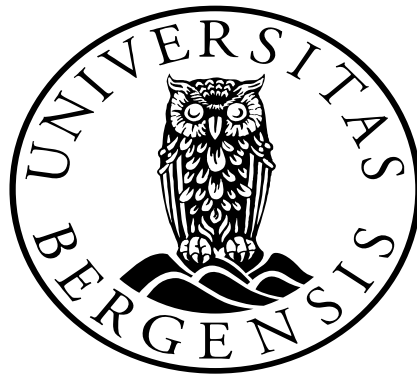


Hvordan beskriver barnevernsarbeidere tverretatlig samarbeid med tannhelsetjenesten?

Cathrin Myrold



MASTEROPPGAVE

Master i barnevern

Vår 2015

Det psykologiske fakultet
HEMIL - Senteret

Veileder: Anette Christine Iversen

FORORD

Arbeidet med denne masteroppgaven har gitt meg en mulighet til å fordype meg i et spennende og barnevernsrelatert tema. Siden jeg har et ønske om å jobbe i barnevernet, der jeg kan hjelpe barn og familier, finner jeg det interessant å undersøke hvordan barnevernet samarbeider med andre tjenester. Arbeidet med oppgaven har vært både krevende og utfordrende, men det har også vært svært lærerikt. Jeg har skrevet om et tema som det er lite forskning på fra før, noe som har gjort dette ekstra spennende og motiverende.

Den første takken vil jeg rette til mine ni informanter. Tusen takk for at dere tok dere tid til å delta, til tross for deres hektiske hverdag. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave.

Deretter vil jeg takke min første veileder, Ragnhild Bjørkenes, som introduserte meg til dette temaet. Takk for all veiledning, og lykke til i permisjon. Så tusen takk til den andre veilederen min, Anette Christine Iversen. Uten dine tanker og konstruktive tilbakemeldinger hadde jeg ikke klart å skrive en like god oppgave. Jeg setter stor pris på dine støttende tilbakemeldinger gjennom siste del av prosessen. Jeg må også takke Marte Knag Fylkesnes, som også har gitt meg veiledning i forhold til funnene mine og som stilte opp som veileder i siste innspurt. Jeg ønsker videre å takke Ingfrid Vaksdal Brattabø og Anne Fjæra Skåtøy. Kunnskapen deres om tannhelsetjenesten har vært til stor hjelp.

En siste takk til mine uformelle støttespillere gjennom året. Først og fremst må jeg få takke mine fine medstudenter på lesesalen. Uten dere hadde dette aldri gått. Vi har støttet hverandre gjennom krevende og slitsomme perioder. Heldigvis har mye latter, gode diskusjoner, og positivitet stort sett kunnet beskrive stemningen på lesesalen. Dere er og forblir fantastiske. Videre må jeg også takke Ørjan, mamma og pappa og min søster Ida for gode innspill og støtte i prosessen. Særlig takk til deg Ida og deg mamma for gjennomlesning og rettskriving.

Bergen, 18.05.15

Cathrin Myrold

SAMMENDRAG

Hovedoppgaven til barnevernet er å sikre at barn og unge som lever under skadelige forhold får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Barnevernet er derfor forpliktet til samarbeid med andre tjenester, sektorer og forvaltningsnivå. I de senere årene har det vært en økt satsing på rollen og ansvaret til tannhelsetjenesten og deres meldeplikt til barnevernet. I Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane, ble det i 2010 iverksatt en samarbeidsavtale som skal føre til bedre rutiner for samarbeid mellom den enkelte tannklinikk og det lokale barnevernet.

Formålet med dette masterprosjektet er å undersøke hvordan barnevernssarbeidere beskriver samarbeidet med tannhelsetjenesten.

Utvalget består av to barnevernssledere og ni saksbehandlere, fra tilsammen ni barnevernsskontor i Hordaland, som har undertegnet samarbeidsavtalen. Undersøkelsen er kvalitativ og jeg benyttet semistrukturerte intervju for å innhente informasjon.

Transkripsjonene er analysert ved bruk av tematisk analyse.

Hovedfunnet i undersøkelsen er at det foreligger et begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Samtidig var informantene positivt innstilt til økt samarbeid med tannhelsetjenesten i fremtiden. I forhold til informantenes beskrivelse av et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten, fant jeg tre tema som var særlig fremtredende: meldingspraksis, kunnskap og forankring. Temaet meldingspraksis handlet om at barnevernet mottok få meldinger fra tannhelsetjenesten og at de sjelden innhentet informasjon fra tannhelsetjenesten. Temaet kunnskap handlet om et behov for kunnskap om hverandres tjenester og om urealistiske forventninger til barnevernet. Det siste temaet forankring handlet om at samarbeidsavtalen mellom barnevernet og tannhelsetjenesten var lite kjent og at det var mangel på møtepunkter mellom tjenestene.

Funnene i undersøkelsen indikerer et behov for å bedre samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Dette kan oppnås ved at barnevernet oftere inkluderer tannhelsetjenesten i samarbeidsmøter og at tjenestene har regelmessige møtepunkter. Et åpnere barnevern og at samarbeidsavtalen blir bedre kjent, er videre viktige implikasjoner for fremtidig praksis. Disse tiltakene kan føre til mer tillit og kunnskap mellom tjenestene, samtidig som det kan senke terskelen for kontakt.

Nøkkelord: Barnevern, tannhelsetjenesten, meldeplikt, tverrfaglig samarbeid, tverretatlig samarbeid.

INNHALDSFORTEGNELSE

1.0 INTRODUKSJON	3
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING	7
2.0 SENTRALE BEGREP OG TEORETISK TILNÆRMING	8
2.1 OMSORSSVIKT OG MISHANDLING	8
2.2 BARNEVERNETS MANDAT OG RELEVANTE LOVER	10
2.3 TANNHELSETJENESTEN OG DERES MELDE- OG OPPLYSNINGSPLIKT.....	12
2.4 TAUSHETSPLIKT	14
2.5 SAMARBEID	15
2.5.1 Formålet med tverrfaglig samarbeid.....	16
2.5.2 Suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid.....	18
2.5.3 Modell for organisering av samarbeid	21
3.0 FORSKNINGSOPPSUMMERING	25
3.1 FORSKNING OM TANNHELSETJENESTENS MELDEPRAKSIS	25
3.2 FORSKNING OM BARNEVERNETS TVERRFAGLIGE SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER	27
4.0 METODE	31
4.1 KUNNSKAPSSYN OG PLASSERING AV EGEN OPPGAVE I EN VITENSKAPELIG RAMME	31
4.2 PLANLEGGING AV UNDERSØKELSE	34
4.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide	34
4.2.2 Forundersøkelse.....	35
4.2.3 Utvalg og rekruttering	37
4.2.4 Beskrivelse av utvalget.....	38
4.3 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSE.....	38
4.4 ANALYSE AV DATAMATERIALET	39
4.5 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER	42
4.5.1 Informert samtykke	42
4.5.2 Konfidensialitet	43
4.5.3 Konsekvens av deltakelse i studien.....	43
4.6 TROVERDIGHET, BEKREFTBARHET OG OVERFØRINGSVERDI.....	44
5.0 PRESENTASJON AV FUNN, ANALYSE OG DRØFTING	48
5.1 MELDINGSPRAKSIS	49
5.1.1 Mottar få meldinger fra tannhelsetjenesten.....	50

5.1.2 Gir utilstrekkelig tilbakemelding til tannhelsetjenesten om undersøkelse.....	52
5.1.3 Innhenter sjelden informasjon	54
5. 2 KUNNSKAP	56
5.2.1 Behov for kunnskap om hverandres tjenester	57
5.2.2 Urealistiske forventninger til barnevernet.....	59
5.2.3 Behov for et åpnere barnevern.....	60
5.2.4 Håndtering av taushetsplikt	62
5.4 FORANKRING.....	64
5.4.2 Samarbeidsavtalen er lite kjent blant de ansatte.....	65
5.3.1 Mangel på møtepunkter	68
6.0 OPPSUMMERENDE DRØFTING OG AVSLUTNING:	71
6.1 HVA HEMMER OG FREMMER SAMARBEIDET MED TANNHELSETJENESTEN?	71
6.3 STUDIENS BEGRENSNINGER.....	74
6.4 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG PRAKSIS	75
LITTERATURLISTE	78
VEDLEGG	87
1. INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING	87
2. INTERVJUGUIDE	89
3. GODKJENNELSE FRA NSD.....	90
4. SAMARBEIDSAVTALE: SAMARBEID MELLOM BARNEVERNTJENESTEN OG TANNHELSETJENESTEN I HORDALAND.....	92

1.0 INTRODUKSJON

Hovedoppgaven til barnevernet er å sikre at barn og unge som lever under skadelige forhold, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid (barnevernloven [bvl.], 1992, § 1-1). En viktig forutsetning for at barnevernet skal kunne ivareta denne oppgaven, er at andre som kjenner barnets situasjon gir opplysninger som skal til for at barnevernet skal kunne gripe inn (Barne- og likestillingsdepartementet [BLD], 2006; Kvello, 2013). Alle offentlige myndigheter som har grunn til å tro at et barn blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling, har plikt til å melde til barnevernet. Melde- og opplysningsplikten er lovpålagt og den begrunnes i barnevernets behov for å motta opplysninger (BLD, 2006).

Tannhelsetjenesten er en av tjenestene som etter helsepersonelloven (1999) har en lovbestemt plikt til å sende bekymringsmelding til barnevernet dersom de har mistanke om at et barn blir utsatt for omsorgssvikt eller mishandling, jamfør [jf.] § 33 annet ledd. I de senere årene har det både nasjonalt og internasjonalt vært en økt satsing og oppmerksomhet rundt rollen og ansvaret til tannhelsetjenesten i forhold til at de skal fange opp barn og unge som kan være utsatt for omsorgssvikt og mishandling (Kloppen, Rønneberg, Espelid, & Bårdsen, 2010; Næss, Bjørknes, & Brattab, 2014; Uldum, Christensen, Welbury, & Poulsen, 2010). Siden tegn på barnemishandling kan sees i ansiktet, og siden omsorgssvikt ofte assosieres med dårlig oral helse, sitter tannhelsepersonell i en nøkkelposisjon til å identifisere barn som er utsatt (Harris, Elcock, Sidebotham, & Welbury, 2009a; Kloppen et al., 2010; Uldum et al., 2010). Tannhelsetjenesten er også den eneste helsetjenesten i Norge som undersøker alle barn mellom tre og atten år regelmessig gjennom hele oppveksten. Likevel hevder Kloppen et al., (2010) at tannhelsepersonell i dag svært sjelden sender bekymringsmeldinger og at de er en lite utnyttet ressurs som informant og samarbeidspartner til barnevernet i Norge. Det er også gjort internasjonal forskning som viser til betydelig underrapportering av bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten til barnevernet (Laud, Gizani, Maragkou, Welbury, & Papagiannoulis, 2013; Sonbol et al., 2012; Uldum et al., 2010).

Barnevernet i Norge er forankret i velferdsstaten sine verdier om inkludering, der et overordnet prinsipp er omsynet til barn og unge sin velferd, helse, vilkår for oppvekst, utvikling og læring (Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet [BLD], 2012; Befring, Duesund, & Popovici, 2010). På bakgrunn av dette skal barnevernet se til at barn ikke blir utsatt for omsorgssvikt og passe på at barn vokser opp i trygge omgivelser (Nordby, Bennin, & Buer, 2013). Barnevernet har videre lovhjemler som forplikter til samarbeid (Solstad,

2014). Barnevernet skal «medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer. Barneverntjenesten skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivå når dette kan bidra til å løse oppgaver som den er pålagt etter loven», jf. bvl. § 3-2. Barnevernet skal dermed være en pådriver overfor andre tjenester slik at utsatte barn og unge sikres et tilstrekkelig samordnet og helhetlig tjenestetilbud (BLD, 2013)

Kjennetegnene på barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet er ofte sammensatte og komplekse. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid er derfor helt avgjørende for å kunne utvikle et helhetlig og koordinert tjenestetilbud for barn og unge i barnevernet (BLD, 2013; Glavin & Erdal, 2013). Ifølge Glavin & Erdal (2013) er det helt nødvendig å arbeide på tvers av profesjoner og etater for å sikre gode oppvekstvilkår for barn og unge. Willumsen & Hallberg (2003) poengterer også at dette er viktig for å gjøre gode barnevernsfaglige vurderinger. Tverrfaglig og tverretatlig samarbeid har vært et krav i flere tiår (BLD, 2009). Likevel påpeker Helsetilsynet (2009) at de profesjonelle ikke har tilstrekkelig kunnskap om hverandres tjenester og rammer og at samarbeid ikke blir lagt til rette for. Ifølge Kloppen et al., (2010) har tannhelsetjenesten jobbet aktivt med hvordan de skal samarbeide med barnevernet i de siste årene. I barnevernet har det imidlertid vært mindre fokus på tannhelsetjenesten som sentral samarbeidspartner, noe som gjenspeiler seg i praksis (Kloppen et al., 2010).

Ifølge Statistisk sentralbyrå [SSB] (2014) mottok barnevernet 52 553 bekymringsmeldinger i 2013. Før 2013 ble bare meldingene som hadde gått videre til undersøkelse registrert. Det er politiet, barneverntjenesten, skolene og foreldrene selv som oftest sender bekymringsmelding til barnevernet (SSB, 2014). Tannhelsetjenesten er ikke en egen kategori i SSB, men fra 2013 kom de imidlertid med i kategorien «lege/sykehus/tannlege» (SSB, 2014). Registreringer fra 2013 viser at «lege/sykehus/tannlege» sammen med barnevernsvakten og privatpersoner står bak fem prosent av meldingene (SSB, 2014). Tall fra Den offentlige tannhelsetjenesten viser at tannhelsepersonell sendte totalt 474 bekymringsmeldinger til barnevernet i 2011 (Næss et al., 2014). Med bakgrunn i disse tallene, utgjør meldinger fra tannhelsetjenesten en svært liten del av antall meldinger som blir sent til barnevernet. Samtidig anslår Kvello (2013) at mellom fem og tjuelfem prosent av norske barn lever i omsorgssituasjoner som kan karakteriseres som omsorgssvikt, og at mellom fem og ti prosent lever i omsorgssituasjoner der de er utsatt for alvorlige grader av omsorgssvikt eller mishandling. Det viser seg også at ca. ti prosent av norske barn ikke får den hjelpen de har behov for på grunn av at de ikke er oppdaget av hjelpeapparatet (Kvello, 2013).

I Norge kan man se den økte satsningen på tannhelsepersonell sin meldeplikt til barnevernet med intervensjonen *Tannhelse og barnevern*. Intervensjonen ble iverksatt i Den offentlige tannhelsetjenesten i Sogn og Fjordane, Hordaland og Rogaland i 2010. Den ble utviklet av Den offentlige tannhelsetjenesten i Vest-Norge, i samarbeid med Statens Barnehus Bergen, Institutt for klinisk odontologi ved Medisinsk-Odontologisk Fakultet, Universitet i Bergen og Ressurscenter om Vold, Traumatisk Stress og Selvmordsforebygging Vest. Formålet med intervensjonen er å «sette tannhelsepersonell i bedre posisjon til å utøve lovpålagt opplysningsplikt til barnevernet, og dermed bidra til at flere barn og unge som lever under vanskelige forhold kan bli fanget opp tidligere» (Næss et al., 2014, s. 904). Programmet består videre av å formidle kunnskap om utsatte barn, og å iverksette en samarbeidsavtale mellom tannhelsetjenesten og barnevernet. Samarbeidsavtalen ble utarbeidet for å etablere gode rutiner mellom den enkelte tannklinik og det lokale barnevernet for å kunne avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn og unge. Videre er formålet med samarbeidsavtalen å sikre tverrfaglig samarbeid og øke kompetansen hos begge tjenestene. Det er en gjensidig forpliktende avtale som har en klar ansvarsfordeling med faste årlige samarbeidsmøter. Barnevernet sitt ansvar er å delta på disse samarbeidsmøtene, kjenne til tannhelsetjenestens sine rutiner, være tilgjengelig for tannhelsetjenesten med råd og veiledning og gi tilbakemelding til den som melder. Tannhelsetjenesten skal på sin side kalle inn til årlige samarbeidsmøter, informere barneverntjenesten om sine rutiner og andre relevante opplysninger og sikre at ansatte er kjent med kontaktteam i barnevernet (se vedlegg nr. 4, for utdrag av samarbeidsavtalen som er relevante for denne oppgaven).

Til tross for økt fokus på meldeplikten til tannhelsepersonell, foreligger det svært begrensede studier på tannhelsepersonell og meldeplikt til barnevernet både i nordisk og norsk kontekst (Helsedirektoratet, 2012; Kloppen et al., 2010). Kunnskapsmangel innen feltet har ført til ulike tiltak i Den offentlige tannhelsetjenesten, som eksempelvis den ovennevnte intervensjonen. I 2014 ble det også iverksatt en større studie «Tannhelse og barnevern, samhandling til beste for barnet». Målet med denne studien er å kartlegge hvordan norsk tannhelsepersonell utøver sin lovpålagte meldeplikt og hvilken forståelse de har av denne plikten, jf. helsepersonelloven, § 33 annet ledd. Studien skal også kartlegge bakenforliggende forklaringsfaktorer til at norsk tannhelsepersonell ikke sender eller sender bekymringsmelding til barnevernet (Aksnes, 2014).

Dette masterprosjektet er en del av den større studien «Tannhelse og barnevern, samhandling til beste for barnet». I litteraturen vises det ofte til hvordan andre relevante

samarbeidspartnere opplever å samarbeide med barnevernet, som for eksempel skoler, barnehager og helsestasjoner (Backe- Hansen, 2009; Baklien, 2009). Samarbeidet med tannhelsetjenesten er imidlertid mindre belyst, til tross for et økt fokus de siste årene. Å forske på hvordan disse tjenestene samarbeider er derfor viktig for fremtidig praksis. For å få et mer helhetlig bilde av samarbeidet mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten skal dette masterprosjektet fokusere på barnevernsarbeidere og deres beskrivelse av samarbeidet. Ved å undersøke barnevernsarbeidernes beskrivelser og erfaringer kan dette gi kunnskap om hva som fremmer og hemmer tverretattlig samarbeid og kunnskap om hvordan institusjonelle rammer påvirker samarbeidet, hvilke dilemma som kan forekomme og hvordan samarbeidsavtalen blir brukt i barneverntjenesten.

1.2 PROBLEMSTILLING

Formålet med dette masterprosjektet er å undersøke hvordan kommunalt ansatte barnevernsarbeidere beskriver samarbeidet med tannhelsetjenesten. Undersøkelsen skal bidra med å fremskaffe kunnskap om hvilke faktorer som kan hemme og fremme samarbeidet mellom disse tjenestene. Hvordan barnevernsarbeiderne beskriver samarbeidet med tannhelsetjenesten og hvilke faktorer som påvirker samarbeidet, er særlig interessant å undersøke etter at intervensjonen *Tannhelse og barnevern* ble iverksatt.

