

MASTEROPPGAVE HØST, NOVEMBER 2021

*Hvordan kan barneverntjenesten tilnærme seg, og avdekke mistanken om
Munchausen by proxy, i sin undersøkelse?*



Universitetet
i Stavanger

DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET
Institutt for sosialfag
Master sosialfag 2019-2021

Kandidatnummer: 7002
Kandidat: Karoline Haugen-Haugland
Veileder: Richard Michael Piech

Antall ord: 25000

**MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG
MASTERGRADSOPPGAVE**

SEMESTER: Høst 2021

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Karoline Haugen-Haugland

VEILEDER: Richard Michael Piech

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Hvordan kan barneverntjenesten tilnærme seg, og avdekke mistanken om Munchausen By Proxy, i sin undersøkelse?

EVT. Engelsk tittel: How can the child welfare service approach, and uncover the suspicion of Munchausen by Proxy in its investigation?

EMNEORD/STIKKORD:

Barnemishandling, barnevernsundersøkelse, Munchausen by Proxy,

ANTALL SIDER: 82

STAVANGER

14.11.2021

DATO/ÅR

Karoline Haugen-Haugland

Kandidatens navn

Førord

Da jeg startet mitt utdanningsforløp på Master i sosialfag ved Universitet i Stavanger høsten 2019 hadde jeg klare tanker om hvorfor jeg valgte nettopp denne studien, og hva jeg ville med det. Jeg hadde på forhånd bestemt meg for å fordype meg i Munchausen By Proxy, fordi jeg opplevde som saksbehandler i barneverntjenesten at man ikke helt visste hvordan man skulle gripe tak i denne problematikken, og ville dermed finne ut av dette via en Master med kvalitative intervjuer.

Dette har vært en utrolig lærerik prosess, både i form av kunnskapen om temaet som jeg har tillært meg, men også hvordan min akademiske skriving har forbedret seg.

Jeg vil gjerne først og fremst få takke min veileder for å ha oppmuntret meg, støttet og hatt tro på temaet jeg ønsket å fordype meg i, og for å alltid ha sett på oppgaven med en positiv holdning. Takk for dine konstruktive tilbakemeldinger og tilgjengelighet for veiledning, det har bidratt til ny kunnskap og fremdrift i studien.

Jeg vil også takke informantene for den viktige og avgjørende kunnskapen de sitter inne med, hadde det ikke vært for dem ville ikke denne oppgaven eksistert. Alt dere har sagt har bidratt til videre motivasjon, og et ønske om å lære og vite mer.

Jeg vil også takke arbeidsplassen min for muligheten til på studere ved siden av, og for å ha tilrettelagt for dette.

Til slutt ønsker jeg å takke familie og venner for motiverende ord og støtte, samt forståelse for min situasjon. En spesiell takk vil jeg rette til min partner Inger Therese, som har vært mer en god til å tidvis være alene med tre barn, for at jeg skulle få fullført min mastergrad. Du har også vært motiverende og hjelpsom i alle situasjoner, og uten deg ville jeg ikke ha kunnet gjennomføre studien. Jeg er utrolig heldig og takknemlig for at jeg har deg.

Stavanger, november 2021

Karoline Haugen-Haugland.

Sammendrag

Målet med denne Masteroppgaven er å finne ut hva som må til for å kunne avdekke mistanken om Munchausen by Proxy (medisinsk barnemishandling). Hensikten med oppgaven er å oppnå innsikt i denne typen mishandling, og forståelse for de faktorene som viser seg å være avgjørende for å kunne avdekke mishandlingen. Fokuset i denne studien ligger dermed i hva som må til for å kunne komme i posisjon til omsorgspersonen og barnet.

Oppgavens kontekstuelle ramme bygger på empirien og den felles forståelsen av fenomenet mellom utvalget, som består av barneverntjenesten og barneleger. Barnelegene får et stort fokus i oppgaven fordi det er de, i disse situasjonene som ser barnet mest og innehar den medisinske kunnskapen.

Det teoretiske grunnlaget for studien er tverrfaglig samarbeid og forutsetningene for dette, samt informasjonsinnhenting, informasjonsbearbeiding og informasjonsdeling.

Metoden som er anvendt i studien er kvalitative intervjuer, med saksbehandlere fra barneverntjenesten og barneleger ansatt ved barne- og ungdomsklinikker ved sykehus i Norge. Det ble gjennomført 5 individuelle intervjuer, med 2 saksbehandlere og 3 barneleger. Analysen og funnene ble foretatt ved hjelp av tematisk analyse.

Analysen viser at dersom man tar i bruk verktøy i form av tverrfaglig samarbeid, bearbeider informasjonen man mottar i sin fullstendighet, bruker lovverket slik det skal anvendes, så kommer man langt i disse sakene og det åpner seg muligheter for å kunne avdekke mistanken.

Innholdsfortegnelse

Forord

Sammendrag

1.0 Innledning	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	9
1.2 Munchausen by proxy.....	10
1.3 Munchausen by proxy – Historikk.....	10
1.4 Terminologi.....	11
1.5 Begrepsavklaring.....	12
1.6 Studiens relevans.....	12
1.7 Studiens oppbygging.....	13
2.0 Tidligere studier	13
2.1 Tidligere forskning.....	14
3.0 Teori	17
3.1 Barnevernets samfunnsmandat.....	18
3.2 Barnevernets undersøkelse.....	18
3.3 Undersøkelse med mistanke om Munchausen y Proxy.....	19
3.4 Informasjonsinnhenting, informasjonsbearbeiding og informasjonsdeling.....	20
3.5 Taushetsplikt.....	22
3.6 Samarbeid og samhandling.....	23
3.7 Tverrfaglig samarbeid og samhandling.....	23
3.8 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid og samhandling.....	25
3.9 Hva hemmer og fremmer godt samarbeid.....	26
4.0 Metode	27
4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt.....	27
4.2 Hermeneutisk tilnærming.....	27
4.3 Kvalitativ metode og forskningsintervju.....	28
4.4 Etske hensyn i forskningsprosessen.....	29
4.5 Min forforståelse og forberedelse til studien.....	30
4.6 Rekruttering og valg av informanter.....	31
4.7 Reliabilitet og validitet.....	32
5.0 Analyse	33

6.0 Presentasjon av funn	35
6.1 Forståelsen av Munchausen by Proxy.....	35
6.1.1 Oppdage MBP og mørketall.....	38
6.1.2 Mistanken og «røde flagg».....	39
6.2 Omsorgspersonen/overgriperen.....	41
6.2.1 Atferden.....	41
6.2.2 Omsorgspersonens bakgrunn.....	42
6.2.3 Medisinsk mishandling VS «ordinær» mishandling.....	43
6.2.4 Ulike former for overgrep for å fremkalle symptomer.....	44
6.3 Utvalget som ansatt og deres posisjon i disse sakene.....	45
6.3.1 Arbeidsplassens håndtering av MBP.....	45
6.3.2 Å sitte med mistanken.....	48
6.3.3 Taushetsplikt.....	49
6.4 Samarbeid mellom helsevesen og barnevern.....	50
6.4.1 Hva må til for å få et godt samarbeid.....	53
6.4.2 Ulike tilnærminger.....	54
6.4.3 Burde man hatt en prosedyre/mal for gjennomføring av disse sakene....	55
6.5 Å avdekke mistanken.....	56
6.5.1 Gjennomføring av samtale med familien.....	56
6.5.2 Nøkkelen til avklaring om det foreligger MBP.....	58
6.5.3 Avdekke MBP.....	59
6.5.4 Når omsorgspersonen avsløres.....	61
7.0 Diskusjon	62
7.1 Generelle funn og karakteristika med MBP.....	63
7.2 Informasjonsinnhenting.....	64
7.3 Informasjonsbearbeiding.....	65
7.4 Informasjonsdeling.....	65
7.5 Tverrfaglig samarbeid.....	67
8.0 Konklusjon	69
9.0 Litteraturliste	70

Vedlegg:

- 1 – Tilbakemelding Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD)
- 2 – Informasjonsskriv og samtykkeskjema
- 3 - Intervjuguide

1.0 Innledning

Denne oppgaven undersøker fenomenet «Munchausen By Proxy» - heretter kalt MBP, også kjent som medisinsk barnemishandling. Hovedfokuset er rettet mot barneverntjenesten og hvordan de ved hjelp av saksbehandlere og barnelegers kunnskap og erfaring kan bidra til denne studien. Målet er å kunne avdekke mistanken av MBP og finne ut hvordan man bør tilnærme seg familiene som er rammet av fenomenet. Barnemishandling er definert av Verdens helseorganisasjon (WHO) på en dekkende måte; *«Barnemishandling er overgrep og omsorgssvikt som oppstår for barn under 18 år. Den inkluderer alle typer fysisk og/eller emosjonell mishandling, seksuelle overgrep, omsorgssvikt, uaktsomhet og kommersiell eller annen utnyttelse, noe som resulterer i faktisk eller potensiell skade på barnets helse, overlevelse, utvikling eller verdighet i sammenheng med et forhold mellom ansvar, tillit eller makt»* (WHO, 2020).

I USA antas Munchausen by proxy for å ligge bak flere barnedrap hvert år og anses derfor som en alvorlig kriminell handling som kan få dødelige følger (Malt, 2021). Forskning viser at mishandlede barn ofte viser frykt, at de preges av regresjoner, har somatiske uttrykk for stress som søvnproblemer, sengevæting, enurese, hodepine, magesmerter og diare. I voksen alder rapporterer de som ble utsatt for mishandling i oppveksten om lav livskvalitet og flere helseplager (Kvello, 2015, s.401). Medisinsk mishandlede barn blir dog skadet i alle aspekter av livet; Helse, daglig funksjon, sosialt, psykologisk og utdanning. Skaden kommer direkte fra omsorgspersonen, men også kanskje fra medisinske reaksjoner (Glaser, 2020). Tidligere studier av publiserte MBP saker har vist at dødeligheten for ofre av MBP er mellom 6 og 10%, noe som muligens utgjør MBP til den mest dødelige formen for overgrep mot barn (Anderson, Feldman & Bryce, 2018).

Barneverntjenesten har i oppgave å gjennomføre undersøkelser som medfører håndtering av barnemishandling, inkludert MBP «sakene». I Norge har vi lover og regler som regulerer hva barnevernet har lov til å gjøre, men i hovedsak skal prinsippet om barnets beste være førende. Ifølge Lasher & Sheridan (2004) finnes det en guide på 4 prinsipper som barnevernet burde følge for god veiledning gjennom undersøkelser som gjelder MBP.

1. Ta bekymringsmeldingen alvorlig.
2. Tildel saken passende ansatt/personell.
3. Betrakt saken som høy risiko-sak, og avgjøre om det er behov for beskyttelse av barnet.

4. Ikke kontakt omsorgspersonen (overgriperen), offeret eller familien som første handling (Lasher & Sheridan, 2004, s. 118).

Hensikten og formålet med denne studien er å undersøke hvordan man bør tilnærme seg, og komme i posisjon rundt fenomenet Munchausen by proxy og familien det rammer fra et barnevernfaglig perspektiv, for å kunne avdekke mishandlingen og dermed redde barnet fra videre mishandling. Dette skal undersøkes med utgangspunkt i erfaringer fra barneleger og saksbehandlere i barnevernet. På bakgrunn av oppgavens omfang og sjeldenhet har jeg måttet avgrense utvalget til en gruppe på 3 barneleger og 2 saksbehandlere fra barneverntjenesten.

1.1 Bakgrunn for valg av tema/problemstilling

Interessen og fascinasjonen over Munchausen by Proxy, oppsto først i 2018, da jeg arbeidet som saksbehandler ved en kommunal barneverntjeneste. Vi mottok bekymringsmeldinger fra en skole som selv mente de kunne ha et tilfelle av MBP, grunnet en elev som til stadighet var syk, var sjelden på skolen og satt i rullestol – men eleven satt kun i denne når mor var tilstede. De opplyste også om mors økende energi når det var snakk om datterens synkende fungering.

Jeg har lest mye om fenomenet og sett både spillefilmer og dokumentarer, som har bidratt til mitt ønske om å skrive en oppgave om det. Jeg er ikke bare fascinert, men i grunnen veldig bekymret med tanke på mørketallene som fremkommer. Dette ønsker jeg å gjøre noe med og tenker at en god begynnelse vil være å forske og skrive om det.

Ut i fra lite forskning på området, samt min egen erfaring gjennom mitt arbeid i, ønsker jeg å undersøke hvordan man kan gjennomføre en trygg undersøkelse i barneverntjenesten for å kunne avdekke der man har mistanke om MBP i en familie. Jeg har formulert følgende problemstilling:

Hvordan kan barneverntjenesten tilnærme seg, og avdekke mistanken om Munchausen by proxy, i sin undersøkelse?

1.2 Munchausen by proxy

Munchausen syndrom er en tilstand der en pasient presenterer symptomer og tegn i/på seg selv, som viser seg å være fabrikkerte eller selvpåførte. Vedkommende produserer bevisst symptomer og funn som ofte blir på dramatisk vis presentert som et problem for helsevesenet. Det er ikke økonomisk vinning som ligger til bunns i dette, men et ønske om oppmerksomhet, empati eller bare det å bli tatt vare på. Vedkommende lider av et dypt behov for å fremstå som eller å være syk, og trangen for det kan bli så sterk at den får vedkommende til å skade eller forgifte seg selv for å opprettholde illusjonen om en kroppslig sykdom (NHI, 2020).

Munchausen syndrom *by proxy* er nokså lik Munchausen syndrom, men *by proxy* betyr «stedfortreder», som betyr at en person fabrikkerer eller påfører en annen person symptomer eller sykdom. Dette kan forekomme i ulike relasjoner, men i de fleste tilfeller er det omsorgsperson-barn relasjon hvor dette foregår. Denne studien blir beskrevet fra et barneverns perspektiv, og det vil da være naturlig å ta for seg omsorgspersoner og deres barn som utgangspunkt for fenomenet.

Munchausen by proxy er en form for barnemishandling som inneholder fabrikkering av symptomer hos barnet eller overdrivelse når faktiske symptomer eller sykdom beskrives. Det kan være oppdiktet sykehistorikk, forfalskning av symptomer eller dokumenter, eller direkte påført symptomer eller sykdom. Symptomene presenteres så for helsevesenet av omsorgsgiver/overgriper sammen med en bekymring for sykdom hos barnet. Dette kan lede videre til en unødvendig utredning og mulig feilaktig behandling og kan være både ubehagelig og smertefull og noen ganger innebære en risiko for komplikasjoner og skader. Barnas liv og helse settes ofte i fare, på bakgrunn av skadene dem blir påført for å fremkalle symptomer. I tillegg vil det være en stor psykisk belastning for barnet med den feilaktige sykeliggjøringen, og ofte blir disse barna også utsatt for andre typer overgrep i tillegg. Søsken er ofte også utsatt og liknende sykdom eller symptomer er beskrevet hos opptil 60%. Det er også viktig å ha med seg at omsorgspersonene til disse barna også er deres overgripere, men at de ønsker å fremstå som gode (Helsebiblioteket, 2013).

1.3 Munchausen By Proxy - Historikk

Baron Karl Friedrich von Munchhausen (1720-1797) var en kavalerioffiser som ofte fortalte sine gjester historier fra hans opplevelser i den russisk-tyrkiske krigen. Historiene var angivelig sanne, men senere ble det skrevet en bok om alle fortellingene, som ble betegnet

Baron von Munchhausens fortellinger. Boken ble en sensasjon, men navnet «Munchausen» ble etterhvert likestilt med ville løgner, fordi fortellingene hans var så voldsomme og fantasirike. Selv om baronen og hans historier aldri hevdet eller overdrev sykdom, laget den britiske legen Richard Asher begrepet *Munchausen Syndrom* i 1951 for å henvise til individer som søkte den «syke rollen» ved å fabrikere dramatiske og fysiske plager i seg selv (Lasher & Sheridan, 2004, s.4). Roy Meadow skapte i 1977 begrepet; «Munchausen Syndrome by Proxy (MSBP) i Storbritannia og presenterte det som en nylig anerkjent, men sjelden form for barnemishandling. Slik Meadow beskriver tilstanden, er det de aktive og utilsiktede bidragene fra leger og helsepersonell som svar på foreldrenes rapportering av barnets symptomer, som skiller denne formen for barnemishandling fra andre former (Glaser, 2020).

1.4 Terminologi

Det opprinnelige uttrykket *Munchausen syndrome by Proxy (MSBP)* er fortsatt det uttrykket som blir mest brukt i USA og andre land, og flere termer har blitt tillagt underveis. For eksempel *Factitious Disorder By Proxy*, *Pediatric Condition Falsification (PCF)* og *Medical Child Abuse (MCA)* er fortsatt i bruk, spesielt i USA. Mens i Storbritannia, Australia og New Zealand bruker man begrepet *Fabricated or Induced Illness (FII)*. De ulike begrepene gjenspeiler fokus på de ulike aspektene ved tilstanden, og tillegger vekt på overgriperens tankesett/oppførsel, selve overgrepet, og barnet (Glaser, 2020). Ifølge Lasher & Sheridan (2004) er det viktig å forstå forskjellen mellom Munchausen Syndrome og Munchausen by proxy, og andre like tilstander/diagnoser som er nevnt ovenfor, da intervjuinformasjon, rapporter, rettsutskrifter og byrådiskusjoner osv. kan ofte bli feiltolket ved feil bruk av terminologien (Lasher & Sheridan, 2004, s.17). Glaser (2020) finner også skillene mellom begrepene som viktige, for selv om kriteriene for MBP, FDIoA og PCF krever bekreftede bedrag fra omsorgspersonen, er dette ikke nødvendig som et kriterium i andre terminologier som MCA og FII. Disse skillene har viktige implikasjoner for barnevern og overordnede styringsmetoder (Glaser, 2020). Terminologien er også viktig å få frem i denne studien for å forstå alvorlighetsgraden dersom man bruker feil terminologi, eller mistolker situasjoner. De siste årene har det blitt satt mer fokus på MBP, og det har vært forvirring mellom MBP og andre former for barnemishandling og barnedød. Det har for eksempel vært tilfeller av barnemord hvor foreldrene feilaktig har rapportert om kidnapping. Dette er klare forsøk fra foreldre på å avlede mistanke fra egen kriminalitet. Det er også rapportert om tilfeller der

barnemord har blitt feildiagnostisert som plutselig barnedød (krybbedød) (Lasher & Sheridan, 2004, s.23). Alle former for barnemishandling, inkludert MBP, ekte sykdom og krybbedød må diagnostiseres riktig. Ved diagnostisk forvirring kan det gjøres stor skade. Eksempelvis, hvis MBP blir feilaktig bekreftet, så vil noen bli feilaktig anklaget og søket etter en løsning på barnets symptomer kan avsluttes. Og motsatt, hvis ekte MBP ikke oppdages, vil et barn lide og kanskje pådra seg permanent skade (Lasher & Sheridan, 2004, s.23).

1.5 Begrepsavklaring

Herunder vil jeg redegjøre for relevante begrep som blir tatt i bruk i studien, for å vise hva som menes med begrepet i denne kontekst.

- Omsorgssvikt: Her svikter man barnet. Det handler om *mangel på handling*, i motsetning til mishandling, vold, overgrep og utnyttelse som er aktiv påføring av krenkelser. Omsorgssvikt omhandler en betydelig sviktende ivaretagelse av barnets grunnleggende behov for stimulering, oppfølging og beskyttelse (Kvello, 2015, s.213).
- Omsorgsperson: I denne studien er omsorgspersonen en vedkommende som har ansvaret og omsorg for et barn. En person som i utgangspunktet skal vise omsorg for barnet og er ansvarlig for det. Oftest gjelder dette barnets forelder.
- Mishandling: «*En fellesbetegnelse for ytringer (for eksempel trusler, nedverdigelser) eller handlinger (for eksempel vold) som en person bruker overfor en annen, og som innebærer krenkelse av den enkeltes fysiske eller psykiske integritet og som påfører offeret helseskade (fysisk eller psykisk)*» (Malt, 2019).

1.6 Studiens relevans

Det er forsket relativt lite på MBP fra et barnevern perspektiv, og det er derfor behov for et større fokus på denne problematikken. I følge Kvello (2015) har mange ansatte i hjelpeapparatet for barn og unge fra ingen til liten kunnskap om tilstanden. Det er også grunn til å anta at det finnes store mørketall fordi det er vanskelig å avdekke MBP (Kvello, 2015,

s.406), og dermed færre tilfeller å undersøke for barnevernet, som igjen genererer lite erfaring. Studien er dermed relevant blant annet fordi det er viktig å øke kunnskap og kompetansen til de ansatte i barnevernet. Barne- og likestillingsdepartementet nedsatte et utvalg hvor mandatet var å se på kompetansebehovet i barnevernet og kom derav med flere tilrådninger for å styrke bachelorutdanningene i barnevernet og ha økt forskningsinnsats på barnevernsfeltet ved å blant annet innføre master- og doktorgrad i barnevernsutdanningen (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 38). For å kunne oppnå en tilstrekkelig bred og relevant kompetanse for barnevernsarbeid, er det nødvendig med omfattende og målrettet læring, som hjelper de ansatte til å bli og forbli rustet til å kunne ivareta de krevende arbeids- og samfunnsoppgaver som barnevernsansatte har. I særlig grad innebærer samfunnsoppdraget å ta ansvar for barn og unge i vanskelige livssituasjoner, og skal kompetansen være troverdig, må både arbeidsgiver og de ansatte ta ansvar for at den fagkompetansen de har ervervet seg, blir vedlikeholdt og videreutviklet (NOU 2009: 8, s.84).

