

*Hvilke utfordringer har ergo- og
fysioterapeuter med meldeplikten til
barnevernet?*

*Hvilket tiltak kan bidra til å redusere disse, og gi bedre
meldepraksis?*

Anita Hegdahl-Galterudhøgda

VEILEDER

Siv Kristine Schrøder

Universitetet i Agder, 2022

Fakultet for Helse og Idrettsvitenskap.

Institutt for Psykososial Helse.

Forord

Til gode kollegaer (dere vet hvem dere er) så bæres hele dette prosjektet av deres vilje til å dele og bry dere. Dere er gode!

Så kunne jeg ikke blitt min forforståelse bevisst, stadig sett med «nye øyne» på en formulering eller gjennomført en masteroppgave uten min dyktige og tydelige veileder Siv Kristine Schrøder ved Universitet i Agder. Dine kommentarer har vært helt uvurderlige i en altfor fragmentert prosess. Tusen takk!

Så vil jeg takke min leder ved USN Gro Skarholt, for tålmodighet og tro på at jeg skulle dra dette i land parallelt med full jobb. Sirkelen er sluttet med at vi to på nytt jobber sammen.

Til slutt til Eirik som står opp tidlig for å vekke barn, lage frokost og holde hus, hunder og alle i live, samt legge til rette for at jeg kan gjennomføre masterprogram. Du er ikke bare tålmodig du er heldigvis for meg fremdeles min mann etter denne krevende tiden. Vårs!

1.mai 2022

Anita Hegdahl-Galterudhøgda

Sammendrag

Ergo- og fysioterapeut forventes å gjennomføre betydningsfulle beslutninger om menneskers liv, slik som å melde bekymring til barnevernet. Rammeplan ved utdanningsinstitusjoner, samhandling innenfor tjenestefeltet, politikk og fysioterapeutene selv påvirker disse beslutningene. Forskning viser at det er tilfeldig om helsetjenesten fanger opp alvorlig omsorgssvikt, og at systemene svikter (NOU, 2017:12). Kunnskap om meldeplikten hos fysioterapeuter engasjerer meg av denne grunn.

Formålet med prosjektet var å utforske ergo- og fysioterapeuters utfordringer med å melde til barnevernet, samt kollektivt utvikle tiltak som kan bidra til å redusere disse, samt gi bedre meldeplikts praksis. Problemstillingen lyder:

«Hvilke utfordringer har ergo- og fysioterapeuter med meldeplikten til barnevernet? Hvilket tiltak kan bidra til å redusere disse, og gi bedre meldepraksis?»

Mitt valg om en aksjonsforsknings inspirert tilnærming har et kvalitativt design, samt bygger på deltaker og dialogbasert datainnhenting. Konteksten fra datainnsamling er fra førstelinjen med ergo- og fysioterapeuter som har barnefaglig kompetanse. Data analyse var inspirert av Braun og Clark (2006).

Manglende kunnskap og opplæring ble tematisert som deltakernes hovedutfordring.

Fagdag ble valgt som et kompetansehevende tiltak, og gjennomført ledet av jurist med barnefaglig kompetanse.

Evalueringene viser at fagdagen bidro til ny forståelse av lovkrav Helsepersonelloven § 33, samt utvidet perspektiv bruk som antyder at deltakerne har åpnet opp for et enda mer helhetlig syn på barnets situasjon.

Summary

Occupational therapists and physiotherapists are expected to make significant decisions about people's lives such as to report concerns to child welfare services. The framework plan at educational institutions, interaction in the field of service, politics, and physiotherapists themselves influence decisions. Research shows that it is coincidental if the health service catches serious neglect and that the systems fail (NOU, 2017).

Knowledge of the duty to report to physiotherapists engages me for this reason.

The purpose of the project was to explore the challenges faced by occupational therapists and physiotherapists in reporting to the child welfare service, as well as collectively developing measures that can help reduce these, as well as provide better reporting obligations. The problem position reads:

"What challenges do occupational therapists and physiotherapists have with the duty to report to the child welfare service? What measures can help reduce these and improve reporting practices"?

My choice of an action research inspired approach has a qualitative design, based on participant and dialogue-based data collection. The context from data collection first line with occupational and physiotherapists with childcare expertise. Data analysis was inspired by (Braun and Clark, 2006).

Lack of knowledge and training was the main challenge for the participants.

Workshop was chosen as a competence-enhancing measure and carried out by a lawyer with children's professional competence.

The evaluations show the academic day contributed to a new understanding of the legal text in section 33 of the Health Personnel Act and expanded perspective use that suggests that the participants have opened up an even more holistic view of the child's situation.

Innhold

Forord	2
Sammendrag	3
Summary.....	4
1 Innledning	8
1.1. Aktualitet.....	8
1.2 Prosjektets formål og problemstilling.....	10
1.3 Bakgrunn.....	10
1.4 Oppgavens struktur og oppbygging.....	11
2 Juridiske rammer i denne oppgaven.....	12
2.1 FNs barnekonvensjon	12
2.2. «Barnets beste»	12
2.3 Fysioterapeuter i Helsestasjon og skolehelsetjenesten.....	13
2.4 Meldeplikten til barnevernet	14
2.4.1 «Uten ubegrunnet opphold» og «Når det er grunn til å tro».....	14
2.5 Taushetsplikten	15
3 Forskning om meldeplikten og helsepersonell.....	16
3.1 Politisk styring.....	16
3.2 Ingen følger for helsepersonell	16
3.3 Kun melde- ikke undersøke.....	16
3.4 Fysioterapeuter egentlig nært nok.....	17
3.5 Hvilke barrierer kan stå i veien	17
4 Teori og perspektiver på omsorgssvikt.....	19
4.1 Begrepet omsorgssvikt.....	19
4.2 Perspektiv på omsorgssvikt.....	20
4.3 Konsekvenser av omsorgssvikt.....	21
5 Perspektiver på kunnskap.....	22
5.1 Skjønn.....	22
5.2 Mavefølelse som kroppslig kunnskap	23
5.3 «Svikt i kunnskap og kompetanse i helsetjenestene».....	24
6 Forskning om aksjonsforskning.....	25
6.1 Innledning.....	25
6.2 Aksjonsforskning	25
7 Metode	28
7.1 Innledning.....	28

7.2	Kvalitativt design	28
7.3	Aksjonsforsknings inspirert tilnærming	28
7.3.1	Prosesen i prosjektet	29
7.3.2	Dialogkonferanser	29
7.3.3	Dialog	29
7.3.4	Min rolle	30
7.3.5	Forankring av prosjektet i organisasjon	30
7.4	Rekrutering	30
7.4.1	Beskrivelse av utvalget	30
7.5	Vitenskapsteori	31
7.5.1	Min forforståelse	32
7.6	Datainnsamling	33
7.6.1	Gjennomføring av dialogkonferansene	33
7.6.2	Deltaker validering	34
7.6.3	Gjennomføring av fagdag og datainnsamling	34
7.6.4	Feltlogg	35
7.6.5	Evaluerer av fagdagen	35
7.7	Data analyse	36
7.7.1	Analytisk tilnærming av transkribert materiale	36
7.8	Kvalitet i prosjektet	38
7.8.1	Faktorer som belyser kvalitet i kvalitative design	38
7.9	Forskningsetiske hensyn	40
7.9.1	Godkjenning NSD og FEK	40
7.9.2	Konfidensialitet	40
7.9.3	Informert samtykke og frivillig deltakelse	41
7.9.4	Metodiske begrensninger for hele oppgaven	41
8	Funn	43
8.1	Utfordringer med å melde til barnevernet	43
8.2	Utfordringer grunnet manglende kunnskap	44
8.3	Fagdag -en kompetansehevende aksjon	48
8.4	Evaluerer av fagdagen	50
8.4.1	Kunnskap om meldeplikten lovgrunnlag	51
8.4.2	Nytt «pliktperspektiv»	51
8.4.3	Bruk av annenhånds informasjon	51
9	Drøfting	52
9.1	Innledning	52
9.2	Manglende kunnskap	52

9.2.1 Samtale med barn.....	53
9.2.2 Tilfeldig samarbeid.....	54
9.2.3 «Å stå alene».....	55
9.2.4 Kunnskap om omsorgssvikt.....	56
9.2.5 Opplæring mangler.....	56
9.2.6 Mangler et helhetlig bilde av barnets situasjon.....	57
9.3 Økt kunnskap om meldeplikten på fagdag.....	57
9.3.1 Kollektive dialoger og kunnskapsutvikling	57
9.3.2 Økologiske perspektiv.....	58
9.3.3 Ny forståelse av lovkrav	58
9.4 Oppsummering.....	59
10 Konklusjon.....	61
Litteratur	62
Vedlegg.....	70

1 Innledning

1.1. Aktualitet

Tema jeg har valgt for denne oppgaven er ergo- og fysioterapeuters utfordringer med meldeplikten til barnevernet.

Barn har i henhold til Forente Nasjoners (FNs) Barnekonvensjon rett til å bli beskyttet mot alle former for vold, skade, misbruk, vanskjøtsel eller forsømmende behandling, mishandling eller utnytting (Barnekonvensjonen, 2003, § 19), og i Norge er målet at alle hjem skal være en arena for trygghet og omsorg. Frihet fra vold er en grunnleggende forutsetning for trygghet, vekst og livsutfoldelse (Meld. St 15 (2012-13) s.10).

Faggruppene som deltar i dette prosjektet jobber forebyggende og helsefremmende jf.

Nasjonale faglige retningslinjer for Helsestasjon og Skolehelsetjenesten (2017), og har særlig kompetanse og engasjement knyttet til barns helse og oppvekstvilkår.

En oppvekstundersøkelse utført av Folkehelseinstituttet (2011) viser at mange barn har det bra i vårt land, men det er barn som blir utsatt for vold, overgrep og omsorgssvikt fra omsorgspersoner og dette er et folkehelseproblem. Mellom 75 000 og 150 000 mennesker utsettes for vold i en nær relasjon (Rasmussen et.al 2012). Tall fra folkehelse rapporten (2018) viser at mange barn og unge opplever vold og overgrep av sine omsorgspersoner. 21% av unge i UNGvold-undersøkelsen forteller at de har opplevd fysisk vold fra foreldre i oppveksten (Mossige & Stefansen, 2016). En nasjonal undersøkelse blant voksne viste at 5 % hadde opplevd alvorlig fysisk vold fra foresatte og disse tallene har ikke forandret seg de siste tiårene (NKVTS, 2018). Thoresen & Hjemdal (2014) sin forekomststudie viser at vold mot barn er svært utbredt.

Dette angir at det for mange barna i Norge kan foreligge en betydelig risiko for en oppvekst med vold og omsorgssvikt. Vold i nære relasjoner ansees for å være i strid med norsk lov og er brudd på grunnleggende menneskerettigheter jf. FNs Barnekonvensjon § 19. Statssekretær Sand understreker at volds- og overgrepsutsatte barn er avhengig av felleskapets beskyttende hånd for å innfri formålet om frihet for vold i norske hjem (Sand, 2013, s.6). Mens barnevernet er gitt et særlig ansvar for å gi nødvendig hjelp og omsorg til barn som lever under forhold som kan skade deres liv og helse, består felleskapet det refereres til av alle borgere i norske hjem, samt ansatte i offentlig forvaltning. Ergo og fysioterapeuter i dette prosjektet arbeider i offentlig forvaltning i førstelinjen.

For at barnevernet skal beskytte utsatte barn, er de avhengig av at andre som er bekymret for barnets omsorgs- eller livssituasjon, melder fra om dette. Opplysningsplikten er et virkemiddel hvor selvstendig og juridisk ansvar er gitt helsepersonell. Helsepersonell har i henhold til Helsepersonelloven § 21 hensyn til taushetsplikten, men i tilfeller hvor barn må ha hjelp og beskyttelse, veier hensynet til taushetsplikten mindre og meldeplikten til barnevernet går foran.

I Voldsveilederen står det at det skal sendes bekymringsmelding til barnevernstjenesten dersom vilkårene i Helsepersonell loven § 33 bokstav a-d er oppfylt. Loven har en høy terskel for alvorlighetsgraden i den bekymringen man har; da denne må dreie seg om alvorlig omsorgssvikt eller tilsvarende forhold som nevnt i bestemmelsen (NVKTS, 2017).

Statistikk fra SSB (2022) viser 56802 bekymringsmeldinger til barnevernet i aldersgruppen 0-17 år i 2020, men i denne statistikken kan det skjule seg mer enn en bekymring per barn da en bekymringsmelding også kan omfatte søsken, samtidig kan ett barn være nevnt i flere bekymringsmeldinger. Det viser seg at de langt fleste bekymringsmeldinger er sendt fra barnevernstjenesten selv, deretter følger meldinger fra politi og skole (SSB, 2022).

I rapporten «Svikt og svik» fra Barnevoldsutvalget dokumenteres utbredt svikt i kunnskap og kompetanse når det gjelder å melde til barnevernet (NOU 2017:12, s.15). I rapporten avdekkes det manglende forståelse for tegn og symptomer, manglende tolkning av adferdsuttrykk, risiko hos foreldre ikke erkjent, melde og avvergeplikt ikke overholdt og mangefult undersøkelsesgrunnlag for vurderinger og beslutninger i tjenestene (s.16). Formelle retningslinjer for hvordan helsepersonell kan gjennomføre god meldepraksis finnes veiledende i den nettbaserte «*Veileder for helse og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner (NVKTS, 2018)*».

Ohnstad (2020) hevder i sin artikkel at taushetsplikten ofte brytes ubegrunnet fordi etter loven må helsepersonell *ha grunn til å tro* at barnet blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt før meldeplikten trår inn. Ifølge henne vet helsepersonell for lite om hva som skal til for at taushetsplikten kan brytes. Meld.St.15 (2012-13) peker derimot på andre forhold blant annet på utfordringer knyttet til kvaliteter på tjenester innenfor den strukturen som allerede foreligger, og samarbeid og samhandling innenfor og mellom de enkelte tjenestene. Bendiksen og Haugli (2018, s.90) utdyper at manglende oppfyllelse av meldeplikten skyldes flere forhold og et sammensatt bilde. Manglende kvalitet og samordning kan medføre til at

utsatte barn og unge ikke får den hjelpen de har behov for, og dette kan for dem bli katastrofalt.

1.2 Prosjektets formål og problemstilling

Formålet med prosjektet var å utforske ergo og fysioterapeuters utfordringer med å melde til barnevernet, samt kollektivt utvikle et tiltak som kan bidra til å redusere disse, og gi bedre meldepraksis.

Ergo og fysioterapeuter som arbeider i kommunen møter barn og unge på et mangfold av arenaer. De har naturlige tverrfaglig samarbeid med personell i både helse og oppvekst, samt barn og unges omsorgspersoner. Fysioterapeuter er autorisert helsepersonell som jobber med kropp og bevegelse. De behandler og forebygger skader og sykdommer som gir smerter eller nedsatt funksjon i muskel og skjelettsystemet (Helsenorge.no).

Gjennom en prosess inspirert av aksjonsforskning formulerte jeg i dialog med deltakerne en todelt problemstilling med utfordringer. Problemstillingen lyder som følger:

«Hvilke utfordringer har ergo- og fysioterapeuter med meldeplikten til barnevernet? Hvilket tiltak kan bidra til å redusere disse, og gi bedre meldepraksis?»

1.3 Bakgrunn

Tematikken for denne oppgaven er direkte inspirert av egne erfaringer fra en periode som ansatt i kommunal ergo- og fysioterapitjeneste rettet mot barn og unge. Stadig hyppigere ble det merkbart at barn og familier som ble henvist til tjenesten hadde sårbarheter som utfordret barnets omsorg og oppvekst. Stadig oftere var barnevernet inne i saker med tiltak i familier der vi også jobbet med barnet. Samtalene på jobb dreide seg oftere om bekymringer for samspill mellom barn og foreldre, omsorgen barnet fikk, at foreldre ikke fulgte opp behandlingsplan eller samtykket til videre henvisninger, eller om pålegg fra barnevernet om å gi opplysninger etter § 6-4 i Barnevernsloven.

Ergo- og fysioterapeut forventes å gjennomføre betydningsfulle beslutninger om menneskers liv slik som når de vurderer å melde bekymring til barnevernet. Rammeplan ved utdanningsinstitusjoner, samhandling innenfor tjenestefeltet, politikk og fysioterapeuter selv påvirker beslutningene. Det forventes at helsepersonell har forsvarlig praksis innenfor sitt fagområde, samt forvalter Helsepersonell lovens og handler i tråd med lovtekst der. Forskning viser at det er tilfeldig om helsetjenesten fanger opp alvorlig omsorgssvikt, og at systemene svikter (NOU, 2017). Særlig alvorlig blir dette når svikt og mangler gir konsekvenser for barn og unge. Når helsepersonell ikke avdekker og melder ifra om omsorgssvikt, vold og overgrep

til barnevernet kan det få katastrofale konsekvenser slik vi så i «Christoffer-saken» (Gangdal, 2011). Kunnskap om meldeplikten hos fysioterapeuter engasjerer meg av denne grunn.

I oppgaven benyttes nasjonal og internasjonal litteratur for å belyse problemstillingen rundt meldeplikten til barnevernet. Det er ulik praksis knyttet til meldeplikt i ulike land, men rapporteringsplikt til et forvaltningsorgan som skal beskytte og ivareta barnets rett til trygghet og omsorg finner vi i de fleste land. Meldeplikten som juridiske ramme omtales i kapittel 2.4, og meldeplikten og helsepersonell presenteres i kapittel 3.

Videre i oppgaven vil jeg kun omtale fysioterapeutens rolle og kompetanse, men ergoterapeuter som deltar i prosjektet forstås som del av dette fordi de har tilstøtende profesjon, profesjonsforståelse og språk.

1.4 Oppgavens struktur og oppbygging

Denne oppgaven består i sin helhet av 10 kapitler.

Kapittel 1 er det innledende, og det er i dette jeg redegjør for prosjektets aktualitet, formål, bakgrunn og struktur.

I Kapittel 2 beskriver jeg de juridiske rammene for meldeplikten.

I kapittel 3 beskriver jeg forskning om meldeplikten og helsepersonell.

I kapittel 4 beskriver jeg teori og ulike perspektiver på omsorgssvikt.

I kapittel 5 redegjør jeg for ulike perspektiv på kunnskap, hvordan skjønn og mavefølelse kan forstås, og svikt i kunnskap i helsetjenesten.

I kapittel 6 presenterer jeg forskning om aksjonsforskning, dialogkonferanser, dialog og forskers rolle.

I kapittel 7 redegjør jeg for prosjektets metode i sin helhet.

I kapittel 8 presenterer jeg funn fra dialogkonferansene, fra fagdagen og evalueringen.

I kapittel 9 drøfter jeg funn fra prosjektet.

I kapittel 10 avsluttende jeg hele oppgaven med å konkludere, vurdere prosjektets relevans for andre fysioterapeuter i førstelinjen, og til slutt gi forslag til videre forskning.

2 Juridiske rammer i denne oppgaven

Dette kapittelet omhandler juridiske rammer for fysioterapeutens arbeid. Jeg innleder med å peke på sentrale artikler i Barnekonvensjon, før jeg redegjør for begrepet barnets beste. Så beskriver jeg fysioterapeutens mandat i Lov om kommunale helse og omsorgstjeneste. Videre beskriver jeg lovtekst i Opplysningsplikten §33 i Helsepersonelloven, samt sentrale begrep som *uten ubegrunnet opphold og når det er grunn til å tro*. Til slutt beskriver jeg formål og lovtekst i Taushetsplikten.

2.1 FNs barnekonvensjon

Norske myndigheter forplikte seg i 1992 til å følge opp Barnekonvensjonen, og en del år senere i 2003 ble den også inkludert i den norske grunnlov (FN-sambandet, 2018, 9.januar). Barns status og rettigheter har siden da vært gjenstand for særlig utvikling gjennom norsk og internasjonal lovgivning. Flere av Barnekonvensjonenes artikler kan ha betydning for forståelsen og perspektiver problemstillingen i denne oppgaven løfter, men særlig artikkel 3 (barnets beste), 12 (barnets rett til medvirkning) og 19 (forebygging av vold) tenkes å inneha perspektiv som er relevante. Det overordnede lovmessige utgangspunkt som belyser denne studien ligger nedfelt i barns rettigheter internasjonalt. Det er utbredt og internasjonal enighet om at barn har rett på omsorg og beskyttelse uavhengig av kultur og nasjonalitet. I artikkel 3, pkt. 1 i FNs barnekonvensjon (1989) står det:

«Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private, velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organ, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn».

Artikkel 19 i Barnekonvensjonen (2003) omhandler barns rett til beskyttelse mot alle former for vold, og gir føring for alle handlinger og valg som fattes i forhold til barn. Barn har i henhold til denne rett til å bli beskyttet mot alle former for vold, skade, misbruk, vanskjøtsel eller forsømmende behandling, mishandling eller utnytting. Alle som kommer i kontakt med barn skal være klar over risikofaktorer og indikasjoner på alle former for omsorgssvikt, vold eller overgrep, og ha den nødvendige kompetanse, vilje og evne til å identifiser og handle i tråd med denne (Barnekonvensjonen, 2003).

2.2. «Barnets beste»

Haugevik & Neumann (2020, s.11) hevder at begrepet *barns beste* ikke er et særnorsk fenomen, og det er et barnesentrert grunnlag som ligger til grunn for vurderingen om hva som er barnets beste. Skivenes & Sørskal (2018, s.83-84) viser til at ulike land kan ha forskjellig

fortolkning på hva som er barnets beste, men de konkluderer med at det er ivaretagelsen av barnets rettigheter i en barnesentrert kontekst. Begrepet barns beste har slik jeg forstår det ingen absolutt definisjon eller objektiv størrelse, men vil ifølge NOU (2008) være et handlingsveiledende prinsipp for profesjonsutøvere som arbeider i tilknytning til barn og unge. Barns beste er også et internasjonalt rettighetsprinsipp etter § 3 i Barnekonvensjonen (2003), og forståelse av begrepet er sammensatt og komplekst fordi det må fortolkes ut fra barnet og dets kontekst. Hvordan ivaretagelse av barnets rettigheter skjer gjennom meldeplikten, viser jeg i kapittel 2.3.