Problemstillingen i denne masteroppgaven er: «*Hvordan beskriver barnevernsarbeidere samarbeidet med tannhelsetjenesten?*»

For å besvare problemstillingen er følgende underspørsmål brukt:

- Hvilke erfaringer har barnevernsarbeiderne med å motta meldinger fra tannhelsetjenesten?
- Hvilke erfaringer har barnevernsarbeidere med å innhente informasjon fra tannhelsetjenesten?
- Hvordan påvirker kunnskap om hverandres tjenester samarbeidet mellom barnevernstjenesten og tannhelsetjenesten?
- Hva sier barnevernsarbeiderne om samarbeidsavtalen som er iverksatt gjennom intervensjonen *Tannhelse og barnevern*?

1.3 OPPGAVENS OPPBYGGING

Kapittel 2 begynner med å beskrive sentrale begrep og deretter å introdusere to teoretiske modeller. Kapittel 3 forsetter med en forskningsoppsummering som viser til forskning på tannhelsetjenestens meldepraksis og forskning om barnevernets samarbeid med andre tjenester. Kapittel 4 tar for seg undersøkelsens metode. Her gjøres rede for kunnskapssyn, planlegging og gjennomføring av undersøkelsen, utvalg og rekruttering, analyse, forskningsetiske vurderinger og undersøkelsens troverdighet, bekreftbarhet og overføringsverdi. I kapittel 5 vil undersøkelsens funn blir presentert og drøftet opp mot relevant teori og forskning. Deretter vil kapittel 6 presentere en oppsummerende drøfting og avslutning, før det avslutningsvis vises til begrensninger ved undersøkelsen, konklusjon og implikasjoner for videre forskning og praksis.

2.0 SENTRALE BEGREP OG TEORETISK TILNÆRMING

I dette kapittelet blir masteroppgavens sentrale begreper og dens teoretiske tilnærming presentert. Det blir først vist til begrepene omsorgssvikt og barnemishandling, og deretter til tannhelsetjenestens melde- og opplysningsplikt, barnevernets mandat og begrepet taushetsplikt. Her tydeliggjøres det hvordan tannhelsetjenesten er pålagt å samarbeide med barnevernstjenesten i saker som omhandler omsorgssvikt og mishandling. Det blir også vist til begrepene tverrfaglig og tverretatlig samarbeid og hvordan disse begrepene blir brukt videre i oppgaven. Deretter blir det presentert to teoretiske modeller som vil lage rammeverk for oppgavens diskusjon.

Jeg har valgt å bruke Glavin og Erdal (2013) sin modell om suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid og Willumsen & Hallberg (2003) sin modell for organisering av samarbeid. Modellene er valgt på bakgrunn av problemstillingen og undersøkelsens funn. Glavin & Erdal (2013) viser til ulike faktorer som kan fremme og hemme et tverrfaglig samarbeid. Modellen kan dermed bidra til å gi leseren en forståelse for hvilke faktorer som kan påvirke samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Willumsen & Hallberg (2003) har utviklet en samarbeidsmodell som kan bidra til en bredere forståelse av tverrfaglig samarbeid, siden modellen illustrerer hvordan samarbeid kan forstås som en prosess som består av både yrkesutøveres bidrag og interaksjon.

2.1 OMSORSSVIKT OG MISHANDLING

I denne masteroppgaven vil omsorgssvikt og mishandling defineres som «betydelig forsømmelse i ivaretagelsen av barnets grunnleggende behov» (Kvello, 2013, s. 34). Begrepet omsorgssvikt og barnemishandling blir ofte brukt om hverandre. Kvello (2013) påpeker at omsorgssvikt ofte innebærer mangel på handling, mens mishandling er et begrep som betegner mer påføring av skade via handling. I engelsk litteratur blir ofte begrepet «child maltreatment» brukt når det refereres til barnemishandling. Ifølge Gilbert et al., (2009a) kan barnemishandling defineres som enhver handling eller unnlattelse av en forelder eller annen omsorgsperson som resulterer i skade eller fare for skade på et barn. Barnemishandling er et betydelig problem for alle samfunn, siden det plasserer det utsatte barnet i fare for alvorlig langvarig psykiske og somatiske konsekvenser (Gilbert et al., 2009a; Norman et al., 2012; Pedersen, Strand, Willumsen, & Rønneberg, 2015).

I litteraturen vises det ofte til fire former for omsorgssvikt og mishandling: Barn utsatt for vanskjøtsel, barn utsatt for fysiske overgrep, barn utsatt for psykiske overgrep og barn utsatt for seksuelle overgrep (Gilbert et al., 2009a; Killén, 2009; Kvello, 2013). *Vanskjøtsel* er unnlattelse av å møte et barns grunnleggende fysiske, følelsesmessige, sosiale og kognitive behov (Gilbert et al., 2009a; Killén, 2009). Vanskjøtsel kan også være å unnlate å møte de medisinske behovene til barnet, som for eksempel å la være å følge opp tannhelsen til barnet eller å unnlate å behandle vansker. Dette blir av Kvello (2013) omtalt som medisinsk omsorgssvikt. Ifølge Rasmussen (1989) og Hoobs, Hanks & Wynne (1999) kan dårlig tannhygiene etter hvert som barnet blir eldre vise at det utsettes for vanskjøtsel. Valencia – Rojas, Lawrence & Goodman (2008) påpeker også at barn som er utsatt for omsorgssvikt har større risiko for å utvikle hull i tennene i forhold til resten av befolkningen. I følge Gilbert et al., (2009a, s. 69, egen oversettelse) er *fysiske overgrep* «tilsiktet bruk av fysisk makt eller redskaper mot et barn som resulterer i, eller har potensial til å føre til fysisk skade». Fysiske overgrep kan blant annet inkludere slag, spark, pisking, knivstikking, biting, risting, kvelning, brenning og forgiftning. Forskning viser at barn som er utsatt for fysiske overgrep, ofte har skader i ansikt, hode, munn og hals regionen (Ambrose, 1989; Becker, Needleman, & Kotelchuk 1978; Carins, Mok, & Welbury, 2005; Jesse, 1995; Maguire et al., 2007; Naidoo, 2000). Derfor sitter tannhelsepersonell i en unik situasjon til å kunne oppdage fysiske overgrep eller mishandling mot barn.

En tredje form for mishandling er barn som blir utsatt for *seksuelle overgrep*. Seksuelle overgrep er når barn engasjeres i seksuelle aktiviteter som de hverken er emosjonelt, seksuelt eller utviklingsmessig modne for (Killén, 2009). De som har vært utsatt for seksuelle overgrep har gjerne store problemer med tannbehandling, da behandlingssituasjonen ofte gir uønskede assosiasjoner og fremkaller negative minner. På bakgrunn av dette vil pasientene ofte kunne avbestille tannlegetimer, unnlate å møte opp og de har ofte ekstrem behandlingsverging (Dougall & Fiske, 2009). *Psykiske overgrep* er forsettlig atferd som formidler til et barn at han eller hun er verdiløs og uønsket. I Storbritannia blir psykiske overgrep definert slik: «vedvarende emosjonell mishandling av et barn, som forårsaker alvorlig og vedvarende negative effekter på barnets følelsesmessige utvikling» (Gilbert et al., 2009a, s. 69, egen oversettelse). De som utfører psykiske overgrep oppfører seg på en måte som er nedverdiggende, skremmende, skadelig, potensielt skadelig, eller ufølsomt for barnets utviklingsmessige behov, eller kan potensielt skade barnet psykologisk eller følelsesmessig (Gilbert et al., 2009a).

De ovennevnte overgrepene overlapper hverandre ofte og det er sjelden at et barn utsettes for bare en av disse formene for overgrep (Gilbert et al., 2009a). Selv om det i litteraturen gis definisjoner på de ulike typene av omsorgssvikt og mishandling, kan det særlig i barnevernet være vanskelig å finne ut av hva et barn utsettes for. Barnevernet møter gjerne barnevernsfamilier som har det Devaney & Spratt (2009) kaller for «wicked problems», som betyr at problemene er så kompliserte at det er vanskelig å finne ut av hva som er årsak og virkning til problemene.

En nyere kunnskapsoppsummering har undersøkt forekomsten av barnemishandling ved bruk av 24 nordiske studier. Studien fant at barn utsatt for seksuelle overgrep av foreldre er mellom 0.2 – 1.2 prosent, barn som er vitne til familie vold er 3- 9 prosent, mens forekomsten av fysisk mishandling er mellom 3 – 9 % (Kloppen, Mæhle, Kvello, Haugland, & Breivik, 2014). Selv om forekomsten av omsorgssvikt og mishandling antas å være betydelig (Hildyard & Wolfe, 2002), er det ifølge Kvello (2013) vanskelig å skaffe en god oversikt over hvor mange som er utsatt. Grunnene er for det første at omsorgssvikt og mishandling er uklare begrep som defineres ulikt. For det andre er dette en problematikk med stor underrapportering, siden personer som mishandler eller forgriper seg på barna sine, ikke vurderer seg selv som det og vil unngå negative konsekvenser. En tredje grunn er at forekomststudier ofte er basert på kliniske utvalg, som ofte er for små til å generaliseres.

2.2 BARNEVERNETS MANDAT OG RELEVANTE LOVER

Barnevernet sitt mandat er regulert i lov om barneverntjenester (1992), samt internasjonale retningslinjer som barnekonvensjonen (1991) og UNICEF (1993). Når barneverntjenesten mottar en bekymringsmelding fra eksempelvis tannhelsetjenesten, skal meldingen vurderes snarest og senest innen en uke, jf. bvl. § 4-2. Vurderingen kan enten føre til at saken blir henlagt eller at det opprettes undersøkelsessak. Etter bvl. § 4-3 har barnevernet rett og plikt til å foreta undersøkelser dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak. Undersøkelsen skal ikke gjøres mer omfattende enn formålet tilsier. Det skal også legges vekt på å hindre at kunnskap om undersøkelsen blir spredt unødige.

Etter bvl. § 6-7a skal barneverntjenesten gi tilbakemelding til den som har sendt inn bekymringsmelding. Tilbakemeldingen skal gis innen tre uker etter at meldingen ble mottatt, og kan bare unnlates i tilfeller der meldingen er åpenbar grunnløs, eller der andre særlige hensyn taler mot å gi tilbakemelding. Videre heter det i bvl. § 6-7a annet ledd, at dersom

meldingen kommer fra melder som omfattes av bvl. § 6-4 annet og tredje ledd, skal tilbakemeldingen også opplyse om hvorvidt det er åpnet undersøkelsessak eller ikke, jf. bvl. § 4-3. Meldere som omfattes av bvl. § 6-4a annet og tredje ledd, er blant annet offentlige myndigheter og yrkesutøvere i medhold av helsepersonelloven (1999). Det vil si at tannhelsepersonell skal ha tilbakemelding om det er åpnet undersøkelsessak eller ikke. Dersom det åpnes undersøkelsessak, skal barneverntjenesten gi melder ny tilbakemelding om at undersøkelsen er gjennomført. Den nye tilbakemeldingen skal sendes innen tre uker etter at undersøkelsen er gjennomført og skal inneholde opplysninger om hvorvidt saken er henlagt, eller om barneverntjenesten følger opp saken videre.

Innhenting av opplysninger skal så langt som mulig innhentes i samarbeid med det saken gjelder eller slik at vedkommende har kjennskap til innhenting, jf. bvl. § 6-4. Dette innebærer at foreldre som regel skal informeres. Bvl. § 6-4 annet ledd, formidler videre at offentlige myndigheter skal, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt. Det er videre et overordnet prinsipp i barnevernloven (1992) at det skal legges stor vekt på hva som er barnets beste, jf. bvl. § 4-1. Hva som er barnets beste vil noen ganger være noe annet enn det foreldrene ønsker eller mener er det beste for barnet. Å gjøre slike vurderinger kan derfor være svært krevende for barnevernet. Barnevernet i Norge skal så langt som mulig være en forebyggende hjelpetjeneste som betyr at tiltak etter loven først og fremst skal settes i verk i hjemmet, jf. bvl. § 4-4. Til grunn for dette ligger det som omtales som det minste inngreps prinsipp, som betyr at barnevernet ikke skal utsette barnet for inngripende tiltak, med mindre det er nødvendig og til barnets beste. Et eksempel på hvordan miste inngrep prinsippet kommer til uttrykk i loven er at det alltid skal vurderes hjelpetiltak før omsorgsovertakelse, jf. bvl. § 4-12 annet ledd.

Siden det senere i oppgaven blir vist til forskning fra ulike land, er det av relevans å presisere at barnevernet er et system som er ulikt organisert i ulike land (Cameron & Freymond, 2006). Det eksisterer ulike tilnærminger i de ulike landene i forhold til hvordan man beskytter barn og hjelper familier. Det er kjent at vestlige land med høy levestandard har utviklet gode velferdsordninger (G. Andersson, 2006; Cameron & Freymond, 2006). Ifølge Grinde (2006) er inngrepskriteriene i nordisk barnevern tilnærmet like, men skjønnet som utøves i enkeltsaker er forskjellig i praksis. I nordisk barnevern er det et hovedmål å prioritere forebyggende tiltak som hjelp og støtte, gjerne når barna bor hjemme i egen familie. Det er et

mangfold av forhold som påvirker terskelen for når barnevernet vurderer om hjelpetiltak er tilstrekkelig eller ikke. Grinde (2003) påpeker at forskjellene må forstås i lys av økonomiske og organisasjonsmessige forhold, og hva landene har av ressurser. Forskjellene er også knyttet til holdninger, normer og verdier som vil påvirke skjønn som utøvers i den enkelte sak. Kojan & Lonne (2012) har ved hjelp av nasjonale data, sammenlignet barnevernet i Norge med barnevernet i Australia. De så blant annet på nasjonens kontekst og sentrale elementer i barnevernets organisasjon. Denne artikkelen viser at barnevernet i vesten er annerledes enn i andre ikke-vestlige land. Kojan & Lonne (2010) fant at mens barnevernet i Australia fokuserte på beskyttelse og risiko, var barnevernet i Norge mer rettet mot forebygging, tidlig intervensjon og støtte. Barnevernet i Norge vektlegger familiens generelle velvære. Det vil si at det er lavere terskel for inngripen i det Norske barnevern, sammenlignet med land som for eksempel Australia.

2.3 TANNHELSETJENESTEN OG DERES MELDE- OG OPPLYSNINGSPLIKT

Tannhelsetjenesten i Norge består både av en offentlig sektor, som tilbyr tannhelsetjenester til deler av befolkningen etter tannhelsetjenesteloven (1983), og en privat sektor, som skal tilby tannhelsetjenester til den øvrige befolkningen. Den offentlige tannhelsetjenesten skal innkalle alle barn mellom tre og atten år regelmessig, jf. tannhelsetjenesteloven § 1-3.

Helsepersonell, herunder tannhelsepersonell, har i visse situasjoner plikt til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger til barneverntjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

Formålet med opplysningsplikten er å tilrettelegge for at barn får nødvendig oppfølging og omsorg ut over behovet for helsehjelp. Begrepet opplysningsplikt blir både brukt om situasjoner der helsepersonell er pliktige til å gi opplysninger etter forespørsel fra barneverntjenesten, og i situasjoner der de plikter å gi opplysninger etter eget tiltak (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Begrepet meldeplikt blir ofte, men ikke konsekvent, brukt om den siste situasjonen. Begrepene er ikke tydelig skilt eller definert i litteraturen eller loven. I denne oppgaven blir begrepet opplysningsplikt brukt når det er snakk om å gi opplysninger etter forespørsel og begrepet meldeplikt der helsepersonell melder av eget tiltak.

Melde- og opplysningsplikten er nedfelt i helsepersonelloven § 33 annet og tredje ledd, og i bvl. § 6-4 annet ledd. Bestemmelsene presiserer at opplysningsplikten gjelder både av eget tiltak (meldeplikt), og etter pålegg fra barneverntjenesten eller andre barnevernmyndigheter

(opplysningsplikt). Meldeplikten gjelder dersom helsepersonell finner «grunn til å tro» at barn blir mishandlet i hjemmet eller at det foreligger «andre former for alvorlig omsorgssvikt». Meldeplikten inntreffer også dersom et barn har vist «vedvarende og alvorlig atferdsvansker», jf. helsepersonelloven §33 annet ledd. Opplysningsplikten påpeker videre at helsepersonell skal gi opplysninger dersom de får pålegg fra «organer som er ansvarlige for gjennomføringen av lov om barneverntjenester», jf. helsepersonelloven § 33 tredje ledd.

Ifølge Sosial – og helsedirektoratet (2006) kreves det ikke at den som skal gi opplysninger har sikker viten om at barnet er i en situasjon som beskrevet i helsepersonelloven § 33 annet ledd, men vedkommende må likevel ha noe mer enn en vag mistanke dersom de skal melde til barnevernet. Dette krever en vurdering fra tannhelsepersonellet. Det at et barn ikke lever under optimale forhold, eller at barnet og familien ville kunne ha nytte av et hjelpetiltak fra barneverntjenesten er ikke nok til å utløse meldeplikt til barnevernet. Tannhelsetjenestens plikt til å gi opplysninger til barneverntjenesten er dermed begrenset til de mer alvorlige tilfeller. Det er likevel viktig at tannhelsepersonellet ikke overtar barneverntjenestens rolle og fortsetter undersøkelsene for å avklare bekymringen på egen hånd. Er vilkårene for opplysningsplikten til stede, skal det meldes til barnevernet (Sosial – og helsedirektoratet, 2006). Ifølge samarbeidsavtalen (vedlegg 4) skal tannhelsepersonell også melde til barnevernet dersom barn mellom 0- 15 år ikke møter til tannlegen. Tannhelsepersonell skal først sende «ikke-møtt brev» til den det gjelder. Dersom pasienten fortsatt ikke møter skal tannhelsetjenesten oppspore pasienten og sende brev med informasjon om at det blir sendt bekymringsmelding til barnevernet dersom tannklinikken ikke hører fra dem innen fire uker.

Når tannhelsepersonell sender bekymringsmelding, skal de få tilbakemelding dersom det åpnes undersøkelsessak. Denne bestemmelsen ble gitt i 2009 og er en viktig endring for helsepersonell. Tidligere fikk ikke helsepersonell vite om barneverntjenesten foretok seg noe i den aktuelle saken, og dermed kunne man i realiteten sende flere meldinger etter at barnevernet hadde undersøkt og henlagt saken. Melde- og opplysningsplikten er begrunnet i hensynet til barnet, selv om det ved forberedelsen av bestemmelsen fremkom til dels sterke motforestillinger til en slik bestemmelse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). En av motforestillingene er hensynet til reglene om taushetsplikt.

2.4 TAUSHETSPLIKT

Taushetsplikten er et stadig omdiskutert tema i forhold til samarbeid mellom ulike tjenester (W. H. Andersson & Ådnanes, 2005; Glavin & Erdal, 2013; Harker, Dobel-Ober, Berridge, & Sinclair, 2004; Horwath & Morrison, 2007). Taushetsplikten har lange historiske og tradisjonelle røtter og inneholder etiske retningslinjer for yrkesutøvelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Hensikten med taushetsplikten er behovet for å beskytte privatpersoners integritet og å få tilgang til ømfintlige opplysninger som det offentlige har behov for, som lettere gis når de private vet at opplysningene ikke blir fortalt videre (Kjønstad, 2009). De ansatte i det offentlige har en forvaltningsmessig taushetsplikt etter forvaltningsloven (1967) §§ 13- 13f. Det finnes også en yrkesmessig taushetsplikt, som vil si at de forskjellige tjenestene har særlige taushetsbestemmelser i forhold til hver enkelt tjenestes lovgivning. Barneverntjenesten må forholde seg til taushetsplikten som er forankret i bvl. § 6-7 tredje ledd, mens tannhelsetjenesten må forholde seg til deres hovedregel om taushetsplikten som er nedfelt i helsepersonelloven § 21. I helsepersonelloven § 21 heter det at helsepersonell skal hindre at andre får «adgang eller kjennskap til taushetsbelagte opplysninger».