1.7 Studiens oppbygging

Jeg har i innledningskapittelet redegjort for studiens tema, relevans og problemstilling. I kapittel 2 vil jeg ta for meg tidligere forskning for å så gå videre til kapittel 3 som tar for seg det teoretiske grunnlaget for studien. I kapittel 4 presenterer jeg metodevalget og det vitenskapsteoretiske utgangspunktet, presentasjon av deltakerne og informasjon om intervjuene og etiske hensyn i forskningsprosessen. I det femte kapittelet går jeg gjennom analysen og analyseprosessen, som er inspirert av Braun & Clarkes (2008) 6 faser. Deretter kommer kapittel 6 som tar for seg presentasjon av funn, som da blir diskutert i kapittel 7, hvor de største funnene er trukket ut til å være gjeldene for barnevernets arbeid, tilnærming og avdekking av MBP. I det siste kapittelet kommer jeg med en konklusjon.

2.0 Tidligere studier

De fleste resultatene som fremkommer når det søkes på tidligere studier er fra «helsesiden», hvor man finner både bachelor- og masteroppgaver, artikler, samt annen forskning som omhandler barnemishandling.

Jeg har vært innom forskning på både det sosialfaglige og det medisinske, innen barnepediatri. Jeg måtte også belage meg på at det meste av forskning og tidligere studier er gjennomført i andre land, og at mye av forskningen som blir gjengitt i denne studien er internasjonale studier. I Norge er det ikke blitt forsket like mye på området, slik det er blitt gjort i USA, hvor det henholdsvis også er laget både dokumentarer og serier basert på denne problematikken.

2.1 Tidligere forskning

Herunder følger det en gjennomgang av forskning som er gjennomført og konklusjonen av disse.

I en systematisk gjennomgang av 796 MBP saker, fant Yates & Bass (2017) ut at nesten alle overgriperne var kvinner og mor til offeret (Yates & Bass, 2017), og det ser ut til at kvinner generelt er mer utsatt for å misbruke barna sine med medisinske midler (Fraser, 2008; Robins & Sesan, 1991 i Yates & Bass, 2017). Ut i fra samme gjennomgang finner man også at overgriperne hadde et helserelatert yrke i nesten halvparten av tilfellene, mens noen overgripere kan ha løyet om yrkeshistorien deres, fordi de er så opptatt og glad i sykehuspersonalet. Det kan også nevnes her at patologisk løgn er også vanlig (Yates & Bass, 2017).

I 30% av tilfellene var en historie med mishandling i barndommen vanlig og Yates & Bass' analyse ga høye forekomster av tilhørende psykiatiske problemer, som; depresjon, rus- og alkoholmisbruk, suicidalitet, selvskading og personlighetsforstyrrelse – da spesielt Borderline personlighetsforstyrrelse. Munchausen Syndrom ble identifisert hos nesten en tredjedel av gjerningsmennene, og i en rekke tilfeller eskalerte omsorgspersoner til MBP da de ikke lenger ble tilfredsstilt av Munchausen syndrom – for eksempel da de ble avslørt. Det er også funnet ut her at overgriperne av MBP mest sannsynlig vil gå over i Munchausen syndrom- oppførsel etter å ha blitt separert fra barnet (offeret) (Yates & Bass, 2017). Det er i følge Bass & Jones, 2011 i Yates & Bass (2017) økt risiko for at barn med foreldre med Munchausen syndrom har en økt risiko for MBP og kan ha langsiktig risiko for å utvikle Munchausen syndrom selv (Yates & Bass, 2017). Overgriperne ved MBP har vist seg å være storbrukere av gynekologiske tjenester, og det er rapportert om at 70% av overgriperne har rapportert om for tidlig fødsel, blødning før fødsel eller akutt keisersnitt (Yates & Bass, 2017), altså mange av overgriperne starter tidlig.

I en kvalitativ undersøkelse over nett av medisinsk barnemishandling, gjennomført av Anderson, Feldman, & Bryce (2018) fremkommer det at når en mor med MBP blir konfrontert om oppførselen hennes, kan mishandlingen eskalere som et forsøk fra morens side på å «bevise» hvor sykt offeret er. Det er ofte på dette tidspunktet at MBP kan umiddelbart bli livstruende (Anderson, Feldman & Bryce, 2018).

Den samme undersøkelsen fant også tre hovedmotivasjoner som overgriperne innehar; tidligere erfaringer med misbruk, altså at overgriperen selv ble utsatt for overgrep som barn og at de fulgte et mønster de alltid har kjent. Den neste faktoren for motivasjon var kontroll, enten fordi overgriperne manglet kontroll i andre aspekter av livet eller fordi de opplever en tilfredsstillende av de bedragerske historiene om heltemodighet de forteller. Den siste motivasjonen er nytelse over det å forårsake sykdom, og det adrenalinet de opplever ved å motta sykehusbehandling (Anderson, Feldman & Bryce, 2018).

En undersøkelse gjennomført av Kvello (2010), viser at temaer som mishandling, omsorgssvikt og seksuelle overgrep er viet for liten plass i utdanningen til sykepleiere og leger i Norge. I følge Lane & Dubowitz (2009) i Kvello (2010) hevder helsepersonellet selv at de har for lite kompetanse på disse områdene. Hvert år er det derfor flere tilfeller av omsorgssvikt og barnemishandling som ikke avdekkes når barn er pasienter på somatiske sykehus (Kvello, 2010, s. 404). Dessuten kan man ikke anse barn som trygge på sykehus med mindre de er adskilt fra overgriperen/omsorgspersonen eller satt under overvåkning, da i 54,4% av tilfellene i studien til Yates & Bass (2017) fortsatte overgrepene selv når offeret/barnet ble innlagt på sykehus (Yates & Bass, 2017).

Ifølge Kvello (2010) er det ingen gode rutiner for samarbeid mellom medisinsk personell og barnevernet for å avdekke mishandling eller overgrep, og medisinsk personale er generelt kjent for å rapportere lite til barnevernet – noe som bekreftes via årlige tall og statistikker fra SSB, ved gjennomgang av hvem som melder bekymring til barneverntjenesten (Kvello, 2010, s. 405).

Som en hovedregel kan man si at Munchausen by proxy rammer hyppigst barn som er under 4-5 år gamle – selv om 25% av ofrene er over 6 år gamle. Men studier dokumenterer også at barn i alderen 1 måned og opp til 21 år kan være ofre for MBP (Kvello, 2010, s. 407).

En gjennomgang fra 2004 av medisinsk og samfunnsvitenskapelig litteratur viser at 6%, eller 27/451 av MBP ofrene døde. Det viste seg at alle ofrene hadde blitt påført kortsiktig skade, og 7,3% hadde lidd av langvarig eller varig funksjonshemming. 53 av ofrenes søsken (25% av identifiserbare søsken) var i tillegg kjent for å være døde, og 130 (61,32%) av de kjente søsknene hadde symptomer på sykdom. Åsaken(e) til symptomene var umulige å fastslå, men symptomene var svært like offerets symptomer (Lasher & Sheridan, 2004, s.6).

Omsorgspersonene som gjennomfører denne mishandlingen fremstiller seg som tilsynelatende omsorgsfulle, kjærlige og hengivne, og vanligvis blir mishandlingen bedrevet uten andres kunnskap om det. Fra over 20 land finner man dokumenterte saker som demonstrerer at MBP ikke er et tegn på atferd som er begrenset til vestlige samfunn, men at det snarere er en atferd som utgjør en bestemt type mishandling. Forekomsten av MBP er høyere når man mottar tertiær omsorg, faktisk så viser en studie fra Massachusetts General Hospital i Boston at en tredjedel av 155 spedbarn som led av tilsynelatende gjentatte livstruende hendelser, faktisk var ofre for MBP (Anderson et al.,2018).

Ifølge Anderson, Feldman & Bryce (2018) har omsorgspersonen/overgriperen ved MBP en tendens til å se barna sine som «objekter» i stedet for personer med egne rettigheter og følelser, og de kan faktisk være mer bekymret for hvordan helsepersonellet ved sykehuset og andre ser på dem, enn barna deres. Og helsepersonell og andre igjen, synes det er vanskelig å tro at en mor med vilje ville skade eller til og med ta livet av sitt eget barn, da de fleste mødre jobber for å sikre deres barn mot skade (Anderson et al.,2018).

Ifølge Andersen et al, (2018) representerer fedrene en passiv rolle i familiedynamikken, de deltar sjeldent på sykehusbesøk og overlater omsorg og pleie til moren, mens han selv arbeider. De ser ut til å virke uvitende om både morens overgrep og spesifikke detaljer om barnets tilsynelatende sykdom (Anderson et al.,2018). I Norge er vi en velferdsstat hvor borgerne har gratis helsehjelp, og spesielt barn blir prioritert. Mens i flere andre land betaler man mye penger for å få ulike operasjoner eller behandlinger, og ofte bli da fedrene tilretteleggere for MBP ved å betale for medisinske regninger og ikke be om detaljer om den angivelige sykdommen (Anderson et al.,2018).

Ifølge studien gjennomført av Yates & Bass (2017), har en tredjedel av omsorgspersonene utsatt offeret for omfattende og upassende bruk av helsetjenester. Mange omsorgspersoner

«shoppet» tjenester med barnet sitt, og gjentatte sykehusinnleggelser var vanlig. I 12,3% av tilfellene, avbrøt de skoledagen til fordel for gjentatte klinikkbesøk og døgnopphold på sykehus. Ifølge Yates & Bass er det usannsynlig at ofrene blir gitt effektiv hjemmeundervisning for å kompensere for denne forstyrrelsen. Yates & Bass mener dette er grunn til bekymring, fordi kronisk fravær kan undergrave barns jevnaldrende forhold og øke sannsynligheten for at de slutter på skolen, noe som fører til dårligere psykososiale utfall i voksen alder (Kearney, 2008, i Yates & Bass, 2017).

I en studie gjennomført av Geile, Aasly, Madea og Schrader (2020), fremkommer det at i Norge er det anslått at kostnaden for hver pasient med Munchausen syndrom i gjennomsnitt har vært over en million kroner (Geile, Aasly, Madea & Schrader, 2020).

Tidligere forskning som er gjennomført med tanke på barnevernets undersøkelse, sier en studie at saksbehandlerne snakket med barnet i 60% av sakene. Sett i lys av formelle bestemmelser og faglige forventninger til barneverntjenesten så skulle man tro at prosentandelen var høyere for å snakke med barnet. Saksbehandlerne hadde vært på hjemmebesøk i 50% av sakene og i en fjerdedel var det blitt foretatt en eller annen form for observasjon av samspill (Christiansen et al., 2019, s. 5).

3.0 Teori

Innledningsvis har jeg vist til noen sentrale trekk ved barnevernets undersøkelse, og tidligere forskning som er relevant til denne studien. Dette danner et utgangspunkt for de barnevernfaglige perspektiver som vil være sentrale i denne studien. I dette kapittelet presenteres det teoretiske grunnlaget for studien og i første del vil jeg ta for meg barnevernets samfunnsmandat og barnevernsundersøkelsen, for å så redegjøre for informasjonsinnhenting-bearbeiding og deling. Deretter tar jeg for meg taushetsplikten for å så redegjøre for samarbeid og samhandling mellom de aktuelle aktørene for barnevernundersøkelsen, og deretter presenterer jeg forutsetningene for det tverrfaglige samarbeidet. Til slutt vil jeg gjennomgå hva som hemmer og fremmer godt samarbeid.

3.1 Barnevernets samfunnsmandat

Barnevernet i Norge sin hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid. I tillegg skal barnevernet bidra til at barn og unge møtes med trygghet, kjærlighet og forståelse, og sørge for at alle barn og unge får gode og trygge oppvekstvilkår (Barnevernloven, 1992, § 1-1). Ansvar og arbeidsoppgavene er regulert i barnevernloven med tilhørende forskrifter. For å sikre at utsatte barn får nødvendig hjelp til rett tid er barnevernet inndelt mellom statlig og kommunalt nivå, som krever et systematisk og forpliktende samarbeid mellom kommunalt og statlig barnevern (bufdir,2018).

Den kommunale barneverntjenesten har ansvar for å utføre alle oppgaver som ikke er tillagt et statlig organ. De har ansvar for at alle barn som oppholder seg i kommunen og som har behov for hjelp fra barnevernet får den hjelpen de har behov for. Dette inkluderer deriblant å gjennomgå bekymringsmeldinger, gjennomføre undersøkelser og kartlegge barnets situasjon og å gi råd og veiledning.

Det statlige barnevernet er delt mellom Barne- og likestillingsdepartementet (BLD), Barne-, ungdoms- og familieetaten (bufetat) og statsforvalterne. Det er Bufetat som blant annet skal bistå den kommunale barneverntjenesten med plassering av barn utenfor hjemmet, de har også ansvar for private og kommunale institusjoner, rekruttering av fosterhjem og videre ansvar for dem, og å tilby kommunene spesialiserte hjelpetiltak (bufdir,2018). I denne studien er den kommunale barneverntjenesten som skal være fokuset, ettersom det er de som har ansvar for å utføre undersøkelser.

3.2 Barnevernets undersøkelse

Ifølge Lov om barneverntjenester har barneverntjenesten en rett og en plikt til å gjennomføre undersøkelser ved en bekymringsmelding, dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger grunnlag for tiltak. Undersøkelsen skal skje snarest og senest innen 3 måneder, men med utvidelse til 6 måneder ved særlige grunner. Familiene kan ikke motsette seg undersøkelsen, eller hjemmebesøk (Barnevernloven, 1992, § 4-3). «Av hensyn til barnet» skal det være en lav terskel for å åpne en undersøkelsessak, men nærmere føringer for denne vurderingen gis ikke.

I saksbehandlingsrundskrivet fra bufdir (2020) fremheves det at undersøkelsen skal «ta utgangspunkt i de opplysninger som fremkommer i bekymringsmeldingen» og skal gjennomføres med minste inngreps prinsipp og «skal ikke gjøres mer omfattende en det formålet tilsier». Formuleringene kan oppleves innskrenkende på hvor bredt saksbehandlerne skal gjennomføre undersøkelsene, men på den andre siden heter det også at undersøkelsen skal «omfatte barnets totale omsorgssituasjon», noe som da foreskriver en utvidende tilnærming (Vis, Christiansen, Havnen, Lauritzen, Iversen & Tjelflaat, 2020, s.30).

Barneverntjenestens undersøkelsesarbeid har to hovedformål. Det første handler om å sikre best mulig informasjonsgrunnlag for beslutningene som skal fattes, og for det andre skal det legges grunnlag for samarbeid med familien dersom konklusjonen ender med å iverksette tiltak (Vis et al., 2020, s.30).

Det hele starter med en bekymringsmelding til barneverntjenesten. Bekymringsmeldingen går videre til *undersøkelse* fordi barnevernsarbeideren er usikker på om barnet meldingen omhandler lever i en situasjon hvor det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter kapittel 4 i Barnevernloven (Barnevernloven, 1992, § 4-3). Det finnes ingen generell mal, modell eller oppskrift med temaer og metoder som de ansatte i barneverntjenesten orienterer seg etter når de skal gjennomføre undersøkelsen, (Aadnesen & Hærem, 2014, s.39), men et viktig moment i undersøkelsen som tidligere nevnt, er innhenting av opplysninger.

3.3 Undersøkelse med mistanke om Munchausen by proxy.

Som nevnt i innledningen så er det vanskelig å avdekke mistanken om MBP, samtidig er det også lett å mistenke MBP uten at det foreligger, fordi feltet er uoversiktlig og komplisert (Kvello, 2015, s.408). På lik linje med all annen mishandling, skal også denne mishandlingen undersøkes, hjemlet i de samme lover med samme forutsetninger. Denne formen for mishandling kan være vanskeligere å komme i posisjon til og avdekke, fordi det kan finnes logiske svar på det meste av sykdom som blir fremlagt. Lasher & Sheridan (2004) fremlegger her kriterier for mulig bekreftelse av MBP, og hva man da skal se etter eller være ekstra oppmerksom på i løpet av undersøkelsen.

1. Finnes det direkte bevis eller mistenkelige omstendigheter for at omsorgspersonen/overgriperen bevisst har overdrevet og/eller fabrikkert og/eller fremprovosert et eller flere symptomer/problemer hos barnet?
2. Utgjør atferden MBP-mishandling eller noe annet?

Hvert av disse kriteriene er viktige. Man kan finne svar på kriteriene ved hjelp av informasjonsinnhenting i undersøkelsen, eller at man finner ut av det selv ved å stille de riktige spørsmålene til familien, reise på hjemmebesøk eller andre tiltak i undersøkelsesfasen. Det første kriteriet tar for seg om det er fakta som underbygger mistanken, og spør om det kan bevises at en bestemt person har drevet med en bevisst oppførsel. Det sier også noe om oppførselen i termer som er kjent fra MBP: overdrivelse, fabrikkering, fremprovosering eller en kombinasjon av disse. Kriterium to er også avgjørende for en bekreftelse eller avkreftelse av MBP. Den spør om den «MBP lignende oppførselen» som er beskrevet i det første kriteriet, utgjør MBP mishandling. Et eksempel kan være en forelder som overdriver barnets symptomer ved en enkelt anledning for å få en tidligere legetime. Det involverer en MBP lignende oppførsel, men er på ingen måte en bekreftelse av MBP (Lasher & Sheridan, 2004, s.114).

3.4 Informasjonsinnhenting, informasjonsbearbeiding og informasjonsdeling

Informasjon kommer inn til barneverntjenesten på to måter, via bekymringsmelding i meldefasen og når barneverntjenesten innhenter opplysninger i undersøkelsesfasen. I løpet av en undersøkelse innhenter barneverntjenesten nødvendig og relevant informasjon, for å kunne legitimere beslutninger og for å kunne få et helhetsbilde av barnets situasjon. Det er en svært viktig og helt nødvendig del av barneverntjenestens sitt arbeid. I meldefasen kan barneverntjenesten ikke kontrollere hvilken informasjon som er av relevans, men i undersøkelsesfasen kan de styre det noe mer og stille direkte spørsmål.

Det har blitt foreslått maler for informasjonsinnhenting, blant annet av Backe-Hansen (2004) i Aadnesen & Hærem (2014) som presenterer en mal med 4 hovedområder, som bygger på forskningsbasert kunnskap om risiko for barns utvikling.

1. Informasjon om barnet i saken
2. Kunnskap om hvordan foreldrene fungerer
3. Kjennetegn ved familiens materielle og sosiale situasjon
4. Barnets skole- og barnehageerfaringer (Aadnesen & Hærem, 2014, s.40). Når saken først har gått til undersøkelse så er dette informasjon som er av relevans uavhengig av hva bekymringen går ut på.

Hvordan man velger å innhente opplysninger er relativt, og kan være både muntlig og skriftlig, men man skal huske på at alt skal dokumenteres. Medfølgende skriftlig samtykke av foreldrene for å kunne innhente informasjonen er viktig for medvirkning og den gjensidige

tilliten i relasjonen. Alle avgjørelser som blir tatt baseres på informasjonen som er innsamlet, og må derfor gjennomgås i sin fullstendighet og bli vurdert for sin kvalitet og relevans. Lasher & Sheridan (2004) sier det finnes fire hovedkriterier for å evaluere informasjonen som kommer inn.

1. Er det troverdig?
2. Er det nyttig for å bekrefte eller avkrefte MBP?
3. Er det nyttig for andre mistanker i saken eller andre vedtak?
4. Kan det eventuelt brukes i retten?

Hver gang man stiller spørsmål og informasjonen gjennomgås bør man stille seg tilleggsspørsmålet; Hvorfor, eller hvorfor ikke? Det er nyttig fordi det setter fokuset på hvorfor man lurer på de ulike tingene og for å kunne se begrunnelsen for beslutninger som tas. Videre bør informasjonen som innhentes alltid betraktes som en helhet, og organiseringen av informasjonen vil bidra til å identifisere uoverensstemmelser. Hvis det oppdages uoverensstemmelser i informasjonen bør det gjøres et forsøk på å finne årsaken til dette og løse avvikene ved å søke ytterligere informasjon. I tilfeller hvor MBP er tilstede vil noen uoverensstemmelser være spesifikt relatert til overdrivelse, fabrikasjon eller fremprovoserende atferd. Mens i tilfeller som i utgangspunktet ser ut til å inneholde MBP men ikke er det, så vil andre forklaringer på uoverensstemmelsen bli funnet. Andre ytterligere uoverensstemmelser vil oppstå fordi ulike informasjonskilder blir brukt, tolkninger av hendelser er forskjellige og minner kan være feil. Når informasjonen først mottas, så vil ingenting av dette være klart. Når all mulig informasjon er innhentet, organisert og evaluert, så bør mønstre av overdrivelse, fabrikasjon og fremprovoserende atferd – hvis de er tilstede – fremstå tydelig (Lasher & Sheridan, 2004, s.143).

Som barneverntjeneste innhenter man altså informasjon, gjerne fra flere aktører. Men det å dele og utveksle denne informasjonen med andre kan oppleves noe feil, da taushetsplikten er så tydelig og noe av det viktigste man forholder seg til som offentlig ansatt. Men når vi kommuniserer med hverandre, så skaper, utveksler og avdekker vi mening (Røkenes & Hanssen, 2015, s.215)

Formålet med informasjonsdeling er å styrke samarbeidet mellom aktørene (helsetjenesten og barneverntjenesten) slik at tjenestene kan gi rett hjelp til barn og familier til rett tid. For å kunne oppnå et godt samarbeid mellom tjenestene, så forutsetter det at profesjonene har kunnskap om hverandres taushetspliktregler og om adgangen til å utveksle taushetsbelagt informasjon. Regler om taushetsplikten, opplysningsplikt og opplysningsretten utgjør

rammene og premissene for informasjonsutveksling i samarbeidet mellom tjenestene (bufdir, 2018).