2.3 Fysioterapeuter i Helsestasjon og skolehelsetjenesten

I kommunehelsetjenesten finner vi helsesykepleiere, ergo- og fysioterapeuter, og selv om de to sistnevnte faggruppene ikke er lovpålagte så er de viktig i grunnbemanningen for at kommunen etter Lov om kommunale helse og omsorgstjenester (2021) skal gi helse og omsorgstjenester til sine innbyggere etter behov. Fysioterapeuter er også en del av grunnbemanningen i helsestasjon og skolehelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2017), samt at enkelt kommuner har ergoterapeuter som bidrar inn og forsterker denne grunnbemanning. Fysioterapeuter er helsepersonell plikt til å melde til barnevernet jamfør Helsepersonellovens (hpl) § 33, og særlig vil denne være aktuell for de som yter helsetjenester til barn og unge i førstelinjen og spesialisthelsetjenesten. Lovparagrafen kan også være aktuell for fysioterapeuter ansatt ved Distrikts psykiatriske sentre og rehabiliteringssentre i forbindelse med barn som pårørende til psykisk syke, eller innen organisert idretts i lag og foreninger. Tall fra (SSB, 2014) fra 2014 viser at 9360 fysioterapeuter har ansettelse i offentlig helsesektor, men av disse arbeider kun ett fåtall direkte med barn og unge. Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014) har påpekt et behov for å styrke forebyggende helsearbeid og tjenestens arbeid med voldsproblematikk. I Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten (2017, s.47) står det: «*Helsestasjonen skal gjennom helsestasjonsprogrammet bidra til å avverge og avdekke vold, overgrep og omsorgssvikt*». I samme retningslinje for bemanning i skolehelsetjenesten står det: «*Ved skolestartundersøkelsen bør skolehelsetjenesten observere mulige fysiske og psykiske tegn til mistriivsel, vold, overgrep og omsorgssvikt*» (Helsedirektoratet, 2017, s.10). Som vi ser er det å avverge og avdekke vold presentert som et særlig samfunnsmandat for helsepersonell. Av dette mener jeg det må kunne forstås implisitt forventning og krav om at helsepersonellet skal besitte kunnskap som gjør dem i stand til å løse dette samfunnsmandatet.

2.4 Meldeplikten til barnevernet

Meldeplikten forstås som et sentralt tiltak for å beskytte barn i fare eller risiko hvor det videre lovgrunnlaget for implementering av nødvendig hjelp og omsorg fra det offentlige, og er hjemlet i Barnevernloven § 1-1. Schrøder (2021, s.91) beskriver meldeplikten som en politisk strategi for å identifisere og beskytte barn mot alvorlig omsorgssvikt.

Opplysningsplikten herav kalt meldeplikten følger av Helsepersonelloven § 33 (2021).

Dette er fordi begrepet «å melde» og «bekymringsmelding» er så godt innarbeidet i det norske samfunn, og jeg vil unngå ytterligere forvirring rundt en så alvorlig plikt hos helsepersonell.

2.4.1 «Uten ubegrunnet opphold» og «Når det er grunn til å tro»

I § 33 andre ledd i Helsepersonell loven (1999) står det: «Helsepersonell skal uten hinder av taushetsplikt etter § 21 melde fra til barneverntjenesten uten ubegrunnet opphold; a) *når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli mishandlet, utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorgen eller annen alvorlig omsorgssvikt,*

b) når det er grunn til å tro at et barn har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og ikke kommer til undersøkelse eller behandling, eller at et barn med nedsatt funksjonsevne eller et spesielt hjelpetrengende barn ikke får dekket sitt særlige behov for behandling eller opplæring, c) når et barn viser alvorlige atferdsvansker i form av alvorlig eller gjentatt kriminalitet, misbruk av rusmidler eller en annen form for utpreget normløs atferd, d) når det er grunn til å tro at et barn blir eller vil bli utnyttet til menneskehandel».

En tolkning av «ubegrunnet opphold» innebærer at helsepersonell skal handle umiddelbart i tid uavhengig av om noe annet er planlagt, eller arbeidsdagen er omme. Handlinger utover å kontakte politi eller barnevernsvakta vurderes med dette perspektivet som unnlattelse, med sannsynlige konsekvenser for barnets liv og helse. Pliktbrudd og konsekvenser for autorisasjon eller andre sanksjoner kan da bli konsekvensen for helsepersonell.

Av hpl §33 fremgår det ingen krav om at det må foreligge fysisk skade på barnet for at meldeplikten utløses. Det er ingen sikker viten om hva slags kunnskap som må foreligge før beslutningen om å melde tas, da dette tar utgangspunkt i hvert barns individuelle situasjon.

Dette utløser en kompleks vurderingssituasjon som krever integritet og sammensatt kunnskap. Avveiningen rundt meldeplikten krever både kunnskap om lovverk, og evne til å vurdere barnets helhetlige situasjon.

2.5 Taushetsplikten

I Norge har alle borgere rettigheter som sikrer deres personvern. I Helsepersonell loven § 21 hovedregel om taushetsplikt står det: «Helsepersonell skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell». Taushetsplikten er ifølge Ohnstad (2019, s.12) et viktig virkemiddel for å ivareta personvernet og den står sterkt i de tjenester der de ansatte får tilgang til personlige opplysninger slik som hos fysioterapeuter. Taushetsplikten fortolkes ikke absolutt slik jeg har fortolket den. I saker hvor hensynet til å avverge alvorlig omsorgssvikt skal ikke taushetsplikten være til hinder for utøvelsen av meldeplikten (Homlong, et.al, 2019, s.2), I saker der det er mer sviktende eller usikkert grunnlag for å melde til barnevernet, vil sjansen for å bryte taushetsplikten sannsynligvis være større. Redsel for sanksjoner i forhold til egen autorisasjon kan tenkes å være en barrierer for å bryte taushetsplikten.

3 Forskning om meldeplikten og helsepersonell

3.1 Politisk styring

I Norge styres meldeplikten av ulikt lovverk slik som Barnehageloven § 46,

Helsepersonelloven § 33, samt Barnevernsloven §6-4 som retter meldeplikten mot «*enhver som utfører tjeneste eller arbeid for et forvaltningsorgan*». Dette vil si offentlige og private tjenesteytere i kommunale, fylkeskommunal, helseforetak, institusjoner og avdelinger.

Dette viser en politisk strategi (Schroder, 2021, s.91) og retning i det forebyggende arbeid mot vold i nære relasjoner, og særlig avdekking av omsorgssvikt hos barn og unge. Denne strategien kan kun virke hvis tjenesteytere som er i kontakt med barn og unge gjennom sitt arbeid identifiserer barn i risiko (Duffy, Caldwell & Collings, 2016).

3.2 Ingen følger for helsepersonell

Det er i NOU (2017:12, s.51; Prop.12. (2017-2021) s.13; Homlong med flere, 2019) påpekt at helsepersonell svikter i sitt samfunnsoppdrag, at de melder for sjeldent og at det er sannsynlighet for underrapportering.

Det er svært få reaksjoner gitt til helsepersonell som bryter meldeplikten viser rapporter fra Helsetilsynet som har det overordnede tilsynsansvar med å følge med på tjenestenes plikt til å oppfylle utsatte gruppers rettigheter (Prop.1 S (2021–2022) (HOD, kap. 748, side 248). Når helsepersonell bryter denne plikten vil det sjelden, eller aldri få følger for dem personlig. Eksempelvis er det påpekt og gitt reaksjon til kun en fastlege for brudd på Helsepersonelloven § 33 i 2019 (Helsetilsynet, 2020). Homlong med flere (2019) viser til at det de senere årene har vært flere lovbrudd fra leger angående meldeplikten til barnevernet, mens det ikke foreligger rapport om dette for fysioterapeuter. For å sørge for at helsepersonell oppfyller meldeplikten, understreker Helse- og omsorgsdepartementet betydningen av at ledelsen i de forskjellige virksomheter har tilstrekkelig kunnskap om opplysningsplikten og bevissthet om hvor viktig det er at den blir oppfylt (Regjeringen, 2018).

3.3 Kun melde- ikke undersøke

Helsedirektoratet (2022) utdyper i kommentarer til Helsepersonelloven § 33 at meldeplikten er et selvstendig og personlig ansvar for helsepersonell, og Ohnstad & Gudheim (2019, s.33) utdyper at helsepersonell må melde til barnevernet når de tror eller har holdepunkter for å tro at barnet befinner seg i en konkret situasjon som beskrevet i loven. Meldeplikten for helsepersonell innebærer ikke et mandat om å utforske og utrede mistanke om alvorlig omsorgssvikt, det er det kun barnevernet som kan dersom lovens vilkår i Barnevernloven § 4-

3 tilsier det. Helsepersonell må derimot sørge for å gi informasjon videre til barnevernet når hensyn til taushetsplikten er mindre tungtveiende enn hensynet til meldeplikten, og når det er grunn til å tro at et barn er utsatt for omsorgssvikt eller andre vilkår i Helsepersonelloven § 33.

Coccoza med flere (2007) beskriver at barnevernets prosess fra melding blir mottatt igangsettelse av tiltak kan betraktes som et port- voktersystem. Søbberg med flere, (2019, s.131) foreslår at første porten i dette systemet utgjør meldingene fra tjenesteyterne som møter barna og deres familier direkte, og som avdekker omsorgssvikt. Et slikt perspektiv antyder at for at barn skal å få hjelp av barnevernet, må blant annet helsepersonell ha nødvendig kunnskap slik at de kan vurdere når lovens vilkår er møtt og dermed kan åpne første port til hjelp.

3.4 Fysioterapeuter egentlig nært nok

Helsesykepleiere, fysioterapeuter og annet helsepersonell vurderes som å være i særlig posisjon til å avdekke og vurdere omsorgssvikt hos barn og unge (Homlong med flere, 2019; Neumann, 2008; Høstmark, 2019, Andrews, 2002) fordi i roller og arbeidsoppgaver ligger det implisitt en forventning om de skal avdekke avvik i utvikling og helsesituasjon (Homlong med flere, 2019, s.269; Høstmark, 2019, Prop 12. (2017-2021, s.32). Fysioterapeuters arbeidsoppgaver med barn og unge innebærer å undersøke barn avkledd, delta i lek og aktivitet med barn, analysere kroppsbevegelser og kroppsholdning, fortolke kroppsspråk, samhandle med berøring. Med dette perspektivet burde fysioterapeutene være i særstilling for å avdekke om et barn er utsatt for omsorgssvikt, vold eller overgrep. Statistikk fra SSB (2022) viser at svært få meldinger kommer fra helsepersonell fra helsestasjon og skolehelsetjenesten. Dette viser at det er en inkongruens mellom forventninger i lovverket og etterfølgelse av forventningene fra helsepersonell.

3.5 Hvilke barrierer kan stå i veien

Det kan være flere forståelser på hvorfor helsepersonell ikke melder. Vi er nødt til å støtte oss på forskning fra Sverige og Danmark fordi ifølge Schrøder (2021, s.78), er det få norske studier om meldinger til barnevernet. Barrierer for å melde til barnevernet kan handle om helsepersonellens lojalitetshensyn til foreldre (Wang Andersen, 2008, s.29; Homlong med flere, 2019, s.3). De trenger fysiske bevis for å vurdere (McTavish med flere, 2017), vanskelig med beslutninger som er utenfor eget fagfelt (Harris & Møller, 2014) misforstår begrepet *grunn til å tro* (Ohnstad & Gudheim, 2019, s.26) ulik sanseoppfatning på hva som er risiko

for barnet (Stanley, 2013). De kan ha negativt syn på barnevernet (Baklien, 2009), vår forståelse av oss selv og mekanismer vi anvender for å beskytte oss selv i vanskelige følelsesmessige situasjon (Killen, 2021) og mangle kunnskap om hvordan oppdage omsorgssvikt (Sjøberg med flere, 2020). Forskningen gir indikasjon på at de fleste barrierer for å melde befinner seg i helsepersonellet selv, og slik som dette fremstår så er det like sammensatt og komplekst som selve utøvelsen av meldeplikten.

4 Teori og perspektiver på omsorgssvikt

Dette kapitlet handler om omsorgssvikt, og er basert på både teori og forskning. Først redegjør jeg om fenomenet omsorgssvikt og deretter ulike perspektiv som kan forklare dette. Til slutt beskriver jeg hvilke konsekvenser omsorgssvikt kan få.

4.1 Begrepet omsorgssvikt

Omsorgssvikt som fenomen er ikke entydig og det finns flere forståelser og flere forklaringer. Killen (2015, s17) forstår dette som en overordnet kategori for ulike former for krenkelsler og mangelfull tilfredstillelse av barns grunnleggende behov. Kempe (2009) definerer omsorgssvikt som at de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade, forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare. Kvello (2010) og Øverlien (2012) omtaler og tillegger begrepet ulike nyanser og former for vold og mishandling.

Det er også et skille mellom vurderingen av *omsorgssvikt* og *alvorlig omsorgssvikt*, og det er kun ved *alvorlig omsorgssvikt* at Helsepersonelloven § 33, andre ledd, vilkår a er møtt, og taushetsplikten i § 21 kan bli satt til side (Ohnstad & Gudheim, 2019). Det å forstå hva som er omsorgssvikt, alvorlig eller ikke, er vanskelig. Særlig vanskelig er det å avdekke det som mangler i barnets omsorg fordi dette trenger ikke være av materiell eller fysisk art (Killen, 2015). Oppmerksomhet på barnets omgivelser, relasjon med foreldre, hjemmet og forhold i dette vil i større grad sikre at mer kunnskap om barnet blir samlet inn.

Kvello (2010) og Killen (2013) hevder at når barn utsettes for omsorgssvikt så er det betydelig risiko for at det også utsettes for andre former for omsorgssvikt. Mangler i omsorgspersons emosjonelle tilstedeværelse, relasjonelt engasjement, sensitivitet og evne til å regulere emosjoner kan også være en form. Egeland (2009) dokumentert alvorlig vanskjøtsel fra fødsel er av den alvorligste form for omsorgssvikt, mens Adverse Childhood Experiences (ACE) studien fra USA viste dose – respons forhold mellom antall belastende erfaringer og negative helse parameter (Felitti, 2002).

Omsorgssvikt er åpenbart et komplekst fenomen med mange former, perspektiv og fortolkninger. Denne oppgaven omfavner en bred forståelse av omsorgssvikt-begrepet og forsøker å unngå å forenkle eller redusere kompleksiteten begrepet innebærer.

4.2 Perspektiv på omsorgssvikt

Følelsesmessig tilgjengelige foreldre registrerer hva barn signaliserer av behov og emosjoner. De tolker signaler, gjør intuitivt adekvate vurderinger, og responderer. Selv om det høres lett ut, vet vi at mange foreldre som strever med dette. Bowlby (1988, sitert i Killen, 2013, s.33) understreker betydningen av følelsesmessig tilgjengelig foreldre.

Foreldre med lav sensitivitet til barnets signaler, kan være uforutsigbare og utilgjengelige. Foreldre som ikke engasjerer seg positivt i barnet sitt, viser omsorgssvikt i form av mangelfullt samspill (Killen, 2013, s.42). De kan ifølge Killen være opptatt av sin indre verden, egne problemer og behov (s.47). Dette kan handle om ulik risiko for omsorgspersonen, krise i forholdet til partner, økonomiske utfordringer, høye krav på jobb, eller relasjonelle utfordringer i familien systemet. Kvello (2012, s.41) beskriver alvorlig grad av stress over tid, sosial isolasjon, og høyt konfliktnivå som karakteristika hos foreldre som omsorgssvikter.

Ulike former for utilgjengelighet i foreldreadferd gir ulike risiko for uforutsigbarhet og utrygghet for barna. Torvik og Rognmo (2011) beregner at omtrent 3 % av barn vokser opp med foreldre som har alkoholavhengighet, 23% med minst en forelder med psykiske lidelser, og 5 % i familier der foreldre er i konflikt (Folkehelseinstituttet, 2011). Vi vet av samspill og tilknytningsforskning at kvaliteten på samspill mellom mor og barn lider under depresjon hos mor, og Cohn med flere (1990) visste to ulike samspillsmønstre hvor unnnvikende adferd og protest og fortvilelse var mønstre som gikk igjen hos barna av deprimerte mødre. Det er sterke sammenhenger mellom rusavhengighet og mangelfull barneomsorg (Kvello, 2010), det er derfor allmenn enighet om at omsorg for barn ikke hører sammen med rus. Studier demonstrerer manglende evner hos rusavhengige omsorgspersoner til å respondere på barnets signaler (Boris, 2009). I noen tilfeller vil dermed rusen sløve reaksjoner, tale og bevegelser, mens andre igjen vil bli mer hektisk og kaotisk og barnet vil sanse dette i samspillet med omsorgsperson (Mayes og Trumann, 2002). Omsorgspersoners rusmisbruk og psykiske lidelse utgjør dermed en risiko for barn, og ifølge Felliti (2002) er det 80% sjans for at et barn som er utsatt for en risikofaktor også er utsatt for enda en.

Barn oppdras og sosialiseres inn i foreldres sosiokulturelle miljø, og barnet påvirkes og blir påvirket av omgivelsene og sine omsorgspersoner. En sentral teoretisk forståelsesramme her er Transaksjonsmodellen etter Samaroff (2009). Denne modellen demonstrerer hvordan barn og omsorgsmiljø gjensidig påvirker hverandre, og endrer hverandre over tid. Denne

gjensidigheten setter slik jeg fortolker den, søkelys på relasjonen mellom foreldre og barn, og kvaliteten på denne. For å forstå barn i et utviklingsperspektiv vil det likevel ikke være adekvat og dekkende kun å henvise til utviklingspsykologiske teorier. Jeg velger derfor heller å redegjøre for en mer helhetlig forståelse.

En helhetlig modell som den sosioøkologiske utviklingsmodellen favner flere perspektiv, nivå og teorier. Den foreslår hvilke forhold som kan ha utviklingsmessig betydning på barns utvikling og helse, og er utviklet av Urie Bronfenbrenners gjennom flere tiår til den modellen som den presenteres som i dag (1979, 2005). Denne er forstått som en systemisk modell hvor alle ledd i systemet avhenger av hverandre, og når ett ledd kommer i bevegelse påvirker det hele systemet (Gulbrandsen, 2017, s.53). Denne modellen benyttes for å forklare bakgrunnen og årsaken til omsorgssvikt, og kombinere slik jeg forstår det flere perspektiver som har dette formålet. Ikke minst kan modellen synliggjøre hvordan ulike systemer for eksempel offentlig forvaltning, kommunale tjenester og den enkelte familie, alle kan betraktes som faktorer i barnets oppvekstvilkår. Modellen er slik sett svært relevant for denne oppgavens problemstilling.

4.3 Konsekvenser av omsorgssvikt

Barn som har vokst opp med omsorgssvikt kan få en rekke helseplager og symptomer som både er komplekse og sammensatte. I prinsippet hevdes det at disse helseplagene kan ligge under de fleste vansker hos barn og unge (NOU, 2017:12, s.73). Barn med sammensatte symptomer som oppsøker helsetjenester kan dermed gå under radaren fordi helsepersonell kan streve med å skille symptomer som skyldes omsorgssvikt fra andre tilstander. Nordanger og Braarud, (2017, s.29-30) forklarer at omsorgssvikt kan få neurale utviklingskonsekvenser for barn, og særlig skadelig er dette når omsorgsgiver og overgriper er en og samme person slik som i omsorgssvikt situasjoner. Dette kan tenkes å gi individuelle forsinkelser avhengig av når svikten skjedde og barnets alder, men hvor årsaksforhold ikke er enkle å fastslå.

Nordanger & Braarud (2014) forklarer utviklingstraumer som at barnet får et overutviklet og hypersensitivt alarmsystem, samtidig som reguleringsystemet i hjernen er underutviklet og svakt, mens Blindheim (2012) og Shore (2003) forklarer at den venstre hjernehalvdelen ofte henger etter i utvikling hos barn som er utviklingstraumatiserte.

5 Perspektiver på kunnskap

Vygotskij (1896-1934) presenterte et perspektiv på kunnskapsutvikling gjennom sosiokulturell læringsteori (Imsen, 2005). Dette perspektivet vurderer jeg som relevant, og det utgjør derfor denne oppgavens teoretiske rammeverk.

Imsen, (2005, s.265) skriver om sosiokulturell læringsteori og hvordan Vygotskij forklarte at kunnskapen ikke ble konstruert individuelt, men i de kollektive språkformene som er gitt oss av kulturen. Kunnskapsutvikling oppstår dermed ikke i et vakuum, men i en sosiokulturell sammenheng og kan på denne måten forstås som noe dynamisk og relasjonelt som avhenger av konteksten og de involverte (Von Krogh et.al, 2011, s. 21; Dysthe, 2001, s. 42-50). Ifølge (Manger med flere, 2013, s.187) innebærer sosiokulturell læringsteori at kunnskap skapes av mennesker, for mennesker, mellom mennesker, av deltakelse i sosiale praksiser, samt at kunnskapen er foranderlig.

Kunnskap kan likevel forstås og defineres på mange ulike måter, og hva som er sikker sannhet eller viten om kunnskap kan forstås ulikt. Molander (1993) for eksempel anerkjenner kun den teoretiske påstandskunnskapen som karakteristisk innebærer fag og forskningsbasert kunnskap, mens Polani (2000) avviser dette og argumenterer for at det er for snevert og at kunnskap både stammer fra teori og erfaring. Erfaringsbasert kunnskap kan forstås som den vi tilegner oss med hele kroppen i ulike situasjoner, og vi får øvd på det vi må kunne situasjonsnært. Erfaringsbasert kunnskap anses i denne oppgaven som relevant og sidestilt med teoretisk kunnskap.

5.1 Skjønn

Grimen og Molander (2008) beskriver skjønn med utgangspunkt i strukturell forståelse og epistemisk forståelse, men hvor begge hører sammen og er avhengig av hverandre. Dette innebærer for meg både systematikk og viten. Når viten er begrenset, men en beslutning likevel må tas, forklarer Grimen & Molander (2008, s.179) skjønn som en praktisk resonneringsprosess.