Taushetsplikten er imidlertid ikke absolutt eller ufravikelig. I visse tilfeller har tannhelsepersonell plikt til å videreformidle taushetsbelagte opplysninger etter helsepersonelloven §33 annet ledd. Barneverntjenesten kan også unntas fra taushetsplikten, jf. forvaltningsloven §13 b nr 5, og bvl. §6 -7. Et annet viktig unntak fra taushetsplikten er dersom det foreligger samtykke (Glavin & Erdal, 2013). Dersom man får samtykke fra den som har krav på taushetsplikt er dette til stor hjelp i praksis. Unntak fra taushetsplikten kan imidlertid svekke tilliten mellom pasient og behandler. Denne tilliten er blant annet viktig for å sikre at pasienten gir alle opplysninger som er nødvendige i en behandlingssituasjon (Glavin & Erdal, 2013).

Til tross for viktige taushetsbestemmelser, er det i et formalisert og forpliktende samarbeid stort behov for å kommunisere og utveksle informasjon (Harker et al., 2004; Kommunesektorens organisasjon [KS], 2013). Ifølge Harker et al., (2004) vil samarbeid være mer effektivt når de ulike tjenestene kan dele informasjon med hverandre. Likevel er det et stadig diskusjoner om taushetsplikten er et hinder for samarbeid (H. W. Andersson et al., 2005; Harker et al., 2004; Horwath & Morrison, 2007). H. W. Andersson et al. (2005) har drøftet hvorvidt lovgrunnlag og samarbeid kan utgjøre en reell barriere for tjenester som skal

samarbeide. Her blir det påpekt at lovbestemmelsene i forhold til taushetsplikten ikke ser ut til å være en barriere for samarbeid. I stedet kan det se ut som manglende kunnskap om hverandres tjenester er det som faktisk hindrer samarbeid (H. W. Andersson et al., 2005). Det er likevel enighet om at lovverket er komplisert, og på grunn av dette foreslås det en forenkling av lovverket (H. W. Andersson et al., 2005; Winsvold, 2011).

2.5 SAMARBEID

Barnevernet er i flere sammenhenger avhengig av å samarbeide med andre instanser for å utføre oppgaver (Ueland, 2014). Glavin & Erdal (2013) definerer begrepet samarbeid som et samspill, der en arbeider sammen i kompaniskap. Å gi en presis definisjon av begrepet samarbeid er imidlertid vanskelig, siden det er et hverdagslig ord som blir brukt i ulike sammenhenger.

Begrepene *samarbeid* og *samordning* blir ofte brukt om hverandre. Glavin & Erdal (2013 s. 26) viser til Aaseth (1984) når de beskriver at forskjellen mellom samarbeid og samordning handler om at samordning er mer formalisert samarbeid, og at relasjonene er av mer varig karakter. Samordning krever også mer ressurser enn samarbeid, noe som fører til at graden av forpliktelse blir større. En av hovedkomponentene i intervensjonen *Tannhelse og barnevern* er å iverksette en samarbeidsavtale mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten. Avtalen innebærer at det foreligger noe mer et uformelt samarbeid mellom disse tjenestene. Begrepet samarbeid blir likevel brukt i denne oppgaven, med en bevissthet om at det foreligger en formell samarbeidsavtale.

I litteraturen skilles det også ofte mellom tverrfaglig-, tverretatlig- og tverrsektorielt samarbeid eller samordning når det er snakk om samarbeid for utsatte barn og unge (Glavin & Erdal, 2013; Helsetilsynet, 2009; Morrison & Glenny, 2011). Disse begrepene blir ofte brukt om hverandre. I følge Willumsen & Hallberg (2003) finnes ikke et felles språk for å beskrive samarbeid. Dette hevder Willumsen (2009) kan være fordi begrepet samarbeid er i kontinuerlig forandring. *Tverrfaglig samarbeid* er en arbeidsform. Det er en kreativ vei til samarbeid i det offentlige, som innebærer at flere yrkesgrupper med ulik faglig bakgrunn arbeider sammen om en felles oppgave. *Tverrsektorielt samarbeid* betyr samarbeid på tvers av sektorene i kommunen, mens *tverretatlig samarbeid* betyr samarbeid på tvers av etatsgrensene i kommunen (Glavin & Erdal, 2013; Morrison & Glenny, 2011). Glavin & Erdal (2013) hevder man kan kalle samarbeidet for tverrfaglig samarbeid når flere

yrkesgrupper på tvers av grensene arbeider mot felles mål. Det tverrfaglige samarbeidet kan være både på tvers av etater og sektorer. Et eksempel på tverrfaglig samarbeid kan være når en psykolog, lege og miljøterapeut jobber med samme ungdom som bor på institusjon.

Denne masteroppgaven omhandler samarbeid mellom to etater, barneverntjenesten og tannhelsetjenesten, som har ulike mål og oppgaver. Selv om det blir påpekt felles målsetninger i samarbeidsavtalen, handler samarbeidet om at tannhelsetjenesten skal melde en bekymringsmelding, og deretter er det barnevernet sin oppgave å sikre at det barnet får nødvendig hjelp og oppfølging. Samarbeidet kan derfor kalles for tverretatlig samarbeid. Siden barneverntjenesten og tannhelsetjenesten har ulik organisering, samt er forankret på forskjellige forvaltningsnivå, kan også samarbeidet betegnes for tverrsektorielt samarbeid.

Jeg har valgt å benytte begrepet tverretatlig samarbeid når jeg diskuterer samarbeidet mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten. Likevel brukes litteratur rundt tverrfaglig samarbeid, som eksempelvis Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003) sine modeller. Begrunnelsen for dette er at mye av litteraturen rundt tverrfaglig samarbeid også kan brukes til å belyse samarbeid på tvers av etater. Begrepet tverrfaglig samarbeid blir derfor brukt i teoridelen når jeg referer til nevnte modeller, ettersom dette begrepet blir brukt av forfatterne, mens begrepet tverretatlig samarbeid blir brukt i diskusjonen om samarbeidet mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten.

2.5.1 Formålet med tverrfaglig samarbeid

Glavin & Erdal (2013) påpeker noen viktige faktorer for å forstå nødvendigheten av tverrfaglig samarbeid. Mye av litteraturen om tverrfaglig samarbeid handler om barnevern og psykisk helse, ofte i forhold til koordinert hjelp, tiltak, ansvarsgrupper og lignende. I oppgaven blir likevel litteratur om tverrfaglig samarbeid brukt, da denne litteraturen også kan være relevant for å belyse samarbeid på tvers av etater. Økt fokus på tverrfaglig samarbeid handler også om behovet for tidlig intervensjon, som er særlig relevant for denne oppgaven. Desto tidligere man kommer inn i en sak, desto større er sjansen for at barnevernet lykkes med å hjelpe. Derfor er kombinasjonen av meldeplikt og gode samarbeidsforhold viktig slik at tjenestene som er i kontakt med barn, som for eksempel tannhelsetjenesten, raskt melder inn sin bekymring til barnevernet (Solstad, 2014).

Utsatte barn og unge har som regel sammensatte problemer med behov for flere tjenester. Det er dermed et sterkt behov for å styrke de helhetlige perspektivene når det gjelder

oppvekstvilkår for barn og unge. Samhandlingsreformen skal fokusere på kommunenes ansvar for en helhetlig tenkning med forebygging og tidlig intervensjon. Ved å samarbeide vil de involverte partene kunne dele sin kompetanse, både når det gjelder felles målsetning og arbeidet for å komme dit (Glavin & Erdal, 2013). For at ulike tjenester skal kunne vurdere hvordan barnet har det er det helt nødvendig med et tverrfaglig samarbeid for å få frem et helhetlig bilde av situasjonen (Glavin & Erdal, 2013). Barneverntjenesten og tannhelsetjenesten har imidlertid ulike muligheter for observasjon av et barn ut fra sin profesjonsrolle. For å vurdere hvordan et barn har det, blir det derfor viktig at tannhelsepersonell sender melding ved bekymring, slik at barnevernet kan gjøre en vurdering og eventuelt starte en undersøkelse av saken. Bvl. § 6-4 annet ledd og helsepersonelloven § 33 annet ledd gir tannhelsepersonell en lovbestemt meldeplikt til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. De har også en opplysningsplikt etter pålegg fra barneverntjenesten. Kloppen et al. (2010) hevder at like viktig som at tannhelsepersonell sender melding ved bekymring, er det at barnevernsarbeidere ser på tannhelsetjenesten som relevante informanter i undersøkelsessaker etter bvl. § 4-3, slik at barnevernet kan få viktige opplysninger i en undersøkelsessak.

Faglig støtte er også en faktor som begrunner at tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig (Glavin & Erdal, 2013). Omsorgssvikt og mishandling er ofte følelsesmessig belastende saker, og da vil et tverrfaglig samarbeid kunne være en god støtte for yrkesutøveren. I følge Glavin & Erdal (2013) kan følelsesmessige reaksjoner være med på å forvrengte det vi ser, som igjen kan føre til at vi feilvurderer saken. Å gjøre slike feilvurderinger kan være ekstra sårbare i barnevernssaker. Kvello (2013) s. 24 sier det slik: «å jobbe med barnevern er å møte personer i utsatte situasjoner og med store belastninger som gjør dem ekstra sårbare om man trår feil». En helhetsvurdering som flere yrkesgrupper bidrar til, vil kunne korrigere slike feilkilder. Dette vil kunne skje oftere dersom yrkesgruppene blir mer synlige for hverandre (Glavin & Erdal, 2013). En todelt rapport fra Storbritannia viste at 67 prosent av tannhelsepersonellet som svarte på en spørreundersøkelse hadde registrert ett eller flere tilfeller hvor de mistenkte mishandling eller omsorgssvikt. Likevel var det bare 29 prosent som noen gang hadde meldt dette videre (Harris et al., 2009a) I andre delen av rapporten kom det frem at tannhelsepersonell følte større behov for faglig støtte for å kunne melde saker videre til eksempelvis barnevern. Det kom også frem at samarbeid mellom ulike instanser etterlyses blant respondentene (Harris, Elcock, Sidebotham, & Welbury, 2009b). Dette

samsvarer med det Glavin & Erdal (2013) skriver i forhold til at faglig støtte er helt vesentlig for å få til et godt tverrfaglig samarbeid og dermed gi barnet best mulig hjelp.

Økt kompetanse er også en god begrunnelse for å ha tverrfaglig samarbeid (BLD, 2013a). Glavin & Erdal (2013) påpeker at møter mellom ulike tjenester kan bidra til å bygge opp kompetanse og øke kunnskapsnivået hos de ulike yrkesutøverne. For å kunne avdekke mulige tegn på omsorgssvikt og mishandling må tannhelsepersonell ha kunnskap om hva de skal se etter. Den enkelte praktikers kompetanse utgjør i utgangspunktet bare en del av helheten, derfor er det viktig å møtes for å kunne få til et mer helhetlig hjelpetilbud for barn og unge (Glavin & Erdal, 2013).

Oppsummert er tidlig intervensjon, helhetlig vurdering, faglig støtte og økt kompetanse, gode begrunnelser som viser til at tverrfaglig samarbeid er helt nødvendig. Dette kan også være relevante faktorer med tanke på det tverretatlige samarbeidet mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten.

2.5.2 Suksesskriterier og hindringer for tverrfaglig samarbeid

Glavin og Erdal (2013) har ved gjennomgang av litteratur og egen praksis definert ulike suksesskriterier for tverrfaglig samarbeid. De viser til Skare (1996) når de også fremlegger faktorer som kan hemme samarbeid. De forholdene som hemmer tverrfaglig samarbeid er i all hovedsak de motsatte av hva som fremmer. Under presenteres de faktorene som er mest relevante til undersøkelsens problemstilling som er: «hvordan opplever barnevernsarbeidere samarbeidet med tannhelsetjenesten?»

I følge Glavin & Erdal (2013) er det viktig at samarbeidssystem *forankres* i kommunes planer for at de skal overleve. På den måten vil ikke samarbeidet avhenge av enkeltpersoner. Det er viktig at lederen er involvert og at ansvaret er plassert. De ulike samarbeidsplanene bør også være godkjent og vedtatt administrativt og politisk. Det er videre viktig at de ulike etatene og instansene har eierforhold til planen og kjenner innholdet i den. Samarbeidsavtalen mellom barnevernet og tannhelsetjenesten er formalisert og vedtatt i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Den er både administrativt og politisk godkjent og vedtatt. Men for at den skal fungere optimalt, er det som Glavin & Erdal (2013) påpeker, viktig at lederne er involverte og at de ansatte som jobber i barnevernet og i tannhelsetjenesten kjenner til innholdet i samarbeidsavtalen. Videre er det ifølge Glavin & Erdal (2013) en fordel at de ulike etatene har *felles målsetning*. Dersom de har det, vil det være lettere å finne felles metoder og

strategier for å nå målene. Det handler om å ha en bevisstgjøring når det gjelder hva man vil oppnå, noe som igjen kan føre til at man får gode resultater i det tverrfaglige samarbeidet. Barneverntjenesten og tannhelsetjenesten har i utgangspunktet ikke felles målsetning. Tjenestene har ulike oppgaver og ulike mål. Samtidig blir det påpekt felles mål i den formelle samarbeidsavtalen. Der skrives det at formålet med samarbeidsavtalen er å etablere gode rutiner mellom barnevernet og tannhelsetjenesten for å kunne avdekke omsorgssvikt og mishandling mot barn og unge. Et videre mål er å sikre tverrfaglig samarbeid og å øke kompetansen hos begge tjenestene.

Å ha et *realistisk syn på samarbeidsmuligheter* er en annen faktor i modellen til Glavin & Erdal (2013). Å ha vilje til å se hva andre etater kan bidra med og vilje til å endre praksis i stedet for å leve med konflikter, er en viktig forutsetning for å få til et godt samarbeid. Det handler blant annet om selvkritikk i egen etat og det handler om å ha kjennskap til hverandres fagområder. *Nytteopplevelse* er en fjerde faktor. Det er en fordel at den enkelte deltaker mener at samarbeidet er meningsfylt og at de opplever det som nyttig. Det handler om at etatene ser at de har bruk for hverandres kompetanse, og at det tverrfaglige samarbeidet fører til mindre arbeidsbyrde for den enkelte (Glavin & Erdal, 2013). Et eksempel er at tannhelsetjenesten sitter igjen med en opplevelse av at det er meningsfylt å melde inn bekymringsmeldinger til barnevernet.

Tillit er en annen viktig faktor som Glavin & Erdal (2013) mener kan fremme det tverrfaglige samarbeidet. Dersom samarbeidet er basert på respekt og åpenhet, vil dette ofte kunne føre til tillit mellom aktørene i samarbeidet. Tillit handler også om å ha tillit til at andre sitter med relevant kunnskap. Et eksempel her er at barnevernet har tillit til at tannhelsetjenesten sitter med kompetanse som gjør at de kan oppdage omsorgssvikt og mishandling, og at tannhelsetjenesten har tillit til at barnevernet gjør det som er til det beste for barnet dersom de melder en bekymring. Videre er det viktig at tjenestene har *kunnskap om hverandre*. Dersom et tverrfaglig samarbeid skal fungere, er det vesentlig at de ulike aktørene har kunnskap om den enkeltes ansvar og rolle. Det handler om kjennskap til andres tjeneste. Glavin & Erdal (2013) påpeker at det ikke er likhetene som driver det tverrfaglige arbeidet, men ulikhetene. Det er viktig å finne den enkeltes sterke sider, utvikle disse, og dermed til sammen dekke et større spekter av kompetanse. Barnevernstjenesten og tannhelsetjenesten er to forskjellige etater, som har ansatte med helt ulike profesjoner. For at et tverretatlig samarbeid mellom dem skal fungere, er det derfor svært viktig at de har kunnskap om hverandres tjenester og vet hva de kan forvente av hverandre. I tillegg til fagkompetanse innad i hver yrkesgruppe, er det

også viktig med felles *kompetanse*. Ulike holdninger kan være en hindring. Det er derfor av betydning at alle får en felles forståelse av viktigheten av samarbeidet, at alle har felles verdigrunnlag og at det er påkrevd med vedlikehold og felles opplæring. Å utvikle kompetanse kan blant annet skje gjennom veiledning og refleksjon (Glavin & Erdal, 2013).

I tillegg til suksesskriteriene som Glavin & Erdal (2013) har utviklet, viser de til Skare (1996) når de fremlegger noen faktorer som hemmer et tverrfaglig samarbeid. *Domenekonflikter* er den første faktoren. Noe som kan vanskeliggjøre et samarbeid er dersom den enkelte etat hegner om egne domener og føler seg truet. For å unngå dette er det viktig å tydeliggjøre hva som er målet med samarbeidet og holdningene rundt dette. I denne sammenheng er opplæring viktig (Glavin & Erdal, 2013). Samarbeidsavtalen som ble iverksatt mellom barnevernet og tannhelsetjenesten kan også bidra til å tydeliggjøre hva som er målet med samarbeidet. At *gevinsten er asymmetrisk fordelt* kan også være en barriere. Dersom noen av partene opplever at konsekvensene av samarbeidet er uheldige for seg, kan dette være problematisk. Glavin & Erdal (2013) poengterer derfor at det er viktig at den enkelte opplever at samarbeidet er nyttig for seg og at man får noe igjen. Det handler om at det må være en balanse som hindrer opplevelsen av at man gir mer enn man får. Et eksempel på dette kan være at barneverntjenesten ikke gir tilbakemelding til melder når tannhelsetjenesten har sendt en bekymringsmelding. Da kan tannhelsetjenesten oppleve å gi fra seg mye uten å få noe tilbake. *Profesjonsinteresser* er en tredje faktor som kan hemme tverrfaglig samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). Ulike profesjonsinteresser innebærer lite kjennskap til hverandres arbeidsområde og ulik yrkesutdanning, som kan føre til at de ulike profesjonene mangler tillit til den andres kompetanse. *Motstridende oppgaver hos etatene* kan også ifølge Glavin & Erdal (2013) hemme samarbeid. Ulike målsetninger i forhold til målgruppen kan føre til at samarbeidet blir vanskelig. Barnevernet og tannhelsetjenesten har ulike oppgaver. Mens barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under skadelige forhold skal få nødvendig hjelp og omsorg, er tannhelsetjenestens hovedoppgave å tilby tannhelsetjenester.

Pålagt samarbeid er heller ikke noe godt utgangspunkt for et tverrfaglig samarbeid.

Deltakelse og opplevelse av medbestemmelse vil gi et helt annet utgangspunkt.

Medbestemmelse er dermed en viktig faktor når man skal innføre nye systemer i forhold til samarbeid (Glavin & Erdal, 2013). Samarbeidsavtalen mellom barnevernet og tannhelsetjenesten pålegger etatene å ha årlige samarbeidsmøter, noe som tannhelsetjenesten skal ta initiativ til. Tilslutt påpeker Glavin & Erdal (2013) at *manglende ressurser* kan hemme tverrfaglig samarbeid. Dersom det er mye å gjøre i egen etat, kan det være vanskelig å

prioritere slikt samarbeid. For at samarbeid skal vedlikeholdes, kreves det planlegging, møtevirksomhet og dokumentasjon. Dette kan medføre motstand fordi man har knappe ressurser fra før, og vil derfor oppleve at samarbeidet går ut over det daglige arbeidet som skal gjøres. Det er ikke ukjent at barnevernet har mange komplekse og tidskrevende oppgaver (Heggen, Jørgensen & Rød, 2013), noe som kan føre til at de nedprioriterer samarbeidet med tannhelsetjenesten.