3.5 Taushetsplikt

I velferdstjenestene deler man tradisjonelt sett taushetspliktreglene inn i tre kategorier: De profesjonsbestemte taushetspliktreglene etter helsepersonelloven kapittel 5, de generelle taushetspliktreglene etter forvaltningsloven §§ 13 til 13 e og de særlige taushetspliktregler etter tjenestelovgivningen, som for eksempel helse- og omsorgstjenesteloven § 12-1 (Willumsen & Ødegård, 2017, s. 74) eller Barnevernloven § 6-7.

I hovedsak er taushetsplikten begrunnet i hensynet til *personlig integritet og personvern*, som tilsier at den enkelte bør være beskyttet mot unødige spredning av personlige opplysninger, og hensynet til *tillitsforholdet* mellom den enkelte og det offentlige. Det er viktig at det eksisterer et tillitsforhold mellom klienten og hjelpetjenesten, for at de ulike hjelpeaktørene skal kunne utføre sine oppgaver på best mulig måte. Et slikt tillitsforhold er en forutsetning for åpenhet, dialog og samarbeid. Tillitsforholdet avhenger blant annet av at klienten kan stole på at hjelpetjenesten ikke videreformidler informasjon de innehar til andre. Dersom ikke informasjonen blir holdt tilbake og tillitsforholdet blir skadet, kan det føre til at klienten ender opp med å holde tilbake viktige opplysninger, eller i verste fall unnlater å ta kontakt i kritiske situasjoner i frykt for at opplysningene vil kunne bli spredd (Barne- og familiedepartementet, 2005, s. 6).

I utgangspunktet har barnevernet taushetsplikt om alle personopplysninger de får kjennskap til gjennom sitt arbeid. Reglene om taushetsplikt for barnevernsansatte er regulert i barnevernloven og forvaltningsloven. Foreldre og barn kan samtykke til fritak fra taushetsplikt, og barnevernet gis da mulighet til å dele opplysninger med helse- og omsorgstjenesten når det er til barnets beste. Når det ikke foreligger samtykke så er hovedregelen at barnevernet kun kan gi taushetsbelagte opplysninger til andre aktører/tjenester når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens oppgaver, eller for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Andre offentlige tjenester kan kun gis opplysninger når det er nødvendig for å gi det konkrete barnet rett hjelp i rett tid. Barneverntjenesten må her foreta en konkret vurdering på om det er nødvendig med formidling av opplysninger til andre aktører uten barnets eller foreldrenes samtykke, for å fremme sine oppgaver. I barnevernloven § 6-7 tredje ledd, blir det presisert at også yrkesutøvere i medhold av helsepersonelloven kan gis opplysninger etter denne

bestemmelsen. Slike opplysninger kan også barnevernet utgi til andre tjenester når det er nødvendig for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade for noen helse (Bufdir, 2018).

3.6 Samarbeid og samhandling

I Norge har kravet om samarbeid i praksis og utdanning vært nedfelt i lovreguleringer og nasjonale styringsdokumenter i over 30 år. «Samordning i helse- og sosialtjenesten» (NOU 1986:4) kom i 1986 og tverrfaglig samarbeid ble omtalt i stortingsmeldingen «Barne- og ungdomsvernet». Flere lover har bestemmelser om samarbeid, som generelt skal regulere samarbeidet mellom tjenestene, som; Lov om barneverntjenester (1992), Lov om helsetjenester i kommunene (1982), Lov om spesialisthelsetjenesten (1999), Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (1999), Lov om helsepersonell (1999), lov om sosiale tjenester (2009) og lov om folkehelse (2012) (Willumsen & Ødegård, 2017, 34). I forskriftene for nasjonale retningslinjer for barnevernspedagogutdanningen blir det beskrevet at kandidaten **skal** etter endt utdanning være etisk bevisst, reflektert og *samarbeidsorientert* (Forskrift om barnevernspedagogutdanningen, 2019, § 2), som da sier noe om tydeligheten om hvor viktig det er for barnevernet å kunne samarbeide med andre aktører.

I 2012 ble Samhandlingsreformen introdusert, og dynamikken i forståelsen av samarbeid ble forbedret. Ved reformen ble det flyttet ansvar for helsetjenester fra statseide helseforetak ut til kommunene, og kommunene ble tillagt et utvidet ansvar for folkehelse, både på person- og samfunnsnivå (Willumsen & Ødegård, 2017, s.35). Samarbeidet mellom de ulike aktørene som har verdifulle bidrag inn i en barnevernundersøkelse er viktig, men vanskelig.

3.7 Tverrfaglig samarbeid og samhandling

De offentlige tjenestene har som felles mål å styrke situasjonen til utsatte barn, unge og deres familier (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.214). Ifølge Willumsen (2017) er selve samarbeidsprosessen en kunst å få til. Man kan se til en relevant metafor for å kunne forstå det tverrprofesjonelle samarbeidet, med å sammenligne det med et symfoniorkester. I

orkesteret er instrumentene representerte med sine egne spesifikke uttrykk, og kan sammenlignes med ulike profesjonsgrupper som bidrar med sin kompetanse. Hvert enkelt instrument har sin unike kvalitet, og de ulike instrumentenes bidrag i orkesteret skal integreres. Dette tilsvarer de profesjonelles spesifikke bidrag, som skal integreres i en helhetlig tjeneste sammen med klientenes egne bidrag. Det varierer hvem som deltar og hvem som får en sentral rolle i orkesteret, på lik linje med profesjonene i samarbeidet. Denne metaforen om symfoniorkesteret illustrerer hvor viktig det er at alle bidragene er forskjellige, samtidig som hensikten er at de skal henge sammen. Dette vises ved den tverrprofesjonelle samarbeidsprosessen hvor man ser viktigheten av å anerkjenne at bidragene fra ulike aktører og tjenester er ulike, samtidig som målet er at de skal integreres i forhold til klientens behov (Willumsen & Ødegård, 2017, s.43).

Begrepet *samarbeid* er mye brukt i praksisfelt og av myndighetene. Samarbeid ser nesten ut til å være svaret på svært mange utfordringer, da det er vanskelig å skulle tenke seg en hverdag uten samarbeid, mellom profesjonelle og deres klienter og deres nettverk. Ifølge Willumsen og Ødegård (2017) har vi en situasjon hvor vi på den ene siden ikke kan unngå å samarbeide, samtidig som vi ikke er helt sikre på hvilken innvirkning samarbeid har på kvaliteten av tjenestene. Dette fordi forskning på ulike typer samarbeid har hatt vanskelig for å finne klare sammenhenger mellom samarbeid og konsekvenser for brukerne. Ødegård (2017) hevder at vi kan si med sikkerhet at sannsynligvis så har mangel på samarbeid ofte uheldige konsekvenser (Willumsen & Ødegård, 2017, s.113). En definisjon som ofte brukes for å forstå samarbeid og som ivaretar både ulike samarbeidspartnere og nivå, samtidig som den fokuserer på kvalitet i tjenestene er WHO sin: «*Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care*» (WHO, 2010:7 , i Willumsen & Ødegård, 2017, s.114).

Barn som er syke eller har en funksjonshemming kan trenge hjelp eller tiltak fra barneverntjenesten, og barn som mottar tiltak fra barneverntjenesten kan ha behov for helse- og omsorgstjenester. For at barn skal få et helhetlig tjenestetilbud som de også har krav på, er det avgjørende med godt samarbeid mellom aktørene/tjenestene. Både helse- og omsorgstjenestene og barneverntjenesten har en lovbestemt plikt til å samarbeide med andre tjenester og med hverandre, når det kan bidra til å løse lovpålagte oppgaver (Bufdir, 2018).

3.8 Forutsetninger for tverrfaglig samarbeid og samhandling

For å oppnå et stabilt og godt samarbeid og samhandling på et tverrfaglig nivå, er det behov for at aktørene innehar samhandlingskompetanse. Noen er født med en evne til å kommunisere godt med andre og har derav enklere for å samhandle, mens andre har behov for å lære dette ved hjelp av andre arenaer, som ved utdanning. Tverrprofesjonell samarbeidslæring er et voksende fagfelt internasjonalt, og det utvikles teoretiske og pedagogiske modeller for hvordan utdanningene kan tilrettelegge for at studenter lærer seg å samhandle. For å finne ut hva man må lære for å oppnå denne kompetansen, har ulike land (USA, Canada, Australia og Storbritannia) utarbeidet hvert sitt «kompetanserammeverk» for tverrprofesjonell samhandlingskompetanse. Rammeverkene har noe ulikt men også mye til felles, og seks av grunnelementene som er sammenfattet og publisert av Rogers mfl. (2017), viste seg å være felles for alle rammeverkene. Disse seks elementene utgjør en internasjonal konsensus om hva som er sentrale elementer i tverrprofesjonell samhandlingskompetanse (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.217).

1. Rolleforståelse – omhandler forståelse og kunnskap om egen rolle og eget ansvar i samhandling i tillegg til å kunne vite noe om de andre aktørene eller tjenestenes kompetanse og rolle.
2. Tverrprofesjonell kommunikasjon – At man evner å kunne kommunisere respektfullt og godt, ikke bare med samarbeidspartnerne men også med klienten, eller i barneverntjenestens tilfelle med barnet og familien.
3. Tverrprofesjonelle verdier – Det å inneha verdier som kollegialitet, respekt for hverandre og samarbeidspartnerne, ærlighet, integritet og pålitelighet og at man verdsetter et likeverdig samarbeid.
4. Koordinering og felles beslutninger – Det at den tverrprofesjonelle samhandlingen og samarbeidet munner ut i felles koordinerte beslutninger.
5. Refleksivitet – Dette handler om å kunne sikre kvalitet i arbeidet og alltid ha et kritisk og vurderende blikk på både eget og andres arbeid, og på felles beslutninger.
6. Teamarbeid – Det at samarbeidsgruppen innehar gode holdninger i forhold til samarbeidsvilje, dynamikken i teamet, effektivitet, gjensidig motivasjon og maktfordeling (Iversen & Hauksdottir, 2020, s.14).

I tillegg til samhandlingskompetanse forutsetter også tverrfaglig samarbeid utveksling av opplysninger på tvers av de ulike faggruppene, og da kreves det at samarbeidet mellom profesjoner og etater er godt. Her må det vurderes konkret i hver enkelt sak, hvilke opplysninger som kan deles og ikke, og hvem som kan få opplysningene uten å bryte lovbestemt taushetsplikt (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 217).

3.9 Hva hemmer og fremmer godt samarbeid?

For å svare på dette spørsmålet kan man si at det er motsetningene av hverandre som både hemmer og fremmer samarbeidet. Det første steget for å fremme godt samarbeid vil være å innse at man er en del av et team, med samarbeidspartnere (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 134). Å ha klart definerte roller regnes som en fordel og vil absolutt fremme et godt samarbeid (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 127) i det tverrfaglige. Det å vite hva ens egen rolle er og går ut på i dette samarbeidet, og vite noe om andres gjør at det skaper en trygghet og tydelighet i gruppen, og det oppstår en samarbeidsflyt. Det motsatt er dersom en ikke er trygg i sin rolle eller andres, så skaper det usikkerhet og utrygghet i samarbeidsgruppen og vil da hemme det gode samarbeidet. Informasjonsflyt fremmer også et godt samarbeid, ved at man får frem god og tilstrekkelig informasjon, enten om klienten eller om hva som er allerede gjort eller skal gjøres, dette forutsettes også av tydelighet. For å sikre god informasjonsflyt kan man inneha faste rutiner for hvilken informasjon som skal gis (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 134). Informasjon generelt skaper trygghet for mange. Ved kulturforskjeller (i form av yrkes- eller profesjonskultur og organisasjonskultur) finner man ofte en utrygghet, da man ikke er klar over disse forskjellene og det oppstår fort konflikter. En fastlege som er vant til å ta beslutninger alene på fem minutter, vil kanskje bli raskere utålmodig av at alle skal høres i et samarbeidsmøte med flere instanser tilstede (Iversen & Hauksdottir, 2020, s.137) og kan igjen generere en hemning for samarbeidsutvalget.

Å vise tillit til noen handler om å stole på andres fremtidige handlinger, og er det mangel på dette kan det skape usikkerhet og økt kontrollbehov. På generelt grunnlag kan man si at tillit fremmer samhandling og åpenhet, reduserer konfliktnivået og skaper mulighet for å fatte raske effektive beslutninger. Man skiller gjerne mellom ulike typer tillit, for eksempel mellom institusjonell tillit og relasjonell tillit. Relasjonell tillit er til en viss grad en forutsetning for et godt arbeid både mellom samarbeidsaktørene og mellom aktørene og klienten (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 141). Respekt for hverandre og en viss grad av tilgjengelighet fremmer også et godt samarbeid, for eksempel at man ankommer samarbeidsmøte til den avsatte tiden.

Det å kjenne hverandres arbeidssituasjon og respektere de forskjellige rammevilkårene samarbeidsaktørene jobber under er svært viktig for at kommunikasjon skal fungere godt (Iversen & Hauksdottir, 2020, s.142). Det å ikke ha respekt for hverandres tid, eller å ikke vite noe om tjenestene man samarbeider med, vil hemme samarbeidet og kan sette en slags sperre mellom aktørene. Sist men ikke minst vil jeg tillegge felles mål som en viktig faktor for godt samarbeid, og det å ha en «Hva er viktig for deg» tilnærming til klienten kan være en nyttig inngang for å få til et felles mål for hele teamet, hvor klienten blir inkludert (Iversen & Hauksdottir, 2020, s. 145).

4.0 Metode

I dette kapittelet vil jeg starte med å beskrive det vitenskapsteoretiske utgangspunktet, den hermeneutiske tilnærmingen, og metodevalget- det kvalitative forskningsintervju. Videre vil jeg presentere utvalget av informanter med tilhørende rekruttering, samt hvilke etiske hensyn som er håndtert i forskningsprosessen og min forforståelse for studien. Til slutt vil jeg beskrive hvordan studiens validitet og reliabilitet er ivaretatt.

4.1 Vitenskapsteoretisk utgangspunkt

Innledningsvis har det blitt redegjort for Munchausen by proxy og dets problematikk og barnevernets undersøkelse, som er det sentrale i denne studien, og jeg har fremlagt en problemstilling. Grunnlaget for denne studien skal bygge på empiri fra kvalitative intervjuer med barneleger og saksbehandlere fra barneverntjenesten, med erfaring fra denne problematikken. Når man da skal forsøke å forstå, tolke, finne sammenheng og mening med dataen som blir samlet inn, vil en ha noen forutsetninger for hvordan man ser, tolker og forstår empirien, og hvilket utgangspunkt en har for å finne forståelse og mening. Man møter aldri verden forutsetningsløst og de forutsetninger vi har, bestemmer hva som er forståelig og uforståelig (Gilje & Grimen, 1993, s.148). Data som innsamles i studien blir etablert ut i fra den som forsker sin forforståelse, ut i fra de spørsmål og hypoteser som stilles, og ut i fra de begreper, perspektiver og tankemodeller man benytter seg av, og all observasjon er selektiv og orientert (Thornquist, 2010, s.197). I denne studien er det hensiktsmessig å bringe frem

barnelegers kunnskap og kompetanse frem i lyset, da det er de som møter barnet mest i disse situasjonene, og saksbehandlerne i barnevernet. Det er de som står i fokus i studien, om å kunne gjennomføre undersøkelser med denne typen problematikk, på en trygg og god måte, både for dem, barnet og familien. Jeg tenker derfor at det vil være gunstig for studien å ta i bruk en hermeneutisk tilnærming, da jeg gjennom mine intervjuer og informasjonsinnhenting har med meg min egen forforståelse, forståelse og tolkningen av forståelsen.

4.2 Hermeneutisk tilnærming

I hermeneutikken ligger det til grunn at man alltid forstår noe på grunnlag av visse forutsetninger, man vil aldri møte verden forutsetningsløst. Det er de forutsetningene man har, som bestemmer hva som er forståelig og uforståelig. Disse forutsetningene har fått flere navn som man bruker i dagligtale, og mannen bak de mest kjente begrepene *forforståelse* og *fordommer* er Hans-Georg Gadamer. Gadamer mente for at forståelse overhodet skal være mulig, er det helt nødvendig med forforståelse. Grunnen for dette handler om at når man skal tolke en tekst eller en film eller et annet meningsfullt fenomen, må man ha et startpunkt med visse ideer om hva vi skal se etter. Uten disse ideene ville våre undersøkelser i utgangspunktet ikke ha noen retning og man ville ikke vite hva man skal sette vår oppmerksomhet mot. Man møter aldri verden nakent uten forutsetninger (Gilje & Grimen, 1993, s. 148).

Hermeneutikk kan bety to ting; det kan være en måte vi kan forstå verden på, hvor vi alltid fortolker omgivelsene våre når vi tenker, opplever eller gjør noe. Og en metode man kan bruke når vi skal fortolke en film, en sosial sammenheng, en tekst eller noe annet (Ebdrup, 2012). I denne sammenheng vil jeg ta i bruk den hermeneutiske tilnærmingen som en metode når jeg skal fortolke informasjonen jeg mottar fra utvalget av informanter.

4.3 Kvalitativ metode og forskningsintervju

For å belyse min valgte problemstilling og få svar på det jeg undres over, ønsket jeg å gjennomføre studien ved hjelp av en kvalitativ tilnærming med intervjuer som metode. Jeg har i studien forsøkt å danne meg et helhetlig bilde av informantenes perspektiv når det gjelder fokuset om MBP og barnevernets posisjon og tilnærming til fenomenet.

Å forske kvalitativt handler om å forstå informantenes/deltakernes perspektiv. Den kvalitative forskeren retter blikket mot menneskers hverdagshandlinger i sin naturlige kontekst, men blir samtidig farget av sitt teoretiske ståsted. Teorien gir retning for forskningsarbeidet, samtidig som forskerens egne erfaringer og opplevelser påvirker fokuset rundt forskningen (Postholm, 2005, s.17).

Den kvalitative metoden er kjent for dens fleksibilitet, og hvordan vi kan endre våre strategier for å utvikle data mens vi bedriver analysen (Thagaard, 2018). Fremgangsmåten som er brukt i denne studien er en delvis strukturert tilnærming, som handler om at temaene for prosjektet i hovedsak er fastlagt på forhånd, men at vi kan bestemme rekkefølgen av temaene underveis. Intervjuet har en fleksibel struktur, slik at vi kan tilpasse spørsmålene og inkludere spørsmål om temaer som ikke var planlagt på forhånd. Det kvalitative forskningsintervjuet er en samtale mellom forsker og intervjuperson, som styres av de temaene forskeren ønsker å få kunnskap om, samtidig som det åpner for temaer som intervjupersonen tar opp (Thagaard, 2018, s.91).

Kvale & Brinkmann (2021), skriver at *samtalen* er en grunnleggende form for menneskelig samspill, hvor man snakker med hverandre og interagerer, stiller spørsmål og svarer på spørsmål. I intervjusamtalen stiller forskeren spørsmål og lytter til informanten som uttrykker sine oppfatninger og meninger (Kvale & Brinkmann, 2021, s.18).

Kvale og Brinkmann (2021) hevder at intervjusituasjonen er preget av et asymmetrisk maktforhold (Kvale & Brinkmann, 2021, s.37), noe jeg stiller meg kritisk til ettersom det ikke er min opplevelse av intervjusituasjonene. Jeg opplevde likevekt mellom meg som forsker og dem som informant, hvor man lyttet i begge ender. Samtidig som det var likevekt så kjente jeg på ydmykhet og respekt for både saksbehandlerne og barnelegene, for at de frivillig valgte å bruke sin tid på å snakke med meg og dele sin kunnskap og kompetanse.

4.4 Etiske hensyn i forskningsprosessen

Etiske hensyn har grunnleggende betydning for intervjuforskningen (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 39), og de etiske retningslinjene krever at forskere utviser redelighet og nøyaktighet i hvordan forskningsresultatene blir presentert (Thagaard, 2018, s.21). Noen etiske hensyn som er tatt i betraktning i denne studien er *plagiatprinsippet*, som handler om å unngå å plagiere

andres arbeid, da det ikke bare er en etisk retningslinje, men også alvorlig brudd på etiske standarder (Thaagard, 2018, s.21). *Informert samtykke* fra deltakerne er grunnleggende for ethvert forskningsprosjekt, og er basert på respekten for individets råderett over eget liv hvor deltakerne skal gis tilstrekkelig med informasjon om forskningsfeltet, formålet, eventuell finansiering av prosjektet, hvem som får tilgang til informasjonen, hvordan resultatene er tenkt brukt, og om følgene ved å delta. Dette gir deltakerne grunnlag for å vurdere sin deltakelse i prosjektet (Thagaard, 2018, 23). Dette prinsippet har jeg overhold ved å lage et informasjonsskriv med mulighet for underskrift, hvor informantene kan gi sitt samtykke, og fått beskjed om at samtykket kan når som helst trekkes uten at det vil ha konsekvenser for deltakeren. Et annet etisk grunnprinsipp er kravet om *konfidensialitet*, som omhandler at forskeren skal behandle innsamlet informasjon om personlige forhold konfidensielt og fortrolig. Forskeren skal sørge for at deltakerne blir anonymisert og at opplysninger om identifiserbare enkeltpersoner lagres på en forsvarlig måte (Thagaard, 2018, s. 24). Dette har blitt respektert i studien ved å først og fremst ikke lagret noen navn, noe sted. Det ble tatt i bruk opptaker, som sletter opptakene ved en viss dato etter levering av oppgaven.

Transkriberingen blir også slettet ved levering og er ikke lagret andre steder en ved den ene PCen som er tatt i bruk for å skrive oppgaven.