Skjønnsutøvelse innenfor barnevernsfeltet ifølge NOU (2009) baserer seg på vurderinger i en kombinasjon av faglig kunnskap, saksinnsikt og kunnskap om lovverkets bestemmelser. Vurderingsgrunlaget for meldeplikten og hva som kan være kunnskapsbase for å vurdere forsvarlig handlingsvalg, baserer seg ikke på sikker viten eller sikker kunnskap slik jeg har forstått det. Aadnesen & Hærem (2014, s.106) beskriver at personlige forhold alltid vil påvirke informasjonsinnhenting og bearbeiding, og dermed vil personlige sider alltid ha betydning for vurderinger som gjøres. Barns livssituasjoner vil være sammensatte og helt

individuelle, og kan dermed vil ikke teori og praksis alltid henge sammen. Helsepersonell må derfor, som andre profesjonsansatte gjøre vurderinger med et visst skjønn.

Hvilken kunnskap og forståelsesramme som ligger til grunn for vurderingen om å melde, avhenger til dels også av sosiokulturelle faktorer, selv om hovedtyngden av kunnskap skal ligge på hva som er barnets rettigheter og faglige vurderinger angitt i (St.meld.nr 40, 2001-2002). Vurderinger vil i noen grad også baserer seg på individuelt skjønn og slik jeg forstår dette er ikke dette kun teoretisk basert, men også erfaringsbasert kunnskap.

Erfaringsbasert kunnskap hos ergo- og fysioterapeuter utvikles ved hjemmebesøk, fra veiledningssituasjoner med omsorgspersoner og fra oppfølging av barn og unge over lengre habiliteringsløp. De undersøkelser barn avkledd, berører barns kropper, er aktive sammen med barn, snakker med barn, analyserer bevegelser og fysisk form. Av disse eksemplene antyder jeg at de i sine fag deltar med hele seg, og dermed innhenter kunnskap gjennom hele seg. Denne kunnskapen er ikke alltid vitenskapelig teoretisert, men kan ha en viss kunnskapsmessig betydning. Refleksjon og bevissthet over egen taus kunnskap slik som egne emosjoner, persepsjon og livserfaringer er ifølge Schön (1987) og Nordstoga (2004) sentralt i utvikling av skjønn. Taus kunnskap eller persepsjonsopplevelser slik som *mavefølelse* har et meningsinnhold, men hva må fortolkes personlig.

5.2 Mavefølelse som kroppslig kunnskap

Forholdet mellom verden og kroppen beskrives av Bergheim (2014, s. 41) som eksistensiell, da det å være i verden vil si en indre relasjon mellom menneske kroppen og fenomenene i rommet. Kroppen er ikke noe vi har, men noe vi er (Merleau-Ponty, 1994). Mavefølelsen er et eksempel på dette, og ubevisst og ufortolket tillegges ikke mavefølelsen verdi når det gjelder beslutninger, mens bevisstgjort og fortolket kan den gi mening og bidra til assosiasjoner og erfaringskunnskap.

I Moren (1999) beskrives Maurice Merleau Ponty som så på forholdet mellom sanseoppfatning og miljøet til den som sanser som et symbiotisk forhold mellom persepsjon. Dette intervevde samlivet mellom sanser, sansing og fortolkning av sanseintrykk kan vanskelig skilles fra hverandre da vår kroppsliggjorte kunnskap og måten vi handler på, er en del av vår forståelse av oss selv og verden rundt oss (Bergheim, 2014, s.42). Mavefølelsen forstås da som et sanseintrykk som forsøker gi en forståelse av verden rundt, men den må fortolkes.

I et forsøk på å fortolke mavefølelsen sier Bergheim (2014, s.45) at vi må sette den inn i og oppleve den i tid og rom, og at denne evnen er forutsetning for mening med det som skjer. Hvis man ikke evner orientere seg i tid og rom mener Grimen (2017), altså her og nå, kan man ikke utvikle ferdigheter og fortroligheter med omgivelsene. Da vil mulig kunnskapsbase forbli mangelfull, og vurderinger som foretas mangle eksistensiell forankring.

5.3 «Svikt i kunnskap og kompetanse i helsetjenestene»

NOU (2017:12) kom i sin offentlige utredning med anbefalinger for at rammeplaner for relevante utdanninger skulle inkludere kunnskapsmål om vold mot barn, samarbeid, regelverk, taushetsplikt, opplysningsplikt, avvergeplikt og sikkerhetsarbeid. Dette var en viktig anbefaling med relevans til helsepersonell da det viste seg at de ikke koblet vansker hos barn og unge med årsaksforhold til omsorgssvikt, men heller tilla det en annen fortolkning (NOU, 2017:12, s.73). En annen anbefaling som utgikk fra utredningen, var å klargjøre og forenkle bestemmelsene om opplysningsplikt slik at de skulle bli lettere å anvende for dem som var omfattet av plikten (NOU, 2017:12, s.75).

I felles forskrift for rammeplan for helse og sosialfag (2019) § 2, punkt 7, er anbefalingene om kunnskapsmål i rammeplan tatt inn. Her står det at etter fullført helse- og sosialfagutdanning skal kandidaten ha kunnskap om sosiale og helsemessige problemer inkludert omsorgssvikt, vold, overgrep, rus- og sosioøkonomiske problemer og kunne identifisere og følge opp mennesker med slike utfordringer. Det er da grunn til å tro at det er et etterslep av kompetansebehov knyttet til disse læringsmålene i helsesektoren i dag.

Det er det forvaltningsorgan man er ansatt ved har en plikt til å påse at: «ansatte som utfører oppgaver på deres vegne har tilstrekkelig kunnskap om meldeplikten og praktiseringen av den (Bendiksen og Haugli, 2018, s.90)». Dette sikrer i større grad forsvarlig vurderinger, og utøvelse av det mandatet som meldeplikten er. Da meldeplikten er personlig betyr dette i praksis at hvis manglende opplæring eller støtte av forvaltningsorgan, så står helsepersonell alene med denne plikten og de emosjonelle belastninger dette innebærer. I NOU (2017:12, s.133) beskriver i anbefalingene behov for økt kunnskap om mulighetsrommet innenfor taushetsreglene bør være en del av et kompetanseløft i alle sektorer.

6 Forskning om aksjonsforskning

6.1 Innledning

Jeg har vært inspirert av aksjonsforskning som tilnærming i min oppgave og har forankret dette i et kvalitativt design. Med kvalitative forskningsdesign forutsetter det en forpliktende innsamling og bearbeiding av materialet frem mot en systematisk sammenfatning som beskriver, analyserer og drøfter de fenomener man ønsker å studere (Malterud, 2011, s.32). Ifølge Thagaard (2009, s.14) er også et fellestrekk ved kvalitativ forskning at forsker bruker seg selv som et middel for å få informasjon, og det er tekst som hentes inn og analyseres. Nærheten i interaksjon mellom forsker og informanter er vektlagt som et viktig forhold i kvalitativ forskning ifølge Tjora (2018, s.12), og det kreves en særlig bevissthet og refleksjon hos forsker i alle deler av prosessen for å etterleve dette ansvaret som følger med. I kapittel 5.2 presenterer jeg aksjonsforskning mer generelt med utgangspunkt i teori og faglitteratur. I oppgavens kapittel 7 presenterer jeg prosjektets metode.

6.2 Aksjonsforskning

Målet med kvalitative tilnærminger er ifølge Malterud (2011, s.26) å utforske meningsinnholdet i sosiale og kulturelle fenomener, slik de oppleves for de involverte selv innenfor sin naturlige sammenheng. Jacobsen (2005, s. 39) sier at kvalitative metoder ofte vektlegger nærhet som et viktig element for å kunne oppnå innsikt og forståelse for andre menneskers oppfatning av virkeligheten. Ved å benytte aktører med nærhet til forskningsfeltet og ved å samarbeide ved utvikling av problemformulering og forskningsdesign, sikrer man nytteverdi for dem det gjelder er større (Jenssen, 2011, s. 72).

Tiller (1999) hevder at aksjonsforskning sees på som et helhetlig forskningsopplegg av konstruktiv karakter, mens Reason og Bradbury (2002) beskriver aksjonsforskning som utforskende, erfaringsbasert, deltakende og handlingsorientert. Nowotny med flere (2003) anser tilnærmingen som kontekstorientert og tverrfaglig kunnskapsproduksjon, i motsetning til forskning der teori og praksis ansees for å være atskilte. Nettopp helheten, fleksibiliteten, nærheten til konkret kontekster, samt metodens mulighet for praksis nær samhandling, appellerte til meg og mitt masterprosjekt.

Utforskende, deltakerorientert tilnærming kan gjennomføres med dialogkonferanser, og er slik jeg tenker det en samling med mennesker som reflekterer og drøfter sammen med intensjon om å skape endringer og bedre praksis. Pålshaugen (1998) beskriver dialogkonferanser som en metodologi som former dialogen om virksomhetens utvikling, og som kontinuerlig

reorganiserer disse. Organisering av dialogkonferanser i en serie kan dermed forstås som er en tilnærming mot en kollektiv kunnskap og læringsprosess hvor for eksempel i dette prosjektet deltakerne utvikler sin egen meldepraksis på arbeidsplassen (Husebø med flere, 2020, s.96). Dialogkonferanser er forankret i verdier som likeverd og medinnflytelse hos deltakerne, og det er naturlig at forsker tar ansvar for at alles stemme får komme frem. Hansen og Bjerke (2011, s. 144) beskriver denne forskningsstrategien som å forske med deltakerne i motsetning til å forske på dem, og hvor kunnskapsinnhenting og kunnskapsproduksjon gir deltakerne makt i motsetning til at forsker har denne makten alene. Gustavsen (1992) sier at deltakerne diskuterer hvor skoen trykker, hvilken utvikling man ønsker og hvordan man skal komme dit. Han har videre vært opptatt av slike samhandlingsprosesser i organisasjonene gir deltakerne kollektive erfaringer med å lytte, reflektere og lære gjennom dialog. Prosessen med dialoger på feltet kan følge en systematikk som steg for steg utvikler en aksjon som i aksjonsforskning også skal forskes på, og en slik systematikk kan oppnås ved bruk av Aksjonsspiralen. Aksjonsspiralen består ifølge Malterud, (1995a, 2017, s.161) av 7 trinn.

Disse er:

1. Problemidentifisering.
2. Oppsummering av tidligere erfaringer.
3. Formulering av målsetting.
4. Planlegging og utvikling av tiltaket.
5. Beskrivelse av tiltaket.
6. Implementering av tiltaket.
7. Redefinering av problemet

Organisering av aksjonsdelen etter aksjonsmodellen mener Malterud (2017, s.163) vil gi en overførbarhet på prosedyrenivå. Gjentakelse av Aksjonsspiralens kronologiske steg vil i seg selv ikke være adekvat for å levere god kvalitativ på datainnsamling i prosjektet. Gjøtterud med flere (2017, s. 35) benevner fire variabler som peker seg ut som sentrale for å kunne levere god aksjonsforskning. Disse nevner hun er bred lokal deltakelse, kontroll av forutinntatthet, samarbeid mellom flere forskere, og systematisk data om endringsprosessen. Disse blir beskrevet i kapittel 7.9 da de utgjør en metodisk nødvendighet og ideal.

Forskers rolle har i flere studier blitt omtalt som fasilitator, og i boka «*Aksjonsforskning i Norge*» utdyper Gjøtterud med flere (2017, s.20) at fasilitators oppgave er å bidra til

refleksjon, peke på taus kunnskap, stille oppklarende og kritiske spørsmål, svare på spørsmål, ansvarlig for å forankre prosjektet hos deltakerne, sørge for felles avgjørelser, samt å bidra til et godsamarbeidsklima sørge for at alle blir hørt, og være bindeledd mellom deltakerne. I tillegg skal forsker analysere og fortolke hvilken mening som ligger bak deltakernes handlinger og erfaringer, og språklig gjøre denne kunnskapen.

7 Metode

7.1 Innledning

I dette kapitlet redegjør jeg for metoden jeg har valgt, samt hvordan jeg har gjennomført datainnsamling og analyser. Metoden jeg har valgt har forankring innen kvalitative design og er inspirert etter en aksjonsforskning tilnærming. Til slutt i kapitlet drøfter jeg prosjektets kvalitet, samt presenterer etiske vurderinger.

7.2 Kvalitativt design

Problemstillingen i mitt prosjekt er todelt, og undersøkes ved hjelp av et kvalitativt design.

Dette har jeg valgt fordi jeg tenker at et slikt design best besvarer den todelte problemstillingen. Kvalitative design har som formål å beskrive, belyse eller utforske problemstillinger blant annet gjennom språket slik som i denne oppgaven.

Prosjektet omhandler meldeplikten til barnevernet. Hvordan det å «melde til barnevernet» oppleves fra ergo- og fysioterapeuters ståsted og hvilke utfordringer som kan begrense denne, er ikke tidligere beskrevet i forskning så langt jeg kan finne. Jeg tenker at deres perspektiv er viktige, og kan gi ny kunnskap inn i feltet. Jeg vil derfor belyse utfordringene og løsninger som ble valgt for å endre disse. Språklig datamateriale innhentes vanligvis fra intervju, spørreskjema, eller som i dette prosjektet gjennom en aksjonsforskning inspirert prosess hvor dialogkonferanser er møtepunkter for dialogen mellom meg og deltakerne, noe og jeg skal redegjøre ytterligere for.

7.3 Aksjonsforskning inspirert tilnærming

Mitt valg om en aksjonsforskning inspirert tilnærming bygger på en deltaker og dialogbasert datainnhenting da helsepersonell som deltar i dialogkonferansene, bidrar i en prosess for å forske på eget felt og bedre praksis i denne. Dette valget mener jeg best besvarer problemstillingene i oppgaven, samt at praksisnært prosjekt gir mening og forankring i fag for meg. Konteksten datainnsamling har foregått i er i førstelinjen med ergo- og fysioterapeuter med barnefaglig kompetanse. For å få satt dette samarbeidet ut i livet var kontakten med feltet helt sentralt. Kontakten inn i organisasjonen som deltar i prosjektet har følgelig vært en nøkkel for å åpne opp for den kunnskapen som deltakerne besitter i sitt praksisfelt. Prosjektet var slik jeg tolket det for dem like betydningsfullt for dem, som for meg.

7.3.1 Prosessen i prosjektet

Proessen med en rekke dialoger strakk seg fra å identifisere egne erfaringer og utfordringer med meldeplikten, frem til implementering av en løsning for å endre hovedutfordringen.

Proessen fulgte en steg- for steg fremgangsmåte etter inspirasjon fra aksjonsspiralen av Malterud (2017, s.161). Det siste punkt med redefinering av problemet er valgt bort i mitt prosjekt da det ble for omfattende med tanke på rammene for masteroppgaven.

Datainnhenting er derfor avsluttet ved trinn 6 som er gjennomføring av fagdagen, og dette representerer omtrent en dreining rundt aksjonsaksen slik jeg tenker det. Aksjonsmodellen representerte for meg en modell som ga en overordnet struktur, tilnærmet som en sjekklister.

Ved å følge denne skapte det gjennomskiktighet og mer etterprøvbarehet. Se vedlegg 4:

Aksjonsforsknings inspirert modell for dette prosjektet.

7.3.2 Dialogkonferanser

Jeg har valgt å gjennomføre 3 dialogkonferanser i dette prosjektet for å besvare problemstillingen. Hensikten var å gi alle på arbeidsplassen anledning til å medvirke til å identifisere utfordringer med å melde til barnevernet, samt diskutere et tiltak for å løse utfordring slik at dette forbedrer deres meldepraksis. Det er forskerens rolle å lage en regi på disse dialogkonferansene gjennom å underlegge dem bestemte vilkår (Gustavsen, 2001), og inspirert av Sagatun (2014, s.55) valgte jeg å forankre mitt prosjekt i en ergo- og fysioterapitjeneste i førstelinjen.

Jeg ønsket at dialogene skulle bidra til en kollektiv læringsprosess, samtidig som deltakerne produserer ny kunnskap for innsamling til analyse. Dialog konferansene utgjør slik jeg forstår dette dermed en kontekstuell ramme rundt prosessen, refleksjonene og samtalene.

Dialogkonferansen bestod av de inviterte ergo- og fysioterapeutene. Konferansene har foregått på Zoom, og ytterligere beskrivelse av fremgangsmåte på konferansene følger under datainnsamling i 7.6.1.

7.3.3 Dialog

Dialogbegrepet har slik jeg fortolker det et mangfold av funksjoner og verdifokus innenfor aksjonsforskningen, men vil i dette prosjektet innebære en forståelse av demokrati, likeverd og respekt mellom deltakerne i dialogen. Tre dialoger med deltakerne er gjennomført. I tillegg har jeg hatt tre samtaler med leder. En i forkant av prosessen, en undervegs når deltakernes hadde forslag om en aksjon, og avslutningsvis etter gjennomføring av fagdag. I

tillegg til dette har jeg vært i dialog to ganger med ekstern foreleser for at fagdagen skulle bli organisert etter deltakernes utfordringer.

7.3.4 Min rolle

I dette prosjektet har jeg vært inspirert av rollen som fasilitator. Hva som tillegges denne rollen av kvaliteter, er beskrevet i delkapittel 6.2. Jeg har deltatt i og samlet inn data gjennom dialoger, jeg har analysert materiale inspirert etter tematisk analyse, samarbeidet med ekstern foreleser slik at fagdagen inneholdt den kunnskapen de etterspurte, og presentert et utvalg av innsamlet data i denne oppgaven. Dette er en viktig kritikk å reflektere over, hvilke utfordringer det gir og på hvilken måte spillerommet håndteres av forsker gjennom prosessen.

7.3.5 Forankring av prosjektet i organisasjon

På et driftsmøte delte leder ut samtykkeskjema og informasjonsskriv. De ansatte fikk tillatelse til å delta i prosjektet i arbeidstiden, men dette var ingen forventning fra leders side. Åtte valgte å delta, mens tre lot være.

Leder la til rette for at deltakere som egentlig ikke var på jobb da fagdagen ble gjennomført, fikk tilpasse dette. Leder måtte formelt godkjenne forslaget om å gjennomføre en fagdag for å bidra til kompetanseheving inkludert bruk av ekstern foreleser med juridisk og barnevernsfaglig kompetanse.

7.4 Rekrutering

Ergo og fysioterapeutene som deltar i dette prosjektet er rekruttert fra en kommunal ergo og fysioterapi tjeneste. De er valgt fordi de har kjennskap til tematikken meldinger til barnevernet i sitt kliniske virke, og de kan dermed belyse problemstillingen i denne oppgaven. Mine fremgangsmåter i rekruteringen er ytterligere beskrevet senere i kapittelet, i forbindelse med etiske overveielser knyttet til informert samtykke.

7.4.1 Beskrivelse av utvalget

Utvalget består av åtte deltakere fra samme arbeidsplass. Alle deltakerne som har samtykket til å delta i prosjektet er autoriserte fysioterapeuter og ergoterapeuter. De har alle barnefaglig kompetanse, og er både fast ansatte og vikarer i denne avdelingen, som er et særskilt barneteam underlagt ergo- og fysioterapitjenesten. Profesjonsutøverne som deltar, er i alderen 25-49 år. Praksis erfaringer de har i fagfeltet varierer med 1-20 år. I det tverrfaglige fagfellesskapet de arbeider er det flat struktur med hensyn til ansvar og roller. En leder av ergo og fysioterapitjenesten er lokalisert sentralt, og har arbeidsgiveransvar.

Deltakerne har faglige kvalifikasjoner, ansvarsområder og oppgaver som problemstillingen i prosjektet etterspør, og de arbeider med barn og unge som tjenesteytere på hvert sitt fagfelt. Følgelig kan deltakerne med sin kunnskap belyse, reflektere og undersøke denne med forsker som fasilitator. Videre begrunnelse er at deltakerne snakker felles språk, beveger seg daglig i et praksisfelt med problemstillinger som har fellestrekk, og har med dette en mulighet for å forstå prosess og aksjon de selv bidrar til. Dette gir dette prosjektet en del fordeler.

7.5 Vitenskapsteori

Jeg har et hermeneutisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt og tilnærming i det fortolkende arbeidet som gjøres i dette prosjektet. Thagaard (2009, s.39) beskriver at en hermeneutisk tilnærming legger vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet, men at fenomener kan tolkes på flere nivå, og slik jeg tenker det oppfatter verden individuelt. Med et slikt perspektiv er det mange sannheter noe som gjør at min sannhet ikke nødvendigvis er andres, og ved å bruke språket kan vi få tilgang til hverandres forståelse og kunnskap.

Utgangspunktet hvert enkelt menneske har er dets unike biopsykososiale sammensetning hvor vi helt fra før fødsel tilegner oss erfaringer om verden gjennom våre foreldre, og hvor nye erfaringer bygger på tidligere erfaringer gjennom hele livsløpet (Smith, 2017, s.152). Slik jeg tenker det kan da mennesker endre oppfatning og forståelse av verden fordi vi påvirkes kontinuerlig under dynamiske, livslange og sosiokulturelle betingelser.

Hermenutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås, i lys av den sammenhengen det vi studerer er en del av (Thagaard, 2009, s. 39). Hvordan ergo og fysioterapeutene forstår sin meldeplikt og hva de opplever som utfordrende skal jeg fortolke og gi mening til. Jeg skal slik Thagaard (2009, s.39) formulerer det, sette søkelys på den mening teksten formidler.

Hver deltaker som subjekt har personlige egenskaper, tanker, følelser, logikk, sanser og erfaringer fra livet som gir dem taus kunnskap og eksplisitt om egen meldepraksis og forhold rundt denne.

Fortolkning av deltakeres delte erfaringer innenfor hermeneutisk tradisjon, er følgelig et sentralt vilkår. Helt spesifikt innebærer vilkår en gjensidighet og avhengighetsforhold mellom helhet og deler av helheten innenfor denne tradisjonen, og i den moderne hermeneutikken oppnås kun bevissthet og erkjennelse i en kollektiv dialogisk bestrebelse, i motsetning til en monologisk overveielse hos den enkelte (Guldal og Møller, 1999, s.12,20). Dialogene som organiseres vil i en slik forståelse være betydningsfulle da de muliggjør aktiv lytting,

refleksjon og språklig fortolkning av de andre deltakernes erfaringer og forståelser, og dermed gi opphav til ny kunnskap og forståelse hos deltakerne og hos meg.