2.5.3 Modell for organisering av samarbeid

Willumsen & Hallberg (2003) har laget en modell for organisering av samarbeid og innramming av samspeillet mellom fagfolk og mellom fagfolk og familier/barn. Denne modellen underbygger noen av faktorene til Glavin & Erdal (2013) i forhold til hva som er viktig for et tverrfaglig samarbeid, samtidig som den tilføyer noen nye. Modellen vil også gi en bredere forståelse av tverrfaglig samarbeid, enn modellen til Glavin & Erdal (2013) alene, siden modellen viser til hvordan samarbeid kan forstås som en prosess som består av både yrkesutøveres bidrag og interaksjon.

Willumsen & Hallberg (2003) har gjennomført en kvalitativ studie som er basert på barn og unge med psykososiale problemer som bor på institusjon i Norge. Formålet med studien var å utvikle kunnskap og få en bredere forståelse av helheten rundt tverrfaglig samarbeid i barnevernet. Ifølge Willumsen & Hallberg (2003) finnes det i for liten grad forskning på samarbeidet mellom barnevernet og andre yrkesgrupper, og påpeker i den sammenheng at det er behov for å utvikle bredere kunnskap akkurat på dette området. Som et resultat av studien utviklet de en samarbeidsmodell som skal gi en helhetlig forståelse av samarbeidsprosessen med fokus på både struktur og samhandling.

Willumsen & Hallberg (2003) kategoriserte fem faktorer som var yrkesutøvernes bidrag i samarbeidet; *kunnskap om egen og andres tjenester, problemforståelse, prioritering, forpliktelse og rom for handling*. Disse kategoriene vil variere avhengig av den enkelte sak. Videre ble det kategorisert tre trekk som viste til yrkesutøvernes interaksjon i samarbeidet; *bygge nettverk, utvikle tillit og å utøve fleksibilitet*. Disse kategoriene var viktige for å gjennomføre et godt samarbeid over tid. Alle de åtte kategoriene vil påvirke hverandre i en dynamisk utviklende prosess, og vil kunne legge til rette for helhetlige og integrerte tjenester i tverrfaglig samarbeid.

I likhet med Glavin & Erdal (2013) påpeker Willumsen & Hallberg (2003) viktigheten av at yrkesutøverne har *kunnskap om egen og andres tjenester*. Det handler blant annet om å ha kunnskap om tjenestens oppgaver og prosedyrer, tjenestens begrensninger og muligheter, samt hvordan tjenesten er organisert. Det er viktig å utforske grensene i forhold til hvilke muligheter og begrensninger de spesifikke etatene som er involvert i samarbeidet har. Dette har betydning for å få en indikasjon på hvilke tjenester som er tilgjengelige og hvilken støtte en kan forvente å få. Willumsen & Hallberg (2003) fant i sin undersøkelse at mangel på tid og mulighet til å møtes var en barriere som reduserer tilgjengeligheten for eksterne samarbeidspartnere, samt at det satte begrensninger for kommunikasjon generelt.

Problemforståelse er en kategori som Willumsen & Hallberg (2003) knytter til yrkesutøvernes personlighet og deres faglige bakgrunn. I deres studie ble informantenes spesifikke faglige orientering, erfaringen de hadde og deres personlige verdier og stil sentrale faktorer for hvordan de håndterte og forstod et problem. En tredje kategori som påvirker det helhetlige tverrfaglige samarbeidet er hvordan yrkesutøvere *prioriterer* ulike saker. Fagpersonene som var involvert i studien refererte til deres tunge arbeidsbelastning og sa at det var vanskelig å prioritere saker (Willumsen & Hallberg, 2003).

De to siste kategoriene i forhold til yrkesutøveres bidrag, er også knyttet til personlige faktorer. *Forpliktelse* handler om hvor engasjert yrkesutøveren er i en konkret sak. Det handler både om nærheten til tjenestebrukeren, posisjon i organisasjonen og oppfatning av ansvar (etikk). Kategorien *rom for handling* handler om yrkesutøvernes frihet til å vedta kreative løsninger, muligheter til å svare på individuelle behov, evne til å utvide faglig ansvarsområde, strekke etatsgrenser og finne nye løsninger (Willumsen & Hallberg, 2003).

Willumsen & Hallberg (2003) har videre utviklet tre kategorier som var avgjørende for hvordan samarbeidet ble holdt sammen. Kategoriene blir sett på som «limet» for samarbeidet. Den første kategorien er *nettverksbygging*, som handler om å etablere kanaler for kommunikasjon, relasjonsbygging og å være tilgjengelig. Det innebærer å inkludere relevante samarbeidspartnere som sørger for gjensidig bidrag og kontinuitet. Å møtes regelmessig med de du skal samarbeide med ble fremhevet som særlig viktig, noe som også blir fremhevet i Glavin & Erdal (2013) sin modell. I Willumsen & Hallberg (2003) sin studie poengterte informantene betydningen av å ha muligheter for å kontakte hverandre på telefon og å bruke mindre og uformelle møter for mer spesifikke eller akutte saker. Samtidig var det å se personen du skal samarbeide med, ikke bare snakke over telefon, fremhevet som særlig viktig.

Willumsen & Hallberg (2003) konkluderer med at dersom man kjenner ansiktet på personen man skal samarbeide er det lettere å ta en telefon.

Den andre kategorien som var avgjørende for hvordan samarbeidet ble holdt sammen var å *utvikle tillit*. Utvikle tillit handler om støtte og anerkjennelse, åpenhet og eksplisitt kommunikasjon, gjensidighet og lojalitet (Willumsen & Hallberg, 2003). Dette kan være vanskelig siden problemer innad i barnevernet ofte er komplekse uten noen åpenbare løsninger. Informantene i Willumsen & Hallberg (2003) sin studie la vekt på viktigheten av å skape en trygg og åpen atmosfære som gjør at man stoler på at den andre gjør sin oppgave og som gir rom for at samarbeidspartnere kan gi hverandre tilbakemeldinger. Betydningen av å utvikle tillit mellom tjenester som skal samarbeide med hverandre ble også vektlagt i Glavin & Erdal (2013) sin modell. En siste kategori er å *utøve fleksibilitet*. Dette inkluderer fordeling av ansvar, forhandlinger og refleksjon, bruk av makt, generøsitet, respons på uforutsigbarhet og åpenhet for endring (Willumsen & Hallberg, 2003). Fleksibilitet handler videre om å finne balansen mellom å gi og ta. Dette kan sees i sammenheng med Glavin & Erdal (2013) sin samarbeidsmodell, som vektlegger at samarbeidet må være symmetrisk fordelt. Willumsen & Hallberg (2003) poengterer at man må være i stand til å diskutere, være uenige og prøve å utfylle hverandre. Videre må man møte hverandre med respekt og et åpent sinn for å skape et best mulig tverrfaglig samarbeid.

De ulike kategoriene som er beskrevet ovenfor, vil deretter lede til det Willumsen & Hallberg (2003) kaller for «readiness to act». «Readiness to act» kan forstås som en kjernekategori som inneholder flere kategorier, både yrkesutøverens bidrag og yrkesutøverens interaksjon, som bør være tilstede dersom profesjonelle skal kunne jobbe best mulig tverrfaglig med barn og unge med komplekse problemer. Å kunne utøve kreative løsninger som utfordrer både faglige og organisatoriske grenser, god kommunikasjon, samt å prioritere og å være fleksibel er viktige elementer. Høy grad av «readiness to act» vil kunne legge til rette for integrerte og helhetlige tjenester for barn og unge.

Modellen til Willumsen og Hallberg (2003) er i utgangspunktet utarbeidet i forbindelse med tverrfaglig samarbeid rundt ungdom i institusjon. Modellen beskriver ulike faktorer som kan være avgjørende for yrkesutøverens tverrfaglige samarbeid. Modellen viser likeså til faktorer som er sentrale i forbindelse med yrkesutøvernes samarbeid på tvers av etater. I den forlengelse vil modellen også kunne benyttes for å få en bredere forståelse for samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Formålet med å bruke denne modellen i oppgaven

er i hovedsak for å se på hva som kan hemme og fremme samarbeidet mellom disse tjenestene.

3.0 FORSKNINGSOPPSUMMERING

Dette kapittelet gir en forskningsoppsummering av samarbeidet mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten. Det blir vist til både internasjonale og nasjonale forskningsartikler om tannhelsetjenestens meldepraksis til barnevernet og hvordan barnevernet samarbeider med andre relevante tjenester. Resultatene av disse studiene er interessante for å belyse oppgavens problemstilling.

3.1 FORSKNING OM TANNHELSETJENESTENS MELDEPRAKSIS

Det finnes en rekke internasjonale studier på tannhelsetjenestens meldepraksis (Uldum et al., 2010; Carins et al., 2005; Harris et al., 2009). Forskning på meldepraksisen fra tannhelsepersonell til barnevern i norsk kontekst har vært vanskelig å finne. I Danmark har Uldum et al. (2010) gjort en kvantitativ studie som fant at tannhelsepersonell i Danmark ikke ser ut til å fylle sin rolle tilstrekkelig i barnevernssaker. Totalt var det 1145 (76.3 prosent) som returnerte spørreskjemaene som ble sendt ut. Av disse var det 38.3 prosent av informantene i undersøkelsen som rapporterte at de hadde hatt mistanke om at barn var utsatt for barnemishandling og forsømmelse. Av de som hadde hatt mistanke, rapporterte 1/3 mistanken videre til barnevernet.

I Storbritannia er det gjort flere studier på meldepraksisen til tannhelsepersonell. Carins et al. (2005) har utført en kvantitativ undersøkelse av tannleger i Skottland. Det ble gitt spørreskjema til femhundre tilfeldig utvalgte tannleger og spørreskjema til ytterlige to hundre tilfeldig utvalgte for å øke responsen. 61 prosent (306) av de originale fem hundre svarte og 35 prosent (69) fra den andre runden med utsendte spørreskjema svarte. Undersøkelsen fant at 29 prosent av tannlegene hadde sett minst ett mistenkelig tilfelle i deres karriere, men bare 8 prosent ble sendt videre til relevante myndigheter. Lignede funn er gjort av Harris et al. (2009a) i Skottland. De fant i sin kvantitative undersøkelse av tannhelsepersonell at 67 prosent av respondentene hadde hatt mistanke om mishandling eller vanskjøtsel av et barn, men bare 29 prosent hadde noen gang sendt en bekymring til barnevernet. I London er det også gjort en kvantitativ undersøkelse på holdninger, kunnskap og praksis av tannleger i forhold til barnevernet. Undersøkelsen er utført av Al-Habsi, Roberts, Attari & Parekh (2009). De fant at av de 46 prosentene som svarte på spørreskjemaene, var det 15 prosent som hadde sett minst én pasient der det var mistanke om barnemishandling. Likevel var det bare 7 prosent (7 av 105) som hadde rapportert slike tilfeller videre til barnevernet. Disse resultatene,

som tyder på en betydelig underrapportering fra tannhelsepersonell til barnevern, samsvarer også med annen internasjonal forskning (Laud et al., 2013; Sonbol et al., 2012).

Det er identifisert flere forklaringsfaktorer på hvorfor det foreligger en underrapportering fra tannhelsepersonell til barnevernet. Ifølge Uldum et al. (2010) er tannhelsepersonell usikre på hva de skal gjøre når de mistenker omsorgssvikt eller mishandling av et barn, på grunn av manglende kunnskap om meldingsprosedyrer og usikkerhet knyttet til observasjon av et barn. Dette er funn som samsvarer med annen forskning (Gilbert et al., 2009a; Laud et al., 2013; Sonbol et al., 2012; Harris et al., 2009). En svensk studie utført av Kvist, Wickström, Miglis & Dahllöf (2014), brukte fokusgrupper til å undersøke hva som fører spesialister i tannbehandling til å mistenke barnemishandling og omsorgssvikt og hva som påvirker beslutningen om å rapportere slike mistanker videre til barnevernet. Undersøkelsen fant at en av grunnene til at tannlegene ikke meldte videre sin bekymring var svikt i kommunikasjonen med barneverntjenesten. Dette handlet om mangel på tilbakemelding fra barneverntjenesten, som førte til at svenske tannleger ble usikre på om barnets situasjon ville forbedres eller forverres ved å sende bekymringsmelding. Andre forskere legger til forklaringsfaktorer som frykt for negative konsekvenser, frykt for vold eller andre konsekvenser mot barnet eller direkte mot dem selv, og frykt for søksmål og rettsak (Al-Habsi et al., 2009; Cairns et al., 2005).

De ovennevnte undersøkelsene finner at tannhelsepersonell har manglende opplæring og kunnskap om barnevernet generelt og i forhold til hvordan de skal samarbeide og sende bekymringsmelding til barnevernet. I følge Carins et al. (2005) sin kvantitative undersøkelse av tannhelsepersonell, viser det seg at bare 19 prosent kunne huske noen form for lavere utdanning/trening i barnevern og 16 prosent hadde vært på et videreutdanningskurs eller seminar. Carins et al. (2005) konkluderer med at hensiktsmessig opplæring, som tannhelsepersonellet etterlyste, burde inkludere kompetanse i vurdering av mistenkelige faktorer og man burde også involvere tannhelsepersonell i tverretattlig barnevernsfaglig trening. Også Al-Habsi et al. (2009) konkluderer med at mer informasjon og opplæring er helt nødvendig for å øke bevisstheten på hvor viktig rolle tannleger har i barnevernet.

Oppsummert peker den ovennevnte forskningen på at tannhelsepersonell har sett mange barn de er bekymret for, uten å rapportere dette videre til barnevernet. Forskerne finner at klarere meldingsrutiner, samt mer kunnskap og opplæring er helt nødvendig for at tannhelsepersonell skal melde fra om bekymring til barnevernet.

3.2 FORSKNING OM BARNEVERNETS TVERRFAGLIGE SAMARBEID MED ANDRE TJENESTER

Flere nasjonale undersøkelser viser at samarbeidet mellom barneverntjenesten og andre relevante tjenester ofte kan være vanskelig (Backe-Hansen, 2009; Baklien, 2009; Drevdal, 2007). Av særlig relevans er en studie av Baklien (2009), som har gjennomført en kvalitativ undersøkelse av samarbeidet mellom lærere, barnehageansatte, helsesøstre og ansatte i barneverntjenesten. I denne undersøkelsen uttrykte både lærere og barnehageansatte mistillit til barnevernet. Det handlet blant annet om at de opplevde barnevernet som et lukket system og at de synes det er liten hjelp i å henvende seg dit. Oppfatningen av barnevernet som et lukket system ble knyttet til konkrete barrierer som taushetsplikt og at barnevernet krever informasjon uten å gi noe tilbake. Både lærere og barnehageansatte ønsket å vite hva barnevernet gjør når de har sendt en bekymring. Samtidig ønsket de seg mer informasjon slik at de kan justere forventningene de har til barnevernet. Råd og veiledning var også ønskelig. Oppfatningen av at det er lite hjelp i å henvende seg til barnevernet handlet om at lærerne og barnehageansatte var usikre på om en bekymringsmelding til barnevernet egentlig ville bedre barnets situasjon. En annen grunn til at de ikke sendte meldinger var at de oppfattet at barnevernet hadde manglende ressurser og for mange saker, noe som blant annet ble kommunisert gjennom lokale media. Oppfatningen av barnevernet som overarbeidet og utilgjengelig gjorde terskelen for å melde bekymring og ta kontakt ekstra høy (Baklien, 2009).

På bakgrunn av den mistilliten som ble uttrykt av barnevernets samarbeidspartnere, mente Baklien (2009) at det var hensiktsmessig å spørre ansatte i barneverntjenesten om hvordan barnevernet ser på seg selv, og om hvilket bilde de formidler til potensielle samarbeidspartnere. Resultatene viste at flere i barneverntjenesten klaget over at de ikke får gjort en så god jobb som de ønsker. Sakene er både for mange og for komplekse. Lignende resultater fant også Rød, Iversen, & Underlid, (2012) da de gjorde en kvalitativ undersøkelse om barnevernets håndtering av meldinger som gjaldt foreldrekonflikter. Et av resultatene viste at det ikke bare var innholdet i bekymringsmeldingen som avgjorde hva barnevernsarbeiderne gjør med meldingene, men at hektiske hverdager på kontoret også var en faktor. Ifølge Rød, Iversen, & Underlid (2012) er det urovekkende at mange varslinger ikke gjennomgår systematisk risikovurderinger, men er droppet på grunnlag av faktorer som ikke har noe å gjøre med omsorgssituasjonen for barnet. I likhet med disse undersøkelsene viser Glavin &

Erdal (2013) i sin modell at manglende ressurser kan være hemmende for tverrfaglig samarbeid.

Baklien (2009) fant også at ansatte i barnevernet har en nokså negativ oppfatning av de potensielle samarbeidspartnerne i skole og barnehage. De ansatte uttrykte at «de andre» har lite kunnskap om barnevernet og at de venter for lenge med å melde en bekymring. De påpekte videre at «de andre» har en forventning om at barneverntjenesten skal befri dem for problemene og forandre verden for dem. På bakgrunn av undersøkelsens resultater, poengterer Baklien (2009) at aktørene må bli mer synlige og tilgjengelige for hverandre. Hun understreker også at kunnskap om hverandre er en forutsetning for samarbeid, noe som i sin tur kan bidra til at terskelen for å ta kontakt blir lavere. Både Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003) presiserer også i sine modeller at kunnskap om hverandres tjenester er av stor betydning for at et tverrfaglig samarbeid skal fungere.

Backe – Hansen (2009) har utført et spørreskjema undersøkelse der hun har undersøkt samarbeidet mellom barnehage og barnevernet. Resultatene av denne undersøkelsen viser at nesten alle styrerne i barnehagene etterlyste et åpnere, mer synlig og mer utadrettet barnevern. Mange henviste til barneverntjenestens forvaltning av taushetsplikten. Styrerne i barnehagene ønsket flere tilbakemeldinger om hva som skjer etter at en sak er blitt meldt til barneverntjenesten. Hensikten var ikke å få vite alt, men det som har relevans for arbeidet barnehagen gjør i forhold til barn og foreldre. I undersøkelsen kom det også frem at styrerne ønsket seg et samarbeid som er basert på gjensidig tillit og respekt fra barneverntjenestens side. Det oppleves gjerne som manglende tillit fra barneverntjenestens side når det ikke gis tilbakemelding til styreren som melder. Det er relevant å nevne at Backe- Hansen (2009) sin artikkel ble utgitt i april 2009, mens tilbakemeldingsplikten fra barnevernet ble innført i juli 2009. Bestemmelsen om at helsepersonell skal få tilbakemelding ble dermed gitt etter denne undersøkelsen, noe som kan forklare etterspørselen på tilbakemelding. Ifølge Backe- Hansen (2009), kan det også oppleves som manglende tillit når barneverntjenesten enten ikke etterspør barnehagens vurdering av et barn som har barnehagen som hjelpetiltak, eller bare etterspør slike vurderinger når det trengs en rapport i forbindelse med den videre saksbehandlingen. Til mindre synlig barneverntjenesten er, desto lettere kan det oppstå misforståelser og eventuelt manglende tillit. Lignende funn fant Drevdal (2007) i sin masteroppgave, der hun intervjuet både skoleledere og barnevernsarbeidere for å belyse samarbeidet mellom skole og barnevern. Hun fant at skolene etterlyser både informasjon og

tilbakemeldinger fra barneverntjenesten. Samtidig fant hun at barnevernsarbeiderne fremhever at skolene ikke har et realistisk syn på barnevernets muligheter til inngripen.

