. (2010) kom det fram at det var flest rapporterte saker med vold mot barn fra sykehus med egne sosialpediatriske miljøer, hvilket kunne tyde på at det var de miljøene som avdekket flest tilfeller av vold mot barn. Det kan ut fra disse funnene virke til at disse miljøene har en økt risikopersepsjon i forhold til vold mot barn, jf. Aven m.fl. (2004) og en sikkerhetskultur med kollektiv forståelse av hva som utgjorde fare og hvordan de skulle bidra til å redusere farene. At de avdekket flest saker med vold mot barn kan tyde på at de har hatt vold mot barn som en differensialdiagnose allerede i mottaket av barnet. Ut fra undersøkelsen til Myhre m.fl. (2010) var det kun 3 av de 15 sykehusene hun fikk rapporter om vold mot barn, som hadde egne sosialpediatriske miljøer.

Helsepersonellet i casestudiet så at tjenesten i sin virksomhet hadde et forbedringspotensial når det gjaldt å foreta grundigere anamnese (bakenforliggende

sykdomshistorie) ved inntak; dette kunne være det avgjørende punktet for politiet i etterkant, om det var en intendent handling fra omsorgspersonenes side. Mulig at dette er et generelt forbedringspotensial ved alle landets barneavdelinger og kan være noe av årsaken til at prosessen som ledet fram til mistanken kunne virke mer tilfeldig jf. Myhre m.fl. (2010). Hva kan årsaken(e) være til at det “slurves” med å ta en grundig anamnese? Skyldes det manglende tid eller vilje til å sette seg grundig nok inn i saker? Eller frykt for å tolke barnets signaler feil i fht omsorgspersonenes forklaringer eller engstelig for å såre dem om man går grundigere fram i detaljene? Kan det også være en vegring for å gå inn i problemstillinger knyttet til vold? Helsevesenet lever under et konstant krav om effektivisering hvor flest mulig pasientkonsultasjoner skal utføres på så få personer som mulig for å gi økonomisk avkastning. Her har mellomledere et stort press mellom krav fra “top – nivået” i organisasjonen til behov på “down – nivået” med å holde budsjettbalanse. Hvis da ytre faktorer i tillegg virker troverdige kan det muligens føre til at anamnesen “slurves” med og manglende funn og utredning som utvikler seg til et stort hull i barrieren kan bli konsekvensen, jf. Reason (1995).

Jf. Aven m.fl. (2007) vil man både innenfor naturvitenskap og samfunnsvitenskap søke etter sammenhenger, forklaringer og forståelse, som når man foretar anamnese av barnets sykdomsforløp; hva *har* skjedd? Og hva er i *ferd* med å skje? Innenfor lege – og sykepleieyrket har man både faglige vurderinger fra skolebenken og etiske avveininger man står overfor i alle pasientrelasjoner jf. Vetlesen m.fl. (1994). Barnets egenomsorg måles gjennom omsorgspersoners evne til å ivareta barnets behov for trygghet og omsorg i tillegg til basale fysiologiske og utviklingspsykologiske behov. Barn er en svært sårbar gruppe i den forstand at det ikke kan gjøre rede for seg på samme måte som voksne pasienter (aldersrelatert) eller så medtatt av sykdomsforholdene at det ikke har krefter til å ytre seg. Barn kan også være sjenerte overfor fremmede mennesker generelt eller være engstelige for hva som skal skje i de fremmede omgivelsene. Eller som det stod i veilederen barneavdelingen i caseundersøkelsen hadde for vold mot barn; det kan bli en *katastrofe* for barnet dersom det ytrer noe som indikerer at skaden eller sykdomsbildet var påført, ved at barnet blir utsatt for enda større vold og trusler dersom barnet ikke blir trodd eller sikret i tide.

Ikke alle har evne til berørthet i flg Vetlesen m.fl. (1996); ikke alle får øye på barnets nedtrykthet som en realitet som stiller krav om omsorg, trøst og forståelse. Hvordan kan

en slik blindhet forklares spør de videre? Noe av forklaringen kan være svikt i personens biografiske erfaring med empatisk respons fra nære andre i følge samme forfattere. Kan det tenkes at helsepersonell får øye på den andres “nedtrykthet” hos de voksne først og fremst? Eller kommer man fra en kultur hvor oppdragervold er akseptert og moralsk riktig å foreta seg? At barnet skal underkaste seg den voksnes preferanse? Da kan, som Vetlesen m.fl. (1996) sier, helsepersonellet selv ha opplevd mangelfull respons fra nære andre. Andre mulige årsaker kan også være som Aven m.fl. (2007) er inne på og som ble nevnt innledningsvis i dette avsnittet, at man innenfor naturvitenskap og samfunnsvitenskap søker sammenhenger, forklaringer og forståelse av hva som har skjedd. *Hva* som har skjedd og *hva* som er i *ferd* med å skje, kan tolkes i “smal” og “vid” forstand. Og da sikter jeg her til hva helsepersonellet foretar seg i “smal” forstand; man undersøker skaden, reparerer den og sender barnet hjem igjen med sine omsorgspersoner. Hvis det foreligger vold og historien omsorgspersoner (og barnet av frykt for reprimande) oppgir virker troverdig for helsepersonellet *uten* å sammenstille skadene hos barnet med årsaksforklaringer som oppgis, kan livsviktig informasjon gå tapt og barnet utsettes for direkte fare. I slike tilfeller kan voldsutøver ta barnet med seg raskt hjem og utsette barnet for enda mer vold, slik Christoffer Kihle ble offer for før han døde av skadene han ble påført (Gangdal, 2010). Helsepersonellet vil i dette tilfellet ikke være en barriere slik staten har tenkt tjenesten skulle være; virksomheten blir et stort hull hvor volden mot barnet kan fortsette og få fatale konsekvenser for det lidende barnet.

I casestudiet virket det til at det var god bevissthet på vold mot barn blant helsepersonell på barneavdelingen når barn ankom med sykdom, skade(r) og/eller atferdsavvik. Denne antakelsen fikk jeg bekreftet ut fra at virksomheten her hadde et eget sosialpediatrisk miljø med et svært tett samarbeid med barnevern og politi.

Barnelege var opptatt av at man skulle tenke at vold kunne forekomme i alle sosiale lag men at det var en utfordring for helsepersonell å tenke nettopp det. Her tenker jeg at noe av kjernen til å fange opp barn kan ligge. Hvis man innarbeider at vold alltid skal være med som differensialdiagnose, kan det muligens virke mindre dømmende; man behandler alle likt? Man kommer i mindre skade for å mistenke noen familier hvor ytre forhold kan virke stigmatiserende? Som nevnt over i 6. avsnitt kan man være berørt av både barnet og omsorgspersonene selv om vold er med som differensialdiagnose, jf. Vetlesen m.fl. (1996). Noen av helsepersonellet opplevde jf. pkt 5.1.1 at religiøst syn

kunne være til hinder for å ha vold mot barn som en differensialdiagnose generelt når barn ble innlagt for sykdom, skade og/eller atferdsavvik. At religiøse oppfatninger kunne komme i veien for å tro at omsorgspersoner kunne utøve vold mot sine barn hos noen, var litt mer overraskende. Spesielt med tanke på at barn er den svakeste part i familier hvor vold utøves samt at det har vært flere saker de senere årene hvor vold mot barn fra sine nærmeste omsorgspersoner har vært i søkelys jf. kapittel 1. Kan årsaken ligge i en sterkere identifisering med den voksne part? Det kan oppleves som en ond handling og skulle mistenke at omsorgspersoner kan utøve en slik ond handling mot sine barn og at det dermed kommer i konflikt med “det du vil at andre skal gjøre mot deg skal du også gjøre mot dem”? Dette er en sentral grunnholdning i det kristne menneskesynet, men slik jeg oppfatter det kristne menneskesynet er det også den svakeste part i maktforholdet som har størst fokus; altså barnet. Vetlesen m.fl. (1996) sier at moralsk persepsjon innebærer “evnen til å legge merke til på hvilken måte barnets ve og vel står på spill i en situasjon”. Moralsk persepsjon innebærer et samspill mellom empatieevnen og forestillingsevnen, i følge dem. Denne grunnleggende holdningen i det kristne menneskesynet kommer ikke i konflikt dersom vi setter oss inn i barnets sted og forestiller oss hvordan barnet har det i akkurat denne situasjonen. Da kan vi sette teksten inn i forhold til barnet ved å tenke at “du skal gjøre mot barnet som du ville ønske at en voksen gjorde mot deg om du var i samme situasjon som det barnet er i akkurat nå”. Ved å ha vold mot barn som en differensialdiagnose tenker jeg ikke at man vil gjøre noen ondt, men øke sjansen for å fange opp akkurat det *ene* barnet som kan lide under vold og det er en kristen plikt å gjøre. Men jeg tenker også at et humanistisk menneskesyn kan gjøre helsepersonell blinde for at omsorgspersoner kan utøve vold mot sine barn; å tenke det beste om alle mennesker kan muligens gjøre helsepersonell blinde for at noen faktisk kan utøve vold mot sine barn – “man tror det ikke før man *ser* det”.

Barnelegen i casestudiet var veldig tydelig på at alle saker skulle behandles profesjonelt ved å vise respekt for familien. Når omsorgspersoner opplevde å bli møtt med respekt, var det lettere for dem og akseptere at vold var med som differensialdiagnose i utredningen. Var det så tydelige tegn på vold at barnet trengte rask beskyttelse måtte man imidlertid være mer varsom med informasjon om vold som differensialdiagnose; all informasjon måtte da konfereres med politiet når de var inne i saken.

Som nevnt i avsnittet ovenfor jf. Aven m.fl. (2007) søker man etter sammenhenger, forklaringer og forståelse; hva *har* skjedd? Og hva er i *ferd* med å skje? Hvis man innarbeider det som en rutine at man lar seg bli *berørt* av *barnet* uavhengig av alder; hva er det dette barnet vil fortelle meg gjennom sin sykdomstilstand, skade og/eller atferdsavvik? Ved å gå i *dybden*, ta en *grundig* anamnese, konferer sine funn med kollegaer som har kompetanse på sosialpediatri, legger barnet inn på barneposten slik at man har litt mer tid på seg til å finne ut hva som faktisk *har* skjedd kan hull for hull muligens tettes igjen og barnet får økt sjanse til å bli sett og sikret i tide. Dette var både barnelege og politi opptatt av; undersøke og konferere kollegaer som har kompetanse på området for å utrede på en profesjonell måte. Da fikk man tid på seg til å sammenstille historien omsorgspersoner oppga med de funn man finner på barnet. Dette var viktig både i forhold til barnets og omsorgspersonenes rettssikkerhet. Det var også viktig for barnelegen at familien skulle ha tillit til helsepersonell under oppholdet slik at de fikk hjelpe familien best mulig når det forelå risiko for vold eller andre risikofaktorer i familien.

Jf. pkt 2.3.2 skal sykehusets eiere og ledelse ha ansvar for å tilrettelegge virksomheten slik at lovkravene overholdes og kan kalles systemansvar eller ledelsesansvar i følge rundskrivet (I – 9/2000). Hvor vidt disse lovkravene i forskrifter, lovverk og faglige instruksjoner oppfylles i en organisasjon og forblir som barrierer i et system avhenger også hvorvidt lovkravene er implementert i ledelsen slik at tjenestene som er i direkte kontakt med barn oppfyller lovene i praksis. Imidlertid kan det være treghet nedover i noen deler av systemet også, som jeg vil komme nærmere tilbake til i kapittel 6.5.3.

### **6.1.1 Barn som vokser opp i familieforhold med økt risiko for vold**

Både barnevernstjenesten og politiet så gjerne noen gjenkjennende trekk i de saker de behandlet i hver deres tjeneste, men at det ikke alltid var slik. Barnelege var opptatt som nevnt i pkt. 6.1.av at vold mot barn kunne forekomme i alle sosiale lag og at utfordringen gikk på å få helsepersonell til å tenke nettopp det. Ved bruk av risiko – og sårbarhetsanalyser, kan man jf. Aven m.fl. (2004) identifisere faremomenter og sårbarhet når man skal planlegge framtidige løsninger og tiltak. Forfatterne sier at resultatene av slike analyser kan integreres i virksomhetens generelle beredskaps – og planarbeid og danne grunnlag for etablering av risikoreduserende tiltak. Slik jeg tolker forfatterne her kan planer for identifisering av vold mot barn være en integrert del av

virksomhetens arbeid med pasientsikkerhet (Aase, 2010) generelt. Et av tiltakene for identifisering av vold kan da være, som barnelegen mente de hadde et forbedringspotensial på, en bevisstgjøring og behov for grundigere anamnese i mottak av barn; man utfører også en *kartlegging* av eventuelle risikoforhold barnet vokser opp i. Slik jeg ser det kan man få dokumentert viktige og avgjørende momenter som kan få betydning for barnets sikkerhet der og da eller utover i forløpet dersom utredning viser seg å være intendert sykdom, skade og/eller atferdsavvik.

Ved tvil om det forelå meldepliktig sak til barnevernstjenesten under oppholdet på barneavdelingen eller ved polikliniske konsultasjoner, kartla barnelegen risikoforhold gjennom helsesøster og/eller fastlege i barnets hjemkommune eller – distrikt. Ellers var barnelegen med i tverrfaglige team ut i kommunen, for å bistå kommunen i anonyme saker når for eksempel helsesøster var bekymret for et barn.

Imidlertid påpekte barnelegen at grove episoder som volden mot Christoffer Kihle nesten alltid ble trukket fram; dette var “toppen av isfjellet”. Man ønsket også å ha fokus på alle de som var under denne “toppen” slik at de aldri nådde den.

## **6.2 Diagnoseverktøy når vold mot barn er differensialdiagnose**

Ut fra dokumentanalyse og casestudiet virket det til at helsepersonell hadde gode diagnoseverktøy tilgjengelig og at de hadde gode kunnskaper i hvordan anvende disse når mistanke om vold mot barn forelå. Det var også laget nasjonale retningslinjer for hvilke undersøkelser som skulle inngå i de ulike utredninger og hvilke differensialdiagnoser man skulle utelukke gjennom bestemte undersøkelser. I disse veilederne (spesielt i akutt pediatri) var det også fokus på psykososiale forhold og atferd hvor BUP var en samarbeidende instans for nærmere utredning, utenom barnevernstjenesten. Her vil jeg drøfte noen momenter for det som vil bli den *andre barrieren* eller hullet i barrieren hvis mangelfull kunnskap om bruk av diagnoseverktøyene for å avdekke vold.

Imidlertid kan det se ut til, jf. pkt 6.1 at vold *må* være med som en differensialdiagnose for å bli avdekket gjennom ulike undersøkelser; volden mot Christoffer Kihle ble aldri avdekket verken gjennom klinisk undersøkelse eller andre former for utredning. Det at

vold var fraværende i bevisstheten hos helsepersonellet her førte til en feilvurdering av tiltakene videre i forløpet.

Da det kun var “negative” funn, ble han sendt hjem igjen etter noen dager i stedet for at helsepersonellet var åpent for at det kunne være andre årsaker til skadene og atferden, og utvide kartleggingen deretter. Det virket til at de vurderinger som ble gjort for å igangsette utredninger, kun var vurdert ut fra de opplysningene omsorgspersonene oppga om gutten, hvilket heller ikke avdekket volden. Selv om negative svar ikke ga svar på hvorfor gutten hadde disse symptomene ble gutten sendt hjem i stedet for at annen utredning ble iverksatt for å finne svar på sykdom, skade og atferdsavvik hos gutten. Dette ble et stort hull i barriere nummer to (feilvurdering av tiltak).

Noen barn hvor mistanke om vold forelå, hadde bakenforliggende sykdommer og fikk behandling for dem, i flg Myhre m.fl. (2010). Barnelege i casestudiet hadde også hatt barn hvor vold var en differensialdiagnose og omsorgspersoners forklaring ble bekreftet av funn i utredningen. Noen av de større sykehusene med spesialkompetanse på sosialpediatri vil være sentra for mindre sykehus slik at barn vil overflyttes eller undersøkes ved disse sentra dersom de tilhører et mindre sykehus.