I et fortolkende perspektiv bygger forståelse på tidligere forforståelse, og dermed kan deltakerne oppnå ny forståelse og kunnskap gjennom dialogene. Hvordan erkjennelsen av ny forståelse og kunnskap oppnås, kan forklares gjennom den hermeneutiske spiral og hermeneutikken.

Den hermeneutiske spiral, applisert på mitt prosjekt, gjenspeiler fortolkning som en tenkt prosess der fortolkningen foregår på flere nivå, i forkant av, undervegs i dialogene og i etterarbeidet hvor tekstmateriale skal analyseres. Slik gjentas fortolkning i et mønster av en rekke serier fra dialogmøte til møte, mellom egne fortolkninger og åpenbare sammenhenger i tekst. Den hermeneutiske spiral kan ifølge Guldal og Møller (1999) gjenspeile fortolkning av tekst i en tenkt prosess der denne pendler i et sirkulært mønster, og den hermeneutiske sirkel ble av Schleiermacher i begynnelsen av 19. århundre plasserte som vilkår i hermeneutisk forståelse.

Jeg er selv fysioterapeut med barnefaglig kompetanse, og vil dermed fortolke i lys av egne erfaringer, oppfatninger og fortolkninger av meldeplikten. Denne forforståelsen må jeg derfor være bevisst.

7.5.1 Min forforståelse

Min profesjonsbakgrunn fra fagfeltet barnefysioterapi kan være tillitsskapende og gi faglig fundament og legitimitet til prosjektet. Jeg har erfaringer med meldeplikten, har tatt bekymringsamtaler med foreldre, og har mange ganger vært i tvil på om det jeg vurderer som god nok omsorg virkelig er det. Min subjektive formening og forståelse av meldingsplikten i denne sammenhengen er derimot ikke hva jeg er interessert i å undersøke og få frem, men deltakernes perspektiver og erfaringer. Nettopp derfor krever det en gjennomgående åpenhet og refleksiv holdning av meg når det gjelder min egen forforståelse knyttet til tematikken.

Deltakerne i dette prosjektet er kjent med min profesjonsbakgrunn, og dette kan påvirke deres oppfatning av meg. Da jeg har faglig nærhet til tematikken som drøftes kollektivt i dialogmøtene, kan deltakerne ifølge Thagaard (2009, s. 81) lettere glemme forskers tilstedeværelse og dermed oppfører seg som de vanligvis gjør. Det var i dialogene påfallende hvordan deltakerne kommuniserte som om dette var et ordinært møte på arbeidsplassen, og ikke datainnsamling til et prosjekt. Jeg kan derimot ikke hevde at alle deltakere glemte min

tilstedeværelse fordi ulike deltakere kan oppfatte meg individuelt. Nærhet til informantene i datainnsamlingsfasen kan ifølge Jenssen (2011, s. 77) få konsekvenser og føringer for formidlingen av data. Dette var et særlig hensyn for meg i dette prosjektet, slik at jeg ikke ved språklig ubevissthet kom til å stille noen i ufordelaktig lys.

Nærheten til praksisfeltet som jeg trengte for en rik datainnsamling i dette prosjektet krevde en særlig bevissthet om hvordan jeg kunne komme påvirker prosess og resultat. Jeg har tidligere nevnt at det ikke mulig å komme unna at jeg påvirker dataene, men at det viktige i denne sammenheng handler om åpenhet om hvordan jeg kan ha påvirket. Dette handler i dette tilfelle om hvordan jeg i møte med deltakerne hadde noen forventninger om hva de opplevde som utfordringer når det gjelder meldinger til barnevernet. Utfordringer jeg så for meg at kom til å være fremtredende var samtaler med foreldre, riskere relasjonsbrudd med familier, ubehaget ved vanskelige beslutninger, stole på samarbeidspartnere, og i denne sammenheng antok jeg også at de meldte for sjeldent fra. På bakgrunn av dette har jeg jobbet mye med å stille meg åpen i møte med deltakerne, og jeg har hatt veiledning med min veileder for å drøfte ulike måter å forstå mitt materiale på.

I dialog med helsepersonell fra praksisfeltet vil jeg få kunnskap og bevissthet som tilfører fagfeltet kvalitativt kunnskap om andres opplevelser. Denne kunnskapen ville min egen subjektive refleksjonsevne ikke kunne utviklet alene. Ifølge (Malterud, 2017, s.27) kan verden oppfattes i ulike versjoner avhengig av hvilket ståsted man har, og min rolle har slik jeg ser det vært å medvirke til at deltakernes versjon blir presentert.

7.6 Datainnsamling

Data innsamlet i dette prosjektet består av 38 siders transkribert tekst, frembrakt i en kollektiv prosess hvor åtte ergo og fysioterapeuter deltok i tre dialogkonferanser, og en fagdag, samt i en evaluering av fagdagen (tiltaket). Prosessen i dialogkonferansene var fasilitert av meg, mens en ekstern foreleser med barnevernsfaglig kompetansen ledet den kompetansehevende prosessen under fagdagen. Tre dialogkonferanser er gjennomført digitalt hvor det er tatt opp lydopptak av drøftinger i plenum.

7.6.1 Gjennomføring av dialogkonferansene

Dialogkonferansen var organisert slik at hver konferanse skulle utforske mellom ett til tre hovedspørsmål som var knyttet til prosjektets problemstilling (se vedlegg 5:

Dialogkonferanser med eksempel på struktur). De ulike stegene i de utforskende dialogen

hadde som formål om å utforske hvilke utfordringer ergo- og fysioterapeuter hadde med meldeplikten til barnevernet, samt utvikle et tiltak for å redusere disse utfordringene.

Proessen med dialoger som beskrives videre er ment å tilsvare punkt 1-4 i aksjonsspiralen (se delkapittel 6.2 for aksjonsspiralens ulike trinn).

Den praktiske gjennomføringen av dette innebar at jeg opprettet en Zoom lenke som ble sendt hver deltaker på e-post. Valg om deltakelse ble da gjort av hver enkelt, og de måtte åpne lenken for å delta. I møtet måtte de gjøre seg til kjenne fysisk med videokamera og mikrofon påslått. Alle deltakerne samtykket til dette, og hele dialogen forløp med visuell og auditiv kontakt slik som en Zoom dialog tillater. Jeg tolker gjennomføring av datainnsamling, og vurderer dette ikke kommer i konflikt med NSD vurdering. Jeg tok derfor kontakt med NSD for å høre om endring fra fysisk møte til digitalt møte innebar å melde en vesentlig endring. Dette ble avvist, og dialogene ble dermed gjennomført digitalt. Se vedlegg 8: Svar fra NSD angående forespørsel om endring til digitale møter).

Valg av digitale møter var nødvendig da deltakerne var underlagt lokale covid-19 tiltak (Folkehelseinstituttet, 2022) for å hindre spredning og smitte, og arbeidsgiver hadde pålagt hjemmekontor i perioden før, under og etter datainnsamling.

Jeg satt på eget kontor uten andre til stede ved USN, og PC utstyr som ble benyttet var installert og godkjent av USN. Jeg har også hatt veiledning undervegs hvor dette har vært drøftet med veileder. Fremgangsmåten jeg valgte angis i punkt 1 og 2 i aksjonsspiralen (se del kapittel 6.2 for aksjonsspiralen).

7.6.2 Deltaker validering

Jeg transkriberte innsamlet data etter hvert dialogmøte. Transkripsjon skal i størst mulig grad ivareta de opprinnelige rådata fra lydbåndopptaket. Samtidig er det en mulighet for at deltakerne har formulert seg på en måte de ikke mente, eller at jeg har misforstått noe av det som ble sagt når jeg transkriberte. Transkripsjon er derfor sendt per e-post til deltakerne etter hvert dialogmøte slik at de selv kunne gjennomlese og gi tilbakemelding på dette.

Kommentarer som kom fra deltakerne på gjennomlest transkripsjon, ble tilføyd og inkludert i den tematiske analysen. Fire deltakere sendte tilbake rettelser etter gjennomlesing.

7.6.3 Gjennomføring av fagdag og datainnsamling

Fagdagen ble arrangert i kommunens egne møtelokaler med ramme på 6 timer.. En ekstern foreleser med juridisk og barnevernsfaglig kompetanse ble engasjert som ansvarlig for fagdagen. Se vedlegg 7: Timeplan for fagdag.

Fagdagen inneholdt et innlegg fra foreleser om ulike relevante temaer, samt gruppedrøftinger av ulike kasus, se vedlegg 8. Kasus 1 ble valgt til datainnsamling for fagdagen. Det ble tatt opp lydbåndopptak fra kasus drøftingen, og jeg transkriberte dette etterpå. Deretter gjennomførte jeg en tematisk analyse og presenterte data i. Fra Jeg var observatør på drøftingene.

Oppgave som ble reflektert rundt kasus 1:

A) Hva må til for at opplysningsplikten etter helsepersonelloven § 33 er utløst, og identifiser eventuell hjemmel i bestemmelsen.

Fra denne drøftingen ble det tatt lydbåndopptak. Transkribert fra lydbåndopptak ble tematisert etter tematisk analyse. Funn fra analysen presenteres i delkapittel 8.3.

7.6.4 Feltlogg

Jeg har ført en logg mellom konferansene. Denne loggen har vært tenkt som et verktøy for å samle refleksjoner underveis i prosessen, samt fra erfaringer som oppstår i og etter konferansene og fra utviklingen som skjedde i prosjektet. Grimen (2004) hevder at spillerrommet til forskers dømmekraft og vurderingsevne kan bli for stor i aksjonsforskning, og dermed er refleksivitet avgjørende. For at jeg ikke skulle glemme noe og være meg bevisst de valgene som ble gjort underveis, bidro feltloggen til å dokumentere tankene og undringene jeg hadde underveis. Mine fortløpende arbeidsnotat ble ført som tenketekst for hånd i egen notatbok fra før første dialogkonferanse til evaluering av aksjon, de er kun brukt som støtte for utforskning i dialogen. Malterud (2017, s.53) beskriver feltloggen et uredigert arbeidsdokument som oppdateres fortløpende, og gjør det lettere å rekapitulere beslutninger og veivalg videre i prosessen.

7.6.5 Evaluering av fagdagen

Aksjonsforskningsprosessen har vist seg å ta mye tid, og koronarestriksjoner og sykdom har gjort det mer krevende enn forventet. Jeg planla i utgangspunktet å ha en grundig evaluering av fagdagen. Grunnet forhold utenfor min kontroll kunne ikke evalueringen gjennomføres før nokså tett opp under innleveringsfristen for denne masteroppgaven. Dette innebærer at evalueringen har vært nokså kort. Deltakerne har evaluert fagdagen ved å besvare et spørsmål. Spørsmålet lød: *Hvilken kunnskap fra fagdagen bidro til å redusere dine utfordringer med å melde». Dette ble sendt deltakerne på e-post, og returnert til meg.*

7.7 Data analyse

Data som er innhentet fra deltakernes dialoger på konferansene og fagdagen er transkribert fra lydbandopptak. Dette transkriberte materiale har jeg analysert. Jeg har også foretatt analyse av evaluering av fagdagen. Analysen av innsamlet tekstmateriale er gjennomført med Tematisk Analyse (Braun og Clark, 2006, s.67), og er ifølge Clark & Braun (2022, s.168) ikke bare en teoretisert oppsummering av deltakerdata. Analysen har pågått gjennom en stegvis prosess. Tematisk analyse er beskrevet gjennom 6 ulike faser:

1. Bli familiær med hele datasettet
2. Koding
3. Lage tema
4. Utvikle og revidere tema
5. Definer og navngi tema
6. Presenter tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006, s.37 sitert i Braun & Clarke, 2022).

7.7.1 Analytisk tilnærming av transkribert materiale

Analysen av innsamlet data i form av tekst innebærer å presentere materiale som er relevant for besvarelsen av problemstillingen. Alt transkribert materiale fra dialogkonferansene bestod av 24 sider, mens det tilsvarende for fagdagen var 14 sider. Jeg valgte å analysere teksten etter inspirasjon fra tematisk analyse (Clark & Braun, 2006, s.67), men grunnet stort omfang av materiale jeg gjort et utvalg fra dette basert på hva som har vært relevant for problemstillingen. Den videre analytiske tilnærming vil jeg nå beskrive.

Jeg gjennomleste transkripsjon fra både dialogkonferansene og fagdagen grundig flere ganger og dette gjenspeiler fase 1 etter tematisk analyse. Deretter fargekodet jeg all tekst, og dette angis i fase 2. I fase 3 samlet jeg fargekodene innunder ulike tema, og foreløpig navn på tema ble gitt. Denne videre analytiske prosessen ledet frem til en 11 punkts liste med ulike tema av utfordringer. Videre fulgte deltaker validering og gjennomgang av listen med dem, og dette ga opphav til ett nytt tema. Til slutt fremstod 12 tema for videre utvalg, drøfting og analyse. (Se oversikt 1 over tematisk oversikt over ergo- og fysioterapeuters utfordringer i delkapittel 8.1).

Oversikten med de 12 utfordringene var et tematisk utgangspunkt for å drøfte om noen av disse utfordringen var sammenfallende, om de kunne ha noen fellestrekk eller likheter som ga mulighet for å definere en samlet hovedutfordring. Diskusjonen i dialogkonferansen ga opphav til et overordnet tema. Flere utfordringer var sammenfallende, og hadde sitt utspring i eller var vedvarende over tid som følge av *manglende kunnskap* slik deltakerne så dette.

Temaene som ble besluttet å samle under tema *mangler kunnskap*, står i oversikt 1.

Gjennom dialogkonferansene ble oversikt 2 og disse temaene ytterligere utviklet og definert, men overordnet va fortsatt at deltakerne manglet kunnskap om ulike forhold som var relevant med tanke på meldeplikten. Tematisk analyse (Braun og Clark, 2006, s.67) fase 4- 6 inspirerte denne prosessen. Fase 4 var å lage tema, fase 5 utvikle og revidere tema, fase 6 definer og navngi tema.

I siste dialogkonferanse ble manglende kunnskap som hovedutfordring tatt som utgangspunkt for drøfting av målsetning med et eventuelt tiltak. Denne prosessen følger av punkt 3 i aksjonsspiralen (se delkapittel 5.2), og formulering av målsetning etter drøfting ble følgende: *«Få mer kunnskap om meldeplikten og vilkår for å melde, samt hvordan kan vi forstå omsorgssvikt»*.

Dialogen, med utgangspunkt i punkt 4 i aksjonsspiralen med planlegging og utvikling, fikk nå en målsetning om mer kunnskap om meldeplikten og forhold i denne som utgangspunkt for diskusjon om passende tiltak. Her kommer deltakerne med ulike forslag og begrunnelser for tiltak som de mente kunne gi mer kunnskap om meldeplikten og vilkår for å melde. Se oversikt 3 over forslag til tiltak i delkapittel 8.3.

Deltakerne ble enige om en fagdag som aksjon for å få mer kunnskap om meldeplikten og vilkår for å melde. Dette tiltaket ble valgt fordi alle da ville få likt faglig kunnskapsgrunnlag, tiltaket ga mulighet for videre interne drøftinger, og en fagdag kunne ta spesifikt utgangspunkt i deltakernes behov for kunnskap.

Prosesen videre innebar planlegging og utvikling av en fagdag som er inspirert av punkt 4 i aksjonsspiralen. I to planleggingsmøter med meg fikk foreleser innblikk i deltakernes hovedutfordring, hva de selv hadde beskrevet som utfordrende med manglende kunnskap, og hva de tenkte de trengte mer kunnskap om. Det var også et ønske fra deltakerne om å kombinere ny teoretisk kunnskap sammen med eksisterende organisering, og uformelle rutiner som var identifisert i tidligere dialogkonferanser.

Det faglige Innholdet i fagdagen ble til i et samarbeid mellom ekstern foreleser og meg. Se kapittel 7.6.3 for innholdet i fagdagen.

Fagdagen inneholdt i første halvdel teoretisk kunnskap om meldeplikten, mangler i den daglige omsorgen og tegn på omsorgssvikt. Denne delen er inspirert av punkt 5 i aksjonsspiral hvor beskrivelse av aksjonen gjennomføres.

Andre halvdel av fagdagen ble gjennomført med kollektiv refleksjon og drøfting rundt 2 kasus med utgangspunkt i utdelt oppgave med spørsmål 1-4, se delkapittel 7.6.3. Det er fra disse kasus drøftinger at det er foretatt opptak. Lydbåndopptak fra kasus 2 ble mislykket, mens

dette fungerte på kasus 1. Lydbåndopptaket fra kasus 1 ble transkribert og til sammen utgjør dette 14 sider som er analysert. Presentasjon av analysens funn gjør jeg i kapittel 8.3. Jeg har ikke brukt feltloggen i prosessen med tematiske analyser, men brukte den i aksjonsprosessen.

7.8 Kvalitet i prosjektet

Selv om jeg har hatt et brennende engasjement for dette prosjektet så sikrer det i seg selv ikke at det er gjennomført med kvalitet. Kvaliteten er heller ikke betinget mitt valg av et aksjonsforsknings inspirert tilnærming, og ei heller at deltakerne har hatt full deltakelse i alle fire dialoger. Derfor ser jeg på ytterligere faktorer som belyser kvalitet i kvalitativ forskning i dette delkapittelet.

7.8.1 Faktorer som belyser kvalitet i kvalitative design

Overførbarhet er knyttet til at forståelsen som utvikles innenfor rammen i et prosjekt, også kan være relevant i andre situasjoner (Thagaard, 2013, s.190). Oppgavens størrelse med åtte deltakere fordelt på to helsepersonell grupper kan påvirke funnenes overførbarhet da det er ganske få. Jeg mener likevel at kunnskapen har verdi, og kan komme ergo- og fysioterapeuter i førstelinje til nytte ved at de blir inspirert til å etterspørre og utforske kunnskap om meldeplikten på sin arbeidsplass.

Kvale (1996) uttrykker at det er forskers rolle å overveie validiteten av hva prosjektet sier noe om, og hvilken overførbarhet eller ekstern validitet funn har ut over den sammenhengen den er gjennomført. Dette prosjektet har ikke ekstern validitet for ergo og fysioterapeuter som arbeider i andre linjetjenesten fordi konteksten her vil være veldig ulik den i førstelinje.

Lovverket som regulerer meldeplikten derimot for disse faggruppene i første og andre linje er derimot den samme, men rammer, organisering og arbeidsoppgaver er ulike.

Et forsøk på å kvalitetssikre datainnsamling i dette prosjektet innebærer også vurdering av intern validitet. Dette beskriver Malterud (2017, s.193) som deltaker sjekk eller validering. Deltakerne er konsultert for gjennomlesing av transkripsjoner slik at deltakernes subjektive opplevelse er ivaretatt, og uklarheter og feilaktige gjengivelser kan bli rettet opp. Ifølge Jenssen (2011, s.76) bidrar dette til å unngå vilkårlig subjektivitet som oppstår når forsker påvirker resultater. Slik tilnærmingen fungerer som en dialogisk validering ifølge Pedersen og Tronvoll, (2011, s.175). I tillegg har jeg for hver dialogkonferanse presentert mine foreløpige funn til deltakerne og latt dette være gjenstand for deres drøftinger, for så å endre resultatene i tråd med deres vurderinger og konklusjoner.

Lapadat og Lindsay (1999) presiserer at forsker selv må overveie hvilke transkripsjonsprosedyrer som best ivaretar meningsinnholdet på en pålitelig og gyldig måte, og Lock og Strong (2010) hevder at den nøyaktige transkripsjon aldri gir mer enn et avgrenset og situert bilde av det vi skal studere.

Repstad (2007, s.134) skriver at reliabilitet kan forstås som at det datamateriale som er samlet inn er pålitelig og presist, og at analysen er uten feil. Dette er også for meg et ideal, men i lys av uerfarenhet, så er ufeilbarlighet urealistisk. Derfor er undervegs dokumentasjon i feltlogg, begrunnelser for nye retningsvalg undervegs, min åpne holdning til gjennomsiktighet, samt veiledning viktige bidrag mot reliabilitet.

Begrep som relevans kan også ha betydning for kvalitet i dette prosjektet. Begrepet relevans kan i denne sammenheng knyttes til resultat av data og om utvalget som er valgt har kunnskap om problemstilling. Dalland (2017, s.60) hevder at et grunnleggende krav til data er at de er relevante for problemstillingen, og dette gjelder da også spørsmålene som blir stilt til deltakerne i dialogkonferansene. Om datainnsamling hadde vært gjennomført som individuelle intervju, ville jeg anta at resultat og informasjon ville sett annerledes ut, og relevansen kanskje ikke til stede. At deltakerne arbeider sammen til vanlig og nå fikk mulighet til å sammen jobbe frem hva som er utfordringen og aktuelle tiltak gjør dette prosjektet relevant for de inkluderte deltakerne, men funnene kan også være gjenkjennelige for andre i liknende roller. Relevansen av resultatene ville sannsynligvis også truffet på en annen måte om deltakerne var ansatt ved sykehus. I spesialisthelsetjenesten ytes helsetjenester til barn og unge med helt annen kontekst rundt, ofte med andre problemstillinger å løse og med kortere tid i direkte kontakt med foreldre og barn.

Utvalget som deltar i dette prosjektet jobber i et fagteam til daglig, og har fagdialoger ad hoc og i faste strukturer jevnlig. Med deres medvirkning i dette prosjektet bidrar de med faglig kunnskap og innsikt i interne meldepraksis rutiner som allerede er etablerte. En betingelse for å lære i felleskap er utvikling av gjensidige forståelse hos deltakerne ifølge Gjøtterud med flere (2017, s.38). Dette gjør at deltakerne er problemeiere, og dette øker troverdigheten i dette studiet.

Det er gjort et avgrenset forsøk på å kartlegge før-situasjonen fra deltakernes arbeidsplass, hvor deltakerne fikk beskrive erfaringer og nåværende praksis knyttet til meldeplikten i første dialogkonferanse. Status for denne før-situasjonen og erfaringer som ble delt blir ikke beskrevet i resultatdelen, på grunn av oppgavens omfang, men den har dannet utgangspunkt for refleksjoner og veivalg etter første dialogkonferanse. På denne måten vil forsker ifølge

Levin (2017, s.41) være en observatør i en dynamisk læringsprosess og dette utgjør en viktig del av prosjektets utvikling.