Analysefirmaet Protinus har på oppdrag fra Befringutvalget bak NOU 2000:12, gjennomført en kvalitativ undersøkelse om hvordan barnevernet samarbeider med andre instanser (BLD, 2000a). Protinus gjennomførte til sammen 24 intervjuer med informanter fra kommunalt og fylkeskommunalt barnevern, fylkesmannens sosial- og familieavdeling, barnevernets samarbeidspartnere på kommunalt og fylkeskommunalt nivå, private barnevernsinstitusjoner og frivillige organisasjoner. Undersøkelsen viste blant annet at barnehagene og skolene vegret seg for å sende bekymringsmelding av frykt for å ødelegge samarbeidet med foreldrene. Undersøkelsen viste også at ulike tjenester som samarbeider med barnevernet ønsket en mer systematisk tilbakemelding. Barneverntjenesten på sin side, ønsket at samarbeidsinstansene skal melde tidligere. De ansatte i barneverntjenesten opplevde også at samarbeidspartnere har for lite kunnskap om barneverntjenestens lovverk og metoder. Det kom frem i undersøkelsen at ansatte i barneverntjenesten opplevde at andre tjenester ofte hadde urealistiske forventninger til hva barnevernet kan utføre, noe som skapte frustrasjon i samarbeidet og svekket tilliten til barneverntjenesten.

Rapporten til Protinus viser at i de kommunene hvor det var innført et forpliktende tverrfaglig samarbeid, synes det å oppnås bedre samarbeidsresultater. At et samarbeid er forankret både politisk og administrativt og at samarbeidspartene dermed er forpliktet til å delta, gjør det legitimt å bruke tid og ressurser på samarbeidet. Hospitering mellom samarbeidsinstansene nevnes også som et effektivt tiltak for å bedre samarbeid. Informantene i undersøkelsen fremhevet følgende faktorer da de ble spurt om hva som må til for å oppleve samarbeidet med ulike instanser som godt: Kunnskap om hverandre, respekt for hverandres roller, likeverdighet, avklaring av forventninger og et forpliktende samarbeid som er forankret både politisk og administrativt. Informantene la også vekt på viktigheten av å møtes fysisk, ansikt til ansikt, og at etatene ikke er lokalisert for langt fra hverandre, samt at det finnes en klar målsetning for samarbeidet. Det at alle ser gevinsten ved samarbeidet ble også uthevet som en viktig faktor. Flere av disse faktorene samsvarer med faktorene i Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003) sine samarbeidsmodeller.

De ovennevnte undersøkelsene viser at samarbeidet mellom barneverntjenesten og andre relevante tjenester ofte kan være vanskelig. Undersøkelsene viser at det er ønskelig med mer kunnskap, oftere tilbakemelding fra barneverntjenesten og et åpnere og mer tillitsfullt barnevern. Barnevernet på sin side mener at andre tjenester har urealistiske forventninger til

dem og for lite kunnskap, særlig i forhold til barnevernets lover. Samtidig er barnevernet oppgitt over egen arbeidssituasjon på grunn av for mange og komplekse saker.

4.0 METODE

I dette kapittelet blir det gjort rede for de metodiske valgene som er tatt for å gjennomføre dette masterprosjektet. I følge Krumsvik (2013) betyr metode å følge en bestemt vei mot målet når man studerer et valgt fenomen. Derfor er valg av metode helt avhengig av forskningsspørsmål, mål med undersøkelsen og kunnskapssyn (Grønmo, 2004).

Innenfor samfunnsvitenskapen er det vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ metode (Grønmo, 2004). I kvalitativ metode er forskeren opptatt av dybde, kontekstnærhet, nærhet til feltet og informanter, små utvalg og tekstdata. Forskningsspørsmålene i denne undersøkelsen er åpne og etterspør dype og brede beskrivelser av hvordan barnevernsarbeidere opplever å samarbeide med tannhelsetjenesten. Det søkes kunnskap om deres tanker, opplevelser og refleksjoner, ikke om kausale årsaksforklaringer. På bakgrunn av dette finner jeg det hensiktsmessig å benytte den kvalitative forskertradisjonen. På den måten kan jeg gå i dybden, få kontekstavhengige svar og utvikle forståelse av barnevernsarbeidernes sosiale virkelighet (Dalen, 2011; Krumsvik, 2013). I det følgende blir det gjort rede for undersøkelsens kunnskapssyn og hvordan oppgaven plasseres innenfor en vitenskapelig ramme. Videre blir planlegging og gjennomføring av undersøkelsen beskrevet, før det vises til analysen og forskningsetiske vurderinger. Helt til slutt blir gjort rede for masteroppgavens troverdighet, pålitelighet og overførbarhet.

4.1 KUNNSKAPSSYN OG PLASSERING AV EGEN OPPGAVE I EN VITENSKAPELIG RAMME

Vitenskapsteori handler om hvordan vitenskapelig kunnskap etableres og erkjennes (Gilje & Grimen, 1993). I all vitenskapelig forskning ligger det en vitenskapsteoretisk forankring som skal gi forskeren en inngang til det fenomenet som skal studeres. Dette har betydning for hva en forsker søker informasjon om, og det danner utgangspunkt for den forståelsen forskeren utvikler (Krumsvik, 2013; Ponterotto, 2005; Thagaard, 2013). Det finnes ikke bare én oppfatning av hvordan vitenskapelig kunnskap erkjennes og etableres, men mange. I følge Thagaard (2013) vil ofte fortolkende teoretiske retninger danne et viktig grunnlag for kvalitative studier. I det følgende blir det presentert hvordan denne oppgaven etableres og erkjenner kunnskap.

Til grunn for dette masterprosjektet ligger et syn på virkeligheten som sosialt konstruert. Ifølge det sosial konstruktivistiske perspektivet finnes ikke kunnskap i eller utenfor en person,

kunnskap stadfestes i praksis, og finnes i en relasjon mellom menneske og verden (Creswell, 2007). Hvordan man ser på verden og hvordan man oppfatter seg selv, er et resultat av språkliggjøring av erfaringer i møte med andre (Lock & Strong, 2010). Silverman (2011) viser til det konstruktivistiske perspektivet når han påpeker at det ikke er informanten alene som skaper mening, men at dette er en prosess bestående av både informant, intervjuer og konteksten rundt. Dette støttes av Kvale og Brinkmann (2009) og Thagaard (2013) som påpeker at kunnskap produseres gjennom et sosialt samspill mellom intervjuer og informant. Det vil si at kunnskap i denne oppgaven skapes aktivt gjennom spørsmål og svar i intervjuene, og at det ferdige produktet dermed blir skapt i fellesskap mellom meg som intervjuer og informant.

Kunnskap i denne oppgaven har i mer eller mindre grad vært basert på en induktiv tilnærming. Det vil si at det er tendensene i datamaterialet som har dannet grunnlag for forståelsen jeg har utviklet i løpet av forskningsprosessen. Ifølge Braun & Clarke (2006) blir tema og koder identifisert enten ved bruk av en induktiv tilnærming eller deduktiv tilnærming. Dette er et generelt valg man tar innenfor alle kvalitative metoder. En induktiv tilnærming betyr at temaene som blir identifisert er sterkt knyttet til datamaterialet, som vil si at man ikke prøver å plassere koder og tema inn i forskerens teoretiske ståsted eller forestillinger, men heller indentifiserer kodene og temaene ut i fra datamaterialet. Dersom man bruker en deduktiv tilnærming vil forskeren lete etter koder og tema ut i fra en eller flere teorier (Braun & Clarke, 2006). Selv om denne undersøkelsen har vært preget av et induktivt perspektiv, påpeker Braun & Clarke (2006) at en forsker aldri kan frigjøre seg helt fra et teoretisk og epistemologisk ståsted. Ragin (1994) fremhever også at kvalitativ forskning ofte er preget av et samspill mellom induktiv og deduktiv tilnærming. I denne forlengelse har undersøkelsen, i tillegg til en induktiv tilnærming, også vært preget av en deduktiv tilnærming. Da datainnsamlingen startet hadde jeg noen tanker om at teorier rundt tverrfaglig samarbeid kunne passe til denne undersøkelsen. Det var derimot ingen teorier som styrte intervjuguiden eller datainnsamlingen i denne undersøkelsen. De første kodingene av datamaterialet er preget av en induktiv tilnærming, mens de siste kodingene er i større grad preget av en deduktiv tilnærming, siden det da ble kodet ut i fra de teoriene som jeg fant relevante i de første kodingsprosessene, som eksempelvis Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003) sine modeller om tverrfaglig samarbeid.

I tillegg til et sosial konstruktivistisk perspektiv, har denne oppgaven vært inspirert av en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming. Ifølge Alvesson & Sköldberg (2008) finnes det

røtter av sosialkonstruktivisme i fenomenologien, og den assosieres også i noen tilfeller med hermeneutikken. På bakgrunn av at jeg gjennom intervju søkte dybdekunnskap om barnevernsarbeidernes beskrivelser av samarbeidet med tannhelsetjenesten, og at jeg i denne oppgaven fremstiller informantenes beskrivelser, fant jeg det hensiktsmessig å ha en fenomenologisk tilnærming. Innenfor et fenomenologisk perspektiv prøver man å forstå sosiale fenomener ut fra aktørens egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves av informantene. Fenomenologien bygger på en underliggende antakelse om at virkeligheten er slik folk oppfatter at den er (Kvale & Brinkmann, 2009). Fenomenologien tar videre utgangspunkt i den subjektive opplevelsen, og prøver å oppnå en forståelse av den dypere meningen i enkeltpersoners erfaringer (Thagaard, 2013). På bakgrunn av dette har fenomenologien vist til informasjonen som er samlet inn gjennom intervjuene og hvordan jeg har fremstilt barnevernsarbeidernes beskrivelser av samarbeidet med tannhelsetjenesten. Det er likevel viktig å erkjenne at datamaterialet har blitt påvirket av konteksten rundt. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) finner intervjuet sted i en interpersonlig kontekst, og betydningen av det som blir sagt i intervjuet er relatert til konteksten. På bakgrunn av dette er intervjuer følsomme for kvalitative forskjeller, og lar seg nødvendigvis ikke sammenligne på tvers av kontekster. Derfor har jeg også valgt å ha en hermeneutisk tilnærming i oppgaven. Hermeneutikken fremhever betydningen av å fortolke andres handlinger gjennom å se dypere på meningsinnholdet enn det som umiddelbart kommer frem. En hermeneutisk tilnærming legger vekt på at fenomener kan tolkes på flere nivåer, og at vi gjerne forstår meningen i lys av det vi studerer (Thagaard, 2013). Dermed har hermeneutikken vist til egne tolkninger av datamaterialet og hvordan jeg har forstått dette i lys av konteksten rundt og i lys av det jeg har studert, samt relevant teori og forskning.

Ifølge Thagaard (2013) er det viktig at den forståelsen man utvikler av data gjennom forskningsprosessen, også må sees i sammenheng med den forforståelsen forskeren bringer med seg inn i undersøkelsen. Selv om det er et gjensidig påvirkningsforhold mellom forskerens teoretiske ståsted og tendenser i datamaterialet, vil forskerens vitenskapelige forankring alltid ha betydning for hvordan forskeren søker informasjon, som igjen vil danne et utgangspunkt for den forståelsen forskeren utvikler. I likhet med Thagaard (2013) hevder Braun og Clarke (2006) at det er av avgjørende betydning at forskere gjør kjent sin egen posisjon for leseren. Slik jeg forstå den hermeneutiske tilnærmingen, vil forforståelsen vår kunne påvirke hvordan man tolker intervju og funnene i en undersøkelse. Jeg vil derfor si litt om min bakgrunn og se på hvordan denne eventuelt har påvirket funnene i oppgaven.

Jeg har bachelorgrad i barnevern og årsstudium i psykologi. Jeg er oppdatert på forskning og har et godt akademisk grunnlag, noe som kan gjenspeile seg i oppgaven. Videre har jeg arbeidserfaring fra en miljøterapeutisk institusjon der jeg jobbet med psykisk utviklingshemmede og arbeidserfaring fra Senter mot incest og seksuelle overgrep (SMISO), hvor jeg fortsatt jobber. Ved begge disse arbeidsplassene har jeg erfart å samarbeide med andre tjenester, men ikke i så stor grad at det har hatt betydning for denne undersøkelsen. Jeg har heller ikke arbeidserfaring fra barnevernet eller tannhelsetjenesten, som gjør at jeg ikke har erfart hvordan samarbeidet mellom dem er. Det vil likevel kunnet hatt betydning at jeg på forkant av oppgaven snakket mye med de som leder prosjektet *Tannhelsepersonell og barnevern, samhandling til beste for barnet*. Ved å snakke med tannhelsepersonell, og ved å lese tidligere forskning på feltet (jf. punkt 3.0) fikk jeg inntrykk av at et begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten først og fremst skyldes faktorer som ligger hos barnevernet. Denne forforståelsen kan ha preget oppfølgingsspørsmålene mine i intervju situasjonen. Jeg har likevel etterstrebet at forforståelsen min skal påvirke denne masteroppgaven minst mulig.

4.2 PLANLEGGING AV UNDERSØKELSE

4.2.1 Utarbeidelse av intervjuguide

I dette masterprosjektet har jeg valgt å bruke intervju som forskningsmetode. Formålet med et intervju er å fremskaffe fyldig og beskrivende informasjon (Dalen, 2011). Det kvalitative intervjuet er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser. Strukturen i forskningsintervjuet er likt den dagligdagse samtalen, men likevel innebærer et profesjonelt intervju en bestemt metode og spørreteknikk (Kvale & Brinkmann, 2009). Forskningsspørsmålene i denne undersøkelsen er åpne og etterspør detaljerte og brede beskrivelser av samarbeidet med tannhelsetjenesten. Målet var å få dyp innsikt og forståelse for barnevernsarbeidernes tanker og erfaringer. Likevel hadde jeg funnet bestemte tema som oppgaven skulle gi svar på. Jeg valgte derfor å bruke semistrukturert intervju.

Semistrukturerte intervju er den mest benyttede formen for intervju der samtalen er fokusert mot bestemte tema som forskeren har valgt ut på forhånd (Dalen, 2011; Hermanowicz, 2002). Fordelen med semistrukturerte intervju er at forskeren får den informasjonen vedkommende ønsker, samtidig som informanten får anledning til å fortelle fritt (Kvale & Brinkmann, 2009; Thagaard, 2013). Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) utføres semistrukturerte intervju i overensstemmelse med en intervjuguide som er rettet mot bestemte tema og eventuelle

underspørsmål. På bakgrunn av dette valgte jeg å utarbeide en intervjuguide som var rettet inn mot bestemte temaer, og som inneholdt forslag til spørsmål. Ifølge Patton (1987) er intervjuguiden en slags sjekkliste som sikrer at relevante og viktige tema blir dekket underveis i intervjuene. Det var viktig å utforme intervjuguiden slik at spørsmål om hvilke erfaringer barnevernsarbeiderne hadde med å motta meldinger fra tannhelsetjenesten, hvilke erfaringer de hadde med å innhente informasjon fra tannhelsetjenesten og hvordan de brukte samarbeidsavtalen, ble tatt med. Videre var det viktig å stille spørsmål som inviterte til rike beskrivelser av deres erfaring med tverretatlig samarbeid med tannhelsetjenesten. Intervjuguiden startet med et par innledende spørsmål som eksempelvis hvor lenge barnevernsarbeideren hadde jobbet i barnevernet (vedlegg nr. 2). Ifølge Hatch (2002) kan dette bidra til å lette stemningen under intervjuet. Spørsmålene i beveget seg videre frem og tilbake fra spesifikke spørsmål («hvor mange bekymringsmeldinger har du mottatt fra tannhelsetjenesten?») til mer generelle spørsmål («kan du fortelle om dine erfaringer med å samarbeide med tannhelsetjenesten?»). I intervjuguiden var der også noen oppfølgingsspørsmål, som for eksempel «kjenner du til samarbeidsavtalen? Hvis nei, hva tenker du om dette?». Dette var nødvendig for å få mer rike og utdypende svar.

4.2.2 Forundersøkelse

Før innsamlingen av datamaterialet startet, var det viktig at jeg tilegnet meg kunnskap om samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er det vesentlig å gjøre seg godt kjent med det temaet en skal studere i forkant av studien. I det følgende blir det presentert hvordan dette ble gjort.

Da jeg bestemte meg for å skrive en masteroppgave som var tilknyttet den større studien «Tannhelse og barnevern, samhandling til beste for barnet», var det vesentlig å sette seg godt inn i bakgrunnen og gjennomførelsen av den studien. Dette ble gjort ved å lese prosjektbeskrivelsen og å lese om forskning og teorier som var brukt. Jeg startet deretter med å søke aktivt på Internett om dette temaet. Eksempel på søkeord som ble brukt var: Barnevernet, tannhelsetjenesten, tverrfaglig samarbeid, tverrsektorielt samarbeid, tverretatlig samarbeid, samarbeidsavtale, meldeplikt til barnevernet, omsorgssvikt og mishandling. Videre ble det søkt opp blant annet «samarbeid mellom barnevernstjenesten og tannhelsetjenesten», «dental neglect», «childcare and dental neglect» og «interagency collaboration». Søkemotorer som ble brukt var: google scholar, google, idunn.no, Eric og

psycINFO. Jeg søkte også aktivt i universitetet sitt bibliotek. Selv om dette ble gjort mye i forarbeidet, var søkingen en kontinuerlig prosess gjennom hele undersøkelsen.

I mars 2013 var jeg med på en fagdag ved Tannhelsetjenestes kompetansesenter Vest [TKV] – Hordaland. Temaet var «helsepersonell og meldeplikt til barnevernet, du ser det ikke før du tror det». Der ble det blant annet snakket om hva tannleger skal gjøre ved mistanke om barnemishandling eller omsorgssvikt og rutinene rundt dette. Videre ble det diskutert hvordan tannhelsepersonell skal sende bekymringsmeldinger til barnevernet og hvordan barnevernet jobber. Det ble snakket om hvordan barneverntjenesten kan dra nytte av et konsultasjonsteam og viktigheten av en ressursperson i barnevernet. Dette var et nyttig møte der jeg fikk inspirasjon og tips til undersøkelsen jeg skulle begynne på. I etterkant av møtet var jeg i kontakt med ressurspersoner ved TKV. De kom med nyttige og konkrete tips på hvilken informasjon jeg skulle innhente og hjelp til med å utforme intervjuguiden.