Eier har ansvar for å drive virksomheter på en forsvarlig måte. For at barn skal sikres riktig behandling er det avgjørende med riktig kompetanse for å kunne tenke “vidt” rundt barnets situasjon; at man har hele barnet i fokus. Når helsepersonell får kompetanse på et felt vil det også være til hjelp for omsorgspersoner slik at de sikres riktig behandling som omsorgspersoner ut fra barnets situasjon. Jf. pkt. 2.3.2 fastsetter spesialisthelsetjenesteloven § 2-3 at helsetjenester som tilbys eller ytes i forhold til loven, skal være forsvarlige. Videre heter det at virksomheter som yter helsehjelp skal organiseres slik at helsepersonellet blir i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. For at helsepersonell skal få tilstrekkelig kompetanse i slike saker er det avgjørende at de får nok erfaring til å behandle slike saker profesjonelt, for et best mulig resultat av utredning og behandling i slike saker. I caseundersøkelsen var barnelegen en i kompetanseteamet og hadde god kunnskap om temaet og var opptatt av at tiltak i størst mulig grad ble iverksatt med samtykke med familien.

Som nevnt i kapittel 6.1 sier Vetlesen (1996) at når man skal bruke dømmekraften for å handle best mulig ut fra hensynet til barnet (og omsorgspersonene) så trenger helsepersonell normer og prinsipper som kan veilede dem. Å håndtere slike saker er krevende mentalt og faglig. Det kan være god sikkerhetsstyring slik helseregionen har løst det her, ved å sentrere kompetansen til et sykehus, slik at helseforetaket får løst

disse vanskelige sakene i tråd med mål og krav som er satt gjennom statlig styring, jf. Aven m.fl. (2004).

### **6.3 Beredskapsplan for vold mot barn under og etter sykehusoppholdet – barnevern og politi**

Etter å ha søkt svar på min problemstilling i dokumentanalyse fikk jeg bekreftet noe av min hypotese om at det generelt var noe mangelfull beredskap for vold mot barn ved norske barneavdelinger. I casestudiet derimot fikk jeg inntrykk av at barneavdelingen hadde god beredskap til å håndtere situasjoner når barn utsatt for vold ankom barneavdelingen for sykdom, skade og/eller atferdsavvik. Både ved et eget sosialpediatrisk kompetanseteam som bistod i slike vanskelige saker og en egen beredskapsplan (veileder for helsepersonell som omhandlet vold mot barn). Imidlertid virket det til å være mindre implementert i deler av ledelsen at beredskap for vold mot barn er en kontinuerlig prosess på lik linje med annen beredskap.

Egentlig skal alle lag av barrierer være som tette skodd, men med så store virksomheter som sykehus, barnevern og politi hvor kunnskap, erfaring og kjennskap til lovverk kan variere fra person til person, vil ikke alle barrierer være som tette skodd jf. Reason (1995).

Når barneavdelingen har god beredskap for ivaretagelse av barn utsatt for vold med solid ytelse som her, med et eget sosialpediatrisk team samt informativ veileder, så kan helsepersonell bli en barriere med god ytelse. Dette avhenger imidlertid at alle på barneavdelingen har satt seg inn i denne og at den oppdateres i tråd med endrede lovverk som får konsekvenser for når samhandlingen inntreffer i saken. Mangel på beredskap for slike komplekse saker kan være hull i den tredje barrieren, jf. Reason (1996). Det at deler av virksomheten ikke har tatt innover seg alvorret i slike saker med unnlattelse om tverrprofesjonelt samarbeid rundt barn, gjør imidlertid resten av virksomheten sårbar for utvikling av en ulykke. Ledelsens ansvar for dette i virksomheten, drøftes nærmere under kapittel 6.5.

Som Aven m.fl. (2004) sier, vil alle aktiviteter og virksomheter i dagens samfunn innebære en form for risiko. Styring av risikofylte aktiviteter kan bli svært sårbar, hvis



mål, kriterier og krav uteblir. Det vil kunne utvikle seg til større og større hull i barrierene, og over tid føre til en stor og uønsket hendelse (at barn fremdeles må leve med vold), eller endog ulykke (varige skader og død). I noen tilfeller er det uønskede hendelser og ulykker som ”vekker” kriseperspepsjonen jf. Olsen (2008) og får i stand utbedring, hvilket kan føre til varierende innsats og fokus.

Det var noen genuint interesserte barneleger med innspill fra andre samarbeidende yrkesgrupper og – etater som utarbeidet denne informative beredskapsplanen til bruk for helsepersonell i arbeidet med vold mot barn. Denne veilederen er distribuert i helseforetaket og gjennom den antakeligvis minsket hullene i de ulike barrierene, jf. Reasons figur 3.1 og 3.2. Men informasjonsmateriell kan gjerne lett havne i en hylle eller skuff og bli noe glemt bort inntil det dukker opp en sak man “husker det ble delt ut noe en gang”. Det er økt sannsynlighet for at den blir stående lenger fremme og leses oftere dersom risikofaktorene blir visualisert gjennom informasjonsarbeid fra personell som har kompetanse på feltet. I følge barnevernstjenesten hadde personer i kompetanseteamet på sykehuset vært utrolig viktige med å synliggjøre skadeomfanget hos barn utsatt for vold, hvilket trolig har ført til at tjenestene har fått økt risikopersepsjon når det gjelder barn som utsettes for vold. Aven, m.fl. (2004), sier at spørsmålet om sikkerhet vil være en av flere målsettinger å ta hensyn til i utforming av planer, strategier og prioritering av ressurser. Hva sikkerhet koster i tid og penger, må hele veien avveies mot andre målsettinger, relatert til blant annet produktivitet og effektivitet sier de videre (Aven m.fl., 2004). Men for at en beredskapsplan skal ha god nok ytelse, er det avgjørende at kompetent personell får tid og mulighet til og jevnlig oppdatere denne samt drive med informasjonsarbeid for stadig å “vekke” avdelingene internt og tjenester eksternt. Da vil det blir det mer effektive barrierer i hele “sløyfen” av tjenester som er i kontakt med barn fra lokalt til regionalt plan.

### **6.3.1 Anonyme henvendelser til politi og barnevern fra helsepersonell**

Hvis helsepersonell skulle være usikre på om sykdom, skade og/eller atferdsavvik er intendert av omsorgspersoner, er det svært avgjørende at denne uroen tas alvorlig og at tjenestene forsikrer seg om at riktige tiltak iverksettes for å sikre et barns oppvekstvilkår eller allerede under oppholdet på sykehuset. Hva helsepersonell foretar seg i denne sårbare fasen vil være en del av den tredje barrieren; vil helsepersonellet innhente råd og veiledning fra interne og eksterne samarbeidspartnere? Eller forblir det

med en tanke “barnehagen, skolen eller helsesøster fanger observerer barnet tilfredsstillende nok?”

I følge sentrale veiledere som er utarbeidet tverrdepartementalt (Q – 1088B) og i rundskriv fra Helsedirektoratet (Hdir IS – 17/2006) og anvendt i oppgaven her, er det streng norm for når man skal melde både barnevern og spesielt politi (omtales i pkt 6.3.2 og 6.3.3). Det kan da være en risiko for at terskelen for å melde blir for høy, fordi man er engstelig for å trå feil i lovverket ved å melde på feilaktig grunnlag. Eller helsepersonellet kan oppleve det brysomt i en travel hverdag med lange pasientlister og bruke for mye tid på hver konsultasjon. Veilederne er imidlertid klare på at man kan konferere tjenestene ved å anonymisere navnet på barnet og familien når det er tvil om saken er meldepliktig. Denne muligheten er alltid til stede dersom det ikke er mulighet for barnevernstjenesten eller politiet å gjenkjenne familien i en kommune, jf. pkt 2.3.7 som viser til helsepersonelloven § 23 nr 3. Alternativt kan helsepersonellet kontakte en nabokommune, bykommune eller nabobydel hvor det ikke er mulig for barnevernstjenesten å kjenne igjen familien, når behovet for å konferere barnevernstjenesten oppstår (Samlerapport, Statens Helsetilsyn, 5/2009).

Det var som nevnt i pkt 5.3.1 lav terskel i caseundersøkelsen for barnevernet og spesialisthelsetjenesten i å konferere hverandre eller politiet når det var spørsmål eller usikkerhet knyttet til en meldepliktig sak. Men politiet og barnevernstjenesten hadde sammen med barneavdelingen hatt et lengre samarbeid som gjorde terskelen lav for å konferere hverandre. Andre disipliner på sykehuset har om mulig ikke samme kollegiale forhold til de eksterne tjenestene eller oppfører seg “tverr” eller ha “tverre” veiledere når de konfererer seg med overlege i sin avdeling, jf. Olsen (2008). Det kan mulig føre til at yrkesutøveren avstår fra å foreta seg noe mer enn å behandle f.eks. selve skaden.

### **6.3.2 Opplysningsplikt til barnevernstjenesten**

Dokumentanalysen inneholdt momenter som ga lesere rettledning i forhold til hvilke faktorer som utløste meldeplikten og at det virket til at tjenestene overholdt denne meldeplikten. Loven jf. pkt. 2.3.7 er klar på at alle offentlige ansatte har meldeplikt til barnevernet når det er grunn til å tro at barnet blir utsatt for vold. Informant i barnevernstjenesten var klar på at det kun var barnevernet som kunne vurdere om omsorgen for et barn i hjemmet var god nok. De fleste av helsepersonellet hadde god kjennskap til lovverket og hadde gode samarbeidsrelasjoner til både politi og barnevern. Politiet meldte alltid saker til barnevernstjenesten dersom melder selv ikke hadde gjort

dette. Noen av helsepersonellet var litt mer usikker på lovverket når man kjente på uro om man skulle bli uenig innad i behandlingsteamet. Å drøfte uroen med kollegaer og ledere var helsepersonellet bevisste på. Det ble også etterlyst kompetanseheving på området vold mot barn i helsepersonellens avdeling slik at man kunne drøfte ulike problemstillinger og lovverk.

Spesialisthelsetjenesten må søke å sikre den rette balansen mellom det å sikre pasientens rettigheter, og samtidig hindre at et barn lider som følge av svikt av overholdelse av opplysningsplikt til barnevernet. Jf. Aven (2006), vil utfordringen være å finne fram til overholdelse av taushetsplikten som er i tråd med helsevesenets overordnede filosofi om at alle har krav til helsehjelp uten frykt for at behandler varsler andre, samtidig som overholdelse av meldeplikten sikres, for å fange voldsutsatte barn i tide.

Ved manglende overholdelse av opplysningsplikten til barnevernstjenesten, kan det medføre at overgrep får fortsette. Ved å ha sikkerhetsstyring i organisasjonen som fokus, gjennom faktisk implementering av egnede samarbeidsforum, god kommunikasjon, opplæring og fokus på temaet gjennom lovverk og overordnet filosofi i organisasjonen og, innføring av barrierer som rapporteringsrutiner, kan ytelsen på barrierene styrkes slik at man reduserer risikoen for at voldsutsatte barn ikke fanges opp (Aven, 2006). Dette er også avgjørende for samhandling med politiet i tide, i de tilfeller politiet også skal meldes utenom barnevernstjenesten.

### **6.3.3 Opplysningsplikt til politiet**

I noen dokumenter som omhandler vold mot barn, også ved grov vold og seksuelle overgrep, kan det virke som et politisamarbeid enten er helt fraværende eller det er opp til hvert enkelt helsepersonell å velge om man vil melde politi når grov vold og seksuelle overgrep mistenkes eller konstateres. Som det går fram av pkt 2.3.7 må helsepersonell *foreta et skjønn* for når tid det også er meldeplikt til politiet. Men det er ingen tvil om at helsepersonell *har hatt* og *har* opplysningsplikt til politiet ved grov vold og seksuelle overgrep, som det går fram av rundskrivet i samme pkt. Med så ulik informasjon rundt om til lesere av dokumenter (jf. kapittel 5.3.) om helsepersonells meldeplikt til politiet, kan det føre til store huller i barrierene og utvikling av videre voldsspiral for barnet. I et av del kapitlene som omhandler “Shaken Baby Syndrom” (SBS) i “Akutt veileder i pediatri” er et av punktene for samhandling med politiet at helsepersonell skal oppfordre barnevernstjenesten å melde politiet. Det kan være ryddig

og enes om hvem som ringer politiet, når barnevernet kontaktes. Men det må ikke være tvil om at helsepersonell har en selvstendig meldeplikt dersom alvorlig vold er blitt påført et barn av sine nærmeste omsorgspersoner; det vil da være fare for gjentakelse, som også skjedde i Christoffer Kihle sitt tilfelle. Etter juni 2010 (se vedlegg 7 om straffelovens §§ 139 og 219) ble avvergingsplikten styrket, blant annet for vold i nære relasjoner i oppad – og nedadstigende linje og plikter blant annet helsepersonell (også barnevernstjenesten i flg informant i politiet) til økt samhandling med politiet i slike saker.

Det kan virke som det er et stort behov for økt informasjon rundt om i tjenestene, om politisamarbeid slik at det ikke er tvil om hvilke plikter blant annet helsepersonell har for å avverge vold i familien. Selv om det er lavere meldeterskel til barnevernet generelt, kan det være at barnet ikke sikres godt nok dersom overgriper ikke stanses i tide gjennom tiltak fra politiet. Som figur 2.2 i kapittel 2.3 viser, har både helsepersonell, barnevernstjenesten og politiet felles interesse i å sikre barn gjennom bruk av hverandres lovverk. Barnevernstjenesten har et annet lovgrunnlag for når de kan/skal melde politiet i forhold til prinsippet om “barnets beste”. Helsepersonell har ikke samme lovgrunnlaget og vil dermed ha en “strengere” meldeplikt enn det barnevernet har. Informant fra barnevernet i caseundersøkelsen var opptatt av at alle hadde et ansvar for å stoppe vold mot barn og at det var ønskelig at helsepersonell selv meldte når det var en sak politiet skulle ha i tillegg til barnevernstjenesten. Av og til ble helsepersonell og barnevernet enige om hvem som ringte politiet uansett, men ikke fordi helsepersonellet på barneavdelingen vegret seg for å ringe, jf. pkt 5.3.3.

#### **6.3.4 Samhandling mellom helsepersonell, politi og barnevernstjenesten**

Som det går fram av kapittel 2.3 og figur 2.2, har de enkelte tjenester sine lovpålagte plikter overfor barn som er i risiko for å utsettes for vold, barn hvor tjenestene mistenker at et barn kan være utsatt for vold og når det er overveiende sannsynlighet for at barn er blitt utsatt for vold samt står i fare for gjentakende vold. Helsepersonellet har den unike oppgaven overfor barn at de har mulighet til å avdekke vold mot barn. Når helsepersonellet avdekker vold, vil de trenge bistand fra enten barnevernet eller både barnevern og politi for at barnet ikke skal utsettes for fare igjen. Barn som trenger beskyttelse er avhengig av at alle tjenestene samarbeider når det er nødvendig for å sikre barnet mot videre vold. Helsepersonell trenger derfor bistand fra

barnevernstjenesten og i noen tilfeller fra politiet for at barnets liv og helse skal kunne bli ivaretatt på en sikker og trygg måte for barnet.

Barnevernstjenesten har en *spesiell* oppgave overfor barn ved å undersøke forholdene barnet lever under i hjemmet og er den eneste tjenesten hvor foreldre ikke kan nekte en slik undersøkelse i den fasen, jf. kapittel 2.3. De skal finne egnede beskyttelsestiltak for barnet når det konstateres vold i hjemmet. De har imidlertid ikke mandat til å ransake omsorgspersoner for å avdekke vold. Politiet har *sin* særegne rolle ved at de kan undersøke om det foreligger straffbare handlinger gjennom etterforskning og eventuell straffeforfølgelse av voldsutøver for å stoppe volden mot barnet. Politiet har mandat til å foreta avhør, ransaking av omsorgspersoners eiendeler og bosted. I noen tilfeller vil derfor ikke barnevernstjenesten kunne avdekke vold mot barn alene, da vold nødvendigvis ikke vil vise seg i ytre skader, men svært kamuflert. Erfaren overlege fra en barneintensivavdeling ved et større sykehus var behandlende lege for et barn med hypernatremi (for høy natrium/ ”saltinnhold” i blodet):

“Et barn ble innlagt med hypernatremi hvorpå man behandlet dette og fikk normale verdier etter noen dager. Da barnet var normalisert fikk det igjen symptomer på hypernatremi hvorpå legene klødde seg noe i hodet; hva kunne det være? Noe stemte ikke; det var ingen ting som skulle tilsi at barnet skulle få hypernatremi igjen. Politiet ble kontaktet for å drøfte saken anonymt; kunne barnet være påført skadelige salt doser? Eneste måten å få vite dette på, var å undersøke omsorgspersonens eiendeler. Politiet besluttet da, etter at opplysningsretten eller – plikten inntrådte, å besøke omsorgspersonen på sykehuset for å undersøke forholdene. Omsorgspersonen hadde da gjemt salt og utstyr til å gi dette på, i sine private saker”.