Det siste prinsippet som blir tatt opp i denne studien er knyttet til de konsekvensene studien kan ha for intervjupersonene. Dette er et generelt prinsipp og forskeren må selv ta stilling til hva dette innebærer i praksis (Thagaard, 2018, s.26). I denne studien har det vært viktig å ikke stille informantene i dårlig lys, da det er snakk om et følsomt tema som omhandler mennesker som klarer å medbringe systemet inn i sin barnemishandling.

Etiske retningslinjer er med og definerer rettighetene til deltakere i studien, og forskerens ansvar overfor deltakerne (Thagaard, 2018, s.27).

4.5 Min forforståelse og forberedelse til studien

Jeg gikk inn i denne studien med min forforståelse ut fra min utdanning som barnevernspedagog og mine erfaringer fra barneverntjenesten. Jeg har som mor til egne barn kjent på frustrasjon rundt det å ha syke barn, tidvis ofte, og hvor mye energi dette trekker fra meg og hva jeg da ikke kan gjøre og må legge bort av mine ønsker og behov til fordel for

barnet. Dette er motsetninger til hva en omsorgsperson som gjennomfører MBP opplever og muligens uttrykker.

For å øke min bevissthet rundt temaet og for å kunne belyse det best mulig, har jeg innhentet ulike innspill til min intervjuguide og analyseprosess. Jeg har jeg pratet og diskutert med kollegaer på min arbeidsplass, jeg har bevisst opptrådt spørrende i flere situasjoner, som å si «hvorfør», eller «fortell mer om det», i læringsøyemed. Jeg har lest tidligere forskning både med fokus på barnet (by proxy) og annen forskning med fokus på overgriperen, og snakket med mennesker som jeg vet har vært oppi disse situasjonene. Jeg har også vært bevisst på at min forforståelse vil ha noe å si for hvilken teori jeg velger å anvende, men jeg har forsøkt å være så objektiv som mulig, og derav lest og pratet mye om problematikken.

4.6 Rekruttering og valg av informanter

Før rekrutteringen av informanter var det nødvendig å få godkjenning av prosjektet fra Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD). Thagaard skriver at forskningsprosjekter som forutsetter behandling av personopplysninger, er meldepliktige. Mitt prosjekt er meldepliktig, så jeg søkte derfor om tillatelse til prosjektet på et skjema som ble sendt til NSD (Thagaard, 2018, s.22).

For rekruttering av informanter til denne studien ble det tatt i bruk en metode betegnet som *snøballmetoden*. Fremgangsmåten baseres på at forskeren først tar kontakt med personer som innehar relevante egenskaper og kvalifikasjoner for problemstillingen. Deretter ber forskeren disse personene om navn på andre med tilsvarende egenskaper. Tanken bak snøballen er at utvalget i begynnelsen er lite, som en snøball, men som gradvis utvides som en snøball som vokser etter som den ruller (Thagaard, 2018, s.56). Dette forekom i denne studien hvor jeg tok kontakt med de regionale helseforetakene med tanke på barneleger og de største kommunene i Norge med øye for saksbehandlere i barneverntjenester. Ballen rullet videre og foretakene og kommunene ga meg navn, som igjen ga meg nye navn.

Utvalget av informanter til denne studien endte opp med tre barneleger som også er overleger, fra ulike sykehus i Norge, hvor de alle jobber ved barneavdelingen eller barne-og

ungdomsklinikken, og to saksbehandlere fra en kommunal barneverntjeneste.

Utvalgskriteriene for barneleger er at de har kompetanse, kunnskap og ikke minst erfaring fra tilfeller med Munchausen by Proxy situasjoner. Det viktigste er erfaringen for å kunne stille teori opp i mot empiri, og den medisinske kunnskapen de innehar som er rettet mot barn, fordi den er avgjørende når det kommer til å kunne avdekke MBP mellom omsorgsperson og barn. For de ansatte i barneverntjenesten er utvalgskriteriene at også de har erfaring fra tilfeller med MBP. Jeg mistenkte på forhånd at det kunne være vanskelig å rekruttere både ansatte fra barneverntjenesten og barneleger med mye erfaring med MBP, da det er en sjelden gang man opplever denne problematikken. Så jeg la ikke ned krav om at de måtte ha mye erfaring, men det er avgjørende med noe. I utgangspunktet hadde jeg et ønske om å ha opp til 5 barneleger og 5 saksbehandlere for å få en fyldig oppgave med mye data, men etter å ha fått avslag flere ganger, eller at flere av henvendelsene aldri ble besvart så satte jeg i gang med det jeg hadde. Dataen som ble innsamlet gjennom de fem intervjuene ga meg likevel rikelig med materiale, som var nok til å kunne starte analyseprosessen.

4.7 Reliabilitet og validitet

Det finnes anerkjente vitenskapelige metoderegler og kunnskapskrav som skal tas i bruk ved studier av denne typen. Metodene for dette skal kunne gi *troverdig kunnskap*, noe som betyr at kravene til reliabilitet og validitet må være oppfylt. *Reliabilitet* betyr pålitelighet og omhandler om hvorvidt arbeidet som er presentert, er til å stole på. Ved å fortelle om min bakgrunn og forforståelse gir jeg leseren en mulighet til å vurdere min pålitelighet, og ved å redegjøre for hvordan data er samlet inn, hvilke feilkilder som kan ha påvirket resultatet, gis leseren mulighet til å vurdere påliteligheten av arbeidet (Dalland, 2017, s.55). På bakgrunn av reliabilitetsprinsippet har jeg forsøkt å beskrive datainnsamlingen i denne studien så spesifikt og detaljert som mulig.

Validitet står for relevans og gyldighet (Dalland, 2017, s. 40) og begrepet blir knyttet til resultatene av forskningen og hvordan vi tolker data (Thagaard, 2018, s.189). Ifølge Silverman (2014) i Thagaard (2018) kan man styrke validiteten av studien ved å beskrive det teoretiske utgangspunktet som representerer grunnlaget for tolkningene som har fremkommet, og viser til hvordan analysen gir grunnlag for konklusjonene og tolkningene som

fremkommer av studien. Validiteten blir styrket ved å kritisk gjennomgå analyseprosessen (Thagaard, 2018, s.189).

5.0 Analyse

Med «analyse» menes det en nøyaktig undersøkelse av noe som er sammensatt av flere bestanddeler, for å forklare et gitt problem eller en gitt utvikling (Tranøy, 2020).

Etter vel gjennomført datainnsamling gjennom intervjuer, satt jeg igjen med *rådata*, som jeg videre tok i bruk for å trekke ut informasjon som var viktig og relevant på en systematisk måte. For å oppnå en strukturert og systematisk behandling av innsamlede data, valgte jeg å anvende meg av *tematisk analyse*, inspirert av Braun & Clarke (2008).

Denne metoden tok jeg i bruk for å kunne identifisere, analysere og rapportere mønstre/temaer i innsamlet data. Dette har hjulpet meg med å organisere og beskrevet data i detalj, samt å tolke ulike aspekter av forskningstemaet (Braun & Clarke, 2008, s. 79). Den tematiske analysen er ikke knyttet til noe eksisterende teoretisk rammeverk, det kan være en essensialistisk eller en realistisk metode, som rapporterer om og viser til betydninger, erfaringer og virkeligheten til deltakerne. Eller det kan være en konstruksjonist metode, som undersøker effekten av hvordan en rekke diskurser opererer i samfunnet (Braun & Clarke, 2008, s. 81). Det skal ifølge Braun & Clarke (2008) være en spesielt nyttig metode i studier hvor man forsker på et område hvor det ikke er forsket så mye før, eller hvis man jobber med deltakere som ikke før har delt sine synspunkter om temaet (Braun & Clarke, 2008, s. 83), noe som denne studien inneholder, da perspektivet rundt MBP blir sett på med barneverntjenestens briller, og ikke helsevesen slik det har blitt gjort før.

I tematisk analyse kan temaer eller mønstre i data bli identifisert på to primære måter; en induktiv eller deduktiv måte. I denne studien har jeg tatt i bruk den induktive tilnærmingen, hvor jeg ønsker å komme frem til en teori ved å se på empiri av fenomenet. Jeg gjennomførte intervjuer hvor jeg lyttet til informantene hvor data ble innsamlet spesifikt for denne forskningen. Den tematiske analyseprosessen starter ved at man som forsker søker på tvers av data og intervjuer/informanter, for å finne gjentatte mønstre av betydning, og finner dette,

samt spørsmål av potensiell interesse for dataene. Skrivningen i denne studien startet i fase 1, helt i begynnelsen, ved notattaking av alle tanker og beskrivelser av det som ble sagt når det ble sagt og under transkribering. Dette er fordi analyse skal konstant være i bevegelse, for skriving er en integrert del av analysen, i motsetning til statistiske analyser hvor skrivingen finner sted på slutten (Braun & Clarke, 2008, s. 85).

Braun & Clarke (2008) viser til 6 faser av den tematiske analyseprosessen, som jeg vil redegjøre for og inkorporere i mitt arbeid nedenfor:

Fase 1 består av å gjøre seg kjent med innsamlede data (Braun & Clarke, 2008, s.87). Jeg opplever å ha fått et godt overblikk og blitt godt kjent med informasjonen jeg har samlet inn, gjennom å intervjuer, ta notater og transkriberingsprosessen. I studien har jeg intervjuet saksbehandlere i barneverntjenesten, samt barneleger rundt om i landet. Min forforståelse av saksbehandling gir meg en fordel på dette punktet, da jeg har en forståelse for hvordan en undersøkelse gjennomføres og hvilke paragrafer man tar hensyn til. Ulempen er selvsagt at man ikke blir helt objektiv, men har med seg forforståelsen inn i analyseringen.

Fase 2 inneholder den første kodingsprosessen. Her identifiserte jeg et trekk ved det semantiske innholdet i dataen som i første omgang fremsto som interessant. Dataen som blir kodet i denne fasen, skiller seg imidlertid fra temaene, som jeg utviklet i fase 3. (Braun & Clarke, 2008, s. 88). Kodingen i denne fasen blir til gjennom informantenes svar, og for min del endte det med en lang liste med interessante trekk ved dataen.

Fase 3 omfokuserer analysen til et bredere nivå av temaer. Den innebærer å sortere de forskjellige kodene til potensielle temaer og samle alle relevante kodede dataekstrakter innenfor de identifiserte temaene. Jeg tok utgangspunkt i den informasjonen informantene var mest opptatt av og hva som kunne være det største skjæringspunktet for å kunne besvare problemstillingen.

Fase 4 gjennomgikk jeg alle temaene på nytt og helhetlig, for å fastslå om temaene til datasettet fungerer og å kode tilleggsdata som har blitt utelatt tidligere. Dette betyr at jeg gjennomgikk alle utdragene for hvert tema, for å så beslutte om det så ut til å forme et sammenhengende mønster (Braun & Clarke, 2008, s.91). Jeg lager med dette et tematisk kart over hovedtemaene og undertemaene og finner at jeg må skille mellom informantenes

observasjoner og opplevelser av MBP, og hvordan de (og arbeidsplassen) velger å gripe fatt i problematikken og veien videre for hvordan man kan tilnærme seg fenomenet og avdekke mistanken.

Fase 5 består av å definere og finne essensen i temaene. Ved å få til dette må man gå tilbake til datautdragene for hvert tema og organisere dem til en sammenheng. Det er avgjørende at man omskriver innholdet, og identifiserer hva som er interessant om det og hvorfor. Man skal skrive en detaljert analyse for hvert enkelt tema, og derav finne 'historien' som hvert tema forteller (Braun & Clarke, 2008, s.92).

6.0 Presentasjon av funn

Problemstillingen for studien er *Hvordan kan barneverntjenesten tilnærme seg, og avdekke Munchausen By Proxy, i sin undersøkelse?*

Hovedfokuset i oppgaven trekker frem saksbehandlere og barnelegers erfaringer, kunnskap og kompetanse og derav se til hvordan man kan skape en tilnæringsmetode for barneverntjenesten, å gjennomføre den lovpålagte undersøkelsen på. Samt å kunne avdekke mistanken.

Analysen viser at informantene trekker frem flere av de samme forslagene, for hvordan man kan komme i posisjon og avdekke MBP, dette til tross for at de jobber ved ulike etater. Herunder vil jeg gjennomgå faktorene som har størst betydning for studien og for videre arbeid i barneverntjenesten med denne problematikken.

6.1 Forståelsen av Munchausen By Proxy

I starten av intervjuene og generelt i studien anså jeg det som viktig å få presisert hvordan de ulike aktørene oppfatter Munchausen By Proxy, og ville dermed ha deres forståelse av fenomenet. Den kommunale barneverntjenesten og barneavdelingene ved sykehus er to forskjellige etater, dermed er det viktig for studien å vite noe om likheter eller ulikheter av oppfattelsen.

En barnelege sa det slik:

Det er en situasjon hvor barnet blir utsatt for unødig undersøkelse, behandling og kanskje også påført skade, i alle fall påført belastning, underdekket av det er snakk om en sykdom som ikke fins, en ikke reell sykdom.

Barnelegen forklarer samtidig at det er viktigst for dem å ha fokus på barnet, og det barnet blir utsatt for og derav bruker de den mer moderne betegnelsen som gjelder internasjonalt innen barnemedisin nå, som er; «medisinsk barnemishandling», istedenfor «Munchausen By Proxy», da de opplever det som å ta fokuset bort i fra barnet. Barnelegen forklarer videre at dette er også et innarbeidet begrep i Norge nå, men at de alltid skriver «det man før kalte MBP» i parentes, for å tydeliggjør hva man snakker om. Barnelegen forteller at MBP er en psykiatrisk sykdom og at de som barneleger ikke har noen forutsetninger for å kunne stille denne diagnosen. Men det de har forutsetninger for å stille er et barn som uavhengig av årsak, er utsatt for noe det ikke skulle vært utsatt for. Altså, fokuset er barnet og ikke den som utfører handlingen. Barnelegen presiserer viktigheten med bruken av terminologi, ved å komme med eksemplet om når de skal vitne i retten. Han sier at det er ofte forsvarssiden sitt kronargument, i hvilken grad de som barneleger er i stand til å diagnostisere eller fjerndiagnostisere foreldre med psykiatrisk sykdom. En annen barnelege forteller at han selv liker bedre å bruke termen Medical Child Abuse, for da slipper han å forholde seg til foreldrenes intensjoner, noe han mener de ikke har noen kvalifikasjoner til.

Mens flertallet av barnelegene som ble intervjuet kaller dette for medisinsk barnemishandling, er en annen barnelege uenig i bruken av termen, fordi han mener begrepet mishandling er noe ensidig, det tar ikke med hele spekteret som han mener MBP er, av hva som er bevisst eller ubevisst. At mishandling er noe man kanskje gjør for å skade barnet, mens MBP er mer omfattende, man gjør det kanskje ikke for å skade barnet, men for egen vinning i form av oppmerksomhet.

En barnelege forteller om *Uptodate* systemet, hvor definisjonen av medisinsk barnemishandling har blitt gjengitt og delt inn i 3 grader, for å hjelpe barnelegene ved sykehusene rundt om i landet. Han sier den er nyttig for de som jobber med dette og at systemet blir flittig brukt.

Grad 1: Det som skjer kan reverseres. Altså hvis du som lege forstår hva som foregår og klarer å veilede omsorgspersonen og støtte på en god måte, og kan snu situasjonen før det går for langt, så er man i grad 1.

Grad 2: Dette er når omsorgspersonen eksempelvis krever rullestol til sitt barn, som egentlig ikke har behov for dette, eller hvis omsorgspersonen forteller om anfall, eller annen atferd som ingen andre har sett og forventer hjelp til dette.

Grad 3: Her har vi de mest alvorlige tilfellene, hvor omsorgspersonene kan finne på å injisere avføring i blodårene til barnet, eller andre alvorlige handlinger mot barnet.

De fleste vil være et sted mellom grad 1 og 2. Mange foreldre kan være overdrevent bekymra for sine barn, de kan for eksempel si «Han kastet opp minst 25 ganger», også stemmer nok ikke dette helt, men det er et ønske om at legen skal ta dem på alvor. Man kan jo si at dette er en løgn det også, men det er likevel slik at å overdrive symptomene noe for å få legens oppmerksomhet er akkurat innenfor det man anser for å være akseptabelt. Men det kan også være et mønster her, som leder til at barnelegen gjør ting som man ellers ikke ville gjort, da er man på medisinsk mishandling grad 1, for da begynner man kanskje å gjøre smertefulle ting med barnet som det ikke ville vært en indikasjon for, hvis de hadde fått riktig informasjon. Så grenseoppgangen er noe vag, men likevel mulig å rettlede og mulighet for å snu situasjonen.

En saksbehandler i barnevernet forklarte hennes oppfattelse av MBP slik:

Jeg ville beskrevet det som en alvorlig virkelighetsforstyrrelse, en personlighetsforstyrrelse, en vrangforestilling som har gått for langt og som har gjort at noen bygger person. Det er en anledning til å slette seg fra vanlig liv, eller å melde seg ut av vanlig liv.

En annen saksbehandler kaller det ren mishandling. Og de er alle enige – på lik linje med barnelegene, om at dette uten tvil er omsorgssvikt.

En ansatt i barnevernet mener at MBP også er vold, noe barnelegene sier seg noe uenig i. Saksbehandleren i barnevernet stiller seg bak Kvello sine uttalelser om vold og at det derfor kan bli definert som vold. Barnelegen mener at det er mer omsorgssvikt en vold, da de ser ut til å ha en manglende evne til å gi riktig omsorg til barnet, til rett tid, også kan man tillegge vold oppå omsorgssvikten.

Barnelegene og saksbehandlerne kommer med både enigheter og uenigheter, noe som er selvklaart når man jobber fra ulike perspektiver. Ut i fra innsamlet data kan jeg se at de er

enige om at det er flest kvinner og mødre som er utøvere av MBP, og at de på begge sider mistenker at mørketallene er store.

6.1.1 Oppdage MBP og mørketall

På spørsmål om hvorfor det er vanskelig å fange opp MBP svarer majoriteten av barnelegene at det er vanskelig å fange opp generelt, mens en av barnelegene sier det er vanskelig dersom man ikke har mye erfaring og ikke kjenner tilstanden. Grunner for at det er vanskelig å fange opp MBP, sier barnelegene er fordi de først og fremst syntes det er vanskelig å tenke at noen skal ville skade barna sine med vilje. De sier at tanken på dette er verre en tanken om at noen slår barna sine. Dette er så langt utenfor det man forventer av foreldre, pluss at disse foreldrene gjør ofte et godt inntrykk på helsepersonellet. Foreldre som fremstår genuint bekymret og kapable på alle måter, er vanskelig å tenke seg til at skulle ville barnet sitt så uvel. En barnelege sier også at i barnemedisin er de ekstremt avhengig av anamnesen, altså sykehistorien til barnet. Det er flere ting dem ikke kan teste objektivt som de da bruker sykehistorien som verktøy til, og når sykehistorien da ikke er sann, så vil resultatet av testene bli feil, som da genererer feil/unødvendig behandling/diagnostisering.

En saksbehandler svarer på dette med:

En stor grunn for å ikke ha fanget det opp kan være at familien hører til middelklassen, har veltalenhet, kjennskap til systemet, kanskje de selv jobber i systemet.. Overgriperne kommer ofte sent og de kommer med en dyr advokat, de vet akkurat hvor lite de må by på seg selv for at saken skal bli tilstrekkelig belyst, og de har hermetisert familien.

Jeg tror også det er litt sånn som med at selvmordsforebygging ikke var et tema i psykiatrien i 1985, det var tabu.

En annen saksbehandler sier det slik:

Disse omsorgspersonene gir inntrykk av at de vil det beste for barna sine, de fremstår som gode omsorgspersoner som gjerne vil finne ut hva som er galt med barnet sitt. Og de aller fleste foreldre snakker jo sant. Så det meste går på foreldrenes rapporteringer, hva de ser og hva de sier.

6.1.2 Mistanken og «røde flagg»

Begge informantgruppene får spørsmål om de røde flaggene og selve mistanken, og om når denne oppstår. Saksbehandlerne forteller at de røde flaggene oftest viser seg ved diskrepans i faktaopplysninger, hva de sier og hva som står. De forteller om mødre som opptrer som de er uerstattelige og hele situasjonen er for godt til å være sant. Både deres trivsel i rollen som omsorgsperson ovenfor et sykt barn og deres uttrykk for at det gjør dem ingenting å ofre alt det de gjør for dette barnet. En saksbehandler sier dette:

Det blir en påfallende stolthet og glorie, litt sånn Moder Teresa fakter, at du er alt og uerstattelig. De lyser ofte opp, som når du treffer noen på nerdetemaet deres.

Videre forteller saksbehandleren at disse omsorgspersonene gjerne snakker raskere og mer sammenhengende inni denne vrangforestillingen, når de prater om barnets sykdom eller symptomer. Man opplever gjerne løgn fra omsorgspersons side, hvor stemmeleie endrer seg og saksbehandleren må oftere hanke dem inn på temaet igjen.

En annen saksbehandler forteller at de røde flaggene oppstår gjerne når omsorgspersonen har et overdrevent kontaktforhold med helsevesen, i form av for eksempel BUP, fastlege, PPT, og ofte legevakten. De er også ofte pågående for å få i gang en eventuell behandling eller utredning. Noen ganger får de det ikke som de vil og da har de vanskelig for å slå seg til ro med dette, og i flere tilfeller har det skjedd at barnet har fått knapp i magen (gastrostomi) og får mat og medisiner gjennom sonde.

Mistanken oppstår gjerne hvis det er mye og overdrevent fokus på sykdom, og hvis det omsorgspersonen sier ikke stemmer overens med det som enten skolen eller barnehagen ser. Eller hvis journaler rundt om kryssjekkes, og det ikke stemmer overens med hva omsorgsperson sier og hva som står i de ulike medisinske journalene som er uavhengige av hverandre.