Å utføre pilotintervju var også en del av forundersøkelsene som ble gjort før selve datainnsamlingen startet. Dalen (2011) påpeker at det alltid bør foretas pilotintervju i en kvalitativ intervjustudie for å teste seg selv som intervjuer og for å teste ut intervjuguiden. Jeg utførte derfor et pilotintervju med en medelev som skulle skrive om samme tema som meg. Etter å ha testet intervjuguiden på henne fikk jeg konstruktive tilbakemeldinger som gjorde at jeg la til noen spørsmål og valgte å ta bort andre. I pilotintervjuet fikk jeg også testet min egen væremåte og hvordan jeg stilte spørsmålene. Dette førte til at jeg ble tryggere på å utføre det andre pilotintervjuet, som ble utført i en mer reell situasjon, med en barnevernsarbeider på hennes kontor. Dette var en god sjanse til å teste ut hvordan det tekniske utstyret fungerte og hvordan saksbehandleren reagerte på at det ble brukt båndopptaker. Når intervjuet var ferdig, lyttet jeg på opptaket og gjorde et par justeringer før jeg startet på de intervjuene som skulle inngå i undersøkelsen. Det ble ikke gjort forandringer på intervjuguiden, men jeg gjorde viktige endringer på meg selv som intervjuer. Det som ble endret var måten jeg stilte spørsmål på. I pilotintervjuet ble det stilt en del lukkede spørsmål, som førte til mye ja og nei svar. Jeg merket også at jeg fullførte svarene hennes og pratet for mye istedenfor å lytte. Dette var viktige observasjoner som ble tatt med videre til de andre intervjuene, da jeg bevisst prøvde å lytte mer og stille spørsmål som: «fortell mer om det» «hva tenker du om det?», for å få mer utdypende svar.

4.2.3 Utvalg og rekruttering

Utvelgelsen av informanter foregikk som et strategisk utvalg, som vil si at jeg valgte informanter som hadde egenskaper eller kvalifikasjoner som var strategiske i forhold til problemstillingen (Grønmo, 2004). I likhet med valg av metode, er det helt avgjørende at utvalg av informanter er egnet til å utforske problemstillingen i oppgaven (Thagaard, 2013).

På bakgrunn av problemstillingen, valgte jeg først som kriterier at barnevernskontorene måtte ha undertegnet samarbeidsavtalen, og at barnevernsarbeiderne som skulle delta hadde erfaring i å samarbeide med tannhelsetjenesten. Disse kvalifikasjonene lå til grunn i valget av informanter. TKV i Bergen hjalp til med å rekruttere informantene. De tipset om elleve barnevernskontor som hadde erfaring i å samarbeide med tannhelsetjenesten. Deretter startet prosessen med å ringe til disse barnevernskontorene i Hordaland for å høre om noen ville delta i masterprosjektet. De elleve kontorene ble kontaktet i løpet av september 2014.

Rekrutteringen skulle imidlertid vise seg å være vanskelig. Dette var noe overraskende siden forundersøkelsen viste at det var gjort mye arbeid på dette temaet i tannhelsetjenesten. Flere av barneverntjenestene gav beskjed om at de ikke hadde saksbehandlere som hadde samarbeidet med tannhelsetjenesten eller mottatt melding fra dem. Jeg fikk imidlertid inntrykk av at de fleste saksbehandlerne og lederne ville hjelpe, men at de var usikre på om de hadde nok erfaring rundt temaet. På første ringerunde fikk jeg ikke tak i informanter. Jeg fikk flere svar fra barnevernskontorene om at de ikke hadde noen som hadde erfart samarbeid med tannhelsetjenesten, og at de derfor ikke kunne stille som informanter. Jeg måtte derfor endre strategi i forhold til rekrutteringen. På andre ringerunde sa jeg at informantene ikke trengte å sitte på stor og bred erfaring, men at det er ønskelig at de har mottatt en melding fra tannhelsetjenesten eller har en eller annen form for sak der tannhelsetjenesten har vært involvert. Inklusjonskriteriene til masterprosjektet ble derfor:

- Barneverntjeneste med samarbeidskontrakt
- Barnevernsarbeider som har erfart å motta en bekymringsmelding, eller som har erfart en eller annen form for samarbeid med tannhelsetjenesten.

4.2.4 Beskrivelse av utvalget

Utvalget i dette masterprosjektet består av elleve informanter, ti kvinner og en mann. Av de elleve barnevernkontorene jeg i kontakt med, var det ni som stilte til intervju. I to av intervjuene var det to informanter tilstede. Jeg utførte seks intervju i Bergen kommune og fire intervju i nærliggende kommuner. Det ble intervjuet to ledere og ni saksbehandlere. De fleste hadde en arbeidserfaring i barnevernet på mellom sytten og tretti år. Noen hadde mellom syv og tolv års erfaring, mens en av informantene hadde bare to års erfaring.

Et viktig kriterium for strategisk utvalg er at utvelgelsen kan avsluttes når inkluderingen av nye enheter ikke tilfører vesentlig informasjon som både er relevant i forhold til problemstillingen og ny i forhold til den informasjon som de tidligere utvalgte enhetene har bidratt til. Derfor blir utvelgelsen av enheter vanligvis ikke foretatt før datainnsamlingen, men underveis i undersøkelsen (Grønmo, 2004). Slik som Grønmo (2004) viser til ble datainnsamlingen til denne masteroppgaven foretatt underveis i undersøkelsen. I utgangspunktet var det tenkt å intervju seks informanter, men på bakgrunn av at intervjuene ble kortere enn forventet, trengte jeg mer informasjon, og valgte derfor å intervju elleve informanter. På den måten fikk intervjumaterialet høyere kvalitet og jeg mener det gav tilstrekkelig grunnlag for tolkning og analyse.

4.3 GJENNOMFØRING AV UNDERSØKELSE

Intervjuene i dette masterprosjektet ble gjennomført i løpet av september 2014. Det lengste intervjuet varte i førtifem minutter, mens det korteste varte i tolv minutter. Det kan tenkes at lengden på intervjuene gjenspeiler problemene som oppstod med rekrutteringen, eller hvor lite samarbeid det faktisk er mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Det kan være at informantene ikke passet godt nok inn i forhold til inklusjonskriteriene, eller at jeg ikke «traff på» de riktige barnevernkontorene. Jeg var imidlertid i kontakt med elleve barnevernkontor, der jeg nådde ut til mange ledere og saksbehandlere med forespørselen min. Så på den andre siden kan det tenkes at dette er et tema hvor det finnes lite erfaring på. Det ble aldri svart at barnevernsarbeiderne ikke hadde tid eller interesse til å delta, beskjeden var at ingen hadde erfaring med å samarbeide med tannhelsetjenesten. Dette kan være grunnen til at noen av intervjuene ble korte, fordi barnevernsarbeiderne ikke hadde nok erfaring til gi et utfyllende intervju. En tredje grunn kan være meg som intervjuer og intervjuguiden. For til tross for at noen intervju varte i fra tolv til tjuen minutter, varte også noen intervju opp mot en time. Det

var de første intervjuene som ble korte, og da dette ble tatt opp med veilederen min, fant vi sammen ut at det måtte stilles flere spørsmål og flere oppfølgingsspørsmål. I løpet av intervjuprosessen ble derfor intervjuguiden endret, noe som førte til fyldigere og flere svar på de siste intervjuene. Dette kan også være grunnen til at noen intervju ble korte og noen lengre. Men til tross for at noen av intervjuene ble korte, kom det også mye nyttig og god informasjon fra de intervjuene som var relevant for denne oppgaven.

Gjennom telefon og mail ble det avtalt med alle informantene at jeg skulle reise til deres kontor, noe som ble oppfattet som enklest i en ellers svært travel hverdag, og trygges for informantene, i en ellers litt uvanlig situasjon. Jeg reiste derfor rundt både i Bergen kommune og i nærliggende kommuner for å gjennomføre intervjuene. Intervjuene foregikk på kontorene ved de ulike barneverntjenestene. Alle hadde forberedt seg og nesten alle hadde funnet frem samarbeidsavtalen med tannhelsetjenesten. Jeg startet først med å fortelle litt om meg, min utdanning og om undersøkelsen. Dette er i samsvar med det Dalen (2011) anbefaler. Hun sier at når du starter et intervju bør du presisere hvem du er, hvorfor du er der, hva som skal skje med materialet og hvordan tilbakeføringen og publiseringen skal skje. Under intervjuene var det noen som fortalte veldig mye, mens andre fortalte mindre. Det var heller ikke bare optimalt å utføre intervjuene på deres kontor, da det ble en del forstyrrelser underveis. I det ene intervjuet ringte telefonen til saksbehandleren hele fem ganger. Vi hentet oss likevel godt inn igjen, og jeg så ikke på det som noe stort problem. Tiden ble brukt på å samle tankene og reflektere over hvordan neste spørsmål skulle stilles. Det ble også benyttet en båndopptaker i alle intervjuene. Ifølge Dalen (2011) blir det sterkt anbefalt å bruke teknisk opptaksutstyr ved gjennomføring av kvalitative intervju. Det var en stor trygghet å bruke båndopptaker under intervjuene, siden jeg da viste at jeg ville få med alt informantene sa i transkriberingen, uten å glemme noe. Jeg fikk også inntrykk av at informantene synes dette var greit. De skrev under på en samtykkeerklæring før intervjuene startet.

4.4 ANALYSE AV DATAMATERIALET

I denne masteroppgaven er det brukt Braun & Clark (2006) sin modell av tematisk analyse. Tematisk analyse er en metode for å identifisere, analysere og rapportere mønster og tema i et datamateriale (Braun & Clarke, 2006). Fordelen med metoden er at den er svært fleksibel, forenelig med flere ulike paradigmer og den kan brukes på tvers av ulike teorier. Braun & Clarke (2006, s. 87, egen oversettelse) beskriver seks ulike faser i tematisk analyse:

1. Bli kjent med datamaterialet
2. Fremkalle de første kodene
3. Søke etter tema blant kodene
4. Systematisk gjennomgang av tema
5. Definere og navngi tema
6. Produsere rapporten

I første fase ble jeg kjent med datamaterialet ved å selv gjennomføre intervjuene, lese dem grundig og transkribere dem. Ifølge Riessman (1993) er transkriberingsprosessen en ypperlig måte å bli kjent med datamaterialet sitt på. Selv om transkriberingen var tidkrevende og til tider frustrerende, fikk jeg bedre forståelse for, og bedre kjennskap til datamaterialet. Under hele transkriberingsprosessen ble det notert viktige utsagn og tema som jeg fant interessant. Jeg etterstrebet å skriftlig fange opp informantenes verbale beretninger riktig. Jeg transkriberte også hvert ord som ble sagt, noe som både Braun & Clarke (2006) og Kvale & Brinkmann (2009) anbefaler. Dersom man er selektiv i utvelgelsen av setninger eller velger å ta bort noe kan dette gi et helt annet resultat enn dersom du analyserer alt (Braun & Clarke, 2006).

Andre fase handler om systematisk koding. Dette innebærer å identifisere elementer i datamaterialet som viser seg interessante for forskeren. Det betyr videre å organisere datamaterialet i grupper som gir mening i forhold til forskningsspørsmålene (Braun & Clarke, 2006). Dette ble gjort allerede i første fase, ettersom jeg hele tiden noterte interessante elementer etter hvert som jeg transkriberte. Dette er i samsvar med det Braun & Clarke (2006) skriver når de påpeker at analysearbeidet ikke er en lineær prosess, slik som fasene kan gi uttrykk for. Man vil hele tiden bevege seg frem og tilbake mellom de ulike fasene. De første kodene ble derfor funnet parallelt med transkriberingen. Kodene som ble funnet i første fase var knyttet til informantenes bakgrunn, holdninger, kunnskap om tannhelsetjenesten, mottatte bekymringsmeldinger, innhold i meldinger, innhenting av informasjon, samarbeidsavtalen og hva som hemmer og fremmer samarbeid. Etter transkriberingen leste jeg mer nøye gjennom intervjuene ved å skrive ut transkriberingen på ark, og ved å sortere og påføre ulike farger på kodene som var funnet. På den måten ble det funnet flere koder som jeg tidligere hadde oversett. Alle kodene ble satt i sammenheng med forskningsspørsmålene i oppgaven.

Software programmet NVivo ble brukt til å transkribere (Qsr.international, 2010). Dette programmet ble også brukt til å samle tekst i koder, omkode, gi navn på kodene og sortere kodene. NVivo gjorde det mer lettvent å systematisere intervjuene i mindre og mer oversiktlige størrelser. Programmet ble et verktøy som ble brukt parallelt med den manuelle analyseringen.

Å finne tema blant alle kodene er tredje fase. Ifølge Braun & Clarke (2006) skiller tema seg fra koder ved at de ofte er mer overordnede. Jeg startet med å sortere de fargede kodene for å plassere dem under større tema. Dette ble gjort både manuelt og på NVivo. Tema som skilte seg ut i denne fasen var: meldingspraksis, samarbeidsavtalen, kunnskap, behandling av bekymringsmeldinger, begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten, manglende ressurser, forankring og hva fremmer og hemmer samarbeid.

Fjerde fase handler om å systematisk gjennomgå temaene. Her ble jeg mer kritisk til datamaterialet, og måtte gjennom en krevende prosess med å velge bort noen tema for å kunne avgrense oppgaven. Det ble også valgt å slå sammen noen tema som egentlig handlet om det samme. Etter en kritisk gjennomgang ble et «begrenset samarbeid mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten» funnet som et sentralt hovedtema. Jeg valgte derfor å fokusere på tema som kan gi leseren en forståelse av hvorfor det er slik. Å jobbe med å finne navn på temaene i undersøkelsen førte meg over i fase fem. I følge Braun og Clarke (2006) handler femte fase i analysen om å identifisere hva hvert tema egentlig handler om. Det handler om å finne essensen innenfor hvert tema. Oppgaven endte opp med tre tema: meldingspraksis, kunnskap og forankring. Hvert tema har tilhørende underkategorier som skal tydeliggjøre essensen i temaene. Det ble arbeidet lenge med å finne navn på temaene og underkategoriene slik at de skulle gi leseren en forståelse av hva de handlet om. Jeg passet hele tiden på at temaene og underkategoriene svarte på den aktuelle problemstillingen.

I sjette og siste fase ble analyse og funnkapittelet utarbeidet. Jeg har etterstrebet at analysen skal gi en presis, sammenhengende og interessant beretning om det informantene fortalte, både innenfor og på tvers av temaene, slik Braun & Clarke (2006) anbefaler. Jeg har valgt å presentere funnene i undersøkelsen ved hjelp av sitater. Funnene er gjengitt så ærlig og dirkete som mulig for å være tro mot det informantene fortalte. Det er likevel gjort noen justeringer på sitatene, som blant annet å oversette alle dialektord til bokmål for å sikre informantenes anonymitet. Videre er ordrette transkripsjoner som inneholder latter, gjentakelser og småord som eh, mhm, tja og lignende, tatt bort. Kvale & Brinkmann (2009) påpeker at slike ord kan gjøre det vanskelig for leseren å lese funnene. Samtidig hevder Hatch

(2002) kan man må være kritiske til at slike forandringer kan forvrengne meningsinnholdet i sitatet. Dette har jeg imidlertid vært oppmerksom på, og vurdert det slik at forandringene som er gjort ikke har påvirket meningsinnholdet i sitatene.

4.5 FORSKNINGSETISKE VURDERINGER

Dette masterprosjektet ble sendt inn og godkjent av Personombudet ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). NSD skal vurdere om personvernet blir ivaretatt i et hvert forskningsprosjekt (Grønmo, 2004). De etiske retningslinjene som er utarbeidet av Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora [NESH] (2006), har vært et nyttig hjelpemiddel for meg som forsker gjennom hele masterprosjektet. Å være bevisst og tenke over de etiske aspektene har vært viktig både i gjennomføringsfasen og ved presentasjon av analyse og funn. Det er også av betydning å være bevisst over at all forskning til en viss grad påvirkes av forskerens verdier og teoretiske ståsted, og at man har et ansvar overfor informantene i forskningen (Silverman, 2011).

Det syntes å være enighet om at det særlig er tre etiske grunnprinsipp som må tas hensyn til når man forsker på mennesker; informert samtykke, konfidensialitet og konsekvens av deltakelse (Hatch, 2002; Helgeland, 2005; Kvale & Brinkmann, 2009; NESH 2006). I det følgende presenteres de tre etiske grunnprinsippene.

4.5.1 Informert samtykke

Informert samtykke betyr at det ikke er ytre press eller begrensinger av personlig handlefrihet, og at det er informanten selv som skal avgjøre om de vil delta (Kvale & Brinkmann, 2009). Det betyr videre at informantene på forhånd skal orienteres om alt som angår deres deltakelse i masterprosjektet og informantene skal kunne trekke seg fra undersøkelsen uten konsekvenser (Dalen, 2010; Silverman, 2011). Dette hensynet ble ivaretatt ved at det ble sendt ut informert samtykke i forkant av intervjuene. Her ble informantene informert om målet med undersøkelsen, hvordan datamaterialet skulle oppbevares og at undersøkelsen var frivillig og skulle anonymiseres. På brevet var det også oppgitt kontaktinformasjon, slik at informantene kunne kontakte oss ved behov.

4.5.2 Konfidensialitet

Kravet om konfidensialitet ble tatt hensyn til ved å hindre bruk og formidling av informasjon som kan skade informantene. Siden det ble brukt en båndopptaker under intervjuene, var lagring av opptakene et særlig viktig etisk aspekt. Jeg var svært påpasselig med å lagre informasjonen som ble innsamlet på en passord beskyttet PC. Ifølge personopplysningsloven § 11 (2000), skal opplysninger om identifiserbare enkeltpersoner lagres forsvarlig og opplysningene skal ikke lagres lenger enn nødvendig. Hvordan informasjonen skulle lagres ble formidlet i brevet de fikk om informert samtykke. Dette ble også gjentatt i begynnelsen på intervjuene. Ifølge Befring (2007) handler dette om vern av privatlivet, der målet er å hindre at bruk og formidling av informasjon kommer til skade for informantene som er med i undersøkelsen. Ifølge Kvale & Brinkmann (2009) er det videre nødvendig å informere informantene om hvor lenge opptakene skal bevares og hvem som skal bruke dem. I kvalitative intervjustudier er dette kravet særlig viktig fordi forsker og informant skal møtes ansikt til ansikt. Derfor er det viktig at informanten føler seg trygg på at informasjonen blir behandlet fortrolig (Dalen, 2011). Personidentifiserbare opplysninger skal også slettes så snart de har tjent sitt opprinnelige formål (NESH, 2006). Jeg var hele tiden åpen og tydelig på at jeg og veilederen min ville ha tilgang til opptakene og at disse ville bli slettet når jeg var ferdig med masterprosjektet, i tråd med det retningslinjene krever (NESH, 2006).

Forskningsmateriale bør ofte anonymiseres og det må stilles strenge krav til hvordan lister med navn og andre opplysninger oppbevares (Befring, 2007; NESH, 2006). Alle intervjuene ble anonymiserte både i transkriberingen og på alle notatene som ble laget. Jeg nummererte også hvert barnevernskontor og brukte andre navn på personene og på stedsnavn som ble nevnt under intervjuene. Men til tross for at anonymisering kan beskytte informantene, hevder både Kvale & Brinkmann (2009) og Silverman (2011) at anonymisering kan frata informantene en stemme i undersøkelsen. Enkelte ønsker å identifiseres i undersøkelsen, og kan bli skuffet dersom deres bidrag og navn ikke er nevnt. Jeg valgte likevel å anonymisere all informasjon, siden informantene som deltok skulle snakke om andre tjenester, hvordan de oppfattet samarbeidet, og snakke om saker de hadde hatt. Det ble gitt beskjed på forhånd at intervjuene skulle anonymiseres, og det var ingen som hadde noen innvendinger til dette.