Denne episoden viser at politiet først måtte inn i bildet for å kunne avdekke volden og at barnevernstjenesten kontaktes i ettertid; man måtte forsikre seg gjennom politiets mandat at det her forelå en kriminell handling. Denne episoden viser også at barn kan bli utsatt for overgrep også mens det ligger på sykehus og hvor viktig det er å ha et samarbeid med avklarte roller når behov for samhandling kreves. Barnevernstjenesten er imidlertid den eneste tjenesten som kan overta omsorgen for et barn mens det ligger inne på sykehus og må i blant ta stilling til dette i samarbeid med helsepersonellet dersom barnet heller ikke er nok sikret på et sykehus. I caseundersøkelsen hadde barnelegen vært borte i saker hvor barnevernstjenesten hadde måttet sikre barn også under sykehusoppholdet, for å ivareta barnets sikkerhet. Det kunne blant annet være av

frykt for at omsorgspersonene kunne ta barnet med seg uten samtykke fra helsepersonell når barnet trengte observasjon og behandling. Historien nedenfor kan illustrere manglende sikring av et barn på sykehus når tjenestene ikke kjenner hverandres lovverk godt nok samt systemene de jobber innenfor:

“Det hadde vært et par saker ved dette sykehuset hvor blant annet et spedbarn på 6 måneder var blitt utsatt for en stor skade. I den saken satt sykehuset med et kjempedilemma. Det var fram og tilbake om omsorgspersonene skulle få ta barnet på permisjon eller ikke og svaret fra barnevernet var da (og da var etterforskningen i gang) at så lenge barnet var innlagt på sykehuset, hadde foreldrene omsorgsretten og at barnevernet ikke gjorde noen ting før barnet ble skrevet ut. Helsepersonell på sin side har ikke mandat til å nekte omsorgspersonene samvær med et barn når barnet er i medisinsk tilstand til å være med sine omsorgspersoner på permisjon og barnevernet ikke har overtatt omsorgen. Dette var en fortvilt situasjon for helsepersonell å stå oppe i, når de hadde forsikret seg om beslutningene som var tatt fra barnevernstjenestens side. Denne mangelfulle samhandlingen ble fatal for dette barnet; omsorgspersonene utøvde enda mer vold mot barnet”.

For at helsepersonell, barnevernstjenesten og politiet skal kunne samhandle rundt barn som utsettes for vold, er det avgjørende at de kjenner til hverandres lover og systemene de enkelte tjenestene arbeider under, for at de riktige beslutningene skal tas i tide. Som det ble belyst i kapittel 5.5.5 ytret legestudenter at man lærer for lite om systemet de skal jobbe innenfor i grunnutdanningen. Systemene innenfor både spesialisthelsetjenesten, barnevernstjenesten og politiet er organisert på svært ulike måter med store variasjoner innenfor de enkelte helseregioner, kommunale barnevernstjenester og politidistrikt med politistasjons – og lensmannsdistrikt. Dette fordrer store utfordringer når man skal samhandle på tvers av etatene, hvilket det siste caset illustrerer.

I casestudiet for øvrig virket det til å være klare roller og oppgaver innenfor samhandlingen mellom tjenestene, som følge av et langvarig og tett samarbeid. Denne kollektive sikkerhetsforståelsen gjorde at tjenestene kunne samhandle svært tverrprofesjonelt når det var avgjørende for best mulig utfall av saken, jf. kapittel 3.6. Etter en oppmykning av avvergingsplikten i §§ 139 og 219, vil dette på mange måter føre til et økt behov for tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling både mellom helsepersonell, barnevern og politi, da terskelen for å melde politiet ble senket gjennom et økt ansvar i de ulike tjenestene for å avverge vold i nære relasjoner.

## **6.4 Beredskapsplan for oppfølging av barn utsatt for vold etter sykehusoppholdet**

Tjenestene opplevde å ha gode verktøy og tilbud til familier som hadde behov for hjelp også utenfor spesialisthelsetjenesten og barnevernstjenesten. Noen av familiene var glad for at noen tok tak i deres vansker, under oppholdet i spesialisthelsetjenesten. De barna som ble henvist til barnehuset fikk oppfølging en tid der før de ble henvist til andre instanser for videre oppfølging. Det virket til å være et godt samkjørt tilbud i kommunen/distriktet/helseforetaket. Barn som var blitt utsatt for vold hadde som regel medisinske tilstander som hadde behov av oppfølging fra spesialisthelsetjenesten. At tjenestene har mange tilpassede tilbud å henvise både barn og familiene til, kan være en barriere mot voldsutøvelse gjennom at familien får hjelp i en tidlig bekymringsfase. Det virket til at tjenestene på denne måten hadde et utviklingssyn hvor de lette etter muligheter, sammenhenger og ressurser for å hjelpe barn og familie i en vanskelig situasjon (Aanderaa og Tveiten, 1994). Willumsen (2009) sier at som velferdsnasjon har Norge den evnen og muligheten til å iverksette tiltak som gjør de statlige og kommunale tjenestene i stand til å oppfylle nettopp disse oppgavene. Hun sier videre at gjennom kunnskap og samfunnets vilje til samarbeid på alle nivåer, kan man ved å se og handle effektivt, bidra til en trygg og sikker hverdag for voldsutsatte barn her og nå.

## **6.5 Statlig styring og tverrprofesjonelt samarbeid fra “top – down”**

Her vil ulike funn fra case undersøkelsen som tjenestene ytret som utfordringer fra “top – down” i arbeidet med vold mot barn. Alle delsystemer i statens organisasjon kan sees på som barrierer på hvert sitt nivå, vertikalt.

Departementene har som nevnt i pkt 5.5.1 et tverrprofesjonelt samarbeid departementene mellom. Ulike tiltak i handlingsplanen for vold i nære relasjoner har ført til et tett samarbeid som får føringer videre nedover i organisasjonen. Denne tiltaksplanen virker til å være i “rute” og har vært et stort satsningsområde for regjeringen med JD i spissen for dette arbeidet. Imidlertid er veiledere (veileder Q – 1088B og rundskriv IS – 17/2006) som ligger tilgjengelig for tjenestene ikke oppdaterte etter lovendringer i barnevernloven (jf. tilbakemeldingsplikt til offentlig melder) eller straffeloven, hvilket gjør at tjenestene ikke blir oppdatert på nytt lovverk som vil

pålegge tjenestene økt tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling mellom. I følge representant for Barne – likestillings – og inkluderingsdepartementet (BLD) er det opprettet et tverrdepartementalt samarbeid hvor oppdatering av veiledere er vurdert og hvordan administrere dette. Her tenker jeg at det bør være mulig å oppdatere den elektroniske utgaven årlig, på de punktene hvor det har skjedd lovendringer, slik at tjenestene handler i tråd med det lovendringene var ment for. Veilederne kan da bli en effektiv barriere i statens organisasjon.

Det at staten fikk til et slikt tverrprofesjonelt samarbeid jf. Willumsen (2009) på “top – nivå” var en inspirasjon for tverrprofesjonelt samarbeid på “down – nivå”. Om innsatsen i tverrprofesjonelt samarbeid for bedre samhandling kan bli styrket vil det kunne bli en effektiv barriere mot videre eskalering av vold mot barn, jf. Reason (1995).

Staten skal gjennom sitt lovgrunnlag beskytte barn mot vold. Imidlertid er det en gruppe barn, jf. pkt 2.7.1 som er i risiko for ikke å bli fanget opp dersom foreldre takker nei til hjelpetiltak og forholdene ikke er ille nok (tilsynelatende) til omsorgsovertakelse. Selv om tjenestene melder kan barnevernstjenesten komme i den situasjon at de må trekke seg ut dersom foreldrene takker nei, da barnevernstjenester enda ikke er en rettighet barn har på lik linje med blant annet helsetjenester. Barn kan da måtte leve med vold i hjemmet i lang tid før barnet får hjelp. På denne måten kan lovverket bli et hull i barnevernloven da barn risikerer å måtte leve med vold fra deres nærmeste omsorgspersoner.

Barnevernstjenesten mente denne endringen kom til å komme snart men at ikke alt kunne endres på en gang; det tok tid å få tillit til barnevernstjenesten i samfunnet, selv om den var på god vei. Nå fokuserte også media mest på “hvorfør gjorde ikke barnevernstjenesten noe?” mens de før fokuserte mest på “hvorfør gjorde barnevernet dette?”; det var blitt en generell holdningsendring.

Barnelege var opptatt av at tverrprofesjonelt samarbeid rundt sårbare barn skulle gi like mye økonomisk avkastning som poliklinisk virksomhet generelt. Leger opplevde seg presset til å drive mer med polikliniske konsultasjoner for å drive inntjening for virksomheten, hvilket kom i konflikt med behovet for tverrprofesjonelt.

Tverrprofesjonelt samarbeid var ikke bare rettet mot barnevern og politi men også ute i distriktene hvor helsesøstre m.fl. kunne drøfte barn de var bekymret for, på anonymt grunnlag. På denne måten kunne barnelegen med spisskompetanse på vold mot barn



bidra med sin kompetanse nært i barnets oppvekstmiljø. For at dette skulle være mulig måtte man gjøre det med ekstra engasjement og gjerne ulønnet. Dette kunne gjøre at utsatte barn fikk svært ulike tjenester alt etter om helsepersonell er villig til å ofre både fritid og økonomi for å bistå sårbare barn, hvilket ikke vil være i tråd med FNs barnekonvensjon hvor alle barn skal sikres likt tilbud. Barnelegen i casestudiet var berørt (jf. Vetlesen m.fl., 1996) av barns skjebne og ønsket sterkt at disse “usynlige” barna skulle få hjelp.

Spesialisthelsetjenesten har gjennom endrede økonomiske føringer siden statlig eierskap i 2002, blitt pålagt å styre økonomien ved blant annet økonomisk inntjening på poliklinisk virksomhet; utgiftene ved en konsultasjon dekkes av NAV i barnets hjemkommune og spesialisthelsetjenesten får da inntjening for øvrige “utgiftsposter” i virksomheten. Jeg fikk imidlertid ikke intervjuet om tverrprofesjonelt samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen hadde vært drøftet ved at kommunen kunne “kjøpe” disse tjenestene fra spesialisthelsetjenesten for å forebygge vold mot barn. Da ble ikke barn priggitt at helsepersonell ofret fritid og ulønnet arbeid; ikke alle har den genuine berørthet jf. Vetlesen m.fl. (1996) i sin tjeneste, hvilket kan bli svært sårbart og et hull i barrieren i andre virksomheter.

De føringer som de statlige organer legger til grunn gjennom lovverk og faglige instruksjoner for å ivareta tverrprofesjonelt samarbeid og samhandling internt og eksternt, må implementeres i hele virksomhetens organisasjon. Krav om prosedyrer, som for eksempel avvikssystemer må sikre at internt og eksternt samarbeid samt at opplysningsplikter blir overholdt. Slik det kan se ut til å fungere nå i fht mangelfullt samarbeid mellom kirurgiske – og sosialpediatriske disipliner, kan det mangle et sikkerhetssystem i deler av organisasjonen til å fange opp brudd på krav om samarbeid internt og eksternt i forhold til opplysningsplikter. Det skal være barrierer som avdekker brudd, men hullene i barrierene kan være så store at de ikke fanges opp. Leder har ansvar for å følge med i slike saker for blant annet å påse at opplysningsplikten blir fulgt; internkontroll må etterleves og feilhendelser som brudd på opplysningsplikter må registreres og følges opp. Uten ”å henge ut” overtrederen kan slike rapporteringssystemer benyttes i opplæringsøyemed, (lære av feil) og samtidig se hvor rutiner kan endres. Dette er en kontinuerlig prosess hvor systemet må søke nye løsninger dersom de eksisterende ikke fungerer. Helseforetak har krav om

avvikssystemer og det stilles krav til at meldinger skal følges opp og brukes til forbedring. Dette er temaer som tilsynsmyndighetene ofte etterspør ved tilsyn. Virksomhetens ansvar for at helsepersonell utøver all sin virksomhet forsvarlig, er uomtvistelig, likeså det enkelte helsepersonells. Det går klart fram i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten, jf. pkt 2.3.2, 2.3.5 og 2.3.6. De tiltak som bør være tilstede for å sikre at utøvelsen skjer i henhold til gjeldende regelverk, kan sees på som barrierer i systemet. Oppsummert dreier disse seg i hovedsak om bevisstgjøring av helsepersonellet jf. kapittel 6.1, kompetanseoppbygging og fora for å drøfte problemstillinger jf. kapittel 6.3. Selv om disse er til stede, kan det være svikt i overholdelsen. Ødegård (i Willumsen, 2009) viser til Schön som trekker fram et interessant skille mellom forfektete teorier og bruksteorier – eller “søndagsteorier” og “hverdagsteorier”; det er ikke alltid vi gjør det vi sier at vi gjør. Det kan hende at profesjonelle hevder at de har en åpen holdning til samarbeid (“søndagsteori”) mens de i utøvelsen av samarbeidet ikke fremstår i tråd med sine idealer (“hverdagsteorier”).

I følge Olsen (2008) er organisasjonen et instrument for måloppnåelse da den formelle strukturen kanalisere atferd og ressurser mot ønskede mål. Den formelle struktur sier han, dreier seg om hvordan arbeidsoppgaver er fordelt, hvordan de er samordnet og at den påvirker atferden til den enkelte i organisasjonen; regler, normer, rutiner og verdier er konsistent og i samsvar med organisasjonens overordnede mål hvor egeninteresse ikke hører hjemme på arbeidsplassen. Willumsen (2009) sier det kan være lett for ledelsen i en virksomhet å tro at samarbeid går av seg selv, at det er en integrert del av den daglige virksomheten og at “søndagsteorien” råder. I følge Olsen (2008) vil et tverrprofesjonelt samarbeid, ut fra et instrumentelt syn, forutsette at det faktisk er en skjevfordeling av makt i organisasjoner. Videre ved at alle medlemmene i organisasjonen handler ut fra organisasjonens interesser og at den enkelte lojalt innordner seg i forhold til posisjon og rolle som er tildelt (en “hierarkisk” organisasjon). I et “ny - institusjonelt” perspektiv handler det derimot om at en organisasjon har en historie og at det over tid har utviklet seg meninger om hva som er viktige problem og løsninger, på for eksempel tverrprofesjonelt samarbeid. Ut fra modell 3.2 kan enkelte disipliner være preget av profesjons – og sektortenkning med ansvarsfraskrivelse i stedet for å bidra med sin kompetanse og bli delaktige i å finne løsninger på komplekse saker som vold mot barn er. Over tid kan det ha dannet seg uformelle regler, rutiner, normer og verdier som avviker sterkt fra de formelle som ledelsen kan ha et inntrykk

av, hvilket gir atferdsmønstre som avviker sterkt fra de en skulle forvente ut fra den formelle beskrivelsen av et tverrprofesjonelt samarbeid (Olsen, 2008). Ut fra at regionen har hatt alvorlige ulykker hvor voldsutsatte barn ikke ble fanget opp i virksomheten, kan det som Willumsen (2009) sier, være nødvendig å gjøre det tverrprofesjonelle samarbeidet mer eksplisitt, gjøre tydelig hva dette handler om, hvordan få det til og hva som kreves av strukturelle, profesjonelle og personlige forutsetninger (Willumsen, 2009). Hun sier videre at kartlegginger av hvordan samarbeid konstrueres, kan brukes til å undersøke om profesjonelle endrer sine konstruksjoner over tid, som for eksempel etter organisatoriske endringer eller gjennomføring av opplæringsprogrammer. Et av helsepersonellene i caseundersøkelsen hadde arbeidet målrettet opp mot sykehusets ledelse for å få veilederen om vold mot barn for helsepersonell, til å bli en integrert del av opplæringsprogrammet for nyansatte turnuskandidater og – leger ved sykehuset. Dette for at alt medisinsk personell i virksomheten skulle anvende denne veilederen som et verktøy for å fange opp barn i virksomheten. Dette var enda ikke tatt beslutning om hos ledelsen.

Jf. Willumsen (2009) kan en slik veileder være en måte å kartlegge om de ulike disiplinene innenfor virksomheten samarbeider på en konstruktiv måte.