Barnelegene forteller at de røde flaggene oppstår gjerne ved rare symptomer, ting som ikke lar seg forklare medisinsk. Eller at behandling faktisk ikke fungerer. En barnelege sier det slik:

Symptomer som til stadighet kommer tilbake, til tross for at man har lagt ting til ro å ikke har funnet noe. Også har man symptomvandring, som er når man har forsøkt å legge et symptom til ro så oppstår det et nytt, og gjerne litt mer fantasirikt enn det forrige.

Symptomvandring er en av de tingene som blir trukket frem fra barnelegene. Det vil si at det startet med ett symptom, også gjør man en undersøkelse, finner ikke noe så de legger det ned. Og så oppstår et nytt symptom, også blir gjerne disse symptomene merkelige og merkelige. Og på det tidspunktet hvor de blir helt uforklarlige, så bør man mistenke medisinsk mishandling (MBP). Barnelegen legger også til at dersom det i seg selv er gjort veldig mange undersøkelser, utredninger og aldri funnet noe, så er det et tegn i seg selv på at det er en stor bekymring. Her er det da symptomer, og da må man tenke på om disse kanskje er påført.

En barnelege forteller om tilfeller hvor omsorgspersonene hevder at barnet har hatt anfall, gjerne opptil flere ganger i det siste. Så utreder man for forskjellige ting som kan gi anfall, for eksempel epilepsi, og ingen av prøvene man tar bekrefter diagnosen. Så det er misforhold mellom det foreldrene forteller og det man faktisk greier å finne, noe som er et typisk flagg for MBP.

Noen omsorgspersoner i disse tilfellene blir også beskrevet som selvmedisinske, altså at de har medisinsk viten og har lest seg opp. Noen er til og med medisinsk personell i bunn. Noen driver legehopping/shopping, de går fra den ene til den andre og til den tredje, de blir ikke fornøyd å det er vanskelig å forstå for legene de treffer på, da omsorgspersonene har store forventninger. Barnelegene sier at det er noe med atferden til omsorgspersonen, dersom legen gjør som omsorgspersonen vil så får en skryt, og gjør man ikke det som er ønskelig så er man den verste legen noensinne. Man får også gjerne fortalt en historie som man ikke får helt til å stemme. En mor forteller kanskje om alvorlige symptomer hos barnet sitt som du ikke helt forstår hvordan har oppstått, blåmerker, blod i avføring, utslett som ser annerledes ut enn det man kjenner til, altså objektive funn som ser rare ut. Og av og til er det direkte løgn, at mor sier hun har vært på sykehus i Bergen og snakket med en lege der, også viser det seg at hun ikke har det.

Om de røde flaggene og mistanken forteller en av barnelegene at overdramatisering, og det å overdrive symptomer og historier som du ikke får objektivt frem, og ikke får frem fra barnet

heller, ville vært noe han reagerte på. Men også fabrikkeringen av ting. Hvis noen har tilsatt blod til urinen eller avføringen. Det kan være babyer som ikke kan gjøre rede for seg selv, som har blitt påført blåmerker eller andre skader som du ikke får til å stemme. De kan ha gitt barna midler som fremprovoserer oppkast, kvalme eller diare, rett og slett forgiftning. Eller de forteller barna hva de igjen skal fortelle legen.

6.2 Omsorgspersonen/overgriperen

Ved denne tilstanden finnes det alltid en overgriper og et offer. *By Proxy* betyr stedfortreder og i dette tilfellet menes det at skade blir utført på en eller annen måte av en stedfortreder. Det er vesentlig og relevant for studien å vite noe om omsorgspersonen, som også er overgriperen, for å kunne finne ut av hvordan barneverntjenesten på best mulig måte kan komme i posisjon og gjennomføre en undersøkelse som ender med et positivt utfall for barnet.

6.2.1 Atferden

Det ble stilt spørsmål med hvordan barnelegene og saksbehandlerne opplevde omsorgspersonene og deres atferd, i møte med dem som etat.

En barnelege sa:

De er ganske sterke på manipulative teknikker, ganske gode til å skape sympati for seg selv, og forbløffende vanskelige å avsløre.

Barnelegen sier at de oppleves nokså verbale av seg, men at de ikke er egentlig spesielt ressurssterke, men at de vil fremstå slik. De er flinke å spille på det manipulative og det typiske er at hvis du viser litt interesse, så er man den flinkeste og mest omsorgsfulle legen de noensinne har møtt. Et varselsignal vil være dersom man går ut fra rommet og føler seg utrolig flink.

En annen barnelege forteller at han opplever omsorgspersonene som pratsomme og forteller mye. De kan overdramatisere og poengtere ting veldig, historien forandrer seg også gjerne

underveis. Man får kanskje først høre en historie, og dagen etter så har den endret seg litt, spesielt hvis historien blir fortalt til en annen lege.

En annen barnelege sier at han har inntrykk av at disse omsorgspersonene er gode kommunikatorer med han og vet hva de skal si til enhver tid. De kan ofte forklare problemet på en ryddig og forståelig måte, så det tar en stund før man begynner å forstå hva som foregår. De kan være oppleste og fremstår orienterte om den typen plager som de presenterer.

En saksbehandler sier om samme tema:

De er kontaktsøkende og veldig opptatt av barnet sitt. De er opptatt av at de skal få hjelp og sykdom og symptomer er altoppslukende.

Saksbehandlerne forteller at de ofte er svært imøtekommende og meget samarbeidsvillige. De ønsker kontakt og er kanskje mer pågående enn andre omsorgspersoner som er i samme situasjon med barnevernstjenesten. Saksbehandleren opplever de som mer pågående og at de tar ofte kontakt og ringer for den minste ting, som å gi beskjed om at de har time med nevrologen i morgen for eksempel. Er opptatt av at saksbehandlerne skal vite at de gjør alt for barnet sitt.

6.2.2 Omsorgspersonens bakgrunn

Med denne typen handlinger så er det vanskelig for andre å ha forståelse for hvorfor de gjør som de gjør. Man kan kanskje aldri helt forstå hvorfor, men man kan forsøke å forstå logikken bak handlingsmønstrene og tankene til omsorgspersonen/overgriperen. I den anledning ville jeg stille spørsmål om bakgrunnen til omsorgspersonen,

Dette kan også være viktig når man går i møte med disse omsorgspersonene, for det har noe å si om hvordan man velger å møte dem. Selv om dette går under psykiatri, så sier barnelegene likevel noe om at deres erfaring tilsier at disse omsorgspersonene ofte har egen bagasje og har gjerne hatt en vanskelig og trøblete oppvekst i barndommen.

En saksbehandler forteller fra deres erfaring, så har de dokumentasjon på at omsorgspersonene gjerne er av de tidligere «mappebarna» som glapp, med lite skoleerfaring, og at de har vært lystløgnere fra ung alder. En annen saksbehandler sier at disse

omsorgspersonene har selv hatt det generelt vanskelig, at de har vært utsatt for krenkelser selv og hatt flere utfordringer i barndommen sin.

6.2.3 Medisinsk mishandling VS «ordinær» mishandling

Videre får utvalget spørsmål om hva som skiller denne typen mishandling fra den mer «ordinære» mishandlingen. En saksbehandler sier at det er noe ondere ved MBP en ved ordinær mishandling. Hun bruker begreper som mer utspekulert og omfattende. Den mest vanlige mishandlingen hender mer i affekt av hendelser, mens denne type mishandling skjer ved at omsorgspersonen aktivt går inn for å gjennomføre mishandling.

En saksbehandler sier det er vanskeligere å oppdage denne typen mishandling.

Saksbehandlerne forteller at de skiller gjerne mellom bevisste og ubevisste valg.

Barnelegene sier i den ordinære mishandlingen hvor omsorgspersonen fysisk slår barna sine, eller driver med psykisk vold så gjennomfører de en aktiv handling for å skade barnet, mens med MBP så ligger det en annen psykologi bak, hvor det å skade barnet ikke er hensikten, men heller det å få det medisinske fokuset rettet mot seg også blir det å skade barnet eller finne på ting et middel eller et verktøy for å komme seg dit.

En barnelege sier det slik:

Ved ordinær mishandling så tar omsorgspersonen kanskje barnet med til sykehus og får en undersøkelse, og kommer seg kanskje unna med det og tenker da at det var godt, og vil ikke komme tilbake for nye undersøkelser. Mens ved en MBP situasjon så ønsker omsorgspersonen i tillegg til røntgen å ha en MR, en CT, henvisning til Haukeland og til Oslo, og vil generelt ha mer. En som mishandler vil dekke over, mens i en MBP situasjon vil en gjerne utløse mer og en vil fortsette til nye doktorer dersom man ikke får det som man vil. Det er nok dette som skiller det tror jeg.

En annen barnelege sier det slik:

I motsetning til påført vold, som i større grad handler om ukontrollert aggresjon, så har denne volden/mishandlingen mindre med aggresjon å gjøre, men mer en form for selvhevdning.

Forskjellen som de forteller videre om er jo og oppmerksomhetsbehovet som ligger i definisjonen rundt MBP begrepet, at den ordinære mishandlingen handler ikke om at en som

voksen og omsorgsperson for dette barnet, skal oppleve oppmerksomhet rundt skadene som blir påført, men at det skjer mer i affekt. Disse omsorgspersonene er erfaringsmessig ikke i stand til å skille barnets behov fra egne behov, og det gjør at handlingene som gjennomføres er noe ubevisste.

6.2.4 Ulike former for overgrep for å fremkalle symptomer

Jeg stiller spørsmål med hva som er de hyppigste beskrevne formene for overgrep, for å fremkalle symptomer. En barnelege svarer at ofte så får barnet vite av forelderen at det har en sykdom eller symptomer, og ofte har symptomene vært der. Han sier det hører til sjeldenheten at de opplever at omsorgspersonen faktisk påfører barnet skade. Og mener at det er mer selve manipuleringen fra omsorgspersonens side, som er den mest brukte metoden for å fremkalle symptomer, han kommer med eksempel:

Det er helt normalt for barn å ha vondt i magen, og det kan være forbigående årsaker. Hvis forelderen da er sykkelig opptatt av denne vondt i magen, så kan man fint vedlikeholde det symptomet lenge etter at det som utløste det er borte. Man kan fortsette å lete etter det, og barnet – fordi det er barn, vil tro at det har vondt i magen og vil fortelle om denne magesmerten. Så jeg vil kanskje sagt det i og med at det er de lave gradene som er vanligst, så er det det at omsorgspersonens bekymring blir på en måte indoktrinert i barnet, man får det til å tro at det er noe galt med deg. Så ja, jeg vil si at det er det. Manipulering.

En annen barnelege sier det samme, at det er sjelden de finner reelle symptomer, det er oftest mer historier som blir fortalt, som overdramatisering av ting som kanskje er der i en viss form, men de blir rapportert større enn de er. Men i de tilfellene hvor de faktisk fremkaller symptomer, altså at de utløser reelle funn, så finner man brudd, filleristing, forgiftning, medisinerer med ting som utløser symptomer eller tilsetning av blod i urin og avføring.

En tredje barnelege forteller at når man først tenker i den ekstreme formen for medisinsk barnemishandling hvor foreldrene aktivt påfører barnet skader eller symptomer, så finner man kvelning til barnet begynner å krampe. Det kan være barn som får avføringsmedisin slik at det skal se ut som det har diaré, eller de foreldrene som tilsetter blod i urinen for å fabrikke en

blærekatarr eller en urinveisinfeksjon. Man har også de omsorgspersonene som injiserer stoffer i barnet, og det kan fremkalle et stort spekter av symptomer.

Vedrørende det samme temaet så forteller en saksbehandler:

Det kan være pustestopp i baby, at de stopper å puste. Spisevegring som i at de ikke vil spise eller spiser lite, dermed må en utredes og ender mest sannsynligvis opp med sonde. Det er jo lett å gi et lite barn, lite mat. Og allergier.. Og alle disse tre tingene er således enkelt å påføre, for det handler jo om foreldrenes rapportering.

6.3 Utvalget som ansatt og deres posisjon i disse sakene

Nå har vi fokusert en del på de ulike aktørenes oppfattelse og forståelse an fenomenet MBP, samt omsorgspersonen og atferden rundt den. Nå tar studien videre for seg det som går mer på hvordan legene og saksbehandlerne håndterer disse situasjonene, lovverket og deres personlige opplevelse av å sitte med denne mistanken, noe som er relevant for studien fordi det har noe å si hvordan man som ansatt møter disse familiene og ikke minst omsorgspersonene.

6.3.1 Arbeidsplassens håndtering av MBP.

Utvalget fikk spørsmål om arbeidsplassens håndtering av disse sakene, dette for å vite noe om hvordan det gjøres nå, og om hva som eventuelt kan forbedres. Dette punktet har blitt viet noe mer plass enn de andre punktene (funnene), fordi det omhandler håndteringen av problemet av arbeidsplassen, noe som er direkte knyttet opp i mot studiens problemstilling.

Felles for barnelegene og saksbehandlerne er at de snakker sammen med kollegaer gjennom møter eller faste treff med leder, de velger altså å komme sammen og drøfte det som har skjedd/skjer, hva man mistenker og veien videre.

En barnelege sier at ofte er første trinn etter å ha drøftet sammen med kollegaer i faste rammer, å observere situasjonen mer og nærmere. Hvordan er samspillet mellom omsorgspersonen og barnet, samspillet mellom omsorgspersonene, mellom omsorgspersonen

og sykepleierne og de ulike legene og samspillet mellom barnet og legene. Etterhvert så kan man ta det opp med dem, men man skal være forsiktig, for hvis det blir for konfronterende så kan de låse seg helt og da mister du dem, både med at de ikke kommer til deg lengre og for at de ikke er mottakelige for behandling. Man må derfor bygge en bro og være forståelsesfull og lyttende, samtidig som du klarer å forklare hva det er du reagerer på.

En barnelege svarer at det sentrale er at de involverer politiet og barnevernet nokså raskt. I forkant av dette så holder man tilbake informasjon i en kort fase, for å finne ut av hvordan helsepersonellet skal håndtere situasjonen. Normalt sett, hvis helsepersonellet mistenker en alvorlig sykdom hos et barn, så skal foreldrene informeres så fort som overhode praktisk mulig, det er en trygghet alle foreldre skal ha. Og her må man da bryte litt vekk i fra det hvis man mistenker MBP eller annen tradisjonell alvorlig vold, og da begrenser det legens mulighet for å dele informasjon som de innehar. Dette handler om at fokuset må skiftes til hvordan å håndtere situasjonen, men også å få et godt samarbeid med barneverntjenesten, noe barnelegen sier er det aller viktigste i disse sakene- det at de sammen må få forståelse for saken. Barneverntjenesten og helsepersonell er diktert av to ulike lovverk og har begrenset med mulighet for å utveksle informasjon. Barnelegene sier de kan sende informasjon til barnevernet i form av en bekymringsmelding, hvor de da er løst fra taushetsplikten sin. Men informasjon kan ikke gå andre veien igjen, altså fra barnevernet til helsepersonell uten at foreldrene eksplisitt godkjenner det.

En barnelege forteller om en sak han er kjent med, hvor foreldrene, med god advokathjelp har nektet barnevernet å samarbeide med sykehuset og dermed så står de fast og ingen kommer noen vei fordi de får ikke lov å snakke sammen, noe som er en utfordring. I en annen sak kunne man forutse at det ville bli ord mot ord, så man valgte da å gjøre noe litt mer utradisjonelt, hvor de valgte å konfrontere omsorgspersonen om mistankene sine om MBP og de bevisene de hadde i et møte hvor barnevernet var tilstede. Dette var et møte som omsorgspersonen ikke visste om før hun plutselig satt i det. Erfaringen fra dette er at det var ekstremt effektivt, men noe utradisjonelt. Grunnen til at barnelegen gjorde dette var fordi de opplevde omsorgspersonen som ekstremt manipulerende, flink til å så tvil om alt man sa og alt man gjorde. Så med mindre barnevernet fikk se med egne øyne hvordan denne omsorgspersonen holdt på, så var legenes oppfattelse at barnevernet ville aldri bli sikre nok til å føle at de hadde grunnlag for å gripe inn. I møte var det forskjellige eksperter tilstede, slik at hvert eneste manipulative forsøk fra omsorgspersonen kunne imøtegås der og da. Dette ble en

effektiv demonstrasjon for barnevernet, hvor man kunne se hvordan en omsorgsperson opererte, noe som også har gjort at både barnevernet og barnelegene har følt på en sikkerhet gjennom hele prosessen, på hva som er situasjonen. Ifølge barnelegen er det nok dette, måten helsepersonellet og arbeidsplassen håndterte denne situasjonen på og hvordan barnevernet har håndtert saken i etterkant, som har gjort at det har gått bra med dette barnet. Barnelegen er tydelig på at dersom det ikke er et tett tverrfaglig samarbeid mellom helsevesen og barneverntjenesten og eventuelt politiet, så er sakene som angår MBP ugjennomtrengelige.

En saksbehandler forteller at hun på sin arbeidsplass ble gitt tid til å lese på forskning og snakket med noen overleger med spesialkompetanse på feltet. Dette er ikke til felles generelt sett med barnelegene, men det handler mer om den kompetansen man innehar som utgangspunkt i disse sakene. En saksbehandler har ikke samme kompetanse som en barnelege, og omvendt. Saksbehandleren forteller også at det var svært utslagsgivende det som ble gjort, om hvordan de samarbeidet med legene og politiet i den ene saken omhandlende MBP. Saksbehandleren forteller at hun opplevde i denne ene saken hun deltok i, at hun måtte holde igjen informasjon over en kort periode for at ikke korthuset skulle falle sammen. Dette var og er en av tiltakene som ble iverksatt av arbeidsplassen, at man skal samarbeide med de andre etatene.

En annen saksbehandler rapporterer om det samme i forhold til samarbeid med andre instanser, men hun sier også noe om det å være to saksbehandlere i disse sakene. Det oppleves tryggere å være to, og man kan bekrefte hverandres oppdagelser ved for eksempel ting man oppdager på/ved hjemmebesøk. Det som saksbehandleren gjorde her som er nokså likt det som barnelegene gjorde, var å avholde et instansmøte som de holdt tilbake fra innsyn. Etter forvaltningsloven § 19 så kan man uten foreldrenes samtykke avholde instansmøter uten også å informere om det på forhånd, noe de tok i bruk ved denne barneverntjenesten. Her kaller man inn aktuelle instanser og legger frem bekymringen man har, og dersom de andre også har en bekymring så snakker man rundt dette og finner en felles forståelse om man er i en bekymringsallianse eller ikke. Og dersom det er da flere instanser som er bekymret og ser det samme, så står man sterkere sammen for å kunne agere slik som man bør med for eksempel akutt plassering. Også er det slik at dersom det er en alvorlig bekymring for alvorlig mishandling slik som MBP er, så tenker man at barnet skal ut når foreldrene får formidlet bekymringen, og da må man være ganske sikre. Hvis man ikke er helt sikker så får man ofte ikke medhold i akutt plasseringen og da skal barnet hjem igjen, etter noen dager eller noen

timer kanskje. Uavhengig av hva man som arbeidsplass velger å gjøre og ta for seg, så er det viktig å være forsiktig, da man raskt kan havne i en situasjon hvor familien forsvinner og flytter.

6.3.2 Å sitte med mistanken

Informantene fikk videre spørsmål om hvordan det var for dem å sitte med mistanken om at omsorgspersonen aktivt går inn for å mishandle barnet sitt ved hjelp av systemet rundt barnet og medisiner og diverse. Dette med å sitte med mistanken har mye å si for studien, for det handler om ter seg og går frem i møte med omsorgspersonen.

Både saksbehandlerne og barnelegene forteller at det var ikke er en positiv opplevelse å sitte med denne mistanken.

Saksbehandlerne bruker ord som *grusomt, forferdelig, kvalmende og ekkelt*. En saksbehandler sier at det er en voldsom hast oppi det hele. Hun forteller at hasten kommer av at det i tillegg til alle allergier, sykdommer, syndromer eller hva det måtte være disse barna blir påført, så kan det også finnes søsken oppi alt dette, og dermed finner man *påført* pårørende. Og til flere som vet om saken, av kollegaer, politiet, diverse helsepersonell etc, dess mer opplever saksbehandleren at hun går og venter på en katastrofe. Man vet at MBP kan være dødelig, og dermed går man og tenker på dette og dermed blir det raskere en hastesak for den som sitter med saken.

Barnelegene sier det samme som saksbehandlerne når det angår følelsen, det er en forferdelig og belastende opplevelse å sitte med mistanken. En barnelege sier:

Det er belastende på en litt annen måte enn hvis du mistenker at et barn har kreft, for det er også belastende, men med masse empati. Men i motsetning til en klassisk voldsmistanke som ofte bygger på at det finnes noen funn, hvor du da egentlig bare kan spille ballen over til de som skal etterforske, altså barnevern og politi med en gang, så sitter du altså her med en veldig mye større del av ansvaret selv, fordi de andre instansene har jo egentlig ingen forutsetninger for å etterforske dette. Dette handler jo om sykdomsforståelse, det er tett knyttet til hvordan man oppfatter sykdom. Så det er klart at dette er belastende.

En barnelege forteller også at når man har slike saker som dette, så er det vanlig å kontakte andre barneleger som har jobbet med dette og har erfaring på området og få råd av disse. Da

opplever man ofte sympati, men de ønsker ikke å engasjere seg. Og det er helt i motsetning til alle andre ting som du ber om hjelp om, hvor du da vanligvis vil få hjelp og støtte. Men disse sakene oppleves så belastende å stå i at man velger å la være å engasjere seg. Noe som er et stort tankekors, fordi det betyr egentlig at man lukker igjen øynene.