4.5.3 Konsekvens av deltakelse i studien

Det tredje etiske kravet handler om at forskeren har et ansvar for å beskytte informantene i undersøkelsen mot skade og urimelig belastning (NESH, 2006). Ifølge Thagaard (2013) er

dette en generell norm som det er vanskelig å vite hva innebærer. Jeg reflekterte derfor over mulige konsekvenser i forkant av undersøkelsen. Jeg måtte vurdere om summen av potensielle fordeler veide tyngre enn risikoen for å skade deltakeren og eventuelle tredjepersoner, da dette kan rettferdiggjøre det å gjennomføre undersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Til tross for at det kunne oppstå noen etiske utfordringer, fant jeg at fordelene med undersøkelsen veide tyngre enn de eventuelle utfordringene.

Ingierd (2010) påpeker at det kan være en risiko for uheldig belastning dersom individer og grupper fremstilles på en måte som medfører stigmatisering eller diskriminering. Det er også viktig å være oppmerksom på at informantene kan oppgi informasjon de senere vil angre på at de har gitt (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette var noe jeg tenkte på i forkant av intervjuene, siden informantene mest sannsynlig ville gi informasjon om både tannhelsepersonell og om barn det var blitt sendt bekymringsmelding om. På den ene siden vurderte jeg at informasjonen som ble gitt om barnevernsarbeidernes erfaringer av samarbeidet med tannhelsetjenesten, ville tjene denne undersøkelsen og føre til mer kunnskap på dette temaet. På den andre siden kan det være at informantene fortalte ting om tannhelsetjenesten som de angret på i etterkant, særlig dersom de hadde negative erfaringer. Det kan tenkes at de fikk en følelse av å ha angitt tannhelsetjenesten eller at de kritiserte dem for mye og dermed bli bekymret for hvordan dette vil fremstilles i den endelige oppgaven. På bakgrunn av dette var jeg åpen om etiske dilemma i forkant av intervjuene og forsikret dem om at datamaterialet blir anonymisert og behandlet konfidensielt slik at ingen kan gjenkjennes.

4. 6 TROVERDIGHET, BEKREFTBARHET OG OVERFØRINGSVERDI

Ifølge De etiske retningslinjene utarbeidet av NESH (2006), handler forskningsetikk også mye om undersøkelsens troverdighet og bekreftbarhet. Grønmo (2004) påpeker at troverdighet, bekreftbarhet og overføringsverdi er viktige begreper som handler om kvaliteten, sannhetsverdien og gyldigheten av en forskningsstudie.

I kvalitative studier refererer troverdighet til om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte og om hvorvidt resultatene i undersøkelsen kan stoles på (Kvale & Brinkmann, 2009). Dette vurderes gjerne på bakgrunn av informasjonen som har blitt samlet inn, hvorvidt teorien som er brukt er relevant, samt hvorvidt undersøkelsens design er konsistent (Kvale & Brinkmann, 2009). Kvale & Brinkmann (2009) påpeker at forskerens forforståelse og virkningen av ledende spørsmål kan true for troverdigheten. Jeg tilstrebet å stille åpne

spørsmål og å unngå ledende spørsmål. Spørsmålene i den semistrukturerte intervjuguiden var ledende i den grad at de førte informantene inn på bestemte tema. Å lede informantene inn på bestemte tema var nødvendig for at datamaterialet skulle bli sammenlignbart, ved at jeg på den måten fikk tak i hovedsak samme type informasjonen fra de ulike informantene. Ledende spørsmål som eksempelvis «du har vel stort sett vært fornøyd med samarbeidet?» og «du synes vel tannhelsetjenesten burde melde oftere?», ble unngått. For å øke troverdigheten har jeg også hele tiden arbeidet med å være bevisst min egen forforståelse både i forhold til datainnsamlingen, analysen og tolkningene jeg har foretatt.

Et viktig spørsmål i forhold til troverdigheten er også om utvalget treffer i forhold til oppgavens problemstilling. Rekrutteringen av utvalget i denne oppgaven viste seg å være vanskelig. Det var tydelig at det var få som hadde erfaring i å samarbeide med tannhelsetjenesten, noe som førte til at jeg måtte endre kriterier underveis. Kriteriet i forhold til at de måtte sitte på erfaring i å samarbeide med tannhelsetjenesten ble redusert til at de enten hadde mottatt en melding fra tannhelsetjenesten, eller at de i mindre grad hatt noe med tannhelsetjenesten å gjøre. Utvalget ble dermed informanter som egentlig mente de satt med for lite erfaring til å delta i undersøkelsen. Det kan tenkes at undersøkelsen hadde fått lignende utvalg i andre deler av landet, dersom det generelt er begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Pedersen et al (2015) hevder imidlertid at det er en stor fylkesvis spredning med tanke på bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten til barnevernet. Det kan derfor tenkes at det hadde vært høyere nivå av samarbeid i andre kommuner eller fylker, og at undersøkelsen dermed hadde fått et utvalg som oftere hadde samarbeidet med tannhelsetjenesten. Innholdet i samarbeidet, og hvilke faktorer som hemmer og fremmer samarbeidet hadde sannsynligvis vært tilsvarende likt uansett utvalg.

I intervjuene ble det også fortalt at jeg rekrutterte gjennom TKV, samtidig som det ble påpekt at det hadde vært mye fokus på samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten de siste årene. Dette kan ha ført til at informantene følte seg forpliktet til å delta, og at de var mer positivt innstilt til tannhelsetjenesten enn ellers. Et av kriteriene for å være med i undersøkelsen var at deres barnevernkontor hadde signert samarbeidsavtale med deres lokale tannhelseklinikk. Det kan tenkes at informantene var mer positivt innstilt til økt samarbeid med tannhelsetjenesten, enn de ellers ville vært dersom det ikke lå en samarbeidsavtale der. Samtidig virket det som informantene var ærlige og at de snakket uavhengig av samarbeidsavtalen.

Hvordan jeg transkriberte intervjuene kan ha vært med på å sikre masteroppgavens troverdighet. Til tross for at transkriberingen vil svekke gjengivelsen av intervjusamtalene, ettersom det nonverbale uteblir, var det helt nødvendig å transkribere intervjuene siden strukturerte intervjusamtaler er bedre egnet for analyse (Kvale og Brinkman, 2009). Det ble brukt en god båndopptaker med god lyd og jeg transkriberte intervjuene rett etter at jeg var ferdig med dem. Siden jeg da fortsatt husket sammenhengen og konteksten rundt det som ble sagt i intervjuene, fikk jeg en mer nøyaktig gjengivelse, noe jeg tenker styrker troverdigheten i denne oppgaven. Siden transkriberingen ble utført av meg selv ble jeg også godt kjent med informasjonen informantene gav, noe som i seg selv styrker troverdigheten i analyseprosessen. Troverdigheten i analyseprosessen er videre godt ivaretatt ved at oppgaven beskriver steg for steg hvordan analysen er gjennomført. Siden transkripsjonene ikke er tilgjengelig for leseren, og siden leseren dermed ikke har mulighet til å kontrollere analysen, har det vært viktig å gi en best mulig beskrivelse av hvordan analysen er gjennomført. På den måten kan leseren selv kan avgjøre om analysen er holdbar og ikke preget av subjektivitet (Kvale & Brinkman, 2009). Å være bevisst egen forskerrolle og posisjon har også bidratt til å styrke troverdigheten. Til tross for at tematisk analyse er fleksibel, er dette også det metoden kritiseres for; at metoden er så fleksibel at den ikke inneholder klare retningslinjer, og at dette for noen betyr «anything goes» (Antakti, Billing, Edwards, & Potter, 2002, referert i Braun & Clarke, 2006, s. 78). Det har dermed vært svært viktig å presisere mitt epistemologiske og teoretiske ståsted, og at jeg hele tiden har vist til en klar prosess der jeg forklarer hva jeg gjør, hvordan og hvorfor.

Bekreftbarhet handler kort sagt om hvorvidt forskeren har undersøkt det som en hadde til hensikt å undersøke (Krumsvik, 2013). Bekreftbarhet er noe man kritisk må tenke over i alle delene av undersøkelsen. Ifølge Dalen (2011) er det viktig å drøfte dette i forhold til forskerrollen, forskningsopplegget, utvalget, metodisk tilnærming, datamaterialet, tolkninger og analytiske tilnærminger. Det handler om sammenhengen mellom det man ønsker å studere og valgt teori, metodiske tilnærminger og de analyseredskaper som benyttes. Det er hele tiden stilt kritiske spørsmål for å se om jeg var på rett spor i forhold til å svare på oppgavens problemstilling. Et kritisk spørsmål som ble stilt underveis var blant annet om teoriene som ble brukt i forhold til tverrfaglig samarbeid kunne brukes til å forstå hva som hemmet og fremmet det tverretatlige samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Teorier om tverrfaglig samarbeid er ofte utviklet i forhold til ansvarsgrupper, tiltak, tverrfaglige team og lignende (Glavin & Erdal, 2013). Jeg mener likevel at teoriene er relevante til å forstå

samarbeid på tvers av etater. Ettersom metoden, innsamlingsstrategien, og analyseringsprosessen har gitt oppgaven relevant informasjon som jeg tenker svarer på problemstillingen, er dette noe som styrker bekreftbarheten.

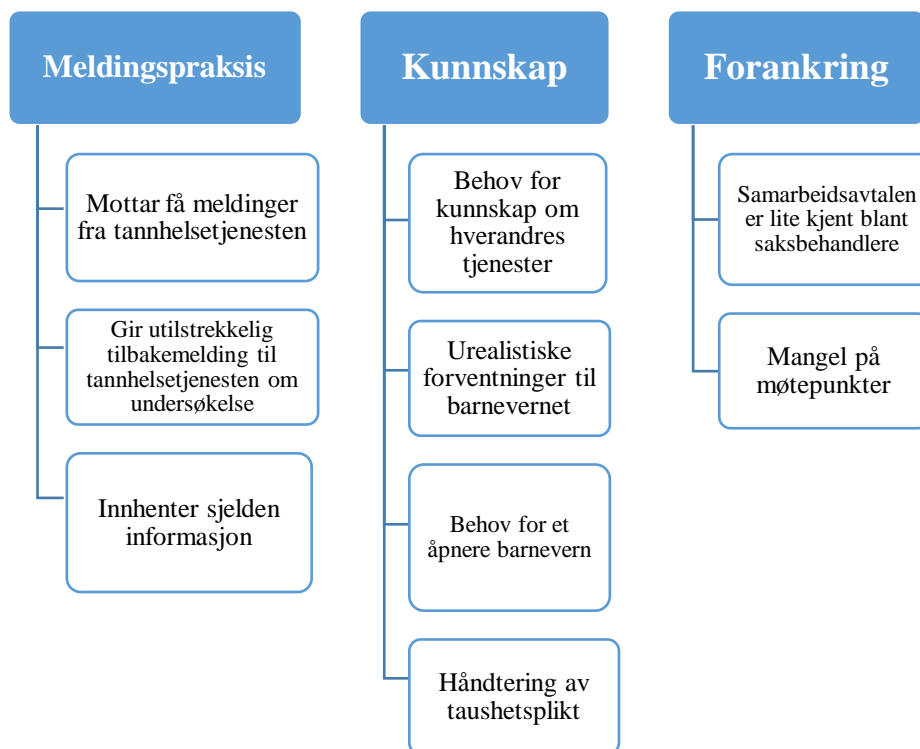
Dersom resultatene fra en intervjuundersøkelse vurderes som pålitelige og gyldige, gjenstår det å finne ut om resultatene kan overføres til andre intervjupersoner og situasjoner (Kvale & Brinkmann, 2009). Hovedhensikten med kvalitative studier er ifølge Maxwell (1992) ikke å overføre til populasjonen, men å kunne overføre resultatene til en annen lignende kontekst. Resultatene i denne undersøkelsen kan derfor overføres til andre barneverntjenester og tannhelsetjenester som har samarbeidsavtale. Det er imidlertid en vanlig innvending mot intervjuforskning at det er for få intervjupersoner til at resultatene kan overføres (Kvale & Brinkmann, 2009). Det ble utført intervju med elleve barnevernkontor i Hordaland. Det er ikke gitt at undersøkelsen hadde fått tilsvarende funn i andre deler av landet selv om de har inngått en samarbeidsavtale. Barnevernets samarbeid med andre tjenester gjerne er tettere i små kommuner kontra større (Heggen et al., 2013; Helsetilsynet, 2009). Det kan tenkes at det hadde vært tettere eller mindre samarbeid på andre barnevernkontor i andre kommuner. Jeg tenker likevel at de faktorene som fremmer og hemmer samarbeidet, kan være overførbart. Andenæs (2000) argumenterer for at det må være leseren av forskningen som vurderer hvor anvendelig forskningen er ut fra den informasjonen forskeren har gitt. Derfor er det på en ryddig og tydelig måte fremstilt hvordan datamaterialet er samlet inn, analysert og tolket, slik at leserne har grunnlag for å gjøre seg opp en egen mening om undersøkelsen. På den måten kan hver enkelt leser finne ut om de kan overføre resultatene fra denne undersøkelsen til andre personer eller situasjoner.

5.0 PRESENTASJON AV FUNN, ANALYSE OG DRØFTING

Hensikten med dette masterprosjektet var å finne ut hvordan barnevernsarbeidere beskriver samarbeidet med tannhelsetjenesten. Gjennom å tematisk analysere datamaterialet fant jeg at «begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten» var et sentralt hovedtema. Informantene fortalte at de mottok få meldinger fra tannhelsetjenesten, at de sjelden innhentet informasjon fra tannhelsetjenesten, behov for kunnskap om hverandres tjenester og at samarbeidsavtalen var lite kjent. Samtidig hadde informantene en positiv innstilling og kom med innspill til hvordan man i fremtiden kan endre dette og få til et bedre samarbeid med tannhelsetjenesten.

I det følgende presenteres tre tema med tilhørende underkategorier som jeg fant var sentrale med hensyn til barnevernsarbeidernes beskrivelser av et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten. Jeg har valgt å fremstille funnene ved hjelp av en modell. Selv om funnene blir presentert som separerte tema med underkategorier er det viktig å understreke at jeg ikke forstår temaene som uavhengig av hverandre. Funnene blir presentert i samme rekkefølge som presentert i modellen og drøftet mot relevant teori og forskning fortløpende i teksten.

Når funnene i undersøkelsen blir presentert, og når det blir vist til sitater, skrives det «hun» når det refereres til informantene, til tross for at det er én mann i utvalget. Dette blir gjort for å sikre informantenes anonymitet. Utvalget består av saksbehandlere og barnevernsledere. Når det refereres til gruppen som helhet brukes begrepet «informantene». Når det refereres til undergruppene brukes begrepene «saksbehandler» og «barnevernsleder».



Modell 1: Faktorer som kan ligge til grunn for et «begrenset samarbeid med tannhelstjenesten».

5.1 MELDINGSPRAKSIS

Informantene i denne undersøkelsen fortalte at det var begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Analysen av datamaterialet viste at dette ble relatert til meldingspraksis, da informantene fortalte at de mottok få meldinger fra tannhelsetjenesten, at de gav utilstrekkelig tilbakemelding til tannhelsetjenesten om undersøkelse og at de sjelden innhentet informasjon fra tannhelsetjenesten. Dataanalysen gir grunn til å tro at disse faktorene kan være en del av et større bilde på hvorfor det foreligger et begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Informantene fortalte at dersom de mottok flere meldinger fra tannhelsetjenesten, kunne tannhelsetjenesten vært en mer sentral samarbeidspartner for barnevernet. Samtidig var informantene selvkritiske og fortalte at de oftere burde innhente informasjon fra tannhelsetjenesten og gi en mer systematisk tilbakemelding. I det følgende blir de tre underkategoriene som er relatert til temaet meldingspraksis mer utdypet.

5.1.1 Mottar få meldinger fra tannhelsetjenesten

En underkategori med hensyn til meldingspraksis og et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten var at informantene fortalte at de mottok få meldinger fra tannhelsetjenesten. Følgende sitat synliggjør dette: *«Jeg lurer på om vi kanskje har fått en melding. Det er veldig sjelden vi får meldinger fra tannhelsetjenesten»*. En saksbehandler som hadde jobbet i barneverntjenesten i over tjue år sa det slik: *«Jeg tror jeg har sondert terrenget, slik at jeg har funnet konkret to meldinger. Men der kan ha vært meldinger, meldinger som jeg ikke har fanget opp. Men jeg tenker at vi ikke snakker mer enn fem, så det er veldig, veldig lite. Veldig begrensa»*.

En av saksbehandlerne fortalte dette da hun snakket om et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten: *«Vi er bare to stykker som sitter på en erfaring med kontakt med tannhelsetjenesten. Så de [tannhelsetjenesten]er ikke den tradisjonelle melderer»*. Med utgangspunkt i dette sitatet kan det antydes at det finnes andre relevante samarbeidspartnere som melder oftere og dermed blir mer sentrale samarbeidspartnere for barnevernet. Som det er vist til innledningsvis er det politiet, barnevernet selv, skole og foreldre som er de hyppigste melderne til barnevernet (SSB, 2014). En annen saksbehandler fortalte at tannhelsetjenesten burde melde oftere, og at de på den måten hadde blitt en mer sentral samarbeidspartner. Hun beskrev det slik: *«Det er uhyrlig få [meldinger]. Altså, jeg har vært her på kontoret i fra 2002, så hvis jeg har fått to, tre meldinger i hele den perioden, så tror jeg det er alt. Og, de ser jo mange barn, så jeg antar at det er grunn til å melde oftere enn de gjør»*. Hun sa videre: *«Dersom vi hadde mottat flere meldinger fra tannhelsetjenesten, hadde de nok vært en mer naturlig samarbeidspartner for oss, det tror jeg nok»*.

Da informantene ble spurt om hvorfor de trodde tannhelsetjenesten sjelden melder bekymringsmelding, svarte ene saksbehandleren slik: *«Det er jo et touche område. Så jeg skjønner at det sitter langt inne å antyde noe slikt, når mor og far egentlig bare kommer for å sjekke melketenner, så kommer de ut med en mistanke om seksuelle overgrep. Så jeg skjønner at det er komplisert»*. Det kan se ut som denne saksbehandleren forstår at tannhelsepersonell kan komme i en konfliktsituasjon, siden tannhelsetjenesten har andre oppgaver enn barnevernet. Hovedoppgaven til tannhelsetjenesten er først og fremst å tilby tannhelsetjenester (tannhelsetjenesteloven, 1983), ikke å vurdere om barnet er utsatt for omsorgssvikt eller mishandling. Glavin & Erdal (2013) påpeker at ulike profesjonsinteresser og motstridende oppgaver kan hemme samarbeid. Ulike målsetninger i forhold til målgruppen kan derfor tenkes er en mulig medvirkende faktor på hvorfor tannhelsepersonell så sjelden sender

bekymringsmelding til barnevernet. Dette kan stå i relasjon til internasjonal forskning som viser at tannhelsepersonell er usikre på hvordan de skal observere et barn, hvordan de skal melde til barnevernet og hvilke tegn på mishandling og omsorgssvikt de skal se etter (Gilbert et al., 2009a; Sonbol et al., 2012; Harris et al., 2009; Uldum et al., 2010). Internasjonal forskning viser videre at usikkerheten til tannhelsepersonell kan skyldes at de har lite om barnevernsrelaterte tema i utdanningen sin (Al-Habsi et al., 2009; Carins et al., 2005).