Ved å innføre en slik veileder i virksomheten som prosedyre for både å avdekke vold mot barn og sikre riktig håndtering av slike saker gjennom systematisk opplæring, kan man minske risikoen for utvikling av nye ulykker. En slik veileder kan i kombinasjon med seminarer om temaet være med på og tette igjen huller i de ulike helsepersonells yrkesutøvelse, slik at ikke ulykker skjer igjen. Avvikssystemer (Aven, 2007) kan være en metode for å overvåke risikofylte aktiviteter i en virksomhet og er nå implementert i de ulike helseregioner. Et avvik kan være brudd på en slik prosedyre som bruk av veileder og tverrprofesjonelt samarbeid hvilket kan gi et innblikk i hvordan samarbeidet fortoner seg i virksomheten på “down – nivået”.

Sikkerhetsmål, som å sikre at opplysningsplikten overholdes, må utgjøre en viktig kategori mål for spesialisthelsetjenesten; de må integreres i den enkelte virksomhets overordnede mål, for å hindre problemfylte avgjørelser for den enkelte helsearbeider, og for å gi støtte i beslutningssituasjoner. Systematiske tiltak, som rutiner, styrer sikkerheten for å opprettholde opplysningsplikten, i overensstemmelse med helsepersonellovens krav og virksomhetens egne krav. Veilederen som det sosialpediatriske kompetanseteamet har utarbeidet kan være et styringsverktøy ved at

den implementeres i hele virksomheten og som en del av opplæringsprogrammet for alle nyansatte, både medisinsk – og pleiefaglig personell.

Spesialisthelsetjenesten lever under et konstant krav om effektivisering og er i stadig endring. Samarbeidsfora, opplæring, og innføring av prosedyrer som barrierer mot brudd på opplysningsplikten vil medføre et visst tidsbruk, som må synliggjøres og bli akseptert av virksomhetsledelsen som en forsvarlig bruk av ressurser. En veileder må også revideres og evalueres i takt med erfaring med den samt endringer i struktur og lovverk generelt slik at tjenestene handler i samsvar med lovverket til enhver tid.

Faktorer som bidrar til å lykkes med implementering av sikkerhetsarbeid i organisasjoner er at toppleder har erkjent sitt ansvar som leder for virksomheten jf. kapittel 1 i lov om helsemessig og sosial beredskap. At de i tillegg er genuint interesserte og det organisatoriske ansvaret er lokalisert så sentralt som mulig i forhold til dem, er to ytterligere suksesskriterier. Gjennom designet av selve planleggings- og implementeringsprosessen kan ledelsen være i stand til å trekke med seg flest mulig aktører i et samspill og i dialog (Olsen, K. H., notat, 2008). En vil da sikre seg at en får en felles risikopersepsjon og dermed adopterer og adapterer denne persepsjonen inn i ”kjernen” i organisasjonen (Røvik, 1982).

Å innføre en veileder i sikkerhetsarbeidet gjennom opplæringsprogram og prosedyre kan sammenlignes med “reform”. Olsen (2008) sier at forutsetninger for at reformer skal føre til endringer i et institusjonelt perspektiv kan i blant være utstrakt grad av maktbruk til fra organisasjonens ledelse, for å lykkes med implementering av sikkerhetsarbeid.

At samarbeidet mellom instansene fungerer på best mulig måte er avgjørende i forhold til forebygging, avdekking, behandling, tiltaksutvikling og kompetanseutvikling. Et godt og konstruktivt samarbeid forutsetter at de ulike instansene har en best mulig helhetsforståelse av hvilke roller instansene har. Det er også en viktig forutsetning at instansene har tilstrekkelig kunnskap om hvilke muligheter for samarbeid som ligger i lovgivningen. Jf. modellen 3.2 virket det til at tjenestene hadde kommet langt i samarbeidsprosessen for best mulig samhandling, jf. pkt 1 – 5 i modellen. Imidlertid var det noe vanskelig å få sikret kort – og langsiktig økonomi fra ledelsen og utgjorde et kritisk punkt, jf. punkt 5. Og at det 5. punktet – som er kritisk – virker vanskelig for ledelsen og skulle gi aksept for.

I følge barnevern, politi og et helsepersonell var det politiet som satte ekstra innsats inn mot sykehuset etter at det hadde vært noen alvorlige saker som ikke ble fanget opp i virksomheten. Disse vanskelige sakene hadde blitt løst på svært forskjellige måter og det var behov for et økt fokus på samarbeid og samhandling for å bedre håndteringen av slike saker, var også et moment som kom fram. Selv om samarbeidet ble initiert etter disse stygge sakene, virket det ikke til å være en “engangshendelse” mellom de operative tjenestene, dvs. hver gang en “krise” eller “nesten – hendelse” oppstod. Imidlertid kunne ledelsens sikkerhetsarbeid på dette området i spesialisthelsetjenesten bære preg av noe reaktiv tankegang; det virket til å være vanskelig for ledelsen her og gi de operative tjenestene nok tid og handlerom til å drive sikkerhetsarbeid på dette viktige området. Ledelsen i politiet virket til å prioritere dette arbeidet også slik at de operative tjenester kunne samarbeide proaktivt for best mulig samhandling og måloppnåelse. Selv om samarbeidet ikke var lett å få satt av tid til i spesialisthelsetjenesten, virket det likevel til å være et prioritert arbeid hos de operative tjenestene i form av jevnlig aktivitet som det var bred oppslutning om her. Personellet i både helse, politi og barnevern hadde fått etablert et sikkerhetsarbeid gjennom planleggingsrutiner, kompetanse og lang erfaring med ulike former for samarbeid, jf. Olsen (2008). Samarbeidet bar i høy grad preg av et proaktivt utviklingssyn med ansvarliggjøring og involvering jf. modell 3.1 (Aanderaa og Tveiten, 1994). Risikopersepsjonen jf. Aven m.fl. (2004) og ”føre-var-tenkningen” virket til å være rådende, hvilket kan illustrere at tjenestene hadde høy grad av proaktiv tankegang ved fokus på risikoreduserende tiltak samt være forberedt dersom kriser skulle oppstå jf. Aven m.fl. (2004). De samme forfatterne Aven, m.fl. (2004), sier at spørsmålet om sikkerhet vil være en av flere målsettinger å ta hensyn til i utforming av planer, strategier og prioritering av ressurser. Hva sikkerhet koster i tid og penger, må hele veien avveies mot andre målsettinger, relatert til blant annet produktivitet og effektivitet.

Slik jeg ser det, og som også Willumsen går til orde for i sin bok, er det avgjørende for et godt tverrprofesjonelt samarbeid at dette blir prioritert i utdanningene slik at barnets beste blir et felles mål, ikke bare innenfor sin egen tjeneste med begrensede muligheter men i fellesskap med andre tjenester; man kan ikke løse saker med vold mot barn alene – man må samarbeide og samhandle med barnevern og politi for best mulig handlekraft når det gjelder! Barnevernstjenesten hadde en oppfatning av, som også nevnt i punkt 6.1

at: “Det er ikke slik at legen på 65 er hyppigst melder – det er gjerne legen på 32 år, relativt nyutdannet og har hatt barnevern i utdanningen sin”. Dette illustrerer hvor viktig at det innarbeides i utdanningen hvordan man kan fremme et godt samarbeid. Men ikke bare legen som skal undersøke og sette diagnose på barnet bør få førstehåndskjennskap til samarbeid og samhandling med barnevernstjenesten og politiet. Loven er klar på at selv om instansen skal peke ut en ansvarlig som tar kontakt med barnevern eller politi, har alle ansatte i offentlige og privat foretak (med statlige tilskudd) en *selvstendig* plikt til å melde på selvstendig grunnlag dersom det skulle være uenigheter innad i behandlings – og pleieteamet.

Som nevnt i pkt. 6.4.3 skal etterlyste legestudenter økt fokus på systemene de skal jobbe innenfor slik at pasientsikkerheten blir ivaretatt. Det er statens ansvar gjennom Kunnskapsdepartementet (KD) som har det overordnede, faglige ansvaret for innholdet i utdanningene. Våren 2011 skulle det vurderes om helse – og sosialfaglige utdanninger i tillegg til lærere, førskolelærere m.fl., skulle få endret sine fagplaner med fokus på vold mot barn og hvilke tjenester som bistod i dette samarbeidet. Ut fra legestudentenes behov for økt fokus på i utdanningen, kunne det muligens være behov for mer fokus på vold mot barn og samhandlinger rundt barn også, når tjenestene i tillegg skal samarbeide med svært ulike systemer dem i mellom? Politiet i casestudiet var tidligere invitert til høyskolen i distriktet for å snakke om tverrprofesjonelt samarbeid mellom tjenestene, hvilket ble avvirket etter endringer i struktur og ansatt sluttet (?). I følge Willumsen (2009) bør myndigheter i samarbeid med virksomhetene og utdanningsinstitusjonene fortsette å videreutvikle utdanningsprogrammer som ivaretar tverrprofesjonelt samarbeid.

Samfunnet er i stadig endring med endrede familiestrukturer. Det er avgjørende at de ulike utdanningsinstitusjonene høyner kunnskapsnivået til fremtidige fagfeller i arbeidet med å ivareta barn som både er i risiko for å utsettes for vold, barn hvor man mistenker kan være utsatt for vold og barn hvor det er overveiende sannsynlighet for at utsettes for vold. Dersom ikke kommende fagfeller lærer om tverrprofesjonelt samarbeid med risiko for systemfeil både internt i de ulike virksomhetene og eksternt mellom virksomhetene kan det føre til store huller i hver barriere på horisontalt. Statlige organer kan imidlertid være den første barrieren ved å innføre mer kunnskap eller bli et stort “hull” i barrieren dersom ikke grep blir gjort innenfor utdanningsretningene i møte med barn.

## 7 Konklusjon og sammenfatning

Det som *skjer* i hvert enkelt helsepersonells bevissthet i møte med det voldsutsatte barnet er avgjørende for barnets framtid – med andre ord; alt det helsepersonell *gjør* eller *ikke* gjør, kan få konsekvenser for resten av livet til et voldsutsatt barn ved at det enten bringes i sikkerhet eller blir værende under voldelige omstendigheter som er en trussel mot barnets liv og helse! Men selv om helsepersonell har gjort sin plikt kan det skje svikt i samarbeidende tjenester, ved mangelfull kjennskap til lovverk og andre tjenesters systemer.

Slik jeg ser det, er det ikke tilstrekkelig og kun forholde seg til *lover og rammeverk sentralt* men avgjørende å ha en *beredskapsplan* for vold mot barn *lokalt*, for å kunne handle proaktivt. For at tjenestene skal kunne utarbeide gode lokale beredskapsplaner i tråd med sentrale lover og forskrifter, må veiledere som er utarbeidet fra *sentralt nivå* revideres jevnlig i tråd med nyere lover og forskrifter. Dette er av svært viktig betydning for utarbeiding av gode *beredskapsplaner* på *lokalt nivå* slik at tjenestene kan handle i tråd med det regelverk som er ment å gi handlekraft nok til å sikre barn som enten står i *fare* for å utsettes for vold eller *blir* utsatt for vold.

Ut fra dokumentanalysen kunne det tyde på at det er mangelfulle beredskapsplaner lokalt for samarbeid og samhandling mellom rundt barn som utsettes for vold. Det skal ikke være slik at barn får ulikt tilbud i forhold til hvordan de sikres fordi det er ulike engasjement på området “sosialpediatri”; barn skal og har rett til å kjenne seg trygge uansett hvilket sykehus de innlegges på. Må staten inn med mer “eieransvar” med økt styring i form av øremerkede midler og lovpålagte plikter i helseforetak, kommuner og distrikter, for å sikre seg at barn faktisk fanges opp slik statens intensjon er med lover, forskrifter og faglige instruksjoner?

Mitt inntrykk er at helsepersonell, politi og barnevernstjenesten i min utvalgte enhet hadde kommet langt på vei i samarbeidet. Men utfordringen var å holde vedlike kunnskapene hos de enkelte aktører da det var vanskelig å få økonomiske midler og avsatt tid til faktisk å drive med jevnlig seminarer for å holde tritt med stadig skiftende personale rundt om i tjenestene samt få tjenestene til å holde på sine ansatte i dette svært komplekse og vanskelige arbeidet.

Selv om en har gode beredskapsplaner, må en likevel ta individuelle vurderinger som er nøye gjennomtenkt fra sak til sak. Jeg håper likevel at leseren får en dypere forståelse for hvorfor det er avgjørende for et barns sikkerhet at en avdeling har en beredskapsplan i bunn som er kjent av alle ansatte samt revideres og forbedres jevnlig slik at man nøye vurderer om de konsekvensene man ønsker for å sikre barnet, faktisk skjer gjennom de beslutningene man fatter i samarbeid med kollegaer og eksterne samarbeidspartnere.



## Litteraturliste

Andersen, Svein S. (1997): "Case-studier og generalisering. Forskningsstrategi og design". Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 1997. 4. opplag 2005.

Aven, Terje, Boyesen, Marit, Njå, Ove, Olsen, Kjell Harald, Sandve, Kjell (2004): "Samfunnssikkerhet". Universitetsforlaget, 4. utgave, Oslo, 2006.

Aven, Terje (1990): "Pålitelighets- og risikoanalyse". Universitetsforlaget, Oslo, 4. utgave 2006.

Aven, Terje (2007): "Risikostyring". Universitetsforlaget, 2007.

Aven, Terje, Røed, Willy., Wiencke S. Hermann (2008): "Risikoanalyse". Universitetsforlaget, 2008.

Angelsen, Rakel-Elin (2009): "Vold mot barn i hjemmet – hvem ser barnet?". Masteroppgave i Samfunnssikkerhet, Universitetet i Stavanger, høsten 2009.

Bulleteng nummer 2 (2005): "Sikkerhet". Prosjektet "Barn som lever med vold i familien". Alternativ til vold og senter for krisepsykologi. 2005. Lastet ned fra internett, 13.01.2010: [http://www.atv-stiftelsen.no/index.cfm?kat\\_id=48subkat\\_id=98](http://www.atv-stiftelsen.no/index.cfm?kat_id=48subkat_id=98)

Egeberg, Morten (1984): "Organisasjonsutforming i offentlig virksomhet". Tanum - Nordli, 1984.

Eid, Jarle., Johnsen, Bjørn Helge (red.) (2005): "Operativ psykologi". Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS. 2. utgave 2006.

Gangdal, Jon (2010): "Jeg tenker nok du skjønner det sjøl". Historien om Christoffer. Kagge Forlag AS, 2010.

Høstmælingen, Njål, Kjørholt, Elin Saga, Sandberg, Kirsten (2008):  
”Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge”. Universitetsforlaget, 2. opplag 2009,  
Oslo.

Isachsen, Karsten (2003): ”Lyspunkter”. J. W. Cappelens forlag AS, 2003. Opplag fra  
2006.

Utgiversted ikke oppgitt.

Jacobsen, Dag Ingvar (2005): ”Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i  
samfunnsvitenskapelig metode”. Høyskoleforlaget, 2005, 2. utgave.

Johannesen, Asbjørn, Tufte, Per Arne, Kristoffersen, Line (2005): ”Introduksjon til  
samfunnsvitenskapelig metode”. Abstrakt forlag as 2005, 3. utgave. 4. opplag 2008.

NOU 2003: 31 ”Retten til et liv uten vold. Menns vold mot kvinner i nære relasjoner”.  
Statens forvaltningstjeneste, informasjonsforvaltning, Oslo, 2003.

Perrow, Charles (1999?): ”Normal accidents”. Living with High – Risk Technologies.  
Princeton University Press, 1999.

(POD) publikasjon 2007/2001 ”Tendenser i kriminaliteten – utfordringer i Norge 2007  
– 2009”.

Rapport fra Helsetilsynet (5/2009): ”Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008  
med kommunale helse-, sosial og barneverntjenester til utsatte barn”. Utsatte barn og  
unge – behov for bedre samarbeid.

Reason, James (1997): ”Managing the Risks of Organizational Accidents”. Ashgate.  
Siste utgave 2008.

Rundskriv IS – 17/2006: “Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barnevernstjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: - mishandling av barn i hjemmet, – andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn og – misbruk av rusmidler under graviditet”. Sosial – og helsedirektoratet, 2006. Lastet ned fra

Røvik, Kjell Arne (1982): ”Institusjonaliserte standarder og Multistandardorganisasjoner”. Artikkel i Norsk Statsvitenskapelig tidsskrift 1992 (4:261 – 284).

Veileder i akutt Pediatri, Norsk barnelegeforening, 2007. Skriftserie for leger: Utdanning og kvalitetsutvikling. Den norske lægeforening.