En annen barnelege forteller at det er helt klart belastende, men samtidig så kan den første reaksjonen føles litt godt, fordi man blir litt glad over å ha kommet på tanken i det hele tatt. I utgangspunktet er det jo en alvorlig sak, men hvor man kjenner på en god følelse først for å ha tenkt tanken, og man føler at man mestrer noe eller får til noe, men så kommer den fæle følelsen over at dette ikke er noe godt for barnet. Men den gode følelsen er kanskje bra for da kommer man kanskje gjerne oftere på det igjen. Barnelegen sier videre:

Jeg tror at hvis man bare syntes det er ekkelt og dumt, slitsomt etterpå, samtalene blir så vanskelige og det blir så mye styr, så vil du kanskje lukke øynene for det litt. At man ikke vil tenke på de tingene som kan være så grusomme og utenkelige. Så på en måte er det greit at man er litt fornøyd med seg selv, at man må være glad man kommer på det. Også vet du jo da at nå blir det vanskelige samtaler, det blir misnøye, man må tåle aggresjon og man må bruke masse tid som man ikke har og så videre.

6.3.3 Taushetsplikt

Taushetsplikten er en av de begrepene som man kanskje har enklest for å gjemme seg bak når man er usikker på hva man kan si og ikke, men det er også en av de viktigste etiske pliktene man har i et barnevernyrke. Det at andre ikke skal få vite, og at man skal føle seg trygg på dette, er utrolig viktig for videre samarbeid med familiene. I denne studien har jeg stilt spørsmål om når barnets beste overgår taushetsplikten til utvalget, og de forteller følgende.

Barnelegene sier at barnets beste overgår taushetsplikten relativt raskt. Terskelen er lav for å bryte den, eller få fritak fra taushetsplikten for å melde i fra dersom man mistenker at et barn blir mishandlet. Man har jo også en plikt å melde fra i kraft av å ikke bare være barnelege, men også fordi man er menneske.

En barnelege sier at dette ikke ofte er et problem, fordi man i de fleste tilfeller snakker med folk som er direkte relatert til situasjonen, som også igjen har taushetsplikt.

Noen ganger må man hente inn informasjon fra andre instanser, for eksempel læreren ved skolen fordi du har en mor som hevder at barnet har 25 fraværsdager i løpet av en kort periode. Også tenker man at det var mye fravær, men man er usikker på om det stemmer så man ønsker å kontakte læreren for å sjekke. Og jeg tror at i flere tilfeller så er ikke terskelen så stor for å bryte taushetsplikten, for når du først har en så alvorlig mistanke, så er det lite som skal til for at du kan si at det er til barnets beste at du tok kontakt med denne læreren.

Saksbehandlerne forteller at barnets beste skal generelt være førende i hele tiden, i alle saker generelt. Og man tenker jo at de valgene man tar er til barnets beste, enten det handler om instansmøte uten foreldrene sitt samtykke, eller at man velger å hasteflytte barn. Men spesielt når det er fare for barnets liv og helse.

En saksbehandler forteller at ved hennes arbeidssted så har de endt opp med å kunne ringe direkte til Helfo ved bruk av opphevelsesparagrafer og fått vite de siste 15 fastlegene og annen informasjon, hvor de da hjemlet dette i barnets beste for å redde dette barnet. Dette ble gjort uten samtykke, som også er en mulighet. Men å få samtykke er alltid det beste av flere grunner, og man slipper å ta stilling til taushetsplikten på samme måte.

6.4 Samarbeid mellom helsevesen og barnevern

Utvalget fikk flere spørsmål vedrørende samarbeid mellom instansene, da det ut i fra min forforståelse har noe å si ved at instansene rundt barnet, faktisk snakker sammen. Det er høyst relevant for studien fordi helsevesenet og dets personell er de som kan mer enn andre uttale seg om de ulike diagnosene, symptomene eller sykdommene barnet blir påført eller fabrikkert om. Samarbeidet i dag mellom barnevern og helsevesen rapporterer barnelegene ikke er godt nok. De forteller at de har opplevd gode samarbeid, men at det er personstyrt ut i fra engasjerte folk i barnevernet og ikke systemet i seg selv. Det er enstemmig blant barnelegene at godt samarbeid er helt avgjørende for å få det til. Men i følge dem finnes det ikke gode nok samarbeidsarenaer generelt, mellom de offentlig kommunale tjenestene som er til barn, inkludert barnevernet, og spesialisthelsetjenesten og helsetjenesten generelt. En barnelege sier at samarbeidet mellom barnevernet og barneavdelingen på sykehusene er på et veldig dårlig nivå, og det har mye med lover og regler å gjøre. Han kommer med eksempel:

Hvis vi får en mistanke, så sender vi en bekymringsmelding til barnevernet som vi aldri får svar på og dermed vet vi ikke hva som skjer. Barnevernet har ikke rapporteringsplikt til oss, så de trenger ikke melde tilbake til oss hva de har gjort videre. Oftest kommer det en melding tilbake til oss én måned eller to senere hvor det står at barnevernet har vurdert saken men kunne ikke finne noe så saken er henlagt. Dette er ikke et godt samarbeid. Det hadde vært fint om vi som ser disse barna regelmessig kunne fått vite noe, om det er funnet noe, eller om det er noe man skal være obs på som behandler.

Videre forteller han at hvis de ringer inn til barnevernvakten, så er det alt etter hvem de treffer på hvordan reaksjonen blir, igjen – veldig personavhengig. Noen er engasjerte og spør mer og forteller hva som skal skje videre og hva man som lege bør gjøre nå i den gitte situasjonen, men andre er ikke like samarbeidsvillige.

Helsevesen og barnevern er organisert som ulike etater rundt deres egne lovverk og barnet har ingen fellesnevner. En barnelege sier:

Vi er som små tallerkener som er satt ut på et bord, også kaster du barnet ovenfra som spagetti ned på bordet, og håper da at noe treffer på en tallerken. Men mesteparten av bordet er jo ikke dekket av tallerken. Så vi klarer ikke lage noe sikkerhetsnett hvor vi kan fange opp dette, og da blir det litt som sånn veldig ofte i disse vanskelige sakene, så løses de bare hvis noen går litt utav det som egentlig er definisjonen av det som er deres oppgaver.

Flertallet av barnelegene i denne studien forteller at de har god erfaring med instansmøter, som ikke skjer så ofte, men det burde være mer av det. Dette er effektivt og man får et godt utgangspunkt og godt samarbeid, ikke bare med barnevernet men alle instansene rundt. Når alle går fra møte så vet alle hva som skal gjøres og veien videre.

En barnelege forteller at han opplever å bli tatt på alvor av barnevernet dersom han sender en bekymringsmelding. Når det gjelder saker omhandlende MBP så oppleves barnevernet ganske så fremoverlent, og de også må leve med at det ikke er en enkel sak å finne utav. Han sier at «barnevernet har ikke en lettere jobb enn oss i forhold til det». I flere MBP saker har barnevernet ringt sykehuset og barnelegen og bedt om et møte, også har de satt seg ned og gått igjennom problematikken sammen. Også har sykehuset og barnelegen forsøkt å gitt dem råd og veiledning. Legen sier han har tro på denne typen samarbeid, for i denne typen saker så

er barnevernet veldig avhengig av medisinsk kunnskap for å finne ut av det. Denne barnelegen sier det samme som de andre, at han opplever oftest å ikke få noe mer enn et brev hvor det står hva konklusjonen er. Han sier:

Barnevernets manglende kommunikasjon tilbake til oss helsepersonell, tror jeg er veldig negativ for det tverretatlige samarbeidet det bør være mellom oss. Vi har rapporteringsplikt til dem, men så hører vi ingenting. Og det burde gå an å få til en litt mer sånn gjensidig informasjonsutveksling til barnets beste. Ikke for min nysgjerrighet for jeg er ikke spesielt nysgjerrig, men nettopp for barnets beste. Så de rigide skillene mellom etatene i forhold til informasjon, det er etter mitt skjønn, et stort skråbrett ved norsk helsevesen og barnevern.

Saksbehandlerne forteller at dersom man har en bekymringsallianse med helsevesenet, så er samarbeidet godt, og når man har etablert en felles forståelse så er samarbeidet bra.

Helsevesenet er jo en viktig brikke i disse sakene, for enten handler det om psykisk eller fysisk helse. Og hvis barnet ender opp med å bli plassert så er jo helsepersonellet noen av de viktigste vitnene, for man kommer ikke så langt med en saksbehandler som vitne uten medisinsk bakgrunn. Men dersom helsevesen ikke deler samme bekymring så påvirker også dette samarbeidet. Så dette viker noe i fra det legene sier, men det er klart at man må tenke på hvilken side dette kommer fra.

En barnelege forteller at barnevernet og helsepersonell har ulik kompetanse, så de er i grunnen nødt til å samarbeide, fordi det er helt umulig for barnevernet alene å trenge gjennom en slik sak. De er ikke i nærheten av å ha den kompetansen – og skal ikke ha det heller- som man må inneha for å få det til. Helsevesenet kan ikke gå hjem til folk, og man har generelt begrensninger på hva man har lov til å gjøre og hvor langt man kan gå. Barnevernet derimot har muligheten til å gå på hjemmebesøk. Barnelegen mener man burde hatt en kombinasjon, hvor man kunne kombinere det medisinske med de rettighetene som barnevernet har. For, for legene så hevder han at det blir for mange løsrevne fragmenter som forsøker å lage et sikkerhetsnett for barnet, og dessverre så funker det dårlig.

6.4.1 Hva må til for å få et godt samarbeid?

Barnelegene er enige i at i en så alvorlig sak som med MBP, så er det viktig at helsepersonell og barnevernet kommer sammen, for å snakke om saken og sine mistanker. En barnelege ytrer bekymring over om det handler om manglende kunnskap og kompetanse i barnevernet, eller til og med mangel på interesse. Han sier han ikke vet hva det handler om, men er tydelig på at det er mangel på samarbeid, og det er ikke forståelig hvorfor man i barnets beste øyemed, ikke kan komme sammen og snakke om problematikken. Han opplever at barnevernet holder kortene sine skjult og at de jobber for seg selv og ønsker ikke å involvere andre. Han mener det må en holdningsendring til. Dette gjelder ikke kun den ene barnelegen, de som blir intervjuet i denne studien av barneleger er enige i at det er vanskelig å få tak på barnevernet på det jevne når det kommer til denne problematikken. Men når man først er i kontakt så flyter den bedre, ved hjelp av instansmøter eller samarbeidsmøter hvor man kommer sammen.

En barnelege mener det viktigste som må til er at barnevernet og helsepersonell blir litt kjent med hverandre, fordi han opplever at det er tryggere for alle parter dersom man kjenner mer til barnevernet og barnevernet kjenner til barnelegene. Man stoler mer på hverandre.

Utfordringen han mener kommer med dette, er at det er ofte utskiftninger i praktiserende barnevernsarbeidere. Han mener dette ikke er bra for det er så sårbart og det ender ofte i at man blir kjent med noen, og plutselig er de borte og noen nye kommer inn. Barnelegen sier også at samarbeidsmøter er en nødvendighet, men at det også er viktig i disse møtene, at barnevernet har en aktiv rolle, og ikke bare hører på når helsevesenet forteller. Det må være noe gjensidighet. Han mener at for at dette skal være mulig så må man endre lovverket og sier at lovverket i dag ikke er laget for barnets beste, men i noen tilfeller kan det oppleves som det er for barnets verste. Eksempelvis mener han at taushetsplikten må gjøres noe med, da de opplever det som fravikende fra barnets beste å skulle holde på taushetsplikten sin til tider.

For å trekke ut de tingene som barnelegene mener man bør gjøre noe med for å få et godt samarbeid, er en holdningsendring i barnevernet, gjennomføring av samarbeidsmøter, mindre utskiftninger av ansatte i barnevernet og endring i lovverket.

Saksbehandlerne forteller at for å få et bedre samarbeid så tenker de at man må være mer bevisst på at MBP kan forekomme, man må tørre å tenke tanken på at MBP faktisk skjer. Og at helsepersonell seg i mellom kan være noe mer observante. Saksbehandleren sier at i barnevernet opplever de at det glipper noen ganger, spesielt mellom fastlegen og legevakten. I

flere tilfeller har disse familiene hatt lite kontakt med fastlegen, men graverende mye med legevakten. De har opplevd det som at legevakten er en plass man kan komme litt unna med diverse, fordi det er ulike leger der hele tiden, og selv om de journalfører så er erfaringen at det er ikke før man først går tilbake og faktisk studerer journalen at man kan se et mønster i sykehistorikken.

Andre ting saksbehandlerne nevner er ryddig språk og plombering av all informasjon før det skal ut. Det vil si at når man snakker sammen, så må man være tydelig på hva det er man prøver å si, og være tydelig dersom det er noe man ikke forstår. Ved plombering av informasjon så menes det at i noen av sakene så er det så alvorlig form for MBP at hvis omsorgspersonen skal for eksempel pågripes, eller MBP skal avdekkes i en situasjon, så må det ikke komme ut noe om dette før det skal skje. Det er også et viktig moment som saksbehandler, å være nøytral og kanskje litt «kald» for å kunne stå i situasjonen.

6.4.2 Ulike tilnærminger

På dette punktet blir utvalget spurt om barnevernet burde ha en annen tilnærming enn helsepersonell, noe barnelegene en enige om. En barnelege forteller at han tenker at den grunnleggende tilnærmingen må jo være å hjelpe barnet, også må det være både helsetjenesten og barnevernet sin tilnærming å forsøke å sette familien i stand til å fungere, hvis det er mulig. Og der er nok barnevernet en viktigere aktør i forhold til det å se barnet og familien ofte og mer helhetlig. Ofte ser legene bare den ene forelderen og de vet lite om kontekst, mens barnevernet som er innenfor familievern har muligheten til å gjøre og se ting som er langt utenfor en barneleges mandat. Helsetjenestens mektigste virkemiddel er i dag å kunne sende en bekymringsmelding. Men dette skal helst gjøres mens man fortsetter å bevare tilliten til familien, slik at man kan fortsette å være behandler. Han kommer med eksempel:

Hvis et barn har diabetes, så kan vi være veldig bekymret for enten vold eller omsorgssvikt eller hva som helst, men det barnet skal uansett fortsette å komme til oss rundt 3-4 ganger i året. Så hvis jeg som behandler sender en bekymringsmelding, så må jeg likevel gjøre det på en måte som gjør at barnet fortsetter å komme tilbake, selv hvis barnevernet ender med henleggelse og sier det var ingen grunn til bekymring og omsorgen beholdes. Så skal jeg likevel da ha tilliten til foreldrene, og at de fortsetter å komme tilbake? Det er ganske vanskelig å balansere og gjør nok at ganske mange bekymringsmeldinger aldri blir sendt. Og her roter vi oss ofte opp i en sånn totalvurdering av barnets beste, for det er jo ikke til barnets

beste hvis foreldrene slutter å følge opp, eller hvis det blir et veldig anstrengt forhold mellom familien og behandler. Så det er også noe med tilnærmingen her. Barnevernet har nok et bedre mandat for å kunne gå bredere inn å se på familie samspill og understøtte det.

Saksbehandlerne er enige med barnelegene om at tilnærmingen bør være ulik, ettersom man har ulike roller. Også er det jo slik at barnevernet oftere har mer informasjon enn barnelegene, noe som kan ha noe å si for måten man velger å tilnærme seg på. En saksbehandler sier også at tilnærmingen er ulik fordi barnevernet har mulighet til å inkludere søsken. Søsken har jo allerede en rettighet i form av enten hjelpetiltak eller at barnevernet har undersøkelsesplikt på dem også. Mens i helsevesenet så er det pasientrettigheter knyttet til en person og de voksne, og ikke øvrige familiemedlemmer. Sykehusene eller legene kan også kryssjekke journal med andre sykehus, fastlegen og så videre, mens barnevernet sender ut innhentinger på et mye bredere nivå. Men det er spesielt dette med søsken som er relevant her, for ofte så har også de utfordringer vedrørende MBP sakene.

6.4.3 Burde man hatt en prosedyre/mal for gjennomføring av disse sakene?

En saksbehandler sier at dette er noe som absolutt kunne vært nyttig for barnevernet i disse sakene. Det er et tema som burde vært mer oppe og fremme i og med at det er såpass «sjeldent». Det kunne vært fint og visst hva man skulle gjøre når man får disse bekymringsmeldingene. Med «vanlig» vold, hvor barn blir fysisk slått, bitt eller får merker, så er det nok lettere for barn å forstå, for da kan barnet oppfatte at det blir slått. Men dersom det gjelder MBP, så er det vanskeligere for barnet å forstå at det blir påført skade, eller at omsorgspersonen fabrikkerer sykdom/symptom hos deg, det er mer diffust.

En annen saksbehandler sier at det kunne vært fint med en slags sjekkliste for hva en har lov til å gjøre, med for eksempel å sette barnets beste opp i mot taushetsplikten, og paragrafen hvor du unntar saksbehandlerne og barnelegen og andre instanser fra taushetsplikten når det er alvorlig fare for liv og helse. Og så man kan vite når man eventuelt skal igangsette en skjult undersøkelse.

En barnelege forteller at det er et behov for en mal for samarbeid mellom tjenestene. Han opplever at både han og hans kollegaer er usikre på hvordan man skal samarbeide med barneverntjenesten. Han sier:

Det føles ofte som et utrygt prosjekt å stå med denne mistanken og skulle presentere den, det oppleves som skremmende. Og da må man kunne forvente at de andre på «laget» vet hva de skal gjøre og hva de kan bidra med. Så en mal for samarbeid og en slags forventning til hva barnevernet og eventuelt politiet kan gjøre i disse sakene hadde sannsynligvis vært til god hjelp. Det er jo forutsigbarhet som er trygghet. Sjansen for at jeg kontakter barnevernet for en viss bekymring, øker dersom det fins en forutsigbarhet for hva som skjer nå.

Han forteller videre at hvis han opplever at barneverntjenesten avviser saken uten å ha gått inn i den og uten å ha tatt bekymringene på alvor, så har han for ingen grunn ødelagt hans forhold til omsorgspersonen, og har gjort det vanskelig for videre oppfølging. Men verken han eller hans kollegaer kan vite noe om situasjonen hjemme, og det er jo derfor de sender bekymringsmelding, men hva som skjer i selve undersøkelsen til barnevernet vet han ingenting om, så det ville nok vært her det hadde vært behov for en slik mal.

En annen barnelege forteller at han også tenker det kunne vært fint med en mal om hvordan man samarbeider på generelt nivå, ikke spesifikt knyttet til MBP, men samarbeidet mellom barneverntjenesten og helsetjenesten. Han nevner også at det ville vært en fordel dersom barnelegene kunne fått en større tilbakemelding fra barneverntjenesten om hva de tenker å gjøre i sakene som er blitt meldt, eventuelt ringe og stille mer spørsmål. Han sier at det er tross alt de som kan mest om dette, de har syke unger på jobb hver eneste dag i gjerne 10-20-30 år. Han mener det er svært spesielt at barnevernet som skal verne om barn ikke involverer barneleger mer, som en helt naturlig del av saken. Det er dette han hevder de mangler.

6.5 Å avdekke mistanken

Dette punktet i intervjuet er det viktigste punktet, nå har vi bygget opp og rundt hovedattraksjonen som er å kunne avdekke fenomenet som utspiller seg på et så manipulerende nivå at man omtrent mistenker mer mørketall enn registrerte tilfeller.

6.5.1 Gjennomføring av samtale med familien

Utvalget fikk i spørsmål om hvordan de gjennomfører samtaler med familiene, snakker de med barnet alene (hvis det er gammelt nok), eller er omsorgspersonene i rommet. En

barnelege sier at de må alle bli flinkere på å snakke med barnet uten at foreldrene er tilstede. Han sier: *Stort sett sitter mor og far og henger over skuldrene til barnet.*

En annen barnelege svarer:

Vi har en policy på at fra og med barna er 12 år, så skal vi ha en samtale med barnet alene. Dette gjennomføres nok ikke så ofte som det burde, og spesielt ikke ved akutt problemstillinger, men da er det kanskje heller ikke nødvendig. Så for egen del så gjør jeg dette i de situasjonene hvor det er en kronisk problemstilling eller et alvorlig symptom. Det er også et rødt flagg her dersom omsorgspersonen(e) motsetter seg det, og gjerne da snakker på vegne av «mitt barn».

Han forteller at det å snakke med barn alene etter 12 år er en generell medisinsk, nasjonal retningslinje, men i hvor stor grad andre følger denne retningslinjen er usikkert. Han mener at de er i mindretall de som faktisk gjør dette. Han tror det handler om hva som er praktisk mulig å få til i en travel hverdag. Likevel mener han det er viktig å se an saken og familiene og anvende skjønn. De andre barnelegene i utvalget sier ikke noe om denne retningslinjen, men forteller likevel om deres fremgangsmåte i hvordan de gjennomfører samtale. En barnelege sier:

Det klassiske er at moren snakker mye. Og når mistanken da dukker opp, så snur jeg blikket klart og tydelig mot og til barnet helt på slutten, og spør; Hva tenker du om dette? Hvordan er det for deg? Og da kan jeg merke at moren blir litt utilpass. Noen ganger kan du se på barnet at det ikke stemmer helt, da er de i en alder hvor de kan ytre og forstå litt mer. Da kan de gjerne si; «Men så ille er det ikke mamma...». Og i den alderen mens de fortsatt sitter sammen, kan man oftest involvere barnet helt tydelig og bevisst, og hvis da moren prøver å involvere seg igjen, så sier jeg det helt tydelig til henne at nå vil jeg bare høre fra barnet ditt om hvordan han har det, nå må ikke du blande deg inn. Det er jo ofte slik at omsorgspersonene opplever ting på en litt annen måte enn barnet selv opplever det, også husker vi ting forskjellig. Vi voksne husker oftest det som er viktig og de gangene det var ganske ille. Men barn husker gjerne alt og hele bredden og de gode dagene litt mer.