Gjennomføring av prosjektet med to forskere slik Gjøtterud med flere (2017) foreslår, ville gitt forsker faglig drøftingssparring når innspill og alternative handlingsvalg undervegs i prosessen måtte vurderes. Dette ville utvilsomt hevet kvaliteten i prosjektet slik jeg vurderer det. Jeg har vært under veiledning gjennom hele masterprosjektet, og dermed hatt noen å drøfte med underveis, samt tilgang til forskerkompetanse hun besitter knyttet til utvikling av og gjennomføring av dette prosjektet

Kvalitet i prosjektet er også forsøk hevet ved å kontrollere og bevisstgjøre min egen forforståelse. Dette er gjort ved at mine oppfatninger, refleksjoner, holdninger og antakelser om meldeplikten, de to profesjonsgruppene og mulige utfordringer rundt min påvirkning på datainnhenting og analyse, er nedtegnet i forkant av datainnsamlingsprosess. Denne forutinntattheten vil bli drøftet i kapittel 9. Levin (2017, s.38) betegner dette som et forsøk på å korrigere den mulige skjevheten som forutinntattheten skaper. Forskers forutinntatthet vil bli ytterligere drøftet i kapittel 9.

7.9 Forskningsetiske hensyn

7.9.1 Godkjenning NSD og FEK

I forkant av prosjektet er godkjenning hos NSD (830631) og FEK innhentet (se vedlegg 1 og 2).

7.9.2 Konfidensialitet

Dette prosjektet har fulgt plan om oppbevaring av persondata som angitt i søknad til NSD. Samtykkeskjema med underskrift og lydbåndopptak er oppbevart i låsbare arkiv skap på to ulike arbeidsplasser og holdt adskilt. Lydbåndopptak er makulert etter transkripsjon. Listen med deltakers navn er også innlåst i ett arkivskap, og all persondata vil bli makulert i mai 2022. Deltakerne er i stedet gitt et nummer når de presenteres med egne sitat i delkapittel 8.2 og 8.3.

Jeg måtte endre intervju fra fysiske til digitale på grunn av koronarestriksjoner. I denne forbindelse har jeg vært i kontakt med NSD og fått godkjent endringen, se vedlegg 8. Jeg har brukt PC tilknyttet universitetet og da også med de sikkerhetssystemer de har når det gjelder bruk av zoom. Det var kun deltakerne som fikk tilgang til den aktuelle zoom lenken.

Lydbåndopptak ble gjort ved bruk av lånt lydbåndopptaker fra UIA, og ikke gjennom zoom.

7.9.3 Informert samtykke og frivillig deltakelse

Hvordan jeg kunne legge til rette for at de forespurte deltakerne kunne ta stilling til deltakelse uten opplevd press, var et viktig hensyn i rekrutteringen. Dette ble løst i dialog med leder i organisasjonen og hvor skriftlig informasjon med samtykkeskjema ble delt ut på et driftsmøte hvor jeg ikke var deltakende. For å delta måtte deretter deltakerne ta aktivt ta kontakt med meg og sende meg skriftlig samtykke. Ifølge retningslinjer fra NESH (2016, s.14 skal samtykke være gitt «uten ytre press eller begrensninger av personlig handlingsfrihet». Se vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.

Davidsen (2011) bekrefter at det kreves betydelig tillit for å åpne for innsyn i egen praksishverdag for deltaker, og utøvelse av godt etisk skjønn er derfor nødvendig fra forsker. Tilliten må forvaltes godt av forsker selv om forhold som er mindre positive eller uheldige kan bli avdekt når deltakerne deler sin erfaring rundt praksis. Informasjon kan inneholde forhold og beskrivelser som kan utfordre presentasjon av deltakeres virkelighet på en etisk forsvarlig måte. Jeg har løst dette ved bevissthet og refleksivitet rundt språkformulering, samt ved å være tydelig på at formålet med prosjektet er å bedre meldepraksis. I tillegg har deltakerne vært aktivt involvert i hele prosessen, og har fått innsikt i transkribert materiale og mine analyser underveis.

7.9.4 Metodiske begrensninger for hele oppgaven

Dette prosjektet har produsert et stort omfang av data, og rammene for en masteroppgave yter nesten ikke prosjektet rettferdighet idet så mye data ikke blir utforsket. Det kan sees som en svakhet å anvende en så omfattende tilnærming i en masteroppgave. Samtidig har denne tilnærmingen gjort det mulig med høy grad av praksisfeltet å forbedre praksis. Muligheten for å få gi noe tilbake til deltakerne anser jeg som en styrke. Prosjektet har også gitt meg inspirasjon til senere utforsking av tematikker som har dukket opp undervegs, og som ikke har fått plass i denne oppgaven.

Prosjektet utforsket ikke andre begreper enn kunnskap, meldeplikten og omsorgssvikt.

Taushetsplikten, handlingsplikten og avvergeplikten er nærliggende begrep i den sammenheng, men grunnet tidspress og omfang, ble ikke disse utforsket ytterligere. Det ville derimot vært et spennende oppfølgingsprosjekt.

Studien har ikke overførbarhet til utfordringer hos ergo og fysioterapeuter i spesialisthelsetjenesten. Tilnærmingen har datainnsamling som er kontekstbundet og hvor rammer, organisering og oppgaver er ulike i spesialisthelsetjenesten. § 33 i Helsepersonell

loven gjelder derimot for alt helsepersonell. Dette kan vurderes som svakhet metodisk, men min forståelse og engasjement handler om barns behov for beskyttelse der barn oppholder seg, og det er i kommunen.

Jeg vil hevde at data innsamlet i prosjektet representerer deltakernes hovedutfordring og aksjon for å løse denne, og at dette var gjenkjennelig for deltakerne. Jeg kan likevel ikke eliminere påvirkning av min tilstedeværelse på deltakerne og retning av aksjonen, selv om jeg har reflektert mye over dette.

Datainnsamling som foregår på zoom i stedet for fysisk, kan også innebære en metodisk begrensning. De siste to år med pandemi har derimot gitt samarbeidsform digitalt, og mye møtevirksomhet i offentlig sektor foregår nettopp på denne måten.

Med et tilbakeblikk ville jeg i planleggingsfase vært mer nøye med formulering av intervju guide. Jeg ville da ha innhentet før- og etter- kunnskapsstatus, og dermed hatt et annet ståsted for evaluering og hvordan ny kunnskap fikk betydning for meldepraksis hos deltakerne. Dette er viktig lærdom til neste prosjekt.

Dette prosjektet har vært veldig avhengig av praksisfeltet og leder der. Evaluering har vært mindre omfattende enn ønskelig, men det har vært grunnet forhold utenfor min kontroll. Det har gitt nyttig erfaring med at ting tar tid.

8 Funn

Problemstillingen i dette prosjektet er to delt, og dermed vil funn også bli presentert i to deler. Første de av kapittelet besvarer hvilke utfordringer ergo- og fysioterapeuter har med å melde til barnevernet, og denne presenteres i en oversikt over de ulike temaene som kom frem i de første dialogkonferansene. Analysen av innsamlet materiale endte med mange spennende funn, men på grunn av stort dataomfang har jeg valgt å begrense presentasjon til hovedutfordringen manglende kunnskap slik jeg også har gjort rede for i oppgavens metodekapittel.

Jeg vil bruke deltakernes egne utsagn for å eksemplifisere manglende kunnskap- slik de opplever det. Deretter presenterer jeg hvordan jeg fortolker utsagnene. Ytterlige diskusjon rundt funn gjør jeg i oppgavens drøftings kapittel.

I andre del av kapittelet vektlegger jeg selve tiltaket og presentere deltakernes refleksjonsprosess rundt et kasus fra fagdagen. Dialogen her eksemplifiserer hvordan deltakerne kollektivt fortolker lovgrunnlag og saksgrunnlag i § 33, andre ledd, vilkår a. Til slutt presenterer jeg funn fra deltakernes evaluering av fagdagen.

8.1 Utfordringer med å melde til barnevernet

Deltakernes utfordringer med å melde til barnevernet presenteres i en oversikt under.

- Tap av relasjon til foreldre.
- Ulik terskel for å melde blant samarbeidspartnere
- Tap av relasjon til ungdom.
- Usikker på vilkår for å melde.
- Usikker på begrepet «grunn til å tro».
- Usikker på egne vurderinger til å melde.
- Mangler rutiner internt i tjenesten.
- Mangler tilbakemeldinger fra Barnevern på tidligere meldinger.
- Mangler informasjon om barnets helhetlige situasjon.
- Mangler opplæring.
- Krav om gjentatte meldinger.
- Emosjonelt ubehag.

Figur 1 Oversikt 1: Tematisk oversikt over ergo- og fysioterapeuters utfordringer med å melde

8.2 Utfordringer grunnet manglende kunnskap

Temaet deltakerne ønsket å basere selve aksjonen på, var utfordringer med å melde fra til barnevernet på grunn av manglende kunnskap. Se oversikt 2 for temaene som ble inkludert som en del av hovedutfordringen med manglende kunnskap. Det er denne oversikten resten av kapittelet baserer seg på.

- Vilkår for å melde.
- Begrepet «grunn til å tro».
- Oversettelse av taus kunnskap og mavefølelse.
- Barnets totale livssituasjon og levekår.
- Egen organisasjons intern rutiner i meldesituasjoner.
- Barnevernets rutiner etter melding.
- Bekymringsamtale med foreldre.
- Skjønn

Figur 2 Oversikt 2: Manglende kunnskap med innebærende tema.

Kunnskap kunne da være fagkunnskap om sentrale momenter i en vurdering knyttet til meldeplikten, hvordan tolke lovgrunnlag, samspill mellom foreldre og barn, hva som om er omsorgssvikt, samt tegn og symptomer på omsorgssvikt. At det ikke er alltid mulig å være helt sikker på om det bør meldes fra om til barnevernet og skjønnets plass i slike vurderinger, ble også her trukket fram som utfordringer. Samtidig var det flere som vektla personlig kunnskap slik som følelsene sin betydning i disse vurderingene, samt det å mangle erfaring med å vurdere og med å melde. Dette kan kategoriseres som erfaringskunnskap.

Under følger 3 sitater fra deltakerne om hva slags kunnskap de bruker i vurderingene om å melde, og deretter flere sitat hvor de forsøker å reflektere hva de mangler kunnskap om.

Deltaker 1: «*Nei, det er jo innhenting av opplysninger fra alle rundt spesielt. Spesielt alle rundt, alle instanser, hvis det er flere instanser rundt, ellers så er det jo grundige observasjoner i behandling eller observasjoner hvis det kun er oss som er inne liksom*». Deltaker 3 nevner: «*så tilbyr man ofte et hjemmebesøk for å se barnet og foreldrene på flere arenaer da. Og se barnet kanskje i både barnehage, hjemme og hos oss, og se det i ulike arenaer*». Deltaker 2 nevner: «*så tar vi jo en analyse, særlig på de minste da så er det mye analyse på samspillet og se på graden av, alvorlighetsgraden da, av samspillsvanskene, vi ser på grad av hvordan foreldrene følger opp timer og tiltak*.

Min tolkning av disse tre sitater er at deltakerne tar relasjonelle perspektiver, og individuelle hensyn med i sine vurderinger. I et økologisk perspektiv da forholder deltakerne seg på mikro- og mesonivå (Bronfenbrenner, 1979, 2005), og de er følgelig opptatt av hvordan barnets gjennom adferds-uttrykk viser trivsel og trygghet, kvalitet i samspill med omsorgspersoner, egne og andres observasjoner av barnet på ulike arena. Teoretisk forankring i sosioøkologisk teori eller bruk av nasjonal faglig retningslinjer (NVKTS) uteblir, noe som kan indikere at det er ukjent at deres kunnskap kan sees i sammenheng med disse teoriene. Et annet sentralt trekk er et helhetlig bilde av barnets omsorgs og livssituasjon må belyses gjennom samarbeidspartnere i førstelinje eller spesialisthelsetjenesten. Dette behovet for informasjon er konfliktfylt fordi de opplevde ulike terskler for å melde hos samarbeidspartnere, og dette kan innebære ulike fortolkninger og forståelser av meldeplikten og om grunnlaget for å melde.

Meldeplikts situasjoner ble i dialogene beskrevet som krevende og uten tydelig «oppskrift» å følge når vurderinger om å melde må igangsettes. Dette ble begrunnet i mangel på kunnskap om selv meldeplikten (se oversikt 2).

Deltaker 4 beskrev prosessen med å vurdere og manglende kunnskap slik: *«Så fordi det var så veldig mye å holde styr på og jeg sikkert kunne hatt enda mer kunnskap om denne meldeplikten og gangen i det og mer erfaring, så er det jo også den usikkerheten som gjør det slitsomt».*

Deltaker 5 beskrev hvordan mer kunnskap om barnevernet og meldeplikten kunne påvirke grunnlaget for vurdering:

Deltaker 5 *«det med å få økt kunnskap om hva barnevernet på en måte hjelper barnet er med, og det å få på plass rutiner og på en måte og kanskje kjenne enda bedre til opplysnings- plikten og grunnlag for det som vi gikk gjennom sist da. Jeg tenker det er jo litt sånn mer praktiske ting som kan iallfall gjøre at vi har et bedre fundament, det er ikke sikkert at de andre tingene blir lettere, men iallfall at da har man noen rutiner og noe kunnskap på plass i bunnen da».*

Deltaker 7 viser til usikkerheten skapt av organisatoriske rammer i praksisfeltet og mavefølelsen.

Deltaker 7 *«Jeg føler at man kanskje må ha litt mer kjøtt på beinet enn bare en enkel observasjon, men det gjør det nok litt vanskelig å ta det videre også fordi man tenker at det er for tynt grunnlag. Men jeg har veldig troa på den mavefølelsen altså, ofte så stemmer den jo. Det skurrer et eller annet sted. Men da kommer denne usikkerheten*

igjen da, er det liksom godt nok grunnlag, det er jo ikke noe faglig, man har jo ikke noe faglig å henge det på, man føler at det bør være noe mer før melding videre».

Deltakere vurderer her om meldeplikten innebærer både teoretisk og erfaringsbasert kunnskap. Deltakernes egne sanse erfaringer ble i dialogene anset for å falle inn under det jeg vil kalle erfaringsbasert kunnskap, og tillagt en verdi selv om den sjelden ble reflektert videre over, oversatt eller språkliggjort. Kunnskap om eller vekt på medvirkning av barnet selv og familien ved å dele bekymring som oppstår, og felles undring over dette kom ikke frem i dialogene. Konsekvensene kan bli unnlattelse og manglende avdekking av mulige omsorgssvikt. Usikkerheten på om de skulle melde eller ikke tar de profesjonelle med seg i det private.

Deltaker 3 formulerte dette slik: «Det oppleves jo veldig viktig, hva har jeg faktisk observert og hva har jeg tolket og hva har jeg fornemmet. Så det brukte jeg ganske mye tid på når jeg skrev den der bekymringsmeldingen, og det var jo derfor det også var krevende i tillegg til den emosjonelle biten, om dette var riktig eller ikke, og faktisk sette ord på observasjoner, faglige vurderinger, ja, magefølelse, det er ganske komplekst.

I dialogene ble kompleksiteten gjentatte ganger begrunnet i at de manglet et helhetlig bilde over barnets livssituasjon, og deltaker 2 beskrev dette slik:

Deltaker 2«i slike saker vi har kanskje støttet helsesykepleier og, at helsesykepleier sitter på, iallfall på helsestasjon da, de sitter på et større grunnlag som er med på en bredere vurdering av barnets situasjon slik at vi basert på våre observasjoner støtter den tilnærmingen som helsesykepleier har da».

Deltaker 7 blir opptatt av spillet mellom barn og omsorgsperson sier det på denne måten.

Deltaker 7«Men jeg har jo vært i situasjoner hvor jeg har tenkt at her er det et eller annet rart, altså det har vært at jeg har sittet i en stue hvor mor og et barn i tiårsalderen da, så kommer det en stefar inn, og det blir en sånn rar stemning i stua, og du merker at her er det et eller annet, men du aner ikke hva, og det, ja, så det er ikke noe man går videre med uansett, men man havner jo i noen ulike situasjoner sikkert flere ganger på hjemmebesøk og i kontakt med barn, hvor man får en litt sånn rar følelse da, uten at man gjør noe mer med det».

Gjennom egne sanser oppfatter her deltaker et spill som er alt annet en avslappet og naturlig, men hvor spillkompetanse for å gjøre vurdering mangler, eller forblir latent og uaktualisert. Gjentatte ganger i dialogene fremhevet deltakerne at de manglet informasjon om

barnets livssituasjon og levekår, og at da perspektiver for å vurdere var mangelfulle eller begrensede. Et tydelig individ normativt perspektiv fremlegges av deltaker 2:

Deltaker 2 «Nei, det er jo følelser her også, og det jo analyser og vurderinger, og vi prøver å være faglige, og så klart at kunnskapen om barns utvikling, om kunnskapen om hva som er normal utvikling, det er jo med i disse betraktningene. Hva er lissom det normale man ser hos de fleste barn, og ja, hvis man ser masse symptomer hos barnet da på at det ikke har det bra, så er det der vi begynner å reagere da, i sammen med alle de andre observasjonene. Men det er jo mye usagt, eller ja».

Når kunnskapsgrunnlaget for å vurdere er utydelig og udefinert frustrerer det mange, og da særlig når det gjelder rommet for skjønn. Hvilke forhold som påvirker bedømmelsen av god nok omsorg omtales ikke slik at den kontekstuelle forståelsen settes ikke i sammenheng.

Deltaker 3 formulerte hva faglig kunnskapsforståelse var.

Deltaker 3 «Da hiver jeg meg på igjen jeg, for det er det praktiske på en måte, rundt kunnskapen, den der kunnskapen som er tilgjengelig, som er en ting, og så er det jo den kunnskapen som fagperson, samt hva man skal se etter hos barnet i samspillet, hvordan skal man tolke barnet, ja, hva er god nok omsorg da på en måte, skal vi mene noe om det, hva som er godt nok. Det er jo kjempevanskelig å vite når tid man skal begynne å bli bekymret, og det å liksom, det å få kunnskap om hva som er godt nok, jeg vet ikke hvordan man skal få det, men».

Usikkerheten rundt sikker viten om omsorgssvikt blir her satt ord på. De manglet opplæring i å tolke hva som gir grunnlag til å tro at et barn er usatt for alvorlig omsorgssvikt, hvilken kunnskap som var nødvendig, og hvordan skjønn passet inn i vurderingen. Deltaker 2 sa det slik:

Deltaker 2: «Så tenkte jeg litt på, X snakket litt om det forrige gang, med sine egne verdier og sitt eget perspektiv på hva som er foreldrerollen. Det kommer jo sikkert inn under etisk dilemma eller usikker om vilkårene, altså det kommer jo inn under de punktene der, men det at vi har jo masse egne personlige erfaringer, vi har jo en egen, jeg husker ikke hva det heter. Egenforforståelse. Egen forforståelse ja, om hva det ligger i å være en god forelder da, og så er det jo sånn som vi har snakket om mange ganger før lissom, selv om vi liker å ha det rent, så er det lov å ha det skittent og rotete og likevel være en god forelder. Liksom som, ja, sånne ting og som er vanskelig å, hva har man med seg av forforståelse og ja».

Her gir deltaker en tolkning av egen forståelse av verden, hvor ikke nødvendigvis denne forstås likt av alle, og at det er komplekse vurderinger som gjøres ut fra sosiokulturell

kontekst. Det er sosiokulturelle hensyn å ta når vurdering om barnet har god nok omsorg, og bevissthet om egen forutinntatthet og forforståelse påvirker denne vurderingen språklig gjøres.

Mine analyser baserer seg på dialogene som er gjennomført, og jeg har jeg gjennom utvalgte sitater presentert noen sentrale funn. Disse omhandler at deltakerne opplever selv manglende fagkunnskap rundt lovgrunnlag og tilhørende begrep og perspektiv for å melde. De har behov for tverrfaglig samhandling for innhenting av barnets helhetsbilde som grunnlag i en vurdering, men opplever også dette samarbeidet som utfordrende. De har bevissthet om mavefølelsens plass i erfaringskunnskap, selv om det ofte mangler på oversettelser og meningstolkning av denne. Deltakerne opplever også rommet for skjønn som utfordrende.

8.3 Fagdag -en kompetansehevende aksjon

I drøftingene forut for gjennomføring av aksjonen, ble ulike kompetansehevende forslag foreslått av deltakerne selv. Disse presenteres i oversikt 3. Et forslag i denne oversikten var gjennomføring av en fagdag med teori om meldeplikten, og flertallet avgjorde at det var denne som skulle bidra til kompetanseheving i gruppen.

- Kollega veiledning ved bekymring.
- Anonyme drøftinger med barnevernet.
- Fast tid på mandagsmøte til bekymringsdrøftinger tverrfaglig.
- Barneombud på arbeidsplassen.
- Videreutdanning i samspill og tilknytning.
- Fagdag med teori om meldeplikten

Figur 3 Oversikt 3: forslag til kunnskapshevede tiltak.

Den teoretiske delen av fagdagen ga et særlig søkelys på faglig kunnskap som kunne gi grunnlag for meldeplikten med tilhørende begrep og perspektiv. Deltakerne hadde med seg 2 kasus som var anonymiserte bekymringssaker fra praksisfeltet. Kollektiv refleksjoner og drøftinger ble gjennomført rundt kun kasus 1 fordi kun ved denne ble vellykket opptak gjennomført, transkribert og analysert. Funn fra denne kasedialogen presenteres med utvalg av sitater fra deltakerne.

Kasus 1 omhandler et femårig barn med fedmeutvikling. Jeg velger ikke å presentere ytterligere detaljer for å ivareta anonymisering av tredjepart. Kasus 1 er valgt for kollektiv

refleksjon og drøfting fordi den eksemplifiserer hvor komplekst grunnlaget for å vurdere kan være i praksisfeltet, den har dermed kontekst som er gjenkjennbar for deltakerne og den representerer en utfordring. Dialogen er presentert i en kronologisk form slik at prosessen med refleksjoner og beslutninger følger dialogen slik den forløp på fagdagen.