Veileder Q-1088B (2005): ”Formidling av opplysninger og samarbeid når barn utsettes for vold i familien”. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2005. Lastet ned fra internett 13.01.2010. Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2005/0002/ddd/pdfv/250231-veileder2.pdf>

Willumsen, Elisabeth (red.) (2009): ”Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning”. Universitetsforlaget, 2009.

Aanderaa, Berit, Tveiten, Gunnar (1994): ”Kommuner for barn. Politikk, forvaltning og organisering for bedre oppvekstkår”. Kommuneforlaget AS, Oslo, 1994.

#### **Internettsider:**

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article4005475.ece>

<http://www.forskning.no/artikler/2009/juni/224194/print> (“Vold fortsetter etter brudd”).

[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5\\_2009.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5_2009.pdf). Lastet ned 13.06.2011.

<http://lovdata.no> (Lov om barnevern, helsepersonelloven, spesialisthelsetjenesteloven, politiloven, tannhelsesloven, forskrift om internkontroll, forskrift om barn på sykehus, straffeloven, straffeprosessloven, påtaleinstruksen, opplæringsloven). Lastet ned 06.03.2011.

[https://www.politi.no/rad\\_fra\\_politiet/vold\\_i\\_nære\\_relasjoner/definisjon\\_på\\_vold\\_i\\_nære\\_relasjoner/](https://www.politi.no/rad_fra_politiet/vold_i_nære_relasjoner/definisjon_på_vold_i_nære_relasjoner/). Lastet ned 13.01.2010.

<http://www.med.uio.no/proveforelesninger/t-v/vatnar-solveig-karin-bo.xml>. Lastet ned 11.04.2011.

<http://www.nova.no>. NOVA Rapport 20/2007.

<http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Handlingsplaner/Vendepunkt.pdf>. Lastet ned 13.06.2011.

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/aktuelt/taler\\_og\\_artikler/politisk\\_ledelse/statssekretær-moland-pedersen/2010/Strengere-straffer-for-alvorlig-vold.html?id=608906](http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/aktuelt/taler_og_artikler/politisk_ledelse/statssekretær-moland-pedersen/2010/Strengere-straffer-for-alvorlig-vold.html?id=608906). Lastet ned 15.06.2011.

<http://www.rechtsmedisin.no/Filleristing.htm>. Lastet ned 13.01.2010.

<http://www.ssb/emner/03/03/barnevern/tab-2009/-07-06-14.html>. Lastet ned 13.01.2010.

[http://www.ssb.no/a\\_krim\\_tab/tab/tab-2010-04-15-04.html](http://www.ssb.no/a_krim_tab/tab/tab-2010-04-15-04.html) Lastet ned 06.03.11

<http://krisesenter.com/statistikk/PDFdocs/RAPPORT-KRISESENTER-2009.pdf>. Lastet ned 06.03.11

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2005/0002/ddd/pdfv/250231-veileder2.pdf> Lastet ned 06.02.11

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/nokkeltall-og-fakta---ny/ofte-stilte-sporsmal.html?id=534086>).

[http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1060\\_1481a.pdf](http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00001/IS-1060_1481a.pdf). Lastet ned 26.03.11.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Nord-Trondelag/2008/Barn-sykehus-Helse-Nord-Trondelag-HF-2008/>. Lastet ned 13.06.2011.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/More-Romsdal/2008/Barn-sykehus-Helse-Nordmore-Romsdal-HF-2008/>. Lastet ned 13.06.2011.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/More-Romsdal/2008/Tilsyn-barn-sykehus-Helse-Sunnmore-HF-2008/>. Lastet ned 13.06.2011.

<http://www.helsetilsynet.no/no/Tilsyn/Tilsynsrapporter/Vestfold/2009/Styringssystem-meldeplikt-barnevern-politi-Sykehuset-Vestfold-HF-ortopedisk-avd-2009/>. Lastet ned 13.06.2011.

<http://www.legeforeningen.no/id/17459>. Lastet ned 16.03.2011.

[http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19920717-100.html&emne=barnevernlov\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19920717-100.html&emne=barnevernlov*&). Lastet ned 02.05.2011.

<http://www.lovdata.no/all/hl-19020522-010.html>. Lastet ned 14.06.2011.

<http://helsedirektoratet.no/omdirektoratet/roller>. Lastet ned 05.04.2011.

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea\\_5661&MainArea\\_5661=5640:0:15,1368:1:0:0:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainArea_5661&MainArea_5661=5640:0:15,1368:1:0:0:::0:0). Lastet ned 05.03.2011.

[https://www.politi.no/om\\_politiet/politiledelse/](https://www.politi.no/om_politiet/politiledelse/). Lastet ned 02.05.2011.

[https://www.politi.no/om\\_politiet/organisasjon/](https://www.politi.no/om_politiet/organisasjon/). Lastet ned 02.05.2011.

<http://www.bufetat.no/>. Lastet ned 02.05.2011.

<http://www.med.uio.no/rmi/rettspatologi/>. Lastet ned 07.05.2011.

**Forelesningsnotater:**

Olsen, Kjell Harald, Professor, UiS (2008): Notat: ”Makt og motstand mot endring”, NUSB, 21-23.01.2008.

# Vedlegg 1 side 1

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047  
4068 Stavanger  
Norge  
Tel: +47 51 55 58 41 12  
Fax: +47 51 55 46 53  
E-post: [nsd@nsd.uib.no](mailto:nsd@nsd.uib.no)  
[www.nsd.uib.no](http://www.nsd.uib.no)  
Ansvar: 405 571 864

Preben H. Lindøe  
Institutt for medie-, kultur- og samfunnsfag  
Universitetet i Stavanger  
Postboks 8002 Postterminalen  
4068 STAVANGER

Vår dato: 26.03.2011

Vår ref: 26465 / E / KH

Deres dato:

Deres ref:

## KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 19.02.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 24.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet

26465	<i>Når barn utsettes for vold som truer liv og helse, utføres av deres nærmeste omsorgspersoner. Har spesialtillatelseinstansen den nødvendige beredskap for å ivareta barns sikkerhet?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens overste leder
Daglig ansvarlig	Preben H. Lindøe
Student	Rakel-Elin Angelsen

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Forlingsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_smd/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_smd/skjema.html). Det skal også gis melding etter tre år, dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

Kjersti Håvardsten

Kontaktperson: Kjersti Håvardsten tlf. 55 58 39 53  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kjapt: Rakel-Elin Angelsen, Agathe Backer Grøndalstveit 8 B, 4025 STAVANGER

## Vedlegg 1 side 2

### Personvernombudet for forskning



#### Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjekt nr. 26465

Prosjektets formål er å sette søkelys på vold mot barn med fokus på systemsvikt og finne ut hvilke suksessfaktorer samarbeid tjenestene innen barnevern, politi og helsevesen har hatt i et fylke, som kan være til lærdom for andre. Målet er å finne mer ut av hvilken risikopersepsjon og beredskap spesialisthelsetjenesten har når voldsutsatte barn ankommer en barneavdeling.

Utvalget består av helsepersonell ved en barneavdeling innen spesialisthelsetjenesten (overlege, assistentelege og sykepleiere), politi, eventuelt ansatt i barnevernet.

Personvernombudet legger til grunn at prosjektet er klart med avdelingsledelsen ved sykehuset, samt nærmeste ledelse for politi og barnevern. Utvalget trekkes av avdelingsledelsen som deler ut informasjonsskriv/forspørse på vegne av studenten. Ombudet finner det reviserte informasjonsskrivet av 24.05.11 tilfredsstillende. Forspørse som er innvokst i å delta har direkte kontakt med studenten.

Data inhentes gjennom intervju.

Ombudet forutsetter at det ikke inhentes tredjepersonsopplysninger, dvs. at eksemplene som anvendes for å eksemplifisere ulike faglige problemstillinger, for når det er en klar politisk og når det er en barnevernfaglig sak, gis uten personverdige kjennetegn. Det forutsettes at taushetsplikten ikke er til hinder for den innsending/behandling av opplysninger som finner sted.

Dersom indirekte personidentifiserbare opplysninger skal publiseres vil det bli nødvendig å innberinge et samtykke til dette fra den enkelte informant, og la informanten lese gjennom og godkjenne sitater og/eller beskrivelser.

Prosjektstutt er 15.06.11. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Navneliste og lydopptak slettes/maskuleres. Indirekte personidentifiserbare opplysninger som navn på kommuner/sykehus og stilling fjernes, omskrives eller grovkategoriseres, med mindre det foreligger samtykke fra den enkelte til annet.

## **Vedlegg – 2 Intervjuguider til helsepersonell (sykepleiere og barnelege), politi og barnevernstjenesten**

### **Intervjuguide til sykepleiere**

**Bakgrunnen for undersøkelsen er blant annet å kartlegge om vold mot barn avdekkes ved barneavdelingen og i hvilken grad det finnes en beredskap for å håndtere saker med vold mot barn i avdelingen. Og, samarbeidet og samhandlingen mellom barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten, politiet og barnevernstjenesten. Deres kommune har ut fra “referanser” etablert et godt samarbeid mellom disse tjenestene. Hvilke “suksessfaktorer” ligger til grunn for dette?**

#### **1. Bakgrunn og arbeidsforhold – informant og generelt**

- ⇒ Hva er din stillingsbetegnelse og hvor lenge har du jobbet på barneavdelingen ved sykehuset?
- ⇒ Har du jobbet andre steder?
- ⇒ Hvor mange av din yrkesgruppe er ansatt ved avdelingen (både med og uten spesialutdanninger – er det noen som er barnesykepleiere)?
- ⇒ Hvor mange barn er innlagt i avdelingen per år ca.?

#### **2. Virksomhetens mål og handlingsplaner – avdelingens rutiner generelt**

- ⇒ Har barneavdelingen gode opplæringsprogrammer for nyansatte sykepleiere?
- ⇒ Har barneavdelingen overordnede mål for virksomheten som drives?
- ⇒ Er disse målene nedfelt i konkrete handlingsplaner?
- ⇒ Er denne/disse handlingsplanene kjent og implementert av alle?
- ⇒ Har man jevnlige evalueringer av handlingsplaner/beredskapsplan for virksomheten ved avdelingen?
- ⇒ Har avdelingen/ledelsen fokus på pasientsikkerhet?
- ⇒ Risiko – og sårbarhetsanalyser; anvendes dette for å kartlegge sårbare grupper av barn hvor man skal ha ekstra fokus på for å ivareta deres sikkerhet innenfor avdelingen?
- ⇒ Har avdelingen en liberal praksis i forhold til å legge inn barn med kolikk hvor foreldrene er veldig slitne (jf. veileder ved sykehuset) eller når foreldre



kontakter oppsøker helsevesenet “hyppig” (hvordan er samarbeidet med legevakten/kirurgisk avdeling her)? Blir barn overflyttet fra ortopedisk avdeling for å vinne tid når det er mistanke om vold? Har De inntrykk av at vold mot barn er en differensialdiagnose de har i sine rutiner? Hvordan er barneavdelingens samarbeid organisert med dem for å fange opp barn med vold?

- ⇒ Har avdelingen et godt samarbeid med politi og barnevern?
- ⇒ Opplever De at dette samarbeidet er godt forankret i ledelsen i form av prioriteringer for fokus på dette arbeidet?

### **3. Vold mot barn – informant og avdelingens rutiner**

- ⇒ Hva forbinder du med pasientsikkerhet og hvilken pasientgruppe av barn tenker man er mest utsatt for svikt i rutiner i avdelingen?
- ⇒ Har De tatt i mot mange barn som er i *risiko* for, *mistenkes* kan være utsatt for vold eller *er utsatt* for vold av sine nærmeste omsorgspersoner?
- ⇒ Har avdelingen en egen beredskapsplan/handlingsplan (som omhandler dem som både er i risiko for -, mistanke om – eller utsettes for vold) for vold mot barn og er denne kjent av alle ansatte?
- ⇒ Er alle ansatte implementert i denne handlingsplanen (med hvert sitt faglige fokus og rutiner for håndtering og oppfølging av familien hvor en mistenker vold)?
- ⇒ Har representanter for alle yrkesgrupper vært med i utarbeidelsen av en evt. handlingsplan/beredskapsplan for håndtering av vold mot barn (har alle ansatte hatt mulighet for å komme med innspill til utarbeidelse av denne med bakgrunn i deres erfaring)?
- ⇒ **(Problemstilling 1) Er vold mot barn en differensialdiagnose som er i din og andre legers bevissthet når barn ankommer barneavdelingen med sykdom/skade og/eller adferdsavvik?**
- ⇒ Er Ditt inntrykk at sykepleiere og annet helsepersonell også er bevisst dette?
- ⇒ Hvor mange barn innlegges per år ca., hvor vold mot barnet er en del av diagnosebildet?
- ⇒ Kommer disse barna hjemmefra (oppdages de først på sykehus) eller i barnevernets/politiets regi i fht undersøkelser som er rekvirert fra dem?

- ⇒ Har dere hatt mange barn med ADHD innlagt? Får disse barna tett oppfølging av BUP? Eller er de i kontakt med barnevernstjenesten på noen måter? Er denne diagnosen en sosial - eller en medisinsk diagnose? Eller utløst av begge deler?

#### **4. Bekymringsfasen – informant og avdelingens rutiner**

- ⇒ Finnes det et system for å sikre oppmerksomhet på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets eller politiets side? Blir dere informert på forhånd av legevakten dersom det er bekymring for et barn eller er det oftest av bekymringen blir utløst når barnet ankommer avdelingen sammen med deres omsorgspersoner?
- ⇒ Når assistentleger (og overlege ikke er tilstede i avdelingen) tar i mot barn hvor vold kan være en differensialdiagnose – hva er rutinene da?
- ⇒ Er det ofte at foreldres historie samsvarer med sykdom/skade/adferd hos barnet ved innleggelsen? Hvilke forhold utløser mistanken om at et barn blir utsatt for vold av sine omsorgspersoner?
- ⇒ **(Problemstilling 2) Har virksomheten de nødvendige diagnoseverktøy som skal til for at du som lege kan avdekke vold mot barn dersom vold (eller “barnemishandling”) kan være en differensialdiagnose?** Er det faste rutiner for å utelukke vold ved å ta de nødvendige undersøkelser i samarbeid med andre avdelinger på sykehuset (røntgen, ortopedi osv.)? Finnes det system for å sikre at vurdering av mulig påførte skader/omsorgssvikt blir utredet? Er vold alltid med i differensialdiagnosebildet når barn kommer inn med skader/sykdom (for eksempel saltintoks)/adferdsavvik?
- ⇒ Hvilke rutiner følges når man er bekymret for et barn? Følger man tettere opp barn man er bekymret for, i form av polikliniske kontroller (både før meldeplikten til barnevernet inntreffer og når barnevernet er meldt – det kan jo hende at en melding blir henlagt?)? Eller avventer man hyppigere kontroller til man vet hva barnevernet foretar seg av enten undersøkelse eller henleggelse)?
- ⇒ Dokumenteres bekymringene i journaler? Noteres diagnosen ”barnemishandling” ned som en differensialdiagnose dersom det er tvil om vold?
- ⇒ Når vold mot barnet kan være en differensialdiagnose; hvordan formidles funn til omsorgspersoner? Er det klare rutiner som alle kjenner til for hva man kommuniserer med omsorgspersonene?

## 5. Vurderingsfasen – informant og avdelingens rutiner

- ⇒ Er det kjennskap til krav i regelverket inkludert retningslinjer?
- ⇒ Og, rutiner på området?
- ⇒ Og, dokumentasjon av vurderinger og gjennomføring?
- ⇒ Har avdelingen egen beredskapsplan/handlingsplan for når **politiet** skal kontaktes for å kunne drøfte på anonymt grunnlag (når opplysningsretten trer inn før evt. opplysningsplikten)?
- ⇒ Har avdelingen egen beredskapsplan/handlingsplan for når **barnevernet** skal kontaktes på anonymt grunnlag (når opplysningsretten trer inn før evt. meldeplikten trer inn)?