Han sier videre at i de situasjonene hvor han har kommet til det punktet hvor han må konfrontere mor med mistanken sin, da gjør han dette gjerne alene uten barnet tilstede, så

fremt det er et barn som er stort nok til å forstå hva det snakkes om. Noen ganger har han tatt mor ut av kontoret og snakker kun med barnet om dette i første omgang, og spør om det er noe barnet vil fortelle. Og noen ganger forteller da barnet mer om hva som skjer hjemme, en hva de tårer å si når mor er tilstede. Men til slutt så deler man det man tenker og tar det opp med den det gjelder, og da må man være tydelig og åpen å kalle det for det det er. Samtidig så gjør han også da et forsøk på å gi omsorgspersonen en åpning så de kan komme ut av situasjonen og at de ikke går helt i forsvar så det ikke låser seg helt. Da begynner man oftest i den «milde» enden av MBP (Grad 1) og spør om dette kan stemme.

Saksbehandlerne forteller at hovedregelen er at dersom det er snakk om vold eller overgrep så skal barnet snakkes med først, uten foreldrene tilstede. Noen ganger er MBP sakene så alvorlige at det omfatter mer en «bare» barnet. Det kan i tillegg være svindel, at en omsorgsperson forsøker å lure til seg penger og diverse i tillegg til den medisinske mishandlingen. Dette genererer flere instanser og en større og mer alvorlig sak sånn helhetlig, som vil ha noe å si for samtale med familien. Noen ganger kan man ikke snakke om det man mistenker i det hele tatt i frykt av hva som kan skje med barnet dersom omsorgspersonen forstår at man er på vei til å forstå hva som skjer. Videre forteller hun:

I noen tilfeller er det så alvorlig, at min erfaring er at det ble i den ene saken aldri snakket med barnet om mistankene. Det ble aldri oppsummert sammen med barnet at det var meldt til politiet og så videre. Men det ble sagt til barnet hva mamma skal ha gjort i etterkant av pågripelsen.

En annen saksbehandler forteller at disse omsorgspersonene vil mest sannsynligvis forsøke å ta kontroll over hver enkelt situasjon, også samtale.

6.5.2 Nøkkelen til avklaring om det foreligger MBP

Utvalget får spørsmål om hva som er nøkkelen til avklaring om det foreligger fabrikkert eller påført sykdom. Barnelegene svarer at de som regel ikke finner denne nøkkelen, fordi det blir ofte syensing eller påstand mot påstand. En barnelege sier:

En nøkkel ville vært dersom man tok dem i en direkte løgn eller handling som er sykdom eller/og symptomutløsende. Det beste er dersom du finner noe objektivt, som ikke handler om å være veldig sliten eller å ha vondt, fordi det er vanskelig å gjøre noe med. Men hvis de sier at barnet ikke har spist, tisset eller drukket på en uke, og man har observasjoner av at dette har skjedd eller man kan se det på blodprøver, da har vi en slik nøkkel. Objektive funn ved objektive observasjoner der omsorgspersonen faktisk lyver, er nøkkelen.

En annen nøkkel fra en annen barnelege er dersom symptomene forsvinner når omsorgspersonen tas bort. Han forteller videre om erfaringer han har med barn som har blitt friske når de havnet i beredskapshjem. En tredje barnelege sier at de kan være uheldig og du får det direkte med deg at noe blir fabrikkert. Men oftest ender man opp med en sterk mistanke uten å kunne påvise det.

Saksbehandlerne sier at det er vanskelig å bevise MBP, på lik linje med barnelegene bruker de termen «påstand mot påstand», spesielt i Fylkesnemnda dersom de ender opp der. For saksbehandlerne kan det også være en nøkkel når barnet blir tatt bort fra omsorgspersonen eller skifter omsorgsbasis, så forsvinner symptomene. En saksbehandler sier:

Dette skjer jo. At faktisk så reagerer ikke barnet på de og de matvarene. Det spiser helt fint selv, trenger ikke mat gjennom sonde. Så det er klart at det er jo et slags bevis og en nøkkel.

En annen saksbehandler sier at det også kan være opplysninger som er uavhengige av hverandre. Hvis opplysninger som er innhentet eller kommet inn som bekymringsmelding, fra ulike instanser men med likt innhold, da kan det være en nøkkel. Barneverntjenesten sitter jo med totalsituasjonen til barnet, og dette er en fordel fordi man da kan se alle opplysningene i sammenheng, og lage en tidslinje.

6.5.3 Avdekke MBP

Utvalget får så spørsmålet om det finnes en god måte å avdekke mistanken om MBP på. Og de kommer alle med svar som kan brukes i det praktiske.

En barnelege sier:

Du må være nøye med å skrive ned hva som blir sagt, og være sikker på at man skjønner detaljene riktig. Slik at hvis man senere ser at noe ikke stemmer, så kan man med trygghet si at det var dette omsorgspersonen sa den gangen. At det ikke er noe tvil om eller misforståelser rundt hva som menes med hva. Og være veldig, veldig nøye med å skrive ned datoer og symptomer og hva som faktisk ble sagt, det tror jeg er det beste. Fordi det er den eneste måten å avsløre det på, med mindre du faktisk ser at noen blir påført skade, så er det løgnene og ting som ikke er sant. Og dette er ganske krevende.

En annen barnelege sier:

Det å starte med den systematiske gjennomgangen av journal, hvor man tar konsultasjon for konsultasjon, er nok den beste. Også er det den tverrfaglige drøftinga da selvsagt. Det er viktig at helsepersonellet er enig med seg selv, og snakker sammen seg i mellom. I disse tilfellene, eller i de voldsomste tilfellene så kan journalene være veldig tykke, men man må sette seg ned å gå over det likevel.

En siste barnelege sier:

Hvis man først har tenkt tanken, så er det lettere å komme videre med det. Da er det ofte slik at du finner utav det med å stille de samme spørsmålene om og om igjen, med å objektivere funn, med å drøfte med kollegaer, for å finne ut om det er bare du som syns dette er rart eller om noen andre tenker samme tanken. Og når man eventuelt utsetter omsorgspersonen for mistanken så kan man ofte se på reaksjonen om du har feil eller om du er på riktig spor.

En saksbehandler forteller at den letteste måten å avdekke på er når barnet går i barnehage eller på skolen, og disse arenaene ikke ser de samme symptomene eller utfordringene som omsorgspersonen rapporterer om. Men dette – på lik linje med alle andre saker – varierer fra sak til sak. Videre sier hun at det å ha et godt samarbeid med andre instanser i bunn er viktig for å kunne avdekke.

En annen saksbehandler forteller:

Man sammenstiller. Man finner opplysninger fra uavhengige parter og gjennomgår disse. Det oppleves litt sånn som med en fortelling som er for god til å være sann eller det henger for godt sammen. For eksempel foreldre som lever med alvorlig syke barn, de er slitne, de er lei, de vil gi opp. Og dette er vanlig i disse situasjonene. Og det er sunt og friskt å kunne si at hvis

noen av disse normale reaksjonene ikke er tilstede på unormale hendelser eller belastende situasjoner, så må en ta noen ekstra runder.

6.5.4 Når omsorgspersonen avsløres

Utvalget får avslutningsvis spørsmål om hva som skjer når omsorgspersonen blir avslørt, dette er for å lære og vite noe om hvordan deres reaksjoner kan være, for å være best mulig forberedt til en eventuell neste sak om MBP.

Barnelegene forteller at det kommer an på hvor og hvordan avsløringen skjer. De kan bli sinte og slenge med dørene og nekte for det, og si at de skal sende advokat på deg, eller de kan bryte ut i gråt. En barnelege forteller at det har alt å si hvordan man velger å gjennomføre den avslørende samtalen, når man skal konfrontere omsorgspersonen.

En barnelege sier:

I forkant av avsløringen så vil vi gjerne sørge for at barnevernet er der, og er informert slik at de kan vurdere barnets sikkerhet og hva som skal gjøres med omsorgen for barnet. Og idet omsorgspersonen blir avslørt, så er det ofte litt sånn som med voldsmistanker, at det oppstår en konfliktsituasjon, hvor omsorgspersonen kan bli sint.

Videre forteller han at ved hans erfaringer så har det vært en god ide å ikke bruke begrepet «Munchausen by Proxy» eller «medisinsk mishandling». Den tilnærmingen de har forsøkt å bruke er støttende tiltak, for å unngå å eskalere situasjonen noe mer. Det har endt i omsorgsovertakelse for barnet, og da er saken ute av helsepersonellens hender, fordi barnet trenger egentlig ikke medisinsk oppfølging lenger.

Saksbehandlerne forteller at med de erfaringene de har så benekter omsorgspersonen for mishandlingen, og man får ingen innrømmelse. En saksbehandler forteller fra en hendelse:

Hun svimte først av når vi konfronterte henne. Så hylte og skreik hun og politiet endte opp med å frakte henne til legevakten, som fant at hun fikk en «alvorlig stressreaksjon på en belastende beskjed», men hun ble verken innlagt eller behandlet for det. Også nektet hun videre for det hun ble avslørt for.

Den andre saksbehandleren informerer om det samme, med at de benekter og nekter å innrømme det til tross for at det så og si er avdekket. Man samtidig så forteller hun:

Selv om den som mishandler har vært uenig med barneverntjenesten, så har vi kunnet hatt et greit samarbeid likevel. Det har ikke vært slik alltid at de ikke vil se meg eller snakke med meg, men at vi har kunnet hatt en dialog. Og det er jo forsåvidt bra at de gjør det, men det handler kanskje om sykdommen, eller symptombilde til denne personen da, som liker å ha kontakt med systemet og vil ha det.

7.0 Diskusjon

Denne studien undersøker hvordan man som barneverntjeneste kan avdekke den nokså spesielle formen for mishandling – Munchausen by Proxy. Den er basert på intervjuer med ansatte i barneverntjenesten og barneleger, hvor begge profesjonene har erfaring fra området. Overordnet har studien som mål å identifisere betydningsfulle elementer og faktorer for å kunne avdekke mistanken, med å finne trygge tilnæringsmetoder for barneverntjenesten å komme i posisjon til familiene. Funnene viser at informasjonsinnhenting og tverrfaglig samarbeid er avgjørende faktorer for å komme i posisjon og avdekke mistanken for MBP. Det viser seg også at det å kunne lovverket godt er en fordel, samt det å endre lovverket på noen punkter kunne gjort det bedre for barnets beste i disse sakene. Til slutt må det spres kunnskap om denne type barnemishandling, gjerne via og inn i utdanningen, det bør ikke være kun for spesielt interesserte. I dette kapitlet skal jeg drøfte funnene i lys av kontekstuelle forhold, tidligere forskning og relevant teori, for å besvare studiens problemstilling.

Jeg har valgt å dele diskusjonskapittelet opp i kategorier, basert på de største funnene av temaer som ble gjort i forskningen. Jeg startet med noen generelle funn som kan bidra til å kunne besvare problemstillingen, for å så fortsette med de største funnene; Informasjonsinnhenting, informasjonsbearbeiding og informasjonsinndeling, tverrfaglig samarbeid, lovens rammer og barnevernsutdanningen.

7.1 Generelle funn og karakteristika med MBP

Hvordan man opplever og forstår Munchausen By Proxy, legger grunnlaget for hvordan man håndterer situasjonen man plutselig står i, når man som saksbehandler har blitt tildelt en sak med denne problematikken og eventuelt mistanken. Det ser ut til at det beste utfallet ville være dersom man alle har en felles forståelse for fenomenet, slik at man kan ha tilnærmet samme tilnærming til familiene for å kunne avdekke mishandlingen.

Ifølge Lasher & Sheridan (2004) er MBP en alvorlig form for barnemishandling, hvor omsorgspersoner gjentatte ganger overdriver, fabrikkerer eller stimulerer et problem eller problemer i noen som er under deres omsorg. Dette gjelder oftest foreldre og derunder mødre (Lasher & Sheridan, 2004, s. 3). Ifølge studien til Yates & Bass (2017) ser det også ut til at det er flest kvinner og mødre som er mer utsatt for å misbruke barna sine med medisinske midler. I denne studien bekreftes det at det er flest kvinner og mødre som utsetter ofrene sine for denne type mishandling, da 100% av utvalget sier at det er oftest kvinner og mødre som er overgripere. Det ser også ut til at det er kvinner og mødre som er mest opptatt av den generelle oppfølgingen av barn, og har et større pleieinstinkt. Og oftest har de ansvaret for barna mens menn og fedre stoler blindt på det mor sier. I denne studien viser det seg at også far ikke er tilstede ved sykehusoppholdene så ofte, og at legene derfor snakker mest med mor.

Tidligere forskning sier at mørketallene av MBP er store fordi det er så vanskelig å avdekke (Kvello, 2010, s. 404). Forskningen til Yates & Bass (2017) forteller oss om mødrenes patologiske løgner (Yates & Bass, 2017) og vi kan ut ifra det anta at det har en sammenheng med vanskelighetsgraden av avdekkingen å gjøre.

Denne studien viser også at det er vanskelig å avdekke tilfellene av MBP, fordi man er vant med at foreldre generelt sett snakker sant til både barnevern og leger, samt at sykehistorien til barnet i det minste er sann. Denne studien viser også at det største symptomet ved MBP er hvordan omsorgspersonen manipulerer systemet og mennesker rundt, og at det er denne som må gjennomskues for å kunne avdekke.

Denne studien har i forhold til avdekkingen også sett på nøkkel til avklaring og utvalgets mulighet for å avdekke mistanken. Lasher & Sheridan (2004) beskriver i sin gjennomgang av overgripernes karakteristika og mønster, at overgriperne kan ha bakgrunn fra en helseprofesjon eller en noe mer uvanlig grad innen helse eller psykisk helse (Lasher & Sheridan, 2004, s. 30). Tidligere forskning bekrefter dette med at overgriperne har ofte et

helse relatert yrke, eller at de lyver om yrkeshistorien og fremstiller det som om de selv har kompetanse på feltet (Yates & Bass, 2017). I denne studien derimot viser det seg at overgriperne egentlig ikke er så ressurssterke som de selv ønsker å fremstå, og at en ikke nødvendigvis er utdannet på området. Men de er derimot ekstreme i manipuleringen og usedvanlig vanskelige å avsløre, som igjen da kan bidra til en usann historie om deres egen profesjon innen helse. Studien viser samtidig at overgriperne ofte er mennesker med en form for bagasje, som har hatt en vanskelig barndom og har ofte måttet lyve også som små.

7.2 Informasjonsinnhenting

Barnevernsundersøkelsen dreier seg om å innhente opplysninger, som i neste omgang skal danne grunnlag for vurderingen av situasjonen og dens beslutning. Barneverntjenesten skal fremskaffe informasjon som kan gi en forståelse av omsorgssituasjonen til barnet (Aadnesen & Hærem, 2014, s.37). Informasjon danner dermed en stor del av grunnlaget for vurderingen, og er viktig for undersøkelsens utfall. I denne studien blir det beskrevet hvor vanskelig det er å fange opp MBP, og noe av nøkkelen til dette viser seg å være informasjonen som man sitter med, og har man da kunnskap om det informasjonen omhandler så kan man komme frem til en konklusjon basert på dette. Det fremkommer av studien at det er vanskelig for mennesker som ikke kjenner tilstanden eller har erfaring med det, å avdekke mistanken, eller i det hele tatt oppfatte at det eksisterer. Dette er i tråd med det Lasher & Sheridan beskriver, at undersøkelsen må tildeles saksbehandlere som er passende for denne typen undersøkelser, at man gjerne har erfaring med problematikken (Lasher & Sheridan, 2004, s. 118).

Både barneverntjenesten og barnelegene arbeider ut i fra informasjon de mottar eller henter inn. Og ifølge denne studien så er informasjonen om barnet like viktig for barnelegene som den er for barneverntjenesten. Begge skal ta valg basert på enten sykehistorie, eller barnets historie, som sammenfaller. En konklusjon vil være at man er i begge etater helt avhengige av hva som har skjedd med eller rundt barnet, for å kunne ta avgjørelser og beslutninger som faller under barnets beste. Spesielt ved barnevernundersøkelser så er konklusjonen at det er avgjørende for undersøkelsen å innhente informasjon, ettersom den består i størst grad av opplysninger som kommer utenfra barnevernet.

7.3 Informasjonsbearbeiding

Informasjonen som barneverntjenesten innhenter, skal sammen med vurderingene til slutt kunne ut i en konklusjon om barnevernets forståelse av barnets situasjon (Aadnesen & Hærem, 2014, s.63). Dette betyr at informasjonen som kommer inn må gjennomgå i sin fullstendighet og bli vurdert ut i fra kvaliteten og relevansen den innehar (Lasher & Sheridan, 2004, s.143). I barnevernet i Norge er det vanlig å lytte til familiene, og gå ut i fra at i de fleste tilfeller så snakker foreldrene sant – og hvis de da lyger så finner man gjerne røde flagg like rundt hjørnet som indikerer at det foreldrene forteller er usant. Historiene til foreldrene og barnet inneholder også gjerne noen ulikheter. Men i tilfellene med MBP så viser tidligere forskning at mors løgner og manipulering av både barnet, partneren og instansene rundt, gjør at informasjonen som blir samlet inn har stor sannsynlighet for å være usanne (Yates & Bass, 2017). Dette kan få fatale konsekvenser for barnet både i forhold til barnevernsundersøkelsen og behandlingene det får av legen. Mor kan ha manipulert informasjonen til barnevernet, ved å fabrikke, overdrive eller fremprovosere en falsk sykehistorie, og hun kan ha løyet om andre ting som kan være viktig for informasjonsbearbeidingen.

I denne studien viser det seg at informasjonsbearbeiding er et viktig moment i undersøkelsen ved mistanke om MBP, hvor det å kryssjekke journaler opp i mot hverandre og ut i fra hva omsorgspersonen forteller kan resultere i positive utfall for undersøkelsen og dermed barnet. Det viser seg at opplysninger som kommer inn fra ulike instanser, men med likt innhold kan være en nøkkel til avklaring og er noe av det man må sjekke ut i informasjonsbearbeidingsprosessen.

7.4 Informasjonsdeling

Å dele taushetsbelagt informasjon med andre er ofte sterkt innarbeidet hos yrkesutøveren at man ikke skal gjøre. Det kommer av både de juridiske rammene rundt arbeidet, men også etiske retningslinjer og normer i samfunnet, at man snakker ikke og deler ikke informasjon om andre, til andre. I noen tilfeller er dette dog nødvendig, som for eksempel når det er til barnets beste. Formålet med informasjonsdelingen vil være å styrke samarbeidet mellom barneverntjenesten og helsetjenesten (Bufdir, 2018), slik at barnet som blir utsatt for MBP kan få rett hjelp til rett tid.

Taushetspliktreglene er utformet slik at personlige opplysninger om klienten kan kommuniseres til andre som et ledd i formalisert arbeid i situasjoner ved enten samtykke, anonymisering eller etter særlige regler i tjenestelovgivningen (Willumsen & Ødegård, 2017, s. 74). Ved samtykke kan man gjøre det meste, fordi man blir i en viss grad fritatt fra

taushetsplikten for å kunne gjøre en god jobb for barnets beste. Ved anonymisering snakker man mer generelt ut i fra situasjoner og hendelser, for å komme frem til et svar eller en konklusjon. Ved særlige regler så kan man eksempelvis ut ifra barnevernloven gjøre unntak fra enten den eller andre lover dersom det er til barnets beste. I denne studien fremkommer det av utvalget at barnets beste overgår taushetsplikten relativt raskt og terskelen er generelt lav for å bryte eller bli fritatt fra den. Studien viser at når man først har en så alvorlig mistanke som ved MBP, så er det lite som skal til for at en kan si at det er til barnets beste at enten legen snakker med barnets lærer, eller saksbehandleren snakker med Helfo om de siste 15 fastlegene. Hvis man skal konkludere med noe ut i fra taushetspliktreglene, så vil jeg si at samtykke er den beste utveien for å kunne kommunisere og samarbeide med andre instanser rundt barnet. Men det er ikke i de tilfellene hvor man får samtykke, problemene oppstår. Det er heller i de tilfellene hvor man ikke får samtykke, at man først må ty til andre lover og hjemle det i andre paragrafer. I denne studien blir det trukket fram paragrafer som forvaltningsloven § 19 annet ledd, som har gjort unntak for opplysninger om andre personers helseforhold og andre forhold som av særlige grunner ikke bør meddeles parten, dersom det ikke er av vesentlig betydning for parten å bli kjent med dem (Forvaltningsloven, 1967, §19).

Denne studien viser til erfaring med å sette seg ned å snakke sammen, både ved samtykke og uten samtykke. Studien viser derimot også at taushetsbelagt informasjon kan også bli delt mellom instansene som er direkte relatert til situasjonen, selv om det ikke er avtalt at de skal snakke om temaet. Dette kan bety at aktørene tar skjønnsbaserte valg i spesifikke øyeblikk, hvor de snakker med en annen instans om barnet, det kan være lite gjennomtenkt og impulsstyrt ut i fra hva det snakkes om.

Man har ifølge denne studien mulighet for å dele informasjon med andre, og holde en part (omsorgspersonen i dette tilfellet) utenfor. Dette kan gjøres med loven i hånd ved bruk av forvaltningsloven § 19, samt å begrunne at man deler taushetsbelagt informasjon med andre instanser, til fordel for barnets beste. Dette skal gjøres i vel gjennomtenkte situasjoner hvor man har minste inngrepsprinsipp i mente.