Deltaker 4 åpnet dialogen slik: *«om det går på omsorgssvikt, jeg vet ikke jeg. Jo det gjør det jo, fordi jeg tenker at det bør jo ha noe å si for eventuell utvikling av fedme, altså hvis kostholdet er helt i øst og vest, altså det må ikke ha det, men det kan ha det. Dette er jo et barn som har behov for rutiner med tanke på, eller noe oppfølging, ja noen faste rammer iallfall da. Ja, for å kunne få oppfølging for den fedmen lissom».*

I vurderingen som gjøres her ansvarlig gjøres foreldre for barnets utvikling av helsetruende fedme. Manglende daglige rutiner utgjør en helsetrussel for barnet.

En av deltakerne trakk fram noen hendelser som hadde gitt henne en dårlig magesfølelse, samtidig undret hun seg på om denne magesfølelsen egentlig handlet om sosiokulturelle forskjeller og ikke omsorgssvikt. Deltaker her bringer inn mavesfølelsen som sier at noe ikke stemmer, men til forskjell fra tidligere settes nå denne i sammenheng med brudd på normativ forståelse av barns sovemønster inn, og foreldre bryter med våre kulturelle antakelser om god omsorg. Ennå konkluderes det ikke med at barnet er utsatt for omsorgssvikt. Drøftingen mellom deltakerne fortsetter med nye refleksjoner om normativ oppfatning av barns hverdagsliv i norsk kontekst.

Det er flere forståelser som kan begrunne fravær fra barnehage, og kun vurdert adskilt vil det ikke nødvendigvis innfri lovkravet i en bekymringsmelding. Så blir stadig flere perspektiv trukket inn og i en større sammenheng for dette barnet, og relasjonsperspektivet med barnets mors psykiske helse bringes med faglig undring om hvilke konsekvenser dette har for barnet. Deltaker 4 kommer med et deskriptivt utsagn som også kan peke på en mulig årsak og sammenheng.

Deltaker 4: *«og moren er avflatet, jeg tenker jo at er man bekymret for mors helse og man mistenker depresjon. Følelsemessig vil hun da være tilgjengelig for barnet sitt? På dagtid, er det derfor barnet trøstespiser og blir overvektig?».* Refleksjonene uttrykker en analyse av mulige negative effekter av samspeillet mellom mor og barn, hvordan mors mulige depresjon indirekte eller påvirker barnet til bruk av mestringsstrategi med overspising. Dialogen nærmer seg en oppsummering som deltaker 2 gjør slik: *«Vi har jo noen opplysninger som kan gjøre at brikkene kan falle på plass på hvorfor barnet er overvektig. Er det lettere å bare få henne til å spise for da krever det ikke noe av foreldrene. Far er jo sikkert også trøtt på dagtid når han*

kjører rundt med ungen om natten. Hvis man da samler de ulike observasjonene, vi observerer manglende rutiner, vi observerer overvekt, vi observerer dårlig belysning i hjemmet, og vi observerer uvanlig oppførsel på nattestid. Det er jo flere ting som ... Og muligens en utilgjengelig mor følelsesmessig. Det er jo flere punkter som får oss til å tenke at ting ikke er helt som de skal, som da gir oss grunn til å melde inn til barnevernet. Ja, grunn til å tro».

Kvalitative funn fra fagdagen innebærer blant annet bruk av begrepet *grunn til å tro* som er et lovkrav i § 33 i Helsepersonelloven. Kravet «*grunn til å tro*» ble ikke benyttet i de kollektive drøftingene i dialogkonferansene, men var nå på fagdagen tatt i bruk i deltakernes vokabular. Dette forstår jeg som at som at deltakerne har fått innsikt i lovkrav, hvilke holdepunkter som må være møtt for at kravet skal være møtt, og at det må være begrunnet med mer enn en vag mistanke.

Det tredje kvalitative trekk som jeg fortolker av funn fra fagdagen er endringer i deltakernes perspektiv. Fra hyppig benyttede utviklingspsykologiske perspektiver i de innledende dialoger så favner sitater fra fagdagen økologiske perspektiv helt tydelig. Økologiske perspektiv forstås gjennom innføring av tidsperspektivets betydning i vurderingen om hva som er barnets beste, og hvordan tidsforhold påvirker utvikling og sosialisering hos barnet. Innføring av nytt økologisk perspektiv mener jeg var utslagsgivende for en beslutning om at det var grunn til å tro at barn i kasus 1 ble utsatt for alvorlige mangler ved den daglige omsorg, og dermed innfridde lovgrunnlag for § 33, andre ledd, vilkår a.

Det fjerde kvalitative funn jeg vil påpeke fra fagdagen, er forståelsen av mavefølelse som betydningsfull erfaringskunnskap. Mavefølelsen ble i tidligere dialoger benyttet som beskrivelse på at noe var galt i situasjon, men denne antakelsen eller mistanken som mavefølelsen signaliserte, ble sjelden fulgt opp. På fagdagen ble mavefølelsen tematisert og gitt perspektiv når den ble bragt opp av deltakere undervegs. Perspektivet som foreleser løftet, var at mavefølelsen gir oss kunnskap, den er basert på erfaringer og den må fortolkes for å gi mening. Jeg forstår det med at deltakerne har igangsatt en refleksiv prosess hvor mavefølelsen forsøkes oversettes og tillagt meningsinnhold. På denne måten vil erfaringskunnskap fra kroppen blir innlemma. I kapittel 8.4 vil jeg presentere en evaluering av fagdagen.

8.4 Evaluering av fagdagen

Deltakerne evaluerte fagdagen gjennom å besvare spørsmålet: «*Hvilken kunnskap fra fagdagen bidro til å redusere dine utfordringer med å melde*»? Spørsmålet ble sendt til dem

på individuell e-post, og sendt meg i retur. Fem av åtte deltakere returnerte evaluering, og denne presenteres tematisk med kort analyse under.

8.4.1 Kunnskap om meldeplikten lovgrunnlag

Evaluering fra deltakerne beskriver økt innsikt i, kunnskap om, forståelsen av lovteksten i Helsepersonelloven § 33, og dette gir økt trygghet for dem. De opplever fem uker etter fagdagen at denne kunnskapen gir bedre utgangspunkt for å melde til barnevernet, samt vurdere om hjemmel i loven er møtt. Jeg vurderer da at foreleser med juridiske og barnevernfaglige kompetanse gjennom teoretisk innføring i lovtekst, fortolkning av sentrale begrep og vurdering om å melde, bidro til deltakernes økte innsikt, forståelse og kunnskap om lovkrav i Helsepersonelloven § 33.

8.4.2 Nytt «pliktperspektiv»

Deltakerne ga også tilbakemelding på at det var viktig at plikten som hviler på dem som helsepersonell, ble tydeliggjort. Meldeplikten er en selvstendig plikt som er tillagt helsepersonell, men deltakerne er ikke tydeliggjort denne av arbeidsgiver. Foreleser tydeliggjorde meldeplikten som en plikt som er tillagt jobben som helsepersonell, altså det hører med i rollen som profesjonsutøver. Dette ga et annet utgangspunkt for dem å stå i utfordringen som meldeplikten utgjør.

8.4.3 Bruk av annenhånds informasjon

Et tredje tema beskrevet i evalueringen fra deltakerne, var forståelsen av annenhånds informasjon. Dette var en utfordring fra fysioterapeutene slik det kom frem i tidligere dialoger. Fysioterapeutene opplevde fragmentert kunnskap om barnet og dets kontekst, og var da avhengig av informasjonsinnhenting fra andre for å komplettere og samle et større helhetlig bilde til sin vurdering. Det var da en utbredt misforståelse at den kunnskapen som ble innhentet annenhånds ikke ville bli godtatt av barnevernet, og dermed ble fysioterapeutene avventende og usikre. Når foreleser korrigerer denne oppfatningen, og tydeliggjorde at det ikke var krav om førstehåndskunnskap, var det i evalueringen uttrykt at dette var betydningsfullt for deltakerne.

9 Drøfting

9.1 Innledning

I funn kommer det fram at fysioterapeutene opplevde manglende kunnskap om meldeplikten som den største utfordringen, og at det var mangel på kunnskap om meldeplikten tiltaket skulle rette seg mot. I første del undersøker jeg hvordan utfordringer med meldeplikten kan forstås med teoretiske rammer fra økologiske modell (Bronfenbrenner, 1979, 2005) og sosiokulturelle læringsteori (Lev Vygotskji 1896-1934).

På bakgrunn av deltakernes kollektive beslutning, ble det iverksatt en fagdag som tiltak for å bidra til økt kunnskap og forbedret praksis. I andre del av kapittelet drøfter jeg kvalitative funn fra selve fagdagen.

Deltakerne har i ettertid evaluert fagdagen, men på grunn av en rekke omstendigheter utenfor min kontroll, kom disse evalueringene sent til meg. Dette innebærer at jeg i liten grad har kunnet drøfte disse i dette kapittelet, se også oppgavens metodekapittel 7.6.5 for ytterligere utdyping rundt dette.

9.2 Manglende kunnskap

Prosjektets deltakere pekte på at de manglet kunnskap og opplæring i lovgrunnlaget i Helsepersonelloven § 33, med unntak av en som hadde deltatt på kurs for mange år siden. De var usikre på både hva som kunne betegnes som alvorlig omsorgssvikt, hvordan tolke vilkår i loven og vurderingen om å melde. Når lovverket ikke kjennes, er det en reell risiko for at alle situasjoner blir vurdert med for stor grad av skjønn. Det kan være bra for barnet at forhold som påvirker blir tatt hensyn til og vurderingen individualisert, men samtidig så kan det få store konsekvenser om loven ikke følges.

Når kun 2535 bekymringsmeldinger av totalt 56802 meldinger (SSB, 2022) kommer fra helsestasjon og skolehelsetjenesten, kan dette bety at tolkning av lovkrav og innhold i denne er mangelfull. Fysioterapeuter utgjør ikke alene grunnbemanning i helsestasjon og skolehelsetjenesten, noe som gir indikasjon på at andre profesjonsgrupper også kan ha tilsvarende kunnskapshull. Dette reduserer muligheten for å forebygge og avdekke tidlig svikt i omsorg, samt melde inn når et barn trenger beskyttelse og hjelp fra det offentlige. Den økologiske modellen fungerer i dag som en utbredt modellen for å forklare sosiale forhold og miljøenes påvirkning på menneskets utvikling (Bronfenbrenner, 1979, 2005), og i oppgaven videre belyser jeg ulike forhold med dette perspektivet.

9.2.1 Samtale med barn

Funn i dette prosjektet viser at fysioterapeutene tar opp bekymring med barn, men ikke som en rutine og dette betyr at det blir tilfeldig. De mangler opplæring i samtaler med barn selv om de har mye erfaring med å gjøre dette i praksis. Bronfenbrenner (1979, s. 228) forklarer at all transaksjon mellom dyadene foregår på mikrosystem nivå, og dyader at innenfor dette perspektivet forklares med fortrolig relasjon mellom mennesker. I direkte samhandling med barnet ansikt til ansikt vil fysioterapeuter innhente mye kunnskap om barnet. Dette kan være kunnskap som fysiske tegn på kroppen, barnets reaksjoner på kroppslig kontakt, grensesetting i forhold til egen kropp, smertetegn eller adferd som oppstår når man er i relasjonen. Slik forståelse forutsetter at det er etablert en fortrolighet og kontakt. Kontakten bærer preg av nærhet, og den varer gjerne over tid. Kunnskapsinnhenting på mikrosystem nivå innebærer et mønster av aktiviteter, sosiale roller og mellommenneskelige relasjoner avdekkes (Bronfenbrenner & Morris, 1998 sitert i Gulbrandsen, 2017, s.54). I tillegg vil fysioterapeuten bli kjent med barnet, personlighet og adferd i barnets naturlige kontekst.

Til tross for synlige skader på barnet eller atferd som gir grunn til mistanke om omsorgssvikt eller vold, handler ikke helsepersonellet alltid slik de burde gjøre (NOU, 2017). Dette kan blant annet skyldes at helsepersonellet ikke vet hvordan de skal samtale med barn, at de unnlater å handle og derved ikke oppfyller den lovpålagte melde- og opplysningsplikten (St.Meld.26 (2014-2015, s.138). Andre forklaring på hvorfor helsepersonell unnlater å handle kan skyldes forhold i helsepersonell selv slik som mestringsstrategier, barrierer i relasjonene mellom helsepersonell eller strukturene i systemene rundt.

I Opptrappingsplanen mot vold (2017-2021) beskriver barn at de sjelden deler informasjon om egen livssituasjon grunnet skam og skyldfølelse, og det forklares at med at barn heller vil snakke med en venn, og anser at de som er nærmest forstår mest, har kjennskap til kontekst slik som familieforhold, og vil handle mer i tråd med denne kunnskapen. Bronfenbrenner (1979, s. 229) bruker begrepet «primær lenke» på personer i en dyade som blir med barnet over fra en setting til en annen. En venn vil nettopp kunne beskrives som en slik lenke mellom ulike sosialiseringarena.

Fysioterapeuten bør utøve sin profesjon med faglig forvarlighet, gode relasjonell og kommunikasjon ferdigheter i tråd med barnets beste som handlingsveiledende prinsipp, men å inngå i et vennskapsforhold med barn vil være på utsiden av dette. Ansvar for å samtale med barn om deres situasjon hviler likevel på fysioterapeuten. Forventingen om at barnet på eget initiativ skal komme frem med sin historie mener jeg ikke hensyn tar barnets egen opplevelse

av situasjonen. En økologisk modell har som utgangspunkt at barnet er sosialt orientert og aktivt meningssøkende (Bronfenbrenner, 1979) og hvor dette perspektivet innebærer at barnet fortolker sin sosiale kontekst. For at barnet skal kommunisere åpen og fortrolig så vil en økologisk forståelse tilsi at noe må endre seg i den sosiale konteksten først. Fysioterapeuten kan for eksempel sette ord på ansiktsuttrykk hos barnet: «jeg ser at du ser trist ut». Så kan fysioterapeuten beskrive hva som gjør han trist, og spørre barnet om det er gjenkjennelig. På denne måten viser fysioterapeuten at han bryr seg, og at han er interessert i hvordan barnet har det følelsesmessig. Dette vil være tillitsskapende i en relasjon, og åpne for at barnet fortolker at fysioterapeuten er en trygg voksen å dele sin historie med.

9.2.2 Tilfeldig samarbeid

Både fysioterapeut og ergoterapeut har det som kan kalles multisetting deltakelse i forhold til barns sosialisering og utvikling. Dette betyr at de kan utføre sine oppgaver ansikt til ansikt med barn på de fleste arenaer barn måtte oppholde seg, inngå i relasjoner med, samt samhandle med andre voksne og barn på disse arenaene. Bronfenbrenner (1979, s. 229) beskriver multisetting deltakelse hvor den vanligste formen er i barnets hjem, barnehage og skole. Kommunikasjon med andre som omgås barnet til daglig på disse arenaene innebærer forbindelseslinjer mellom ulike nivå i et økologisk system. Bronfenbrenner, 1979, sitert i Gulbrandsen 2017, s.59) beskriver at mesosystemet «*omfatter forbindelsen mellom to eller flere miljø som den utviklende personene deltar aktivt i*». Kommunikasjon på mesosystemnivå er helt nødvendig for å skaffe et mer samlet bilde av barnets omsorgssituasjon, slik som er nødvendig ved mistanke om omsorgssvikt for det viser seg at de fleste tjenesteytere ofte bare sitter med deler av dette bilde.

Ifølge Bronfenbrenner (1979) er det på mikrosystemnivå barnet lar seg påvirke direkte, og hvor barnet påvirker andre direkte. De som er nærmest barnet tenkes å ha detaljrikdom om barnet, hverdagsrutiner og rutiner i overgangssituasjoner. Informasjon fra disse situasjonene kan fylle ut nødvendige kunnskapshull som fysioterapeuten trenger for å danne seg et helhetlig bilde om barnet. Dette kan beskrives som intersetting kunnskap i økologisk terminologi (Bronfenbrenner, 1979, s.229). Intersetting kunnskap som kan tenkes å eksistere f.eks. i tverrfaglig samarbeid mellom fysioterapeuter og helsesykepleiere, må deles mellom dem for å kunne aktualisere og inngå i et vurderingsgrunnlag. Samarbeid vil redusere muligheten for en fragmentert og delvis forståelse av barnets omsorgssituasjon. Intersetting kunnskap vil sørge for at mer meningsfull informasjon blir vurdert, og en større helhet blir avdekt.

Deltakerne i dette prosjektet omtaler deling av intersetting kunnskap som annenhåndsinformasjon. Flere utfordringer knyttet til deres behov for intersetting kunnskap oppstod som følge av annenhåndsinformasjon. Særlig var det knyttet til usikkerhet om barnevernet ville godta annenhåndskunnskap formidlet fra fysioterapeut. Dette ble avvist av jurist på fagdagen som hevdet at barnevernet ikke har krav om førstehåndsinformasjon ved meldeplikten. Meld. St 26 (2014-2015, s.138) beskriver at godt samarbeid og samvirke på tvers av sektorer og mellom ulike tjenesteytere er nødvendig for å lykkes i det forebyggende arbeidet om å avdekke omsorgssvikt og vold. Samarbeid om meldeplikten til barnevernet bør inn som en godt gjennomarbeidet rutine, og ikke som et tilfeldig personavhengig initiativ.

9.2.3 «Å stå alene»

Funn i dette prosjektet viser at deltakerne opplever meldeplikten som utfordrende, og særlig krevende er opplevelsen av å stå alene om det å melde ifra til barnevernet. Opplevelsen av å stå alene kan skyldes flere forhold både organisatorisk og ressursmessig. Manglende prosedyrer som beskriver god praksis, er en av de. Det betyr at deltakerne ikke kan vende seg mot en fast struktur hvor rutiner for å melde, rutiner for å drøfte samarbeid med andre instanser, rutiner rundt foreldresamarbeid og rutiner for barnesamtaler beskriver god praksis. En prosedyre som beskriver god praksis kan forstås som stillasbygging slik Vygotskij forklarte dette (Imsen, 2008), men da mer som et strukturelt stillas hvor spørsmål og svar besvares i en trinn for trinn i en rutine. Et slikt stillas gir mulighet for å sjekke at all informasjon er innhentet og vurdert før melding sendes, og meldinger vil bli vurdert mer enhetlig og systematisk.

Det er kommunen som har ansvar for å tilrettelegge tjenestene slik at helsepersonell blir i stand til å gjennomføre sine lovpålagte plikter følger av Helse og Omsorgstjenesteloven § 4-1, c, og følger av et forsvarlighetskrav til tjenestene som tilbys. Deltakerne i prosjektet her beskriver også kollegiale drøftinger og leder støtte som har vært til stor hjelp i vurderinger om å melde, men at dette fungerer mer tilfeldig enn etter rutine. Igjen så blir store og betydningsfulle valg besluttet med stor grad av skjønnsvurdering. Maynard -Moody & Musheno, (2003) hevder at dette er utøvelse av byråkratisk funksjon og politiske beslutninger med enorme konsekvenser. Kommunenes manglende iverksettelse av dette ansvaret blir ikke bare påpekt av deltakerne i dette prosjektet, men påpekes også i NOU (2017:12). Kommunen er altså ansvarlig for sine ansatte som utfører oppgaver på deres vegne slik at de har tilstrekkelig kunnskap om meldeplikten og praktiseringen av den (Bendiksen og Haugli, 2018,

s.90), og det er grunn til å tro at flere kommuner svikter sitt helsepersonell i dette ansvaret. Da er det ikke bare en opplevelse av å stå alene, da står man faktisk alene.

9.2.4 Kunnskap om omsorgssvikt

Vurderingen om hva som er god nok omsorg, og hva dette innebærer utfordrer fysioterapeutene. Deltakerne beskriver sammensatte og komplekse saker, hvor de langt ifra foretar forenklinger eller demonstrerer snevre forståelser av omsorgssvikt. Særlig hos de minste barna 0-2 år beskrives vurdering om hva som er god nok omsorg som vanskelig. Deltakerne beskriver da blant annet manglende utviklet talespråk hos barna som begrunnelse for dette. Alvorlig omsorgssvikt som fenomen er komplekst og sammensatt, og kan forstås fra ulike perspektiv slik som beskrevet av Kvello (2010) og Killen (2009). Killen (2013, s.89) hevder at helsepersonell har behov for kunnskap om samspill og tilknytningskunnskap, risiko, samt ferdigheter i å dele sin bekymring med foreldre tilsvarende det barnevernspedagog og førskolepedagog får i sine utdanninger.

Den økologiske modellen kan benyttes i vurderinger om omsorgssvikt for å kartlegge hvilke relasjoner barnet inngår i på mikrosystemnivå, og hvilke forhold som virker inn på foreldre på mesosystemnivå og hele familien, samt hvordan dette forandrer seg over tid beskrevet fra kronosystemnivå (Bronfenbrenner, 1979). En økologisk modell kan danne ramme rundt en prosedyre slik at denne favner helhetlig og over flere nivå i tjenesten.

9.2.5 Opplæring mangler

Fysioterapeuters evne til å innfri Helsepersonelloven § 33 vil bli tilfeldig uten opplæring fra profesjonsutdanningen. Deltakerne i prosjektet beskriver manglende opplæring fra utdanningsinstitusjonene de er utdannet ved både i Norge og utenlands. Videre beskriver de med unntak av en deltaker, at arbeidsgiver ikke til nå har tilrettelagt for opplæring.

Forskning viser at en oppvekst med omsorgssvikt, vold og overgrep påvirker utviklings og sosialisering prosesser hos barn (Nordanger & Braarud, 2017, Blindheim, 2012, Shore, 2003, Felliti, 2002). Dette er fagkunnskap som er kjent for fysioterapeutene som jobber med barn og unges helse. Meldeplikten derimot krever noe mer utover fagkunnskap noe som er sammensatt av kunnskap også utenfor eget fagfelt, og det er dette som beskrives som utfordrende.

Offentlige ansatte forventes å kunne tolke lovkrav i meldeplikten nettopp fordi de tilhører offentlig forvaltning. Deltakere i prosjektet er derimot utdannet før felles faglig rammeplan for helse utdanningene (2019) ble tatt i bruk. I rammeplan for fysioterapiutdanningen (2015)

fantas det ingen beskrivelser som tilsa at studentene hadde lært om vold og omsorgssvikt, samt betydningen dette hadde for barn og unges helse og utvikling. Tilsvarende mangler fantes hos andre helsefag blant annet medisin, psykolog og tannlegeutdanningene (NOU, 2017, s.65).