## 6. Meldefasen

- ⇒ **(Problemstilling 3): Hvis diagnosen skyldes vold mot barnet – har virksomheten en oppdatert beredskapsplan med de nødvendige verktøy helsepersonell trenger for å sikre et barn under sykehusoppholdet (jf. barn som ble sendt hjem på perm med foreldrene og ble enda mer skadet; barnevernet skulle overta omsorgen ved utskrivelse og helsepersonell har ikke mandat til å hindre foreldresamvær med barnet så lenge barnevernstjenesten ikke har tatt over omsorgen)?**
- ⇒ **(Problemstilling 4) Og, har virksomheten en beredskapsplan med de nødvendige verktøy helsepersonell trenger for å sikre seg at et barn sikres også etter utskrivelse?**
- ⇒ Finnes det et system (som en del av handlingsplan/beredskapsplan) for å melde når vilkårene for å melde politi eller barnevernet er oppfylt?
- ⇒ Hva utløser meldeplikt til politiet? Hva anser helsepersonell er en “typisk” politisak?
- ⇒ Hva utløser meldeplikt til barnevernet? Hva anser helsepersonell er en “typisk” barnevernssak?
- ⇒ Er det alltid pasientansvarlig overlege som melder barnevernet eller politiet?
- ⇒ Har man en “stedfortredende” kontaktperson oppført dersom den ansvarlige er borte fra avdelingen?

- ⇒ Er det noen ganger man er uenig innad i behandlings- og pleieteamet om meldeplikten til barnevernet eller politiet er oppfylt? I så fall, hvilke retningslinjer gjelder da?
- ⇒ Har man faste personer i barnevernet man kontakter (barnevernsvakten) ved behov til alle døgnets tider?
- ⇒ Har man faste personer i politiet man kontakter (beredskapsvakt for politiet generelt eller finnes det et eget team med vakthavende ansvarsvakt i politiet man kontakter ved behov) ved alle døgnets tider (jf. "Kontaktbrosjyre")?
- ⇒ Hvordan foregår informasjonen til omsorgspersoner enten det er barnevernssak eller politisak i tillegg? Hvem informerer og hvordan (politi eller barnevernet)?
- ⇒ Hvem ivaretar barnets informasjonsbehov i slike saker (når det er en politisak i tillegg; alltid barnevernet)?
- ⇒ Har noen av disse sakene blitt meldt politi av barnevernstjenesten (hvis de er meldt først) eller har helsepersonell meldt politi selv? Har helsepersonell bedt barnevernstjenesten om å melde politiet ved politisaker (jf. veileder i akutt/generell pediatri angående SBS) når vold mot barnet først ble avdekket i spesialisthelsetjenesten? Eller melder helsepersonell politiet selv når det er en politisak?

## **7. Samarbeid med barnehuset (som rutine)**

- ⇒ Hvilket samarbeid har dere med barnehuset (som kun har åpent i ukedagene på dagtid)?

## **8. Avvikshåndtering som en del av avdelingens styringsverktøy i fht risiko - og sårbarhetsfokus**

- ⇒ Finnes det avvikssystem i avdelingen/sykehuset og anvendes dette proaktivt eller mest reaktivt?
- ⇒ Er avvikssystemet mest anvendt ved HMS - problematikk eller også når svikt i rutiner skjer i avdelingen både på personnivå og organisasjonsnivå (avdelingen)?
- ⇒ Får man tilbakemeldinger på avviksmeldinger

**Til slutt: Er det noe annet De vil trekke fram som kan være utfordringer i forhold til samarbeid og samhandling mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten, politi- og barnevernstjenesten?**

**Og, hvis jeg har behov for å korrigere noe eller innhente flere opplysninger, er det i orden at jeg tar kontakt per telefon eller e-mail?**

# Intervjuguide til barnelege

**Bakgrunnen for undersøkelsen er blant annet å kartlegge om vold mot barn avdekkes ved barneavdelingen og i hvilken grad det finnes en beredskap for å håndtere saker med vold mot barn i avdelingen. Og, samarbeidet og samhandlingen mellom barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten, politiet og barnevernstjenesten. Deres kommune har ut fra “referanser” etablert et godt samarbeid mellom disse tjenestene. Hvilke “suksessfaktorer” ligger til grunn for dette?**

## **1. Bakgrunn og arbeidsforhold – informant og generelt**

- ⇒ Hva er din stillingsbetegnelse (barnelege?) og hvor lenger har du jobbet på barneavdelingen ved sykehuset?
- ⇒ Har du jobbet andre steder?
- ⇒ Hvor mange av din yrkesgruppe er ansatt ved avdelingen (både som overleger og assistentleger)?
- ⇒ Hvor mange barn er innlagt i avdelingen per år ca.?

## **2. Virksomhetens mål og handlingsplaner – avdelingens rutiner generelt**

- ⇒ Har barneavdelingen gode opplæringsprogrammer for nyansatte leger?
- ⇒ Har barneavdelingen overordnede mål for virksomheten som drives?
- ⇒ Er disse målene nedfelt i konkrete handlingsplaner?
- ⇒ Er denne/disse handlingsplanene kjent og implementert av alle?
- ⇒ Har man jevnlig evalueringer av handlingsplaner/beredskapsplan for virksomheten ved avdelingen?
- ⇒ Har avdelingen/ledelsen fokus på pasientsikkerhet?
- ⇒ Risiko – og sårbarhetsanalyser; anvendes dette for å kartlegge sårbare grupper av barn hvor man skal ha ekstra fokus på for å ivareta deres sikkerhet innenfor avdelingen?
- ⇒ Har avdelingen en liberal praksis i forhold til å legge inn barn med kolikk hvor foreldrene er veldig slitne (jf. veileder ved sykehuset) eller når foreldre kontakter oppsøker helsevesenet “hyppig” (hvordan er samarbeidet med

legevakten/kirurgisk avdeling her)? Blir barn overflyttet fra ortopedisk avdeling for å vinne tid når det er mistanke om vold? Har De inntrykk av at vold mot barn er en differensialdiagnose de har i sine rutiner? Hvordan er barneavdelingens samarbeid organisert med dem for å fange opp barn med vold?

- ⇒ Har avdelingen et godt samarbeid med politi og barnevern?
- ⇒ Opplever De at dette samarbeidet er godt forankret i ledelsen i form av prioriteringer for fokus på dette arbeidet?

### **3. Vold mot barn – informant og avdelingens rutiner**

- ⇒ Hva forbinder du med pasientsikkerhet og hvilken pasientgruppe av barn tenker man er mest utsatt for svikt i rutiner i avdelingen?
- ⇒ Har De tatt i mot mange barn som er i *risiko* for, *mistenkes* kan være utsatt for vold eller *er utsatt* for vold av sine nærmeste omsorgspersoner?
- ⇒ Har avdelingen en egen beredskapsplan/handlingsplan (som omhandler dem som både er i risiko for -, mistanke om – eller utsettes for vold) for vold mot barn og er denne kjent av alle ansatte?
- ⇒ Er alle ansatte implementert i denne handlingsplanen (med hvert sitt faglige fokus og rutiner for håndtering og oppfølging av familien hvor en mistenker vold)?
- ⇒ Har representanter for alle yrkesgrupper vært med i utarbeidelsen av en evt. handlingsplan/beredskapsplan for håndtering av vold mot barn (har alle ansatte hatt mulighet for å komme med innspill til utarbeidelse av denne med bakgrunn i deres erfaring)?
- ⇒ **(Problemstilling 1) Er vold mot barn en differensialdiagnose som er i din og andre legers bevissthet når barn ankommer barneavdelingen med sykdom/skade og/eller adferdsavvik?**
- ⇒ Er Ditt inntrykk at sykepleiere og annet helsepersonell også er bevisst dette?
- ⇒ Hvor mange barn innlegges per år ca., hvor vold mot barnet er en del av diagnosebildet?
- ⇒ Kommer disse barna hjemmefra (oppdages de først på sykehus) eller i barnevernets/politiets regi i fht undersøkelser som er rekvirert fra dem?

- ⇒ Har dere hatt mange barn med ADHD innlagt? Får disse barna tett oppfølging av BUP? Eller er de i kontakt med barnevernstjenesten på noen måter? Er denne diagnosen en sosial - eller en medisinsk diagnose? Eller utløst av begge deler?

#### **4. Bekymringsfasen – informant og avdelingens rutiner**

- ⇒ Finnes det et system for å sikre oppmerksomhet på forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets eller politiets side? Blir dere informert på forhånd av legevakten dersom det er bekymring for et barn eller er det oftest av bekymringen blir utløst når barnet ankommer avdelingen sammen med deres omsorgspersoner?
- ⇒ Når assistentleger (og overlege ikke er tilstede i avdelingen) tar i mot barn hvor vold kan være en differensialdiagnose – hva er rutinene da?
- ⇒ Er det ofte at foreldres historie samsvarer med sykdom/skade/adferd hos barnet ved innleggelsen? Hvilke forhold utløser mistanken om at et barn blir utsatt for vold av sine omsorgspersoner?
- ⇒ **(Problemstilling 2) Har virksomheten de nødvendige diagnoseverktøy som skal til for at du som lege kan avdekke vold mot barn dersom vold (eller “barnemishandling”) kan være en differensialdiagnose?** Er det faste rutiner for å utelukke vold ved å ta de nødvendige undersøkelser i samarbeid med andre avdelinger på sykehuset (røntgen, ortopedi osv.)? Finnes det system for å sikre at vurdering av mulig påførte skader/omsorgssvikt blir utredet? Er vold alltid med i differensialdiagnosebildet når barn kommer inn med skader/sykdom (for eksempel saltintoks)/adferdsavvik?
- ⇒ Hvilke rutiner følges når man er bekymret for et barn? Følger man tettere opp barn man er bekymret for, i form av polikliniske kontroller (både før meldeplikten til barnevernet inntreffer og når barnevernet er meldt – det kan jo hende at en melding blir henlagt?)? Eller avventer man hyppigere kontroller til man vet hva barnevernet foretar seg av enten undersøkelse eller henleggelse)?
- ⇒ Dokumenteres bekymringene i journaler? Noteres diagnosen ”barnemishandling” ned som en differensialdiagnose dersom det er tvil om vold?
- ⇒ Når vold mot barnet kan være en differensialdiagnose; hvordan formidles funn til omsorgspersoner? Er det klare rutiner som alle kjenner til for hva man kommuniserer med omsorgspersonene?



## 5. Vurderingsfasen – informant og avdelingens rutiner

- ⇒ Er det kjennskap til krav i regelverket inkludert retningslinjer?
- ⇒ Og, rutiner på området?
- ⇒ Og, dokumentasjon av vurderinger og gjennomføring?
- ⇒ Har avdelingen egen beredskapsplan/handlingsplan for når **politiet** skal kontaktes for å kunne drøfte på anonymt grunnlag (når opplysningsretten trer inn før evt. opplysningsplikten)?
- ⇒ Har avdelingen egen beredskapsplan/handlingsplan for når **barnevernet** skal kontaktes på anonymt grunnlag (når opplysningsretten trer inn før evt. meldeplikten trer inn)?

## 6. Meldefasen

- ⇒ **(Problemstilling 3): Hvis diagnosen skyldes vold mot barnet – har virksomheten en oppdatert beredskapsplan med de nødvendige verktøy helsepersonell trenger for å sikre et barn under sykehusoppholdet (jf. barn som ble sendt hjem på perm med foreldrene og ble enda mer skadet; barnevernet skulle overta omsorgen ved utskrivelse og helsepersonell har ikke mandat til å hindre foreldresamvær med barnet så lenge barnevernstjenesten ikke har tatt over omsorgen)?**
- ⇒ **(Problemstilling 4) Og, har virksomheten en beredskapsplan med de nødvendige verktøy helsepersonell trenger for å sikre seg at et barn sikres også etter utskrivelse?**
- ⇒ Finnes det et system (som en del av handlingsplan/beredskapsplan) for å melde når vilkårene for å melde politi eller barnevernet er oppfylt?
- ⇒ Hva utløser meldeplikt til politiet? Hva anser helsepersonell er en “typisk” politisak?
- ⇒ Hva utløser meldeplikt til barnevernet? Hva anser helsepersonell er en “typisk” barnevernssak?
- ⇒ Er det alltid pasientansvarlig overlege som melder barnevernet eller politiet?
- ⇒ Har man en “stedfortredende” kontaktperson oppført dersom den ansvarlige er borte fra avdelingen?

- ⇒ Er det noen ganger man er uenig innad i behandlings- og pleieteamet om meldeplikten til barnevernet eller politiet er oppfylt? I så fall, hvilke retningslinjer gjelder da?
- ⇒ Har man faste personer i barnevernet man kontakter (barnevernsvakten) ved behov til alle døgnets tider?
- ⇒ Har man faste personer i politiet man kontakter (beredskapsvakt for politiet generelt eller finnes det et eget team med vakthavende ansvarsvakt i politiet man kontakter ved behov) ved alle døgnets tider (jf. "Kontaktbrosjyre")?
- ⇒ Hvordan foregår informasjonen til omsorgspersoner enten det er barnevernssak eller politisak i tillegg? Hvem informerer og hvordan (politi eller barnevernet)?
- ⇒ Hvem ivaretar barnets informasjonsbehov i slike saker (når det er en politisak i tillegg; alltid barnevernet)?

**Har noen av disse sakene blitt meldt politi av barnevernstjenesten (hvis de er meldt først) eller har helsepersonell meldt politi selv? Har helsepersonell bedt barnevernstjenesten om å melde politiet ved politisaker (jf. veileder i akutt/generell pediatri angående SBS) når vold mot barnet først ble avdekket i spesialisthelsetjenesten? Eller melder helsepersonell politiet selv når det er en politisak?**

## **7. Samarbeid med barnehuset (som rutine)**

- ⇒ Hvilket samarbeid har dere med barnehuset (som kun har åpent i ukedagene på dagtid)?

## **8. Avvikshåndtering som en del av avdelingens styringsverktøy i fht risiko - og sårbarhetsfokus**

- ⇒ Finnes det avvikssystem i avdelingen/sykehuset og anvendes dette proaktivt eller mest reaktivt?
- ⇒ Er avvikssystemet mest anvendt ved HMS - problematikk eller også når svikt i rutiner skjer i avdelingen både på personnivå og organisasjonsnivå (avdelingen)?
- ⇒ Får man tilbakemeldinger på avviksmeldinger

**Til slutt: Er det noe annet De vil trekke fram som kan være utfordringer i forhold til samarbeid og samhandling mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten, politi- og barnevernstjenesten?**

**Og, hvis jeg har behov for å korrigere noe eller innhente flere opplysninger, er det i orden at jeg tar kontakt per telefon eller e-mail?**

# Intervjuguide til politi

**Bakgrunnen for undersøkelsen er å kartlegge samarbeidet og samhandlingen mellom barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten, politietat og barnevernstjenesten. Deres kommune har ut fra “referanser” et godt samarbeid mellom disse tjenestene. Hvilke “suksessfaktorer” ligger til grunn for dette?**

## **1. Bakgrunn og politietaten generelt**

- ⇒ Hva er din stillingsbetegnelse og hvor lenge har du jobbet i politietaten?
- ⇒ Gjennom Ditt arbeid; har De vært i kontakt med mange barn som utsettes for vold av sine nærmeste omsorgspersoner?
- ⇒ Er det mange ansatte innenfor politietaten og med lang ansiennitet?
- ⇒ Hvor mange barn har vært i kontakt med politiet på bakgrunn av vold i hjemmet i 2010?

## **2. Spesialisthelsetjenestens samarbeid mot politietaten (slik politiet opplever samarbeidet og samhandlingen)**

- ⇒ (1) Opplever De at vold mot barn er en differensialdiagnose helsepersonell på barneavdelinger har i sin bevissthet når barn ankommer barneavdelingen med sykdom/skade og/eller atferdsavvik?
- ⇒ Finnes det et system i spesialisthelsetjenesten, som De kjenner til, for å sikre oppmerksomhet på forhold som kan føre til tiltak fra politiets side?
- ⇒ **Innhenter man opplysninger fra fastlege eller helsesøster/evt. skolehelsetjenesten i bekymringsfasen (eller skjer det via barnevernstjenesten)? Hvordan er prosedyren for det? Meldes barnevernstjenesten først og opplysninger gis via dem??**
- ⇒ Får De ofte henvendelser fra helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ved anonyme pasienthenvendelser (“opplysningsretten” ved mistanke eller tvil)?
- ⇒ Får Dere ofte meldt barn fra spesialisthelsetjenesten ved opplysningspliktig melding (har disse kommet i etterkant av anonyme pasienthenvendelser ved mistanke/tvil)? Hvor mange barn ca. per år blir meldt politiet for vold, fra barneavdelingen?