7.5 Tverrfaglig samarbeid

Ifølge Willumsen & Ødegårds (2017) forskning ser det ut til at samarbeid er svaret på svært mange utfordringer, og at det er vanskelig å tenke seg til en hverdag uten samarbeid mellom profesjonene dem i mellom og med deres klienter (Willumsen & Ødegård, 2017, s. 113).

Allikevel så finnes det ifølge Kvello (2010) ingen gode rutiner for samarbeid mellom medisinsk personell og barneverntjenesten, for å kunne avdekke mishandling av barn (Kvello, 2010, s.405).

I denne studien bekreftes det dårlige samarbeidet ved at informantene forteller om et generelt dårlig samarbeid mellom barneverntjenesten og barnelegene. Det opplyses om at legene ønsker mer samarbeid, men de opplever motstand fra barneverntjenesten, men er usikre på hva dette handler om og nevner taushetsplikten som et mulig hinder.

Det skal også nevnes at det blir sagt i denne studien at det finnes gode historier hvor barneverntjenesten og barnelegene har samarbeidet godt. Men det ser ut til at på det generelle så er ikke samarbeidet slik som de begge ønsker å ha det. I denne studien kommer det frem at begge aktørene ønsker å oppnå et godt tverrfaglig samarbeid, og de kommer begge med opplysninger om ulike paragrafer man kan benytte seg av for å samarbeide uten hinder av taushetsplikten, og trekker frem forvaltningsloven § 19, som tidligere nevnt.

I følge Kvello (2010) er også medisinsk personell generelt kjent for å rapportere lite til barnevernet, noe som bekreftes via årlige tall og statistikker fra SSB, ved gjennomgang av hvem som melder bekymring til barneverntjenesten (Kvello, 2010, s. 405).

Det fremkommer av denne studien at det handler om hvordan helsepersonell ser på familiene som kommer inn, og hvordan de vurderer om de skal melde i fra til barnevernet eller ikke. Barnelegenes plikt etter helsepersonelloven og gjennom barnevernloven er klar på at de uten hinder av taushetsplikten skal melde fra til barneverntjenesten uten ugrunnet opphold når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, eller ved mistanke om alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen form for omsorgssvikt (Helsepersonelloven, 1999, § 33). Barnelegenes mandat er som de selv bekrefter i studien, veldig enkel, nemlig å bli bekymret for barn uavhengig av hva som er bakgrunnen. Studien viser at flere syntes det er vanskelig å melde ifra til barneverntjenesten fordi de er redde for at relasjonen mellom dem og familien skal glippe når de melder om sin bekymring. De blir utrygge på hvordan foreldrene vil reagere, og i de fleste tilfeller skal barnet fortsette å ha et behandlingsforløp i etterkant med samme lege, som opplever en usikkerhet rundt det å kunne miste tilliten til foreldrene.

I en konklusjon og i en perfekt verden vil det være enkelt å si at man bør følge loven å melde i fra til barnevernet umiddelbart ved bekymring. Men med litt erfaring så kan man og forstå at dette er vanskelig og hver sak blir basert på skjønn. Studien viser at det er avgjørende med godt samarbeid mellom aktørene, og begreper som «ugjennomtrengelige» blir brukt når det blir beskrevet hvor vanskelig det er å nå igjennom spesielt i MBP saker, uten tverrfaglig samarbeid.

Studien viser også at grunner for at man tar i bruk begreper som ugjennomtrengelige, omhandler den ulike kunnskapen og kompetansen som saksbehandlerne og barnelegene innehar. Saksbehandlerne har ikke kunnskap om medisin, noe legen har. Legen har ikke den samme myndigheten som barnevernet har, og kan ikke treffe de samme avgjørelsene eller utføre de samme handlingene. En lege reiser ikke på hjemmebesøk, det gjør barnevernet. Man har ulik kompetanse, og for å kunne jobbe mot og forsøke å nå det samme målet, så er samarbeid et godt verktøy.

Studien viser at det å snakke sammen løser usikkerhet. Allikevel ser man også at det er lite forståelse rundt hvorfor ikke barnevernet og helsevesen kan komme sammen å snakke åpent om bekymringen, med øye for barnets beste.

8.0 Konklusjon

Det ser ut til at informasjonsinnhenting og informasjonsbearbeiding er en dominerende faktor i MBP sakene. Det viser seg at det i større grad ikke handler om at barneverntjenesten med egne øyne skal se mishandlingen, men heller innhente informasjon og bearbeide og dele denne med de aktuelle instansene, for å sammen komme til en konklusjon om hva som foregår med den aktuelle familien. Når man skal innhente opplysninger så kan man se til Backe-Hansens (2004) mal, hvor hun trekker frem viktigheten ved å stille spørsmål og ha fokus på barnet i saken og omsorgspersonenes fungering. Og om det er noen kjennetegn ved familien og skole/barnehageerfaringer av relevans (Aadnesen & Hærem, 2014,s.40).

I denne studien blir det beskrevet hvor vanskelig det er å fange opp MBP og at nøkkelen er oftest informasjon. Innehar man da kunnskap om informasjonen så kan man komme til en konklusjon basert på bearbeidingen av informasjonen. I denne studien kommer det frem at man kan ta i bruk noen hovedkriterier for å evaluere informasjonen som kommer inn, om informasjonens troverdighet og om det kan bekrefte eller avkrefte MBP, er det nyttig for andre mistanker og kan det brukes i retten (Lasher & Sheridan, 2004,s.143).

Neste steg vil være det tverrfaglige samarbeidet, som ser ut til å være en avgjørende faktor for å kunne avdekke mistanken, samtidig som tilnærmingen dekkes på en god måte ved å skape forståelse for rammene rundt barnet. Det å skape god informasjonsflyt og samarbeidsflyt er viktig for veien videre, og for å sammen komme i posisjon til familien.

Barneverntjenesten har en unik mulighet til å se barnets totalsituasjon, ved å innhente opplysninger. Det gir barnevernet en fordel og mulighet til å lese sykdomsbilde til barnet og helheten rundt familien. I denne studien har jeg kommet frem til at tverrfaglig samarbeid og informasjonsbearbeiding i saken er de viktigste faktorene for å besvare studiens problemstilling. Likevel er det andre faktorer som man må ta i betraktning, men som ikke har blitt trukket like mye frem her. Problematikken bør tillegges som en del av barnevernspedagog utdanningen, for å gi barnevernet en større forståelse over hvorfor det er avgjørende med tverrfaglig samarbeid. Samtidig trekker utvalget frem lovverket og at dette bør endres for barnets beste.

9.0 Litteraturliste:

Aadnesen, N.B. & Hærem, E. (2014). *Barnevernets undersøkelse*. (3.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Anderson, A.P.A., Feldman, M.D & Bryce, J. (2018). Journal of Forensic science. *Munchausen by Proxy: A qualitative investigation into online perceptions of Medical child abuse*. (63)3, 771-775. doi:10.1111/1556-4029.13610

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester. (LOV-1992-07-17-100). Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>

Barne- og familiedepartementet. (2005). *Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten*. (Rundskriv Q-24/2005) Hentet fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018). Samarbeid mellom tjenestene. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Samarbeid_mellom_tjenestene/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018). Barnevernets ansvar og organisering. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Tilbud_og_tjenester/Barnevernets_organisering/

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2018, 5 nov). Informasjonsdeling mellom tjenestene. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Barnevern/Fagstotte/Samarbeid_mellom_helse_og_barnevern/Informasjonsdeling_mellom_tjenestene/

Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i Barnevernarbeid*. (1. utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Christiansen, Ø., Havnen, S.J.K., Iversen, C.A., Fylkesnes, K.M., Lauritzen, C., Nygård, H.R., Jarlby, F. & Vis, S.A. (2019). *Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra bekymring til beslutning*. (Delrapport 4). Hentet fra: https://bibliotek.bufdir.no/BUF/101/nar_barnevernet_undersoker_del4_red_25.11.19.pdf

Ebdrup, N. (2012, 27.02). Hva er hermeneutikk?. Hentet fra:
<https://forskning.no/filosofiske-fag/hva-er-hermeneutikk/722732>

Gilje, N. & Grimen, H. (2009). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.

Glaser, D. (2020, Oktober). Fabricated or induced illness: From «Munchausen by proxy» to child and family-oriented action. *Child abuse and Neglect* 108. 2020. s. 2-9. <https://doi-org.ezproxy.uis.no/10.1016/j.chiabu.2020.104649>

Greve, A. (2016, 11.11). Profesjonalisert omsorg. Hentet fra:
<https://utdanningsforskning.no/artikler/2016/profesjonalisert-omsorg/>

Helsedirektoratet. (2015) *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*. (21/2015). Hentet fra:
https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf/_/attachment/inline/3318e1cd-d0cb-4314-9990-f17b9d5a40ec:3ac134796a4fd80095714fb43a577d6d3f16331c/Samarbeid%20mellom%20barneverntjenester%20og%20psykiske%20helsetjenester%20til%20barnets%20beste.pdf

Helsepersonelloven. (1999). Lov om helsepersonell. (LOV-1999-07-02-64). Hentet fra:
https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_6#§32

Iversen, S. & Hauksdottir, N. (2020). *Tverrprofesjonell samhandling og teamarbeid*. (1.utg). Oslo: Gyldendal.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021) *Det kvalitative forskningsintervju*. (3.utg). Oslo: Gyldendal

Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko*. (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

Lasher, J.L. & Sheridan, S.M. (2004) *Munchausen by proxy*. New York: The haworth Maltreatment and trauma press.

Malt, U. (2021, 19 mai). Munchhausen by proxy. Hentet fra:
https://sml.snl.no/Munchhausen_by_proxy

Malt, U. (2019, 4.11). Mishandling. Hentet fra: <https://sml.snl.no/mishandling>

Myhre, C.M., Myhre, K. A., Aslaksen, K. (2013). Fabrikkert eller påført sykdom (Munchhausen by proxy). Hentet fra:
<https://www.helsebiblioteket.no/pediatriveiledere?key=151561&menuitemkeylev1=6747&menuitemkeylev2=6572>

NOU 2009: 8. (2009). *Kompetanseutvikling i barnevernet: Kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*. Hentet fra:
<https://www.regjeringen.no>

Norsk Helseinformatikk. (2020). Munchausen Syndrom. Hentet fra:
<https://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/diverse/munchausens-syndrom/?page=1>

Postholm, M.B. (2010). *Kvalitativ metode*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Røkenes, O.H. & Hanssen, P. (2015). *Bære eller bryte*. (3.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Stray-Pedersen, A., Møller, C., De Lange, C., Due-Tønnessen, J.B., Grøgaard, B.J., Haugen, H.O., Aukland, M.S. (2018). Legers rolle ved mistanke om alvorlig barnemishandling. *Tidsskriftet den norske legeforening*, 2020. 3-6. DOI: 10.4045/tidsskr.18.0922

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse*. (5.utg). Bergen: Fagbokforlaget.

Thornquist, E. (2010). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori*. (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget

Tranøy, K.E., Tjønneland, E. (2020, 18.07). Analyse. Hentet fra: <https://snl.no/analyse>

Vis, A.S., Christiansen, Ø., Tjelflaat, T. (2020) *Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra bekymring til beslutning*. Hentet fra:

https://bufdir.no/globalassets/global/nbbf/barnevern/barnevernets_undersokelsesarbeid_fra_bekymring_til_beslutning_samlede_resultater_og_anbefalinger.pdf

World Health Organization. (2020, 8 Juni) Child Maltreatment. Hentet fra:
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>

Willumsen, E. & Ødegård, A. (2017). *Tverrprofesjonelt samarbeid*. (2.utg). Oslo: Universitetsforlaget.

Yates, G. & Bass, C. (2017). Child abuse & Neglect. *The perpetrators of medical child abuse (Munchausen syndrome by proxy) – a systematic review of 796 cases*. (72), 45-53.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>



NSD sin vurdering

Prosjekttittel

En tilnæringsmetode for Munchausen syndrome by proxy saker, i barneverntjenesten

Referansenummer

193254

Registrert

26.02.2021 av Karoline Haugen-Haugland - Ka.Haugen@stud.uis.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Universitetet i Stavanger / Det samfunnsvitenskapelige fakultet / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Richard Michael Piech, richard.piech@uis.no, tlf: 51831192

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Karoline Haugen-Haugland, khaugenhaukland@gmail.com, tlf: 95745477

Prosjektperiode

15.01.2021 - 15.11.2021

Status

05.05.2021 - Vurdert

Vurdering (2)

05.05.2021 - Vurdert

NSD har vurdert endringen registrert 28.04.2021. Endringen innebærer at behandlingen av prosjektet forlenges til 15.11.2021.

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Hvordan kan barneverntjenesten tilnærme seg, og avdekke mistanken om Munchausen by Proxy, i sin undersøkelse?»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et mastergradsprosjekt hvor formålet er å anskaffe en tilnæringsmetode for de ansatte i barneverntjenesten å gå frem på i saker hvor barn blir utsatt for den spesifikke typen omsorgssvikt; Munchausen syndrome by proxy. Kort fortalt ønsker jeg å finne ut av hva barneverntjenesten kan gjøre for å redde disse barna, og hvordan man kan gå frem for å gjøre nettopp dette. I dette informasjonsskrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Dette mastergradsprosjektet handler om barn som blir utsatt for den spesifikke typen omsorgssvikt Munchausen syndrome by proxy av sine omsorgsspersoner, og hvordan barneverntjenesten kan gå frem i disse sakene ved mistanke om dette. Utgangspunktet for prosjektet er å undersøke hvordan leger/helsepersonell går frem i disse sakene, og hvordan barneverntjenesten oppdager disse barna og hva de kan gjøre for å gjennomføre en undersøkelse på tryggest mulig måte uten at barnet fortsetter å være skadelidende og at saken blir henlagt.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Universitetet i Stavanger er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta og hva innebærer det for deg?

Du får spørsmål om å delta i denne undersøkelsen fordi du jobber som lege eller annet helsepersonell med erfaring innenfor fabrikkert eller påført sykdom drevet frem av omsorgspersoner. Deltakelse vil foregå i form av et semistrukturert intervju der du som deltaker og intervjuerperson deler dine erfaringer, kunnskap og kompetanse om Munchausen syndrome by proxy. Selv kommer jeg til å delta i samtalen ved å stille deg spørsmål og oppfølgings spørsmål dersom det er noe jeg ønsker at du forteller mer om/utdypes for meg. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 1 time.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Basert på ditt samtykke vil opplysningene om deg og det du sier bli behandlet konfidensielt, det vil si at ingenting av det du sier vil kunne tilbakeføres til deg. Navnet og kontaktopplysningene dine vil jeg erstatte med en kode som lagres på egen

navneliste adskilt fra øvrige data. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, få rettet eller slettet personopplysninger som er registrert om deg og få utlevert en kopi av dine personopplysninger. Du har også rett til å sende en klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger dersom du ønsker det.

De eneste som vil ha tilgang til opplysningene som kommer frem i intervjuet, er meg og min veileder ved Universitetet i Stavanger.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Lydopptak fra intervjuet vil bli slettet så snart de er skrevet ut. Masteroppgaven blir ferdigstilt November 2021. Jeg vil beholde en anonymisert transkripsjon av intervjuet dersom det senere skal bli aktuelt å skrive en artikkel basert på masteroppgaven.

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- UIS ved veileder Richard Michael Piech ved mail richard.piech@uis.no eller meg direkte på khaugenhaugland@gmail.com eller telefon: 95745477.
- Vårt personvernombud v/ UIS: Morten Tønnensen (morten.tonnensen@uis.no) eller telefon: 51834149

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

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

Med vennlig hilsen

Karoline Haugen-Haugland/Richard Michael Piech
(Student/veileder)

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet HVORDAN KAN BARNEVERNTJENESTEN TILNÆRME SEG, OG AVDEKKE MISTANKEN OM MUNCHAUSEN BY PROXY I SIN UNDERSØKELSE og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg er informert om at jeg når som helst kan trekke meg uten å oppgi noen grunn. Jeg er også informert om at min identitet (kun tittel) skal ikke fremgå i mastergradsoppgaven, og at lydopptak fra intervjuet vil bli slettet så snart de er skrevet ut.

Jeg samtykker til:

- å delta i intervju og at opplysninger brukes i mastergradsoppgaven
- at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Intervjuguide

Hvordan kan barneverntjenesten tilnærme seg, og avdekke mistanken om Munchausen by proxy i sin undersøkelse+

Jeg ønsker å vite hvordan man kan gå frem i undersøkelsen og avdekke, ved mistanke om at barnet blir utsatt for medisinsk mishandling. Hvordan gjøre det på best mulig måte, for et best mulig utfall etter 3 måneders undersøkelse?

Forskjellen på dette og «vanlig» omsorgssvikt etter min oppfatning er at MBP utføres av omsorgspersonen for at den skal oppnå en slags status av noe slag, at en er helte aktig, eller dyktige. De ønsker å fremstille seg selv slik at de oppfattes som eksepsjonelle foreldre og derved mottar bekræftelser fra andre eller får sympati og medynk.

En annen fengende grunn for min del, er at omsorgspersonene er så flinke i det å manipulere andre mennesker. Omsorgspersonene i disse tilfellene er syke, og mørketallene er store. Jeg ønsker å oppdage disse tilfellene, jeg ønsker å gjennomskue dem og gjennomføre en barnevernundersøkelse på en trygg og god måte, hvor utfallet ender positivt.

Semistrukturert intervju, hvor informantene blir tilnærmet stilt de samme spørsmålene

Tematisering av forskningsspørsmålet:

Hvorfor: Jeg ønsker å få svar på problemstillingen, og gjennomfører denne studien fordi jeg ønsker å finne en tilnæringsmetode, som barnevernet i Norge kan ta i bruk i undersøkelsesfasen. Jeg ønsker å redde disse barna, og at barnevernet fanger disse familiene og barna opp.

Hva jeg ønsker å få ut av intervjuet: Jeg ønsker å vite noe om hvordan vi kan tilnærme oss disse familiene på en trygg måte.

I dette intervjuet vil jeg stille deg flere spørsmål, og jeg vil også stille de samme spørsmålene til de andre informantene.

I dette intervjuet så snakker jeg om foreldre/omsorgsperson som mistenkes for medisinsk mishandling – her refererer jeg da til *omsorgsperson*.

. Hva er din tittel og ditt arbeidssted/hvilken avdeling jobber du ved?

. Hva er din erfaring med Munchausen by proxy? Og har du hatt flere slike saker?

. Hvordan vil du beskrive Munchhausen by proxy/medisinsk mishandling?

. Hvordan er din oppfattelse av omsorgspersonene (altså de mistenkte) i disse sakene?

. Er MBP omsorgssvikt?

. Er det vanskelig å fange opp mishandlingen og disse barna? Eventuelt hvorfor er det vanskelig å fange opp?

. Hva er det som fører til mistanke av MBP hos deg? Når og hvorfor oppstår den.

. Hva er symptomene og de røde flaggene?

. Er overgriperen oftest kvinne eller mann?

. Hva er de hyppigste beskrevne formene for overgrep for å fremkalle symptomer? (Eks: Kvelning, apne)

. Hvor stort anslår man at utbredelsen av denne diagnosen er?

. Hva skiller denne typen mishandling, fra den mer «ordinære» mishandlingen?

. Hvordan vil du si overgriperens oppførsel er under kontakten med dere?

. Vet man noe om bakgrunnen til omsorgspersonen, som er i stand til å utføre denne type mishandling?

. Hvordan oppleves omsorgspersonen? Hvilke interesser har hun/han?

- . Hva driver et menneske til å utføre slike handlinger og denne typen overgrep/mishandling?
- . Hvor går grensen fra engasjerte og beskyttende foreldre, til at de blir betegnet som overgripere innenfor denne typen mishandling?
- . Hvor ofte hender det at barn blir overbehandlet?
- . Hvorfor er det så store mørketall av disse tilfellene?
- . Hvordan håndteres disse sakene av arbeidsplassen din?
- . Hvordan oppleves det å sitte med denne mistanken?
- . Hvordan forholder du deg til det faktum at omsorgspersonen mest sannsynligvis er syk? (MBP er en sykdom/syndrom)
- . Hva skjer i forkant av en mistanke? Hvilke prosesser blir gjennomgått før man når stadiet for denne mistanken?
- . Hva er nøkkelen til avklaring om det foreligger fabrikkert eller påført sykdom?
- . Når overgår barnets beste, taushetsplikten?
- . Hva bør man se etter på et hjemmebesøk, ved mistanke om MBP?
- . Hvordan er samarbeidet mellom barnevernet og helsepersonell i disse sakene?
- . Hva tenker du må til for å få et godt samarbeid?
- . Bør barneverntjenesten ha en annerledes tilnærming til familien enn hva helsepersonell har?
- . Hvordan tror du helsepersonell klarer å havne i disse situasjonene, hvor de gjennomfører (tidvis omfattende) behandling av barn som egentlig ikke er syke?
- . Hvordan gjennomføres samtaler med omsorgsperson (mistenkte) og barnet?

- . Hva skjer når omsorgspersonen blir avslørt, for MBP?

- . Er det behov for en slags mal, for hvordan man kan og bør jobbe i undersøkelser som innebærer barn som mistenkes utsettes for denne typen mishandling/omsorgssvikt?

- . Hvordan er deres forhold til politiet i disse sakene?

- . Hvorfor er det så vanskelig å oppdage Munchhausen by proxy?

- . Finnes det en god måte å avdekke mistanken om dette på?

- . Er det noe du ønsker å tilføye?

- . Er det noe jeg burde ha spurt deg om?