I felles forskrift for rammeplan for helse og sosialfag (2019) § 2, punkt 7, er derimot anbefalingene om kunnskapsmål om omsorgssvikt og meldeplikten tatt inn. Systematisk opplæring av fysioterapeuter om meldeplikten er da ivaretatt av denne rammeplan, men har dessverre ikke kommet disse deltakerne til gode.

9.2.6 Mangler et helhetlig bilde av barnets situasjon

Mangler i helhetlig kunnskap om barnet, barnets relasjoner, dets livssituasjon og levekår er et funn i dette prosjektet. Barn og unge som henvises til fysioterapeuter i førstelinjen kommer med mangfoldige problemstillinger knyttet til helse og utvikling, og de er dermed ingen ensartet gruppe. Vi vet av forskning at barn som lever i krevende omsorgssituasjoner utviser adferd både med hyporeaktive mønstre (Perry & Szalavitz, 2006) og hyperreaktive mønstre Nordanger og Braarud (2014), og at i prinsippet kan slike belastningsforhold ligge under de fleste vansker hos barn (NOU, 2017, s.73). Hver vurdering krever individuelle hensyn til barns unike kontekst, og et økologisk perspektiv innbyr til at adferd må fortolkes i den kontekst og med de relasjoner som er rundt da relasjonene gjensidig påvirker hverandre (Bronfenbrenner, 1979). Utforskende samtale med foreldre kan bidra til å belyse noe av dette, men funn i dette prosjektet viser at dette skjer tilfeldig og igjen uten opplæring.

9.3 Økt kunnskap om meldeplikten på fagdag

9.3.1 Kollektive dialoger og kunnskapsutvikling

Meld. St. 26 (2014-2015) understreker at fysioterapeuter er en profesjonsgruppe med særlig faglig engasjement. Jeg mener høyt faglig engasjement også betegner deltakerne i prosjektet. De har vært fulltallige på dialogkonferansene, delt sine personlige erfaringer, lyttet, gitt tilbakemeldinger, deltatt på fagdag og investert i tid og relasjon i prosessen. Lunde (2015, s. 80) trekker frem i sin masteroppgave at læring på arbeidsplassen er viktig for fysioterapeuter for å få engasjerte kollegaer, og dette kan tilføre kunnskap til flere på arbeidsplassen. Dialogkonferansene og fagdagen, som ble iverksatt som tiltak, kan sees som å gå noen skritt videre når det gjelder kollektiv utvikling av kunnskap på arbeidsplassen. Utvikling av kunnskap om meldeplikten gjennom kollektiv dialoger, gir assosiasjoner til Vygotskij (1896-1934) teori om sosiokulturell læringsteori. Her er stillasbygging et sentralt begrep i slike prosesser. Målet med stillasbygging ifølge Vygotskij (1896-1934) var at den kognitive støtten

som ble gitt skulle internaliseres, og deretter bli del av repertoar for problemløsning. På sikt kan en fra et slikt perspektiv tenke at skjønnsvurderinger som fysioterapeuter må foreta, stadig blir mer autonome utfra systematiske og sammenhengende kognitive prosesser med utvikling av kunnskapsgrunnlag delt med andre. Vygotskij omtalte høyere psykologiske funksjoner som stadig var under utvikling og som ikke ble mestret alene på egne hånd som neoforasjoner (Klitmøller & Hviid, 2017, s.246). Dialogene i prosjektet kan slik jeg tenker det forstås som stillasbygging. Tanken er at deling av kunnskap kan føre til nye ideer og dermed også kunne føre til bedre beslutninger (Nordhaug, 2002, s. 13).

Nytteverdien av dialoger med kollegaer fra et slikt perspektiv oppstår da ut ifra tanken om at vi lærer mer sammen med andre gjennom sosiale, kulturelle og kognitive prosesser slik som Vygotskij (1896-1934) hevdet. Dialogkonferansene gjennomført i dette prosjektet er bare et eksempl på enlærning for dialogisk utvikling av kunnskap i et praksisfelleskap.

9.3.2 Økologiske perspektiv

Perspektiver fysioterapeutene trakk frem i dialogene innledningsvis, var individ- og relasjonsfokuserte. Det gjaldt forhold rundt barnets grovmotoriske funksjon, tegn eller signaler som var observert, vekt/lengde parameter. Kvaliteter ved samspill mellom barn og foreldre ble trukket frem i relasjonsperspektiv. Dette representerer mikrosystemnivå og mesosystemnivå i innen økologisk teori (Bronfenbrenner, 1979), mens et helhetlig syn på barns utvikling også må ramme inn at utvikling skjer over tid. Barnets personlige livsløpslinje fra fødsel til død betegnes som kronosystemet innenfor dette perspektivet (Bronfenbrenner, 1993, i Gulbrandsen, 2017, s.64).

På fagdagen fremstod det som deltakernes språkbruk hadde endret seg. Økologiske perspektiv trådte frem når deltakerne kollektivt drøftet kasus 1, og de åpnet opp for tidsperspektivet i sin vurdering av barnets utvikling og helse. Nytt perspektiv bidro til kollektiv enighet om at barnets helse og utvikling over tid ble påvirket negativt, og at barnet ble utsatt for alvorlig omsorgssvikt i kasus 1.

9.3.3 Ny forståelse av lovkrav

Den andre tydelige kvalitative endringen jeg har valgt å trekke frem, er ny innsikt og forståelse av lovkrav i Helsepersonelloven § 33. Det er i denne paragrafen sentrale begrep som direkte påvirker fysioterapeutens handlingsmønster. En offentlig ansatt forventes å skille mellom hva som *gir grunn til å tro* når dette skyldes *alvorlig mangler ved den daglige omsorgen* og annen *alvorlig omsorgssvikt* da dette er sentrale begreper. I saker hvor hensynet

til å avverge alvorlig omsorgssvikt vil meldeplikten være et viktigere hensyn enn taushetsplikten (Homlong, et.al, 2019, s.2), og denne skal dermed settes til side. Det er dermed ikke likegyldig hvordan vi leser lovtekst, og forstår sentrale begrep fordi handlingsvalg gir alvorlige implikasjoner på barnets helse.

Deltakernes utvidet bruk av sentrale begrep i lovkrav, økt begrepsforståelse, skiller vilkår a og b andre ledd i paragrafen helt tydelig. I sosiokulturelt perspektiv kan dette forklares som at deltakerne har utviklet sine høyere psykologiske funksjoner og dermed handler mer kompetent (Klitmøller & Hviid, 2017, s.246). Utvikling til mer kompetente handlinger og bruk av høyere psykologiske funksjoner ville Vygotskij (1896-1934) forklart som at de har dratt nytte av de utviklingsmessige forholdene som fagdagen ga.

De utviklingsmessige forhold på fagdagen mener jeg er vesentlige for de endringene som har skjedd. Evaluering fra deltakerne viser at det er forståelse av lovtekst, vurdering av vilkår og tilhørende begrep i meldeplikten som de nå føler seg mer sikre på å bruke. De rapporterer nå 5 uker etter fagdagen at de har mindre utrygghet i vurderinger om å melde til barnevernet.

9.4 Oppsummering

I første del av drøftingen har jeg forsøkt å forstå utfordringer med meldeplikten med teoretiske rammer fra økologisk modell (Bronfenbrenner, 1979, 2005), sosiokulturell læringsteori (Vygotskij, 1896-1934). Et hovedpoeng har vært å forstå deltakernes manglende kunnskap om Helsepersonelloven § 33, og dette er forsøkt forklart gjennom manglende opplæring gjennom rammeplan i profesjonsutdanningen, manglende opplæring fra arbeidsgiver, og manglende prosedyrer på arbeidsplassen. Videre har jeg drøftet hvordan samtaler med barn og foreldre, samarbeid med andre, kunnskap om fenomenet omsorgssvikt er tilhørende perspektiv, og satt dette inn i en økologisk forståelsesramme.

I andre del drøftet jeg kvalitative funn fra fagdagen. Her har vil jeg trekke frem to kvalitative endringer som jeg mener representerer økt kunnskap hos deltakerne. Det første innebærer åpning opp av nytt økologisk perspektiv hos deltakerne, og det andre ny forståelse av lovkrav i Helsepersonelloven § 33.

Disse endringene indikerer økt kunnskap om meldeplikten hos de som deltok, og jeg mener dette vil ha betydning for deres meldeplikts praksis. Jeg vil likevel argumentere at prosessen med kunnskapsutvikling så vidt er igangsatt, og at fysioterapeutene må fortsette arbeidet med implementering av kunnskap inn i rutiner slik at forsvarlig meldeplikts praksis kan etableres

ved deres arbeidsplass. Dette vil kunne få konsekvenser for det forebyggende arbeidet med å avdekke omsorgssvikt hos barn og unge.

10 Konklusjon

I dette aksjonsinspirerte prosjektet har 8 ergo- og fysioterapeuter fra førstelinjen deltatt i en prosess for å utforske hvilke utfordringer de har med meldeplikten. De har gjennomført 3 dialogkonferanser, og gjennom en kollektiv dialog kommet frem til en hovedutfordring med det å melde til barnevernet. Hovedutfordringen var manglende kunnskap og opplæring om meldeplikten.

En fagdag ble valgt av dem som et kompetansehevende tiltak, og denne ble gjennomført ledet av jurist med barnefaglig kompetanse. Evalueringene viser at fagdagen bidro til ny forståelse av lovkrav i Helsepersonelloven § 33, og at dette gjør dem mindre usikre når det gjelder å melde til barnevernet. I tillegg fremkom det i utvidet perspektiv bruk som antyder at deltakerne har åpnet opp for et enda mer helhetlig syn på barnets situasjon.

Jeg mener funn fra prosjektet vil være gjenkjennelig og relevant for fysioterapeuter i førstelinjen og særlig de med fagfelt barn og unge.

Videre forskning bør rette fokus mot studenter i profesjonsutdanningen, samt nyansatte i førstelinjen. Det er nødvendig å kvalitetssikre fysioterapeuters opplæring i aktuelt lovverk for å sikre forsvarlig meldeplikts praksis. Særlig er dette viktig når forskning viser svikt i opplæring og svikt i arbeidsgivers ansvar for opplæring, og erfaringer fra dette prosjektet som viser at fysioterapeutene har en opplevelse av å bli stående alene med ansvaret.

Litteratur

Aas, T. (2013). «Du ser det ikke før du tror det.»

Om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0-6 år. Kunnskapskonferanse. Den ble holdt 21.08.13. www.regjeringen.no//bld/rapporter/2013/du_ser_det_ikke.pdf.

Aadnesen, B.N. & Hærem, E. (Red). (2014). *Barnevernets undersøkelse*. 3.utgave. Universitetsforlaget.

Andrews, T. (2002). *Tvetydelige idelogier og motstridende krav. En studie av endringer i den norske helsestasjonsvirksomheten*. Bergen. HEMIL-senteret. Det psykologiske fakultetet. Universitet i Bergen.

Baklien, B. (2009): Skole, barnehage, barneverntjeneste – bilder av «de andre» hindrer samarbeid, *Norges barnevern*, 86(4), 236-245

Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet (2014). *En god barndom varer livet ut: tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom* (2014–2017) Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf

Bergheim, B. (2014). *Den tause kunnskapens ubehag*. I: Ohnstad, A., Rugkåsa, M., & Ylvisaker, S. (red). *Ubehaget i sosialt arbeid*. Gyldendal.

Boris, N.W. (2009) *Parental substance abuse*. I C.H. Zeanah jr. (Red). *Handbook of infant mental health* (3.utg). Guilford Press.

Braun, V. & Clarke, V. (2022). *Thematic Analysis- A practical guide*. SAGE.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of Human Development experiments by nature and design*. Cambridge. Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (Red) (2005). *Making human beings human. Bioecological perspectives on human development*. Thousand Oaks, London, New Dehli. Sage Publications.

Bufdir (2022). *Bekymringsmeldinger til barnevernet*. Hentet fra:

https://bufdir.no/statistikk_og_analyse/Barnevern/Bekymringsmeldinger/#info-graphics-leader.

Cocozza, M med fl. (2007). *Who suspects and reports child maltreatment to Social Services in Sweden? Is there a reliable mandatory reporting process? Hur fungerar anmälningsplikten i Sverige? Vem anmäler, vad anmäls och vilket utfall får anmälningarna?* European Journal of Social Work ISSN: 1369-1457

(Print) 1468-2664 (Online) Journal homepage:

<https://www.tandfonline.com/loi/cesw20>.

- Cohn, J.F., Campbell, L.M., Matias, R. & Hopkins, J. (1990). Face to face interaction of postpartum depression and non-depressed mother-infant pairs of two months. *Development Psychology*, 26 (1), 15-23.
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving*. (6.utg). Gyldendal Akademiske.
- Duffy, J., Caldwell, J., & Collins, M. (2016). Reflections on the impact of the children (NI) order 1995. *Child Care in Practice*, 22(4), 327–332.
doi: 10.1080/13575279.2016.1228258
- Dysthe, O. (2001). *Sosiokulturelle teoriperspektiv på kunnskap og læring*. I: Dysthe, O. (red.), *Dialog, samspel og læring*. (s. 33-72). Oslo: Abstrakt forlag.
- Felitti, V.J. (2002). *The relationship of adverse childhood experiences to adult health*. *Turning gold into lead*. The permanent Journal. Hentet fra:
<https://www.ncbc.nlm.nih.gov>.
- FNs Barnekonvensjon. (1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter*. Vedtatt av De forente nasjoner 20. november 1989 Ratifisert av Norge 8. januar 1991 Revidert oversettelse mars 2003 med tilleggsprotokoller. Barne- og familiedepartementet.
- Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger. (2019). *Forskrift om felles rammeplan for helse- og sosialfaglige utdanninger*. (FOR-2019-11-01-1459).
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-09-06-1353>
- FN sambandet. (2018, 9.januar). Barnekonvensjonen. Hentet 08.03.22 fra
<https://www.fn.no/Om-FN/Avtaler/Menneskerettigheter/Barnekonvensjonen>.
- Folkehelseinstituttet (2018). *Folkehelse rapporten. Barn og unges helse: oppvekst og levevilkår*. Publisert. 10.05.2018. Hentet fra
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-oppvekst/>
- Forskrift til rammeplan for fysioterapi (2015) *Forskrift til rammeplan for fysioterapi*. (FOR.2005-12-01-1375). <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2005-12-01-1375>.
- Gadamer, H.G. (1990). *Forståelsens historicitet som det hermeneutiske Princip*: I: Guldal, J. og Møller, M. (red.) (1999). *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. Gyldendal.
- Gangdal, J. (2011). *Jeg tenker nok du skjønner det sjøl. Historien om Christoffer*. Kagge.
- Gillingham, P. med flere (2017). *Decision Making in Child and Family Welfare: The Role of Tools and Practice Frameworks*. Children Australia Volume 42 Number 1 pp. 49–56
C The Author(s) 2017 doi:10.1017/cha.2016.5163

- Gjølterud, S. med flere, (2017). *Aksjonsforskning i Norge. Teoretisk og empirisk mangfold*. Cappelen Dam Akademiske.
- Gjølterud, S. med flere (2020). *Aksjonsforskning i Norge, volum 2: Grunnlagstenkning, forskerroller og bidrag til endring i ulike kontekster*. Cappelen Damm Akademiske.
- Graham, J. C., Dettlaff, A. J., Baumann, D. J., & Fluke, J. D. (2015). *The Decision-Making Ecology of placing a child into foster care: A structural equation model*. Child Abuse & Neglect. Doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.020
- Grimen, H. (2004). *Samfunnsvitenskapelige tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, L.M. (2017). *Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell*. I: Gulbrandsen, L.M. (Red). (2017). *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver*. 2 utgave. Universitetsforlaget.
- Hauget, H.A. & Mittelmark, M.B. (2003). *Helsefremmende arbeid i en brytningstid. Fra monolog til dialog*. Fagbokforlaget.
- Haugen, H.Ø., Haugen, H.Ø. & Skilbrei, M.L. (2021). *Håndbok i forskningsetikk og databehandling*. (1. utg.). Fagbokforlaget.
- Haugevik, K., & Neumann, C.B. (2020). *Staten, barnevernet og utenrikspolitikk. Fra indre anliggende til internasjonal konfliktzone*. <https://DOI.ORG/10.18261/issn.1504-3053-2020-01-02>. Nytt norsk Tidsskrift/nr.1/2020/årg.37/s.5-18/ Universitetsforlaget.
- Harrits, G. S., & Møller, MØ. (2014). Prevention at the front line: How home nurses, pedagogues, and teachers transform public worry into decisions on special efforts. *Public Management Review*, 16(4), 447–480.
- Helsedirektoratet (2010). *Utviklingsstrategi for helsestasjons- og skolehelsetjenesten* IS-1798. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/utviklingsstrategi-for-helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/Utviklingsstrategi%20for%20helsestasjons-%20og%20skolehelsetjenesten.pdf/>
- Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for helsestasjon og skolehelsetjenesten*. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten/helsestasjon-05-ar/vold-overgrep-og-omsorgssvikt-helsestasjonen-skal-bidra-til-a-avverge-og-avdekke-vold-overgrep-og-omsorgssvikt>.
- Helsedirektoratet (2018, s.81). *Kommentarer til helsepersonell loven*. IS-IS-8. <https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/opplysningsplikt-m.v#paragraf-33-opplysningsplikt-til-barnevernet>
- Helsepersonelloven (2021) *Lov om helsepersonell*. LOV-2021-05-07-34. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-60>

Helsetilsynet (2019). *Tilsynsmeldinga. Tall og fakta*. Hentet fra:

https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/publikasjoner/tilsynsmelding/2019/tal_og_fakta_2019.pdf

Homlong, L., Fredheim, G., Knudsen, H. (2019) *Helsepersonell har plikt til å melde til barnevernet*. Tidsskrift for Norsk Legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet for den norske legeforening.no.

Husebø, D. med flere (2020). *Dialog som begrep og praktisk tilnærming i aksjonsforskning*. I:

Imsen, G. (2013). *Elevens verden. Innføring i pedagogisk psykologi*. Oslo:

Universitetsforlaget.

Jacobsen, D. J. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelse? Innføring i*

samfunnsvitenskapelig metode. 2.utg. Høyskoleforlaget.

Jensen, A.G. (2011). *Nærhet og praksis i praksisforskning*. I: Støkken, A.M., med flere (red)

(2011). *Samarbeidsforskning i praksis*. Universitetsforlaget.

Johnson, S.B., Riley, A.W., Granger, D.A., Riis, J. (2013). *The science of early life toxic stress for pediatric Practice and advocacy*. Pediatrics, 131, 319-327.

Johannessen, A. & Natland, S. (2011) I: Støkken, A.M. (red) (2011) *Samarbeidsforskning i praksis*. Universitetsforlaget.

Kempe, C.H. (2009). Foredrag avholdt ved 2.internasjonale kongress om barnemishandling og vanskjøtsel (1975) referert til K. Killen (2009). *Sveket 1: Barn i risiko og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo. Kommuneforlaget.

Killen, K. (2009). *Sveket 1: Barn i risiko og omsorgssviktsituasjoner*. Kommuneforlaget.

Killen, K. (2013). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*.

Kommuneforlaget.

Killen, K. (2021). *Undersøkelser til utsatte barns beste. Tverrfaglig kompetanse og samarbeid*. Kommuneforlaget.

Klitmøller, J. & Hviid, P. (2017). *Lev Vygotskij og den kulturhistoriske psykologi*.

I: L.M. Gulbrandsen (Red). *Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiv*. 2.utg. Universitetsforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2019). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg. Gyldendal

Kvillo, Ø. (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag.

Lapadat, J.C. & Lindsay, A.C. (1999). Transcription in research and practice: From

standardization of technique to interpretive positionings. *Qualitative Inquiry*.5:64-86.

Larun, L. (2010). *Analyselogg som virkemiddel for refleksivitet i kvalitative studier*.

Michael. 7 (Supply 9).