- ⇒ Har disse meldingene ført til “akutte tiltak” fra politietaten (kan si noe om alvorlighetsgraden når de innlegges på sykehus) med tanke på behov for etterforskning?
  - ⇒ Har noen av disse sakene blitt meldt politi av barnevernstjenesten (hvis de er meldt først) eller har helsepersonell meldt politi selv? Kjenner politiet til om helsepersonell har bedt barnevernstjenesten om å melde politiet ved politisaker (jf. veileder i akutt/generell pediatri angående SBS) når vold mot barnet først ble avdekket i spesialisthelsetjenesten?
  - ⇒ Hvilke henvendelser får Dere flest av fra spesialisthelsetjenesten; fysisk, psykisk/ psykososial vold fra sine nærmeste omsorgspersoner?
- Hvilke saker er “typisk politisaker” og “typisk barnevernssaker” slik politiet ser det (med tanke på at all type vold mot barn er kriminelt)?**
- ⇒ Når et barn blir meldt dere; er det politiet som melder barnevernstjenesten? Eller skjer dette i samråd med helsepersonell som melder barnevernstjenesten i samarbeid med dere (i fht å komme så tidlig inn i bildet som mulig ved behov for etterforskning)? Hvordan er prosedyren på en sak fra politiets side?
  - ⇒ Er det ofte at foreldres historie samsvarer med sykdom/skade/adferd hos barnet ved innleggelsen?
  - ⇒ Hvilke forhold utløser mistanken om at et barn blir utsatt for vold av sine omsorgspersoner?
  - ⇒ Hva ser politietaten; hva kjennetegner familien oftest hvor vold mot barn utøves? Er det oftest biologiske omsorgspersoner eller steforeldre? Psykiatri? Sosiale problemer eller ser fasaden fin ut? Vond oppvekst hos omsorgspersonene selv? En ting er hva litteraturen oppgir som årsaker en annen grunn er hva den praktiske hverdag viser i møte med barn.
  - ⇒ Hvilke grupper av barn er i størst risiko for å oppleve vold? Osv.

### **3. Ledelse og det tverretatlige samarbeid som helhet**

- ⇒ Har politietaten et godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten og barnevernet?
- ⇒ Vold mot barn; hvilke utfordringer slik politiet ser det, ligger i ledelse av tjenestene innenfor barnevern, helse – og polititjenesten når det gjelder samarbeid og samordning av tjenestene? Eller hvilke suksessfaktorer har man oppnådd i ledelsen av disse tjenestene?

- ⇒ Var det noen konkrete saker med vold mot barn som utløste dette tette samarbeidet (Eller var det påtrykk fra noen overordnede i kommunen f.eks.?)?
- ⇒ Har meldefrekvensen fra spesialisthelsetjenesten og politi variert med antall saker hvor “ulykke” har skjedd som følge av mangelfull oppmerksomhet i tjenestene (jf. Reasons modell)? Dvs.: Har meldefrekvensen gått opp og ned som følge av mye eller lite fokus på barn som har vært utsatt for vold? Eller har antall henvendelser økt som følge av forebyggende innsats fra barnevernstjenestens side?
- ⇒ Er organisasjonen organisert slik at faste personer er i kontakt med spesialisthelsetjenesten (er det et eget team ved politihuset som tar i mot alle henvendelser angående “opplysningsrett” – og “opplysningspliktige” henvendelser?)?
- ⇒ Hvordan informerer tjenestene hverandre ved behov for å drøfte et barn anonymt eller når det foreligger en opplysningspliktig melding?
- ⇒ **Hva er en “typisk barnevernssak” og hva er en “typisk politisak” slik polititjenesten definerer det (jf. spørsmål fra publikum i plenum under kurs om vold mot barn)?**
- ⇒ Hender det at det blir “motstridende” interesser/faglig uenighet mellom barnevernstjenesten, politi og/eller spesialisthelsetjenesten? Har det forekommet at saker skulle vært meldt politiet direkte før barnevernstjenesten? Eller er det “det samme” hvem man melder først? Er det så god rutine at politiet alltid får en sak i tide?
- ⇒ Får dere ofte henvendelser fra barnevernstjenesten angående vold mot barn? Og hvilke kriterier ligger til grunn for at det “åpnes” en sak hos politiet? Hvilke opplysninger skal ligge til grunn for at politiet går videre med det?
- ⇒ Slik politiet ser det; har endring i barnevernloven 01.07.09 (§?) økt meldefrekvensen fra politiet – har det ført til et mer “tverrprofesjonelt” samarbeid?
- ⇒ Har det blitt økt meldefrekvens fra barnevernstjenesten til politi etter at avvergelsesparagrafen ble strengere (har rutinen/instruksen endret seg etter denne skjerpelsen)?
- ⇒ Hva defineres som vold i politiet? Er tjenestene samstemte i definisjonen på vold mot barn eller har dere “hver deres” definisjon (kan få konsekvenser for hvem man anser er under kategorien “opplysningspliktig” melding)?

- ⇒ Hvilke sikkerhetstiltak iverksettes hos politiet når et barn er/blir utsatt for vold i hjemmet?
- ⇒ Hvem ivaretar informasjonsbehovet til barnet når tiltak iverksettes i et tverretattlig samarbeid (jf. at barn har omsorg for/behov for å vite hva som skjer med foreldrene, selv om det er snakk om den voldsutøvende (spesielt biologisk))?
- ⇒ Har de ansatte kjennskap til hverandres tjenester, både lovverk og hva de enkelte tjenestene kan utrette for barn?
- ⇒ Er politiets inntrykk (både innad i egen organisasjon, barnevernstjenesten og spesialisthelsetjenesten) at tjenestene er bevisst på hverandres ressurser og kompetanse når det gjelder barn som opplever vold (eller ved risiko og/eller mistanke)?
- ⇒ Hvor ofte foretas det evalueringer av de samlede tjenestene (finnes det samhandlingsfora i kommunen hvor spesialisthelsetjenesten deltar)?
- ⇒ Hvilke områder i arbeidet med utsatte barn kan bedres for å ivareta deres sikkerhet, både for deres daglige trygghetsopplevelse og deres rettssikkerhet generelt (innad i alle tjenester og evt. sentralt)?
- ⇒ Har politiet merket et økt fokus på vold mot barn innad i spesialisthelsetjenesten etter medieoppslag?

#### **4. Samarbeid med barnevernstjenesten i politiet**

- ⇒ Når utløses meldeplikten til politiet for barnevernstjenesten?
- ⇒ Tar barneverntjenesten kontakt med omsorgspersoner før politiet er koblet inn i politisaker (når saker til politiet går via barnevernstjenesten)?
- ⇒ Melder politiet alle barn under 18 år til barnevernet ved alle politihenvendelser?
- ⇒ (Brukes politiet også ved anonyme henvendelser (når opplysningsretten trer inn før evt. opplysningsplikten))?
- ⇒ (Har avdelingen egen beredskapsplan/handlingsplan for når politiet skal meldes (når opplysningsplikten foreligger))?
- ⇒ Har man faste personer i barnevernstjenesten og barneavdelingen man kontakter til alle døgnetstider ved behov for samarbeid/melding?

#### **5. Samarbeid med barnehus (kun for prosedyre)**

- ⇒ Hvilket samarbeid har dere med barnehuset (som kun har åpent i ukedagene på dagtid)?
- ⇒ Hva hvis det dukker opp saker for barnehusene utenom barnehusets åpningstider?
- ⇒ Er det godt samarbeid og samhandling med andre tjenester i barnehusene?
- ⇒ I hvilke saker er det aktuelt å kontakte barnehuset? Kun i politisaker?

**Til slutt: Er det noe annet De vil trekke fram som kan være utfordringer i forhold til samarbeid og samhandling mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten, politi- og barnevernstjenesten?**

**Og, hvis jeg har behov for å korrigere noe eller innhente flere opplysninger, er det i orden at jeg tar kontakt per telefon eller e-mail?**

## **6. Avvikshåndtering som en del av avdelingens styringsverktøy i fht. risiko - og sårbarhetsfokus (NB! Kun hvis tid)**

- ⇒ Finnes det avvikssystem i politietaten og anvendes dette proaktivt eller mest reaktivt?
- ⇒ Er avvikssystemet mest anvendt ved HMS - problematikk eller også når svikt i rutiner skjer i avdelingen både på personnivå og organisasjonsnivå (avdelingen)?
- ⇒ Er avviksregistreringen mest anvendt ved “uønskede hendelser” (“incident”) eller først når en “skade”/”ulykke” (“accident”) er skjedd?
- ⇒ Får man tilbakemeldinger på avviksmeldinger?
- ⇒ Evaluerer man rutiner, prosedyrer og verktøyene man bruker i tjenesten?
- ⇒ Har det forekommet at det har blitt endringer i rutiner/prosedyrer/styringsverktøy som følge av avviksregistreringer til forbedring i tjenesten?



# Intervjuguide til barnevernstjenesten

**Bakgrunnen for undersøkelsen er å kartlegge samarbeidet og samhandlingen mellom barneavdelinger i spesialisthelsetjenesten, politiet og barnevernstjenesten. Deres kommune har ut fra “referanser” et godt samarbeid mellom disse tjenestene. Hvilke “suksessfaktorer” ligger til grunn for dette?**

## 1. Bakgrunn og barnevernstjenesten generelt

- ⇒ Hva er din stillingsbetegnelse og hvor lenge har du jobbet i barneverntjenesten?
- ⇒ Gjennom Ditt arbeid; har De vært i kontakt med mange barn som utsettes for vold av sine nærmeste omsorgspersoner?
- ⇒ Er det mange ansatte innenfor barnevernstjenesten og med lang ansiennitet? Er de fleste barnevernspedagoger eller sosionomer?
- ⇒ Hvor mange barn har vært i kontakt med barnevernstjenesten på bakgrunn av vold i hjemmet i 2010?

## 2. Ledelse og det tverretatlige samarbeid som helhet

- ⇒ Har tjenesten et godt samarbeid med politi og spesialisthelsetjenesten?
- ⇒ Vold mot barn; hvilke utfordringer slik barnevernstjenesten ser det, ligger i ledelse av tjenestene innenfor barnevern, helse – og polititjenesten når det gjelder samarbeid og samordning av tjenestene? Eller hvilke suksessfaktorer har man oppnådd i ledelsen av disse tjenestene?
- ⇒ Var det noen konkrete saker med vold mot barn som utløste dette tette samarbeidet (Eller var det påtrykk fra noen overordnede i kommunen f.eks.)?
- ⇒ Har meldefrekvensen fra spesialisthelsetjenesten og politi variert med antall saker hvor “ulykke” har skjedd som følge av mangelfull oppmerksomhet i tjenestene (jf. Reasons modell)? Dvs.: Har meldefrekvensen gått opp og ned som følge av mye eller lite fokus på barn som har vært utsatt for vold? Eller har antall henvendelser økt som følge av forebyggende innsats fra barnevernstjenestens side?
- ⇒ Er organisasjonen organisert slik at faste personer er i kontakt med politi og helse (er det barnevernvakten ved politihuset som tar i mot alle henvendelser angående “opplysningsrett” – og “opplysningspliktige” henvendelser?)?

- ⇒ Hvordan informerer tjenestene hverandre ved behov for å drøfte et barn anonymt eller når det foreligger en opplysningspliktig melding?
- ⇒ Hva er en “typisk barnevernssak” og hva er en “typisk politisak” slik barnevernstjenesten definerer det (jf. spørsmål fra publikum i plenum under kurs om vold mot barn)?
- ⇒ Hender det at det blir “motstridende” interesser/faglig uenighet mellom barnevernstjenesten, politi og/eller spesialisthelsetjenesten?
- ⇒ Hvis en sak angående vold mot barn har blitt utløst i barnevernstjenesten, barnet skal utredes helsemessig av en barnelege (poliklinisk?) og undersøkelsen indikerer vold; er det barnevernstjenesten som avgjør hvorvidt det er en politisak og evt. melder politiet selv?
- ⇒ Slik barnevernstjenesten ser det; har endring i barnevernloven 01.07.09 (§?) økt meldefrekvensen fra de andre tjenestene – har det ført til et mer “tverrprofesjonelt” samarbeid?
- ⇒ Har det blitt økt meldefrekvens fra barnevernstjenesten til politi etter at avvergelsesparagrafen ble strengere (har rutinen/instruksen endret seg etter denne skjerpelsen)?
- ⇒ Hva defineres som vold i barnevernstjenesten? Er tjenestene samstemte i definisjonen på vold mot barn eller har dere “hver deres” definisjon (kan få konsekvenser for hvem man anser er under kategorien “opplysningspliktig” melding)?
- ⇒ Hvilke sikkerhetstiltak iverksettes når et barn er/blir utsatt for vold i hjemmet?
- ⇒ Hvem ivaretar informasjonsbehovet til barnet når tiltak iverksettes i et tverretatlig samarbeid (jf. at barn har omsorg for/behov for å vite hva som skjer med foreldrene, selv om det er snakk om den voldsutøvende (spesielt biologisk))?
- ⇒ Har de ansatte kjennskap til hverandres tjenester, både lovverk og hva de enkelte tjenestene kan utrette for barn?
- ⇒ Er barnevernstjenestens inntrykk (både innad i egen organisasjon og politi og spesialisthelsetjenesten) at tjenestene er bevisst på hverandres ressurser og kompetanse når det gjelder barn som opplever vold (eller ved risiko og/eller mistanke)?
- ⇒ Hvor ofte foretas det evalueringer av de samlede tjenestene (finnes det samhandlingsfora i kommunen hvor spesialisthelsetjenesten deltar)?

- ⇒ Hvilke områder i arbeidet med utsatte barn kan bedres for å ivareta deres sikkerhet, både for deres daglige trygghetsopplevelse og deres rettssikkerhet generelt (innad i alle tjenester og evt. sentralt)?
- ⇒ Har barnevernstjenesten merket et økt fokus på vold mot barn innad i spesialisthelsetjenesten (og evt. politi) etter medieoppslag?

### **3. Spesialisthelsetjenestens samarbeid mot barnevernstjenesten**

- ⇒ (1) Opplever De at vold mot barn er en differensialdiagnose helsepersonell på barneavdelinger har i sin bevissthet når barn ankommer barneavdelingen med sykdom/skade og/eller atferdsavvik?
- ⇒ Får De ofte henvendelser fra helsepersonell i spesialisthelsetjenesten ved anonyme pasienthenvendelser (“opplysningsretten” ved mistanke eller tvil)?
- ⇒ Får Dere ofte meldt barn fra spesialisthelsetjenesten ved opplysningspliktig melding (har disse kommet i etterkant av anonyme pasienthenvendelser ved mistanke/tvil)?
- ⇒ Har disse meldingene ført til akutte tiltak fra barnevernstjenesten (kan si noe om alvorlighetsgraden når de innlegges på sykehus)?
- ⇒ Har noen av disse sakene blitt meldt politi av barnevernstjenesten eller har helsepersonell meldt politi selv? Har helsepersonell bedt barnevernstjenesten om å melde politiet ved politisaker (jf. veileder i akutt/generell pediatri angående SBS) når vold mot barnet først ble avdekket i spesialisthelsetjenesten?
- ⇒ Hvilke henvendelser får Dere flest av fra spesialisthelsetjenesten; fysisk, psykisk/ psykososial vold fra sine nærmeste omsorgspersoner?
- ⇒ Har spesialisthelsetjenesten gode oppfølgingsrutiner for barn som er meldt barnevernstjenesten, i etterkant av meldingen ved behov for slik hjelp? Har spesialisthelsetjenesten gode oppfølgingsrutiner ved å henvise barn til BUP, av de barna som blir meldt til barnevernstjenesten? Eller går all oppfølging via barnevernstjenesten (“ordineres alt herfra”)?
- ⇒ Hva ser barnevernstjenesten; hva kjennetegner familien oftest hvor vold mot barn utøves? Er det oftest biologiske omsorgspersoner eller steforeldre? Psykiatri? Sosiale problemer eller ser fasaden fin ut? Vond oppvekst hos omsorgspersonene selv? En ting er hva litteraturen oppgir som årsaker en annen grunn er hva den praktiske hverdag viser i møte med barn.

#### **4. Samarbeid med politiet i barnevernet**

- ⇒ Når utløses meldeplikten til politiet for barnevernstjenesten?
- ⇒ Tar barneverntjenesten kontakt med omsorgspersoner før politiet er koblet inn i politisaker (selv når saker til politiet går via barnevernstjenesten)?
- ⇒ Brukes politiet også ved anonyme henvendelser (når opplysningsretten trer inn før evt. opplysningsplikten)?
- ⇒ Har avdelingen egen beredskapsplan/handlingsplan for når politiet skal meldes (når opplysningsplikten foreligger)?
- ⇒ Har man faste personer i politiet man kontakter (beredskapsvakt for politiet generelt eller finnes det et eget team med vakthavende ansvarsvakt i politiet man kontakter ved behov) ved alle døgnets tider?
- ⇒ Når det gjelder å få saker gjennom Fylkesnemnda hvor man er bekymret for barnet; er det flest saker med politi involvert som går gjennom eller har ikke det betydning når barnevernstjenesten er bekymret/er det lettere å få gjennom slike saker når politi er involvert? Eller får dere gjennom de aller fleste sakene?