- Lauritzen, C. med fl. (2019). *Barnevernets undersøkelsesarbeid – fra bekymring til beslutning*. Delrapport 3. Meldinger til barnevernet. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Lov om kommunale helse og omsorgstjenester. (2021). Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra Lovdata.no.
- Lunde, J. (2015). *Kvalitet i kommunefysioterapitjenesten. En studie av ulike betingelser for en enhetlig tjeneste*. MASTEROPPGAVE. Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Institutt for helse og samfunn, Det medisinske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative forskningsmetoder i medisinsk forskning. En innføring*, (3.edit) Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. (4.utg.). Universitetsforlaget.
- Manger, T., Lillejord, S., Nordahl, T., & Helland, T., (2013). *Livet i skolen 1: Grunnbok i pedagogikk og elevkunnskap: Undervisning og læring* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget.
- Maynard-Moody, S.W. & Musheno, M.C. (2003). *Cops, Teachers, Counselors: Stories from the front line of public service*. Ann Arbor: University of Michigan Press.
- Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste -nærhet og helhet*. Helse- og omsorgsdepartementet. [Meld. St. 26 \(2014-2015\) - regjeringen.no](https://www.regjeringen.no)
- Molander, B. (1993). *Kunnskap i handling*. Daidol.
- Mossige, S. & Stefansen, K. (2007). *Vold og overgrep mot barn og unge*. NOVA rapport 20/07.Oslo: NOVA.
- Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2018). *Veileder for helse og omsorgstjenestens arbeid med vold i nære relasjoner*. Hentet fra: <https://voldsveileder.nkvts.no/vold-mot-barn/>
- Manger, T., Lillejord, S., Nordahl, T. & Helland, T. (2013). *Livet i skolen 1: Grunnbok i pedagogikk og elevkunnskap: Undervisning og læring* (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Mayes, L. & Truman, S. (2002). *Substance abuse and parenting*. I M.H. Bornstein (red). *Handbook of parenting*. Volume 4. Social conditions and applied parenting (s. 329-359). New York: Psychology Press.
- Moren, D. (1999). *Introduction to Phenomenology*. <https://www.doi.org/10.4324/9780203196632>.
- NESH. (2016). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og*

- teologi*. Retningslinjer NESH, Issue. Forskningsetiske komiteer.
- Neumann, C.B. & Neumann, I.B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen. En metodebok om situering*. Cappelen Dam.
- Neumann, C.B. (2008). Helsesøstres dilemmaer: kategorisering, tvil og grensefigurer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*. Vol 5. Nr.3. s.268-277.
- Nordanger, D.Ø. og Braarud, H.C. (2017). *Utviklingsstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Fagbokforlaget
- NOU 2017:12 (2017): *Svikt og Svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*, Barne- og likestillingsdepartementet.
- Nowotny, H. med fl., (2003). Introduction. «Mode 2». Revisited: The new production of knowledge. *Minerva* 41: 179-194.
- Ohnstad, B., & Gudheim, Y. (2019). *Meldeplikt til barnevernet. Er det nok å være bekymret?* Ordskifte forlag.
- Ohnstad, B. (2020). Mange bekymringsmeldinger til barnevernet skulle ikke vært sendt. Lærer og helsepersonell vet for lite om hva som må til for å bryte taushetsplikten og varsle barnevernet, ifølge forsker. www.forskning.no
- Paulsen, V., Thorshaug, K., & Berg, B. (2014) *Møter mellom innvandrere og barnevernet*. Kunnskapsstatus. NTNU Samfunnsforskning AS. ISBN:978-82-7570-382-6.
- Perry, B.D. (2000). Traumatized children: How childhood trauma influences brain development. *The Journal of California Alliance for Mental Health*, 116, 271-289.
- Polit, D.F. & Beck, C.T. (2018) *Essentials of Nursing Research. Appraise evidence for nursing practice*. Wolters Kluwer.
- Polyani, M. (2000). *Den tause dimensjonen*. (9.edit.). Spartacus forlag.
- Prop. 1 S (2021–2022). Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak). Helse og omsorgsdepartementet. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/3fbb254528af4aefa1090b60f2c02eda/no/pdf/s/prp202120220001hodddpdfs.pdf>
- Rasmussen, I. Strøm, S., Sverdrup S., og Vennemo, H. (2012). *Samfunnsøkonomiske Kostnader av vold i nære relasjoner*. Vista Analyse Rapport 2012/41. Oslo: Vista Analyse Redd Barna, Skeiv Ungdom (2016).
- RBUP Sørøst (2013). *Du ser det ikke før du tror det om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0–6 år*. Rapport. Lastet ned fra: Q-1218B10/. 10/2013
- Reason, P. & Bradbury, H. (2002). *Introduction*. I Reason, P. & Bradbury. H. (red)

Handbook of action research (s.1-10). London: Sage.

- Regjeringen (2018). Orientering om ikrafttredelse av endringer i bestemmelsene om opplysningsplikt til barnevernet - særlig om endringene i helsepersonelloven § 33. Hentet fra:
https://www.regjeringen.no/no/dokument/dep/hod/anbud-konsesjoner-og-brev/brev/utvalgte_brev/2018/orientering-om-ikrafttredelse-av-endringer-i-bestemmelsene-om-opplysningsplikt-til-barnevernet---sarlig-om-endringene-i-helsepersonelloven33/id2606008/?utm_source=www.regjeringen.no&utm_medium=email&utm_campaign=nyhetsvarsel%2026.06.2018&utm_content=Helse%20og%20omsorg
- Repstad, P. (2007). *Mellom nærhet og distanse. Kvalitative metoder i samfunnsfag*. Universitetsforlaget.
- Røkenes, O.H., & Hansen, P.H (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeidet med mennesker*. (3.utg). Fagbokforlaget.
- Sagatun, (2014, s.53-55). *Aksjonsforskning – et bidrag til læring i innovasjonsprosesser? I: A.M. Støkken, (Red). Innovasjon og utvikling i sosialt arbeid*. Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.
- Samaroff, A. (2009). *The transactional model*. I: A. Samaroff (Red), *The transactional model Of development. How children and context shape each other*. (s.3-21). Washington DC. American Psychological Association.
- Schrøder, S.K. (2021). *Ungdoms inngang til og møte med barnevernstjenesten*. Doktoravhandling. Universitet i Agder. S.91, 78.
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner*. Josey Bass.
- Skivenes, M. & Sørdsdal, L.M. (2018): *The child's Best Interest Principle across Child Protection Jurisdiction*, I.A. Falck-Eriksen & E. Backe-Hansen. (red.): *Human Rights in Child Protection. Implications for Professional Practice and Policy*, Cham: Palgrave MacMillan.
- Skårstad Storhaug, A. & Kvaran, I. (2019). *Helhetlig forståelse av barn og familier – i en barnevernsfaglig kontekst*. I: Studsrød, I., Paulsen, V., Kvaran, I., Mevik, K. (Red). (2019). *Barnevernspedagog. En grunnbok*. Universitetsforlaget.
- Smith, L. (2017). *Tilknytningsteori og forskning*. I: L.M. Gulbrandsen. (Red). (2017).

- Oppvekst og psykologisk utvikling. Innføring i psykologiske perspektiver.* 2 utgave. Universitetsforlaget.
- Statistisk sentralbyrå (2022). <https://www.ssb.no/statbank/table/10674/tableViewLayout1/>
- Stær, T. & Bjørknes, R. (2015). *Ethnic disproportionality in the child welfare system: A Norwegian national cohort study.* *Children and youth services review.* Doi: <https://doi.org/10.1016/vhildyputh.2015.06.008>.
- Thagaard, T. (1998). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* (3.utgave). Fagbokforlaget.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* (4.utgave). Fagbokforlaget.
- Thoresen, S., & Hjemdal, O.K. (2014). *Vold og voldtekt i Norge. En nasjonal forekomststudie av vold i et livsløpsperspektiv.* Rapport 1/2014. Nasjonalt kompetansesenter om vold og traumatisk stress.
- Thornquist, E. (2015). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag.* Fagbokforlaget. *samfunnsvitenskapelig metode.* (2.utg.) Høyskoleforlaget.
- Tiller, T. (1999) *Aksjonslæring; forskende partnerskap i skolen.* Høyskoleforlaget.
- Tjora, A. (2018). *Viten skapt. Kvalitativ analyse og teoriutvikling.* Cappelen Damm Akademiske.
- Torvik, F.A & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (2011:4). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/barn-oppvekst/#vold-overgrep-og-omsorgssvikt>
- Trommaldi, M. (2016, 16.april). «Barnevernet er blitt et eksportord». <https://www.dagbladet.no/kultur7barnevernet-er-blitt-et-eksportord/60154600>
- Von Krogh, G., Ichijo, K. & Nonaka, I. (2011). *Slik skapes kunnskap: Hvordan frigjøre taus kunnskap og inspirere til nytenkning i organisasjoner.* (5. Opplag). NKS Forlaget.
- Wiig, O., Rørstad, K., & Børing, P. (2016). *Forskning og innovasjon knyttet til kommunale helse- og omsorgstjenester: kartlegging av ressursinnsats og resultater.* NIFU-rapport; 2016:32.
- Øverlien, C. (2012). *Vold i hjemmet: barns strategier.* Universitetsforlaget.

Vedlegg

Oversikt over vedlegg til oppgaven:

Vedlegg 1: Godkjenning NSD.

Vedlegg 2: Godkjenning FEK.

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema.

Vedlegg 4: Modell for kvalitativ design. Inspirert av aksjonsforskning.

Vedlegg 5: Dialogkonferanse med eksempel på struktur.

Vedlegg 6: Intervju guide

Vedlegg 7: Timeplan for fagdag.

Vedlegg 8: Skriv fra NSD angående endring til digitale møter

Vedlegg 1: Godkjenning NSD

9/21/21, 2:46 PM Meldeskjema for behandling av personopplysninger <https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60b530f9-89c6-40c3-b23a-ba040d493c23> 1/3

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering. Prosjekttittel

Barne-ergo og fysioterapi og opplysningsplikten. **Referansenummer** 830631. **Registrert**

04.08.2021 av Anita Hegdahl-Galterudhøgda - anitah18@student.uia.no

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

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Siv Kristine Schrøder, siv.schroder@uia Tlf: 95914090 **Type prosjekt**

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Anita Hegdahl-Galterudhøgda, galterudhogda.anita@hotmail.com, tlf: 97022749

Prosjektperiode

25.05.2021-15.06.2022

Status

10.09.2021 – Vurdert

Vurdering (1)10.09.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet medvedlegg den 10.09.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte. DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG For studenter er det obligatorisk å dele prosjektet med prosjektansvarlig (veileder). Del ved å trykke på knappen «Del prosjekt» i menylinjen øverst i meldeskjemaet. Prosjektansvarlig bes akseptere invitasjonen innen en uke. Om invitasjonen utløper, må han/hun inviteres på nytt. TYPE OPPLYSNINGER

OG VARIGHET 9/21/21, 2:46 PM Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60b530f9-89c6-40c3-b23a-ba040d493c23> 2/3

formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke behandles til nye, uforenlige formål · dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet · lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.06.2022. **LOVLIG GRUNNLAG** Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art.6 nr. 1 bokstav a.

TAUSHETSPLIKT Informantene i prosjektet er fysioterapeuter og ergoterapeuter, og har taushetsplikt. Det er viktig at datainnsamlingen gjennomføres slik at det ikke registreres taushetsbelagte opplysninger. Vi anbefaler at dere minner informantene om dette i forbindelse med intervjuene

PERSONVERNPRINSIPPER NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvern forordningen om: · lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen Så lenge de registrerte kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20). NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). Ved bruk av databehandler (spørreskjemaleverandør, skylagring eller videosamtale) må behandlingen oppfylle kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29. Bruk leverandører som din institusjon har avtale med. For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke typer endringer det er nødvendig å melde:

<https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema>. Du må vente på svar fra NSD førendringen gjennomføres.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET 9/21/21, 2:46 PM Meldeskjema for behandling av personopplysninger

<https://meldeskjema.nsd.no/vurdering/60b530f9-89c6-40c3-b23a-ba040d493c23> 3/3

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Kontaktperson hos NSD: Silje Fjelberg Opsvik.

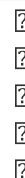
Lykke til med prosjektet!

Vedlegg 2: Godkjenning FEK

SV: FEK-søknad

Internal\Normal

Bente Birkeland
ma. 29.11.2021 13:39



Til:

- Anita Hegdahl-Galterudhøgda

Kopi:

- Siv Kristine Schrøder;
- Eli Margareth Andås

Hei Anita.

Da er returnert søknad nr RITMO134493 godkjent.

Lykke til med spennende prosjekt 😊

Vennlig hilsen
Bente

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykkeskjema

Vil du delta i forskningsprosjektet

«Barne-ergoterapi og fysioterapi og erfaringer med å melde til barnevernet»

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke hvilke erfaringer barnefysioterapeuter og ergoterapeuter har når det gjelder å melde til barnevernet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Min forskning vil forsøke å ta rede på hvilke erfaringer barnefysioterapeuter og ergoterapeuter har med å melde til barnevernet. Siden 2018 har antall bekymringsmeldinger til barnevernet økt, mens tallene fra helsepersonell ennå er svært lave. Jeg har ikke funnet data som kun dreier seg om meldinger fra disse profesjonsgruppene, selv om disse i utstrakt grad arbeider med barn med eller i risiko. Dette undrer meg og motiverer meg til dette prosjektet. Jeg skal gjennomføre en Aksjonsforskningsstudie med informanter som er barnefysioterapeuter og barneergoterapeuter, og foreløpig arbeidstittel er hvilke erfaringer denne faggruppen har med å melde til barnevernet.

Dette er min Masteroppgave på Masterprogram i psykososial helse ved Universitet i Agder studieåret 2021/22.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Masterprogram i Psykososial helse ved Universitetet i Agder er ansvarlig for prosjektet. Veileder er Siv Kristine Schrøder, mail: siv.schroder@uia.no, 95914090.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Utvalget av informanter er strategisk da forskningen krever autorisert helsepersonell med barnefysioterapi og ergoterapifaglig kompetanse. Du har denne kompetansen, og blir derfor spurt om å delta.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som benyttes kalles aksjonsforskning (AF) og ifølge Gjøtterud med flere (2017, s. 32) er AF et knippe av forskjellige praktiser og refleksjonsmodeller.

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer dette at du deltar i flere dialogkonferanser med barnefysioterapeuter og barneergoterapeuter. Hver konferanse varer 60-75 min, og det vil til sammen holdes 4 konferanser.

Notater og lydbåndopptak fra hver konferanse vil bli behandlet, oppbevart, lagret og slettet jmf. rutiner for behandling av personopplysninger i forskning og i studentoppgaver ved UIA.

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 fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

- U.t og veileder Siv Kristin Schrøder er de eneste som har tilgang til disse opplysningene.
- Ditt navn vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrig data og i låst arkiv.
- U.t vil samle inn, bearbeide, lagre data, og transkribere dette.
- Veileder Siv Kristine Schrøder ved Universitet i Agder vil få tilgang til innsamlet data i notat og lydbåndformat.
- Når masteroppgaven blir publisert er det en mulighet for at deltakere vil kunne gjenkjennes grunnet kjennskap til forskers arbeidstilhørighet og små fagmiljø.
- Hvilke erfaringer barnefysioterapeuter og ergoterapeuter opplever med å melde til barnevernet og løsninger som prøves ut for en bedre praksis, vil bli publisert.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene slettes når prosjektet avsluttes innen 30.06.22

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 Universitet i Agder 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:

- Universitet i Agder ved forskningsansvarlig Anita Hegdahl-Galterudhøgda. Mail: galterudhogda.anita@hotmail.com. 97022749.
- Vårt personvernombud: Ina Danielsen. ina.danielsen@uia.no

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

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

Med vennlig hilsen

Siv Kristine Schrøder

Anita Hegdahl-Galterudhøgda

Veileder

Forsker

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet Barnefysioterapi og ergoterapi og erfaringer med å melde til barnevernet, og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til:

- å delta aksjonsforskning
- å delta i dialogkonferanser
- å delta i denne forskningen der opplysninger publiseres, og det er en mulighet for at jeg kan gjenkjennes

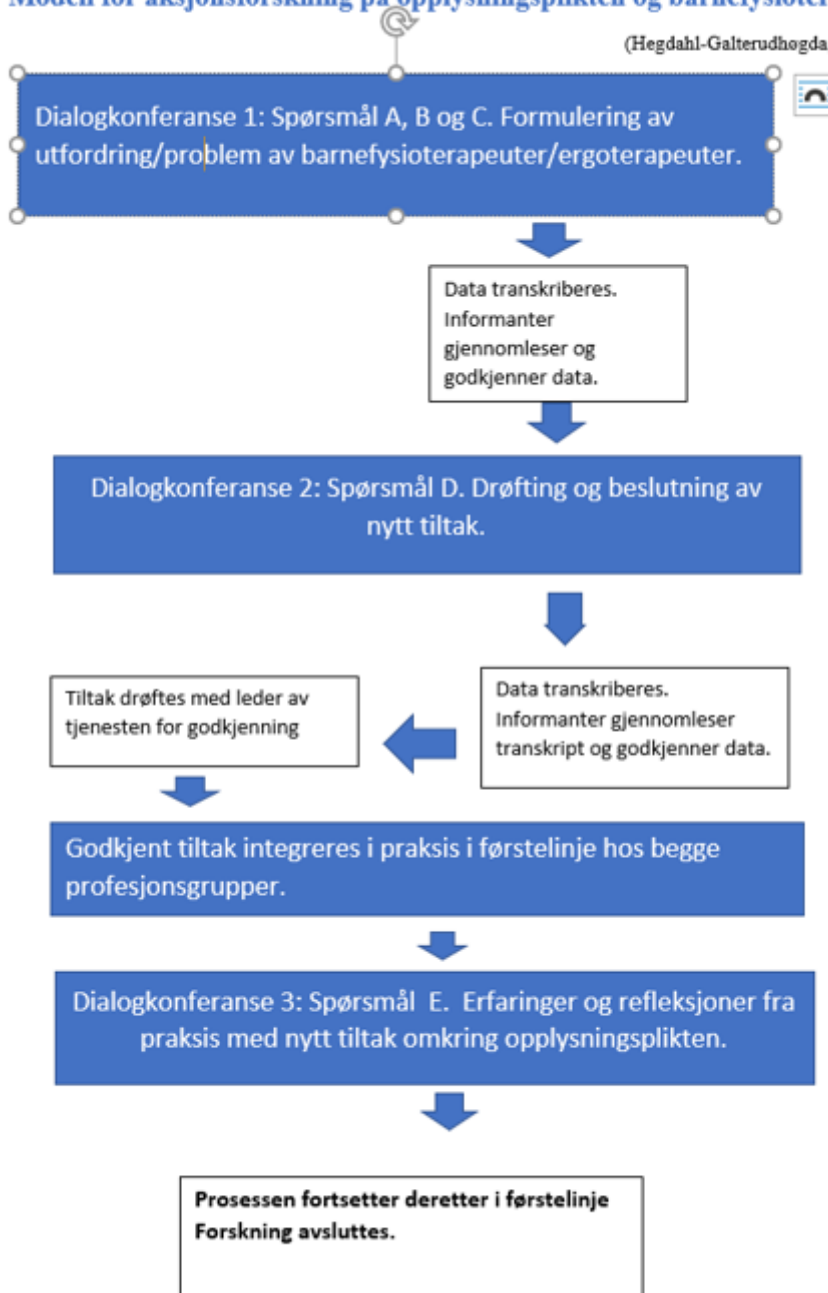
Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Modell inspirert etter aksjonsforskning.

Modell for aksjonsforskning på opplysningsplikten og barnefysioterapi

(Hegdahl-Galterudhøgda, 2021)



Vedlegg 5: Dialogkonferanse 1 og struktur og innhold

Informasjon om aksjonsforskning, min og deltakeres rolle:

1. Velkommen til aksjonsforskningsprosjekt -et samhandlingsprosjekt med formål om å utvikle ny kunnskap og bedre praksis knyttet til meldeplikten til barnevernet.
2. Min rolle som forsker, ikke ekspert, men tilrettelegger for en systematisk prosess etter et kvalitativt design.
3. Presisere håndtering og lagring av personopplysninger jf. plan i NSD meldeskjema
4. Presisere deres håndtering av 3.personsopplysninger under dialog og drøfting.
5. Presentere kort modell for aksjonsforskning for å gi oversikt over prosess.

Informasjon om gjennomføring av dagens dialog:

1. Dagens plan er å drøfte spørsmål A og B.
2. Det tas lydbåndopptak undervegs, og dette skal transkriberes etterpå.

Informasjon om data og prosess videre til 2. konferanse:

1. Dere får transkripsjon for gjennomlesing fra denne konferansen, kan gi tilbakemelding til meg ved behov for presisering, revidering eller reformulering.
2. Oppsummering av funn og tema fra første konferanse blir gjennomgått i konferanse 2.
3. Spørsmål C drøftes i konferanse 2.

Takke for oppmøte.

Vedlegg 6: Intervju guide

Innledning:

Formålet med aksjonsforskningsinspirert design deles med informantene, og u.t takker hjerteligst for at de vil delta og dele. Videre gis informantene opplysninger om hvordan persondata blir behandlet (se informasjonsskriv med samtykkeskjema).

Til sammen vil informantene bli bedt om å delta på 3 dialogkonferanser. Hver vil vare 60-75 min, og i disse vil det gjennomføres lydopptak av refleksjoner og svar i plenum. Det vil til sammen være fem spørsmål som skal besvares.

SPØRSMÅL:

1. Kan du beskrive kort dine erfaringer med opplysningsplikten som barnefysioterapeut/ergoterapeut?
2. Hvilke faglige vurderinger gjør du for å avgjøre om vilkår for å melde er oppfylt?
3. Hvilke utfordringer opplever du?
4. Hvilket tiltak må til for å redusere dine utfordringer i forhold til opplysningsplikten?
5. Hvilken kunnskap fra fagdagen bidro til å redusere dine utfordringer med å melde?

Vedlegg 7: Timeplan fagdag

0830 – 0845	Velkommen
0845 – 0945	Rammene, innholdet og vurderinger tilknyttet opplysningsplikten
0945 – 1000	Pause
1000 – 1045	Opplysningsplikten fortsetter
1045 – 1100	Pause
1100 – 1200	Opplysningsplikten fortsetter
1200 – 1230	Lunsj
1230 – 1330	Kasus 1
1330 – 1345	Pause
1345 – 1445	Kasus 2 -lydbåndopptak feilet.
1445 – 1500	Oppsummering – hva sitter vi igjen med?


Vedlegg 8: Skriv fra NSD angående endring til digitale møter

[Meldeskjema](#) / [Barne-ergo og fysioterapi og opplysningsplikten](#) / Meldinger

Meldinger


Referansenummer
830631


Status
Vurdert


 Rediger meldeskjema

Skriv melding...

Merk: Meldingen vil bli synlig for din institusjon og alle prosjektet er delt med.

 **Påminnelse (planlagt)**
22.06.2022 02:00


 **Sluttvurdering (planlagt)**
15.06.2022 02:00

 **Melding fra Silje Fjelberg Opsvik (NSD)**
16.12.2021 11:26

Heil!

Bruk av Zoom eller andre digitale plattformer må avklares med egen institusjon. Vi anbefaler at du sjekker hvilke avtaler som eksisterer for UiA, og benytter deg av disse. I ditt prosjekt trenger du ikke melde inn som en endring i skjemaet hvilken databehandler du velger, men i vår vurdering forutsetter vi at behandlingen oppfyller kravene til bruk av databehandler (jf. art 28 og 29).

Med vennlig hilsen
Silje Fjelberg Opsvik,
seniorrådgiver

 **Melding fra Silje Fjelberg Opsvik (NSD)**
16.12.2021 11:23


Kopi av e-post:

Fra: Anita Galteudhøgda <galterudhogda.anita@hotmail.com>
Sendt: torsdag 16. desember 2021 09:48
Til: personverntjenester@nsd.no
Emne:

Hei.
Har godkjent prosjekt av dere.
Er redd jeg nå må ha datainnsamling via zoom pga smittevern hensyn, eller i det minste en godkjent plan B på dette.

Hva gjør jeg?

Hilsen Anita Hegdahl-Galterudhøgda

 **Melding fra Silje Fjelberg Opsvik (NSD)**
20.09.2021 14:06