#### **5. Samarbeid med barnehus (kun for prosedyre)**

- ⇒ Hvilket samarbeid har dere med barnehuset (som kun har åpent i ukedagene på dagtid)?
- ⇒ Hva hvis det dukker opp saker for barnehusene utenom barnehusets åpningstider?
- ⇒ Er det godt samarbeid og samhandling med andre tjenester i barnehusene?
- ⇒ I hvilke saker er det aktuelt å kontakte barnehuset? Kun i politisaker?

**Til slutt: Er det noe annet De vil trekke fram som kan være utfordringer i forhold til samarbeid og samhandling mellom tjenestene i spesialisthelsetjenesten, politi- og barnevernstjenesten?**

**Og, hvis jeg har behov for å korrigere noe eller innhente flere opplysninger, er det i orden at jeg tar kontakt per telefon eller e-mail?**

#### **6. Avvikshåndtering som en del av avdelingens styringsverktøy i fht risiko - og sårbarhetsfokus (NB! Kun hvis tid)**

- ⇒ Finnes det avvikssystem i barnevernstjenesten og anvendes dette proaktivt eller mest reaktivt?
- ⇒ Er avvikssystemet mest anvendt ved HMS - problematikk eller også når svikt i rutiner skjer i avdelingen både på personnivå og organisasjonsnivå (avdelingen)?
- ⇒ Er avviksregistreringen mest anvendt ved “uønskede hendelser” (“incident”) eller først når en “skade”/”ulykke” (“accident”) er skjedd?
- ⇒ Får man tilbakemeldinger på avviksmeldinger?
- ⇒ Evaluerer man rutiner, prosedyrer og verktøyene man bruker i tjenesten?
- ⇒ Har det forekommet at det har blitt endringer i rutiner/prosedyrer/styringsverktøy som følge av avviksregistreringer til forbedring i tjenesten?

## **7. Barnevernstjenestens samarbeid mot spesialisthelsetjenesten**

- ⇒ Er det mange slike saker i barnevernstjenesten med behov for helsemessige undersøkelser fra spesialisthelsetjenesten?
- ⇒ Er spesialisthelsetjenesten første instans ved behov for helsemessige undersøkelser eller brukes fastlegen/legevakten? Hvilke rutiner er det på slike saker)?
- ⇒ Hvilke forhold utløser mistanken om at et barn blir utsatt for vold av sine omsorgspersoner?
- ⇒ Blir disse barna henvist spesialisthelsetjenesten for undersøkelse ved tvil?
- ⇒ Hvilke tiltak ble satt inn overfor disse barna som ble utsatt for vold?
- ⇒ Hvis det fremdeles ved undersøkelser i hjemmet ikke kan konstateres at et barn blir utsatt for vold; hvilke tiltak eller type “overvåkning” settes inn for å sikre at barnet ikke utsettes for vold? Hvor mange barn ble meldt fra spesialisthelsetjenesten?
- ⇒ Hvor mange barn har vært meldt fra politiet? Har disse vært innom spesialisthelsetjenesten?

## Vedlegg 3 Informasjonsslipp: "Kontakt oss!".

Politiets informasjonsslipp om avsnitt for seksuelle overgrep og grov vold mot barn under 18 år (anonymisert):

FORSIDE TIL INFORMASJONSBRUSJYREN (A5):

**STRAFFELOVEN**  
Eks:

- §192 Voldtekt
- §193 Misbruk av stilling, avhengighetsforhold
- §195 Barn u/ 14 år
- §196 Barn u/ 16 år
- §197 Incest
- §198 Bror eller søster
- §200 Noen som ikke har samtykket
- §204a Seksuelle overgrep på nettet
- §219 Familievold
- §229, 3 straffealternativ  
Grov legemsbeskadigelse

**POLITIDISTRIKT**

  
POLITIET



Etterforskning av  
**Seksuelle overgrep  
og grov vold mot barn**

Kontaktpersoner i . . . . politidistrikt 2011:

BAKSIDEN :

**Avsnitt for seksuelle overgrep og grov vold mot barn under 18 år:**

  
POLITIET

Avsnittsleder/politioverbetjent . . . . .  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .

Politispesialist  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .  
Ansvar dommeravhør/grov vold mot barn

Politispesialist  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .  
Ansvar avhørsteknikk/lyd- og bildeavhør

Politispesialist  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .  
SO-koordinator

Politispesialist  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .  
Ansvar seksuelle overgrep mot barn via pc

Politispesialist  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .  
Ansvar koordinering av dommeravhør

Politispesialist/ familievoldskoordinator  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .

Politiførstebetjent  
tif. kontor . . . . . og mobil . . . . .

Politiadvokat . . . . . tif. kontor . . . . .

**KONTAKT OSS!**  
Politiets sentralbord: 02800

## Vedlegg nr 4

**Seminar: "Samfunnets ansvar ved barnemishandling".**

**Arrangører: Rettsmedisinsk institutt, Oslo, Norsk Rettsmedisinsk Forening og Norsk Barnelegeforening. "Soria Moria", Voksenkollveien 60, Oslo, 7.oktober, 2009.**

**Mange aktører har en rolle når det gjelder å avdekke og å gripe inn ved barnemishandling: helsetjenesten, skoletannlegen, barnevernet, politiet og forskjellige typer sakkyndige. Arbeidet for de mest ubeskyttede, de som mishandles av sine nærmeste, kaller på økt samhandling.**

**Møtet 7. oktober har som mål å samle de forskjellige aktørene for samtale rundt en felles strategi**

**09.00: Åpning. *Barneombud Reidar Hjermann***

**09.15: Hva forteller barnevernsbarna? Hva var det som hjalp?**

**Kom hjelpen for sent? *Førsteamanuensis Reidun Follesø* fra Høyskolen i Bodø har forsket på oppfølging av mishandlede barn. Hun ser utfordringen fra Barnevernets perspektiv.**

**10.00: Drivkrefter og motkrefter i arbeidet for barnas beste**

***Klinikkssjef Jens Grøgaard* ved Barnesenteret, Ullevål Universitetssykehus har gått nye veier når det gjelder samarbeid med politiet i barnemishandlingssaker.**

**Sammen med politioverbetjent Finn Abrahamsen har de kommet frem til radikalt nye rutiner.**

**10.30: Kaffepause**

**11.00: Bedre hjelp til barn som lever med vold i familien**

***Psykolog Magne Raundalen***

**11.30: Politiets rolle i samhandlingen**

***Politioverbetjent Eva Marit Gaukstad fra Agder politidistrikt har utarbeidet en plan sammen med helsetjenesten for behandling av mishandlingsaker.***

**12.00: ”Vennligst forstyr!”- kampanjen, hjelper den?**

***Prosjektleder Marianne Borgen, Redd Barna***

12.30: Lunsj

**13.30: Kan kollisjonsdukker anvendes for å belyse hendelsesforløp?**

***Rettsmedisiner Arne Stray-Pedersen har gått nye veier i forskningen omkring skademekanismer***

**13.45: Nybakte foreldres intervensjonsprogram**

***Richard Nordal, Stine Sofies Stiftelse***

**13.55: Stressreaksjoner hos barn og foreldre ved plassering i barnevernets regi**

***Førsteamanuensis Annika Melinder, Psykologisk institutt***

**14.15: Nærpoliti – synlig og tilstedeværende – virker det?**

***Politiførstebetjent Berit Michelet, Asker og Bærum politidistrikt***

14.35: Kaffe

**15.00-16.00: Hvordan bør helsetjeneste, barnevern og politi samhandle?**

**Plenumsdiskusjon**

**Kursarrangementet er lastet ned fra UiO, Rettsmedisinsk institutt, arrangementer (omformer til mer lesbar utgave etter nedlasting).**



## **Vedlegg nr 5**

**Konferanse om FN's barnekonvensjon ved 20 års markeringen.**

**Arrangør: BLD. "Arbeidernes Hus", Oslo, 19.10.09.**

### **Program**

09.00

**Velkommen v/ Barne- og likestillingsministeren**

### **Barnekonvensjonens internasjonale og juridiske status**

09:15

**20 år med FNs barnekonvensjon – internasjonale erfaringer og utfordringer v/  
professor dr. juris Lucy Smith**

09:45

**Barnets rettigheter på barnets premisser – særlige utfordringer i forholdet mellom  
FNs barnekonvensjon og norsk rett  
v/ førsteamanuensis dr. juris Karl Harald Søvig,  
Universitetet i Bergen**

10:15 Pause

### **Utfordringer for kommunene ved implementering av barnekonvensjonen**

10:30

**Barns rett til å bli hørt i enkeltsaker – barnekonvensjonens bestemmelser og norsk  
lov v/ førsteamanuensis dr. juris  
Elisabeth Gording Stang, Høgskolen i Oslo.**

11:00

**Om å lytte så barn snakker – om å snakke så barn lytter**

**v/ psykologspesialist Haldor Øvreeide**

11:30

**Samtalen med barn i barnevernet**

**v/ faglederne Inger Hilde Østensen og Turid Rogstad,**

**Sagene bydel i Oslo**

12:00 Lunsj

13:00

**Diskrimineringsvernet i barnekonvensjonen og i norsk rett**

**v/ rettighetsrådgiver Marianne Hagen,**

**Redd Barnas Norges-program**

13:30

**Diskrimineringsvernet i kommunal praksis**

**v/ordfører Ivar Prestbakmo, Salangen kommune (uteble)**

14:00 Pause

**Hvordan gjøre barnekonvensjonen til et aktivt redskap i kommune-Norge?**

14:15

**Sjumilssteget – et verktøy for kvalitetssikring av tilbudet til barn og familier v/**

**fylkesmann i Troms, Svein Ludvigsen**

14:45

**Paneldebatt med følgende deltakere:**

**Unge funksjonshemmede • Redd Barnas ungdomsorganisasjon PRESS •**

**Barneombudet • Forum for Barnekonvensjonen •**

**Ordfører i Salangen • Ordfører i årets barne- og ungdomskommune • Statssekretær i Barne- og likestillingsdepartementet**

15:45

**Avslutning**

**v/Barne- og likestillingsdepartementet**

**Konferansier**

**Redaktør Aslak Bonde**

*Barnekonvensjonen ble vedtatt av FNs generalforsamling 20. november 1989. Barne- og likestillingsdepartementet ønsker å markere 20-års jubileet gjennom en dagskonferanse med bred deltakelse 19. november 2009. Målet med konferansen er både å belyse barnekonvensjonens internasjonale betydning og vise hvordan konvensjonen kan knyttes til de utfordringer vi står overfor i Norge.*

*Konferansen vil spesielt belyse to av de generelle prinsippene i barnekonvensjonen. Artikkel 12 gir barn retten til å si sin mening og bli hørt: Hvordan kan barn og unge sikres reell innflytelse på beslutninger som vedrører dem – i barnevernet, i barnefordelingsaker, i helsetjenesten? Artikkel 2 gir barn retten til ikke-diskriminering – f.eks. overfor barn med nedsatt funksjonsevne, barn med svake språkkunnskaper, barn med minoritetsbakgrunn. Barnekonvensjonen må gjøres til et aktivt redskap for å sikre barns rettigheter i norske kommuner.*

*Målgrupper for konferansen er kommuneansatte og kommunepolitikere, fylkeskommuner, fylkesmannsembeter, departementer, direktorater og etater.*

*Målgrupper er også universiteter, utdanningsinstitusjoner og forskningsmiljø med ansvar for ulike sider av barns oppvekstsvilkår. Barneombudet og frivillige organisasjoner er viktige aktører i arbeidet med barns rettigheter i Norge. De har vært samarbeidspartnere, og er målgrupper for konferansen.*

**Kursarrangementet er lastet ned fra Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartement, FN's barnekonvensjon, FNs barnekonvensjon logo, kurs 19.10.2009.**

## **Vedlegg nr 6**

**Temadag: "Mishandling av barn".**

**Arrangør: Stavanger Universitetssykehus. Store Aula, 21.10.2010.**

### **Program:**

**0900-0910: Velkommen v/ Bente Ellingsen**

**0910-1040: Symptomer, tegn, utredning v/ Kathinka Anne Aslaksen**

**1040-1110: Pause**

**1110-1155: Røntgenfunn v/ Gry Behzadi**

**1155-1240: Pause**

**1240-1325: Dokumentasjon/ legeerklæring v/ Christian Ellingsen**

**1325-1410: Samarbeid/bevisførsel v/ Politi (og barnevern – uteble av misforståelse)**

**1410-1500: Paneldebatt, tverrfaglig**

## Vedlegg 7: Paragraf 139 og 219 i Straffeloven

Stortinget har vedtatt at avvergingsplikten skal gå foran taushetsplikt. Denne bestemmelsen innebærer at man har en plikt til å kontakte politiet eller på annen måte forsøke å avverge en alvorlig straffbar handling hvis man holder det som mest sannsynlig at det vil bli begått. Det er også blitt straffbart å medvirke til brudd på avvergingsplikten. I tillegg er avvergingsplikten utvidet til å omfatte flere alvorlige lovbrudd, som for eksempel vold i nære relasjoner og flere typer seksuallovbrudd mot barn (Statssekretær Terje Moland Pedersen, 16.06.2010, regjeringen.no).

**§ 139.** Med bot eller fengsel inntil 1 år straffes den som unnlater å anmelde til politiet eller på annen måte å søke å avverge en straffbar handling eller følgene av den, på et tidspunkt da dette fortsatt er mulig og det fremstår som sikkert eller mest sannsynlig at handlingen vil bli eller er begått. Avvergingsplikten gjelder uten hensyn til taushetsplikt og innebærer en plikt til å avverge mytteri, krigsforræderi, spionasje eller forbund om rømning etter militær straffelov eller en forbrytelse mot lov om forsvarshemmeligheter §§ 1, 2, 3 eller 4 eller en forbrytelse som nevnt i denne lovs §§ 83, 84, 86, 87 nr. 2, 90, 91, 92, 93, 94, 98, 99, 99a, 100, 104a, 148, 149, 150, 151a, 151b første og tredje ledd, 152, 152a, 153, 153a, 154, 159, 169, 192, 193, 195, 197, 199, 200 annet ledd, 217, **219**, 223 annet og tredje ledd, 225, 229 annet og tredje straffalternativ, 231, 233, 233a, 234, 242, 243, 267, 268 eller 269 eller følgene av en av disse handlingene. Ved forbrytelse mot §§ 197 og 199 gjelder plikten likevel bare når fornærmede er under 16 år. Medvirkning straffes på samme måte.

Dog er han straffri, såfremt forbrytelsen ikke kommer til fullbyrdelse eller til straffbart forsøk, eller såfremt avvergelsen ikke kunne skje uten å utsette ham selv, noen av hans nærmeste eller noen uskyldig for tiltale eller fare for liv, helbred eller velferd.

På samme måte, dog i intet tilfelle med høyere straff enn den for forbrytelsen selv satte, straffes den overordnede, der har unnlatt å hindre en i hans tjeneste forøvet forbrytelse, såfremt dette var ham mulig.

Endret ved lover 15 des 1950 nr. 6, 18 juni 1971 nr. 81, 16 juni 1989 nr. 68, 11 aug 2000 nr. 76. 25 juni 2010 nr. 47 (Lovdata.no).

**§ 219.** Den som ved å true, tvinge, begrense bevegelsesfriheten til, utøve vold mot eller på annen måte krenke, grovt eller gjentatt mishandler

- a) sin tidligere eller nåværende ektefelle,
- b) sin eller tidligere eller nåværende ektefelles slektning i rett nedstigende linje,
- c) sin slektning i rett oppstigende linje,
- d) noen i sin husstand, eller
- e) noen i sin omsorg

straffes med fengsel inntil 4 år.

Dersom mishandlingen er grov eller fornærmede som følge av handlingen dør eller får betydelig skade på legeme eller helse, er straffen fengsel inntil 6 år. Ved avgjørelsen av om mishandlingen er grov, skal det særlig legges vekt på om den har vart over lang tid og om det foreligger forhold som nevnt i § 232.

Medvirkning straffes på samme måte.

Endret ved lover 21 des 2005 nr. 131 (ikr. 1 jan 2006 iflg. res. 21 des 2005 nr. 1580), 25 juni 2010 nr. 46 (Lovdata.no).