Samme saksbehandler fortalte videre: *«Og så handler det om at de [tannhelsepersonell] er redde for den relasjonen, tenk om de [mor og barn] ikke kommer tilbake»*. Det kan se ut som denne saksbehandleren forstår at tannhelsepersonell lar være å sende bekymringsmelding til barnevernet, ettersom dette kan ødelegge tannhelsepersonells relasjon med barnet og familien. Dette samsvarer med det Protinus fant i sin undersøkelse, som viser at barnehagene og skolene vegrer seg for å melde av frykt for å ødelegge samarbeidet med foreldrene (BLD, 2000a). Det kan tenkes at meldeplikten fører til vanskelige dilemma for tannhelsepersonell. På den ene siden er det avgjørende at barnevernet mottar opplysninger for å kunne ivareta ansvaret sitt med å beskytte barn. På den andre siden er det viktig at familier med problemer oppsøker offentlige tjenester for å få hjelp, uten å være bekymret for at barnevernet skal bli trukket inn. Det kan føre til et tillitsbrudd mellom tannhelsepersonell og familien dersom tannhelsepersonell sender bekymringsmelding. Konsekvensene kan i værste fall bli at forholdet mellom tannhelsetjenesten og familien opphører eller blir svært dårlig (BLD, 2005).

En annen saksbehandler svarte dette når hun ble spurt om hvorfor tannhelsepersonell så sjelden melder fra til barnevernet: *«Altså, når ikke barnehager og skoler melder, hvorfor i søtten skal da tannlegene melde? Ikke sant. Vi er en tjeneste som er litt sånn hemmelig tjeneste. Det er ingen som kjenner oss godt nok. Vi blir en litt sånn ullen skremsel greie, det gjelder ikke bare tannleger, det gjelder mange tjenester, de er livredde oss»*. Dette sitatet kan tyde på at saksbehandleren forstår at det er vanskelig å melde bekymring på bakgrunn av manglende kjennskap til barnevernet. Dette kan sees i sammenheng med nasjonal forskning som finner at barnevernsarbeidere opplever at samarbeidspartnere har for lite kunnskap om barnevernet (Baklien, 2009; BLD, 2000a). Det at andre tjenester er «liveredde» barnevernet kan videre tolkes som at tannhelsetjenesten ikke har tillit til barnevernet. Kvist et al., (2014) fant i sin svenske studie at en av faktorene til at tannhelsepersonell ikke meldte sin bekymring, var at de manglet tillit til barnevernet. De var usikre på om barnets situasjon ville forbedres eller forverres ved å sende bekymringsmelding. Både Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003) påpeker at tillit er en viktig suksessfaktor når tjenester skal samarbeide. Tillit

handler blant annet om å skape en åpen og trygg atmosfære som gjør at man stoler på at den andre tjenesten sitter med relevant kunnskap og kan utføre sin oppgave. Norsk forskning viser imidlertid at tillit ofte er et problem for barnevernets samarbeidspartnere (Backe – Hansen, 2009; Baklien, 2009; BLD, 2000a). En mulig forklaring på hvorfor tannhelsepersonell så sjelden sender bekymringsmelding kan derfor være at tannhelsetjenesten mangler kunnskap og tillit til barnevernet. Videre kan dette være en medvirkende faktor til informantenes beskrivelse av et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten.

Oppsummert kom det frem at informantene har forståelse for de dilemmaene og vanskelighetene som tannhelsepersonell, og sannsynligvis andre samarbeidspartnere, erfarer i forhold til å sende bekymringsmelding til barnevernet.

5.1.2 Gir utilstrekkelig tilbakemelding til tannhelsetjenesten om undersøkelse

Flere av informantene fortalte at i de tilfellene de hadde mottatt bekymringsmeldinger, burde de oftere gi tilbakemelding på om de har startet undersøkelse eller ikke, og tilbakemelding etter endt undersøkelse. Informantene forstod frustrasjonen til andre tjenester dersom de ikke får tilbakemelding fra barnevernet. En av saksbehandlerne beskrev det slik: *«Det som er den store frustrasjonen for informantene våre er at de gir fra seg informasjon, men så får de ikke vite noen ting tilbake. Og det er jo dødsfrustrerende! Har jeg hjulpet? Det er ikke alltid det er nysgjerrigheten heller, men bare om jeg har hjulpet den ungen? Eller har jeg bidratt til vondt verre? Ikke sant».*

En annen saksbehandler uttalte seg slik når hun svarte på hvordan barneverntjenesten kunne fremme samarbeidet med tannhelsetjenesten: *«Det er den tilbakemeldingen da! Jeg tror ikke tannlegene har så veldig mye behov egentlig, slikt behov for å vite hele saksgangen, det tror jeg ikke, bare de får vite at her blir det gjort noe, sant».* En av barnevernslederene fortalte at de har fått avviksmelding fra fylkesmannen om å gi tilbakemelding: *«De [tannhelsetjenesten] skal få tilbakemelding to ganger, både når vi får meldingen og når vi er ferdige med undersøkelsen. Men jeg kan ikke garantere at det blir gjort i alle saker, for det vet jeg at ikke blir gjort. Dette vet jeg fordi vi har tilsyn fra fylkesmannen der vi har fått avvik på det».* Disse sitatene illustrerer at barnevernet oftere burde gi tilbakemelding til melder.

Barnevernet skal gi tilbakemelding til den som har sendt melding, jf. bvl. § 6-7a. Dette fortalte samtlige informanter at de gjorde systematisk. Videre skal barnevernet etter bvl. § 6-7 annet ledd, opplyse til tannhelsetjenesten om det er åpnet undersøkelsessak eller ikke, siden

tannhelsetjenesten omfattes av § 6-4 annet og tredje ledd. Dersom det åpnes undersøkelsessak, skal tannhelsetjenesten også ha tilbakemelding om at undersøkelsen er gjennomført. Tilbakemelding på om det ble startet undersøkelse eller ikke, og etter endt undersøkelse, fortalte flere informanter at de burde gjøre oftere, noe dette sitatet synliggjør: *«Vi hadde kanskje fått et bedre samarbeid dersom vi var flinkere å skrive dette siste brevet, om det er tiltak eller ikke tiltak».*

De ovennevnte funnene samsvarer med nasjonal forskning som finner at mangel på tilbakemelding er et generelt problem for flere av barneverntjenestens samarbeidspartnere (Backe-Hansen, 2009; Baklien, 2009; BLD, 2000a; Drevdal, 2007). Både skoler og barnehager etterlyser mer systematisk tilbakemelding fra barnevernet. Ifølge Backe –Hansen (2009) oppleves det gjerne som manglende tillit fra barnevernet når det ikke gis tilbakemelding til den som melder. En svensk studie fant også at svikt i kommunikasjonen med barnevernet kan være en forklaringsfaktor for at tannhelsepersonell ikke sender bekymringsmelding. Svikt i kommunikasjonen handlet om mangel på tilbakemelding fra barnevernet, som førte til at svensk tannhelsepersonell ble usikre på om barnets situasjon ville forbedres eller forverres ved å sende bekymringsmelding (Kvist et al., 2014). Det at tannhelsetjenesten deler ut informasjon om barnet, uten å få vite noe tilbake, kan føre til at tannhelsetjenesten opplever at gevinsten er asymmetrisk fordelt, noe som ifølge Glavin & Erdal (2013) kan hemme tverretattlig samarbeid. Det er viktig at den enkelte yrkesutøver skal kunne oppleve at samarbeidet er nyttig for seg. I tillegg til å gi, må man oppleve å få noe igjen. Å finne balansen mellom å gi og å ta blir også vektlagt av Willumsen & Hallberg (2003). Det kan derfor tenkes at utilstrekkelig tilbakemelding om det er gjort undersøkelse eller ikke, i noen tilfeller bidrar til et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten.

Tilbakemeldingsplikten kom i 2009. Det er av relevans å påpeke at flere av undersøkelsene som er vist til med hensyn til at samarbeidspartnere savner tilbakemelding fra barnevernet, er gjort før 2009. Det kan derfor tenkes at barnevernet gir en mer systematisk tilbakemelding i dag enn før 2009. Flere informanter i denne undersøkelsen fortalte imidlertid at de opplevde at de oftere burde gi tilbakemelding til melder. Det kan dermed tenkes at tannhelsetjenesten, og andre relevante samarbeidspartnere, fortsatt ikke alltid får tilbakemelding selv om de har krav på det.

Oppsummert var informantene selvkritiske og forståelsesfulle for at tannhelsetjenesten savner tilbakemelding. Å gi en mer systematisk tilbakemelding om undersøkelse var ifølge

informantene viktig å arbeide med for å fremme det tverretatlige samarbeidet med tannhelsetjenesten i fremtiden.

5.1.3 Innhenter sjelden informasjon

En tredje underkategori som står i relasjon til meldingspraksis, og som kan være med på å forklare informantenes beskrivelse av et begresnet samarbeid med tannhelsetjenesten, var at de fleste saksbehandlerne fortalte at de sjelden innhentet informasjon fra tannhelsetjenesten. En av saksbehandlerne sa det slik: *«Nei, det er vi ikke flinke til. Det er vi faktisk ikke. Vi henter gjerne fra både politi, barnehage og helsestasjon, men tannhelsetjenesten, de pleier vi ikke å innhente fra, det gjør vi ikke»*. En annen saksbehandler som satt i mottak i barneverntjenesten beskrev det slik: *«Fra tannhelsetjenesten innhenter vi informasjon i alt for liten grad! Rett og slett. Så det må vi bli flinkere på, absolutt»*.

De ovennevnte sitatene kan tyde på at barnevernsarbeidere oftere burde innhente informasjon fra tannhelsetjenesten. Dette samsvarer med det som skrives i Kloppen et al. (2010) sin artikkel, der de hevder at tannhelsepersonell i dag er en liten utnyttet ressurs som informant i Norge. I artikkelen påpeker Kloppen et al. (2010) at like viktig som at tannhelsepersonell sender melding ved bekymring, er det at barnevernet ser på tannhelsetjenesten som relevante informanter i undersøkelsessaker etter bvl. § 4-3. Backe – Hansen (2009) fant i sin undersøkelse at det gjerne oppleves som manglende tillit når barnevernet ikke etterspør og innhenter informasjon og vurderinger i forbindelse med for eksempel hjelpetiltak eller rapporter. At barnevernet ikke innhenter informasjon, kan føre til at de blir mindre synlige, som igjen kan føre til at det oppstår misforståelser og eventuelt manglende tillit (Backe-Hansen, 2009). Det kan tenkes at ettersom barnevernet sjelden etterspør informasjon fra tannhelsetjenesten, bidrar dette til manglende tillit og et begrenset samarbeid mellom tjenestene.

Samtidig var det noen av informantene som fortalte at de tilstrekkelig innhentet informasjon. En av barnevernslederne sa det slik: *«Ja, det gjør vi, vi innheter opplysninger. Det gjør vi selv om det ikke er tannhelsetjenesten som har meldt. Altså, helsestasjonen kan jo også melde på tannhelse til barn og da hender det at vi kan innhente hos tannklinikkerne. Jeg vet ikke om det blir gjort veldig ofte, men dersom det på en måte er alvorlige ting med helsen til et barn, så er det naturlig å hente inn både fra lege, helsestasjonen og tannklinikker, så det gjør vi»*. Slik dette sitatet kan forstås, vurderer barnevernslederen at informasjon blir innhentet ved behov.

En av de andre barnevernslederene fortalte at innhenting av informasjon ikke nødvendigvis er nødvendig. Hun ordla seg slik: «Vi innhenter ikke informasjon uten at det er en skade eller noe som er knyttet til, eller at det er dårlig tannstatus og slikt. Det handler om hva som står i meldingen». En annen saksbehandler sa det slik: «det ligger ikke i rutinene våres å innhente fra tannhelsetjenesten, men vi kunne gjort det viss det var tannsmarter eller vi så stygge tenner». Disse sitatene kan tyde på at informantene knytter innhenting av informasjon til dårlig tannhelse hos barnet og ikke til andre ting som eksepelvis behandlingsvegring, vold og seksuelle overgrep. Dette kan tyde på at informantene har lite kunnskap om hva tannhelsetjenesten kan oppdage, noe som blir mer diskutert under neste tema som omhandler kunnskap.

Av informantene ble det videre vektlagt at det ikke skal gå automatikk i å innhente opplysninger fra tannhelsetjenesten. En saksbehandler sa det slik: «Fra tannhelsetjenesten innhenter vi informasjon veldig lite. Men det burde ikke gått automatikk i det, for det er ikke alle familier der det er naturlig, og du skal ikke bare pøse ut med innhenting i hytt og pine heller altså. Du må jo ha en mening med det». Den ene barnevernslederen var også enig i dette: «(...) for da betyr det at vi sprer informasjon om det barnet, som vi ikke skal spre unødvendig. Du skal faktisk ikke gjøre undersøkelsen mer omfattende enn det som er. Der har vi en avgrensning, slik at vi ikke skal spre kunnskap om det barnet». Disse sitatene viser at barnevernsloven (1992) gir barnevernet avgrensninger i forhold til å innhente informasjon. Selv om bvl. § 4-3 gir barnevernet rett og plikt til å foreta undersøkelser dersom det er rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak, skal undersøkelsen ikke gjøres mer omfattende enn formålet tilsier. Det skal også legges vekt på å hindre at kunnskap om undersøkelsen blir spredt unødige. Dette kan forklare hvorfor noen bestemmer seg for å ikke innhente informasjon i en sak. Slik som noen av de ovennevnte sitatene viser, er det ikke i alle saker man skal innhente informasjon fra tannhelsetjenesten. Dette krever en vurdering fra barnevernarbeiderne. Opplysninger skal også innhentets så langt som mulig i samarbeid med den saken gjelder eller slik at vedkommende har kjennskap til innhenting etter bvl. § 6-4. Dette innebærer ofte at den som har foreldreansvaret for barnet må samtykke til innhenting av informasjon. Dersom foreldrene ikke samtykker, kan dette være en annen mulig forklaring på hvorfor noen ikke innhenter informasjon i en sak.

Analysen av datamaterialet viser at det var det ulike meninger om hvordan meldingspraksisen bør være i forhold til når man skal innhente informasjon fra tannhelsetjenesten. Det synes å være en forskjell mellom hva saksbehandlerne og hva barnevernslederene mente.

Saksbehandlerne beskrev at de oftere burde innhente informasjon fra tannhelsetjenesten, mens barnevernslederne mente de gjorde det i tilstrekkelig grad dersom det var behov for det. Både saksbehandlerne og barnevernslederne var imidlertid enige i at det ikke skal gå automatikk i det. På den ene siden er det viktig å være bevisst på at innhenting av informasjon fra andre tjenester kan føre til bedre kommunikasjon og tillit mellom tjenestene (Backe – Hansen, 2009; Glavin & Erdal, 2013). Tannhelsepersonell kan også sitte på mye nyttig informasjon om et barn, da de er i en nøkkelposisjon til å oppdage omsorgssvikt og mishandling (Harris et al., 2009; Uldum et al., 2010). På den andre siden er det likevel viktig at barnevernarbeidere ikke unødige sprer kunnskap om et barn. De har tydelige lover å forholde seg til i forhold til å ikke gjøre undersøkelsen mer omfattende en nødvendig, jf. bvl. § 4-3, og i forhold til at innhenting skal gjøres i samarbeid med den saken gjelder, som ofte betyr samtykke fra foreldrene til barnet, jf. bvl. § 6-4. Det kan imidlertid tenkes at mer kunnskap om hva tannhelsetjenesten faktisk kan oppdage, fører til at barnevernet innhenter mer informasjon fra tannhelsetjenesten.

Oppsummert kan det se ut som at barnevernet oftere burde tenke på å innhente informasjon fra tannhelsetjenesten. Mer kunnskap om hva tannhelsepersonell kan oppdage kan bidra til dette. Det skal imidlertid ikke gå automatikk i innhenting av informasjon fra tannhelsetjenesten.

5. 2 KUNNSKAP

Et annet sentralt tema med hensyn til et begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten, var kunnskap. Dette temaet handlet blant annet om behov for kunnskap om hverandres tjenester. Informantene uttrykte usikkerhet i forhold til hvor mye tannhelsepersonell har om tema som er barnevernsrelatert i utdanningen sin, men samtidig en sikkerhet på at tannhelsepersonell burde hatt mer av det. På den andre siden var informantene selvkritiske og fortalte at de selv trenger mer kunnskap om hvem tannhelsetjenesten er, hva de kan oppdage og hvordan de jobber. I tillegg til behov for kunnskap om hverandres tjenester, handlet temaet kunnskap om urealistiske forventninger til barnevernet, behov for et åpnere barnevern og håndtering av taushetsplikten. Disse fire underkategoriene blir nå presentert.

5.2.1 Behov for kunnskap om hverandres tjenester

Flere av informantene fortalte at de gjerne skulle hatt mer kunnskap om tannhelsetjenesten og at tannhelsepersonell burde hatt mer kunnskap om barnevernet. Da en saksbehandler som hadde jobbet i barnevernet et par år ble spurt om hva som kan fremme samarbeidet med tannhelsetjenesten, svarte hun slik: «*Ja, kunnskap om hva de [tannhelsepersonell] kan oppdage, sant. Det er jo veldig kjent at seksuelle overgrep, slike grove ting, at det er noe de kan avdekke, dersom de ser unormale ting i munnen. Men hva andre ting kan de avdekke? [Spør hun meg]*». En av barnevernslederne som hadde jobbet i over tjue år i barneverntjenesten var også usikker på hva tannhelsepersonell kan oppdage: «*De er jo en annen profesjon, sant. Jeg vil jo tenke at helsestasjonen er mer oppmerksom, eller vet mer hva tegn de skal se etter. Så det kan jo hende at tannhelsetjenesten skulle hatt litt mer. Jeg vet ikke hva de har i utdanningen sin? [Spør hun meg]. Jeg skulle gjerne visst litt om hvem som skulker tannlegen. Altså, hvilke opplysninger kan vi forvente oss å få fra tannlegen?*».

De ovennevnte sitatene illustrerer at informantene vet lite om hva tannhelsepersonell kan oppdage. Dette kan sees i sammenheng med temaet meldepraksis, i forhold til at informantene i liten grad innhenter informasjon fra tannhelsetjenesten, og at de bare innhenter informasjon knyttet til dårlig tannhelse hos barnet. Det kan tenkes at informantene hadde innhentet mer informasjon fra tannhelsetjenesten dersom de hadde hatt mer kunnskap om hva tannhelsetjenesten kan oppdage. Forskning viser at tannhelsepersonell sitter i en nøkkelposisjon til å oppdage fysiske overgrep, siden disse barna ofte har skader i ansikt, hode, munn og hals regionen (Ambrose, 1989; Carins et al., 2005; Jesse, 1995; Maguire et al., 2007). Videre kan behandlingssituasjonen hos tannlegen ofte gi uønskede assosiasjoner for de som har vært utsatt for seksuelle overgrep. På bakgrunn av dette vil pasientene kunne unnlate å møte opp og de har ofte ekstrem behandlingsvegning (Doguall & Fiske, 2009). Hull i tennene og dårlig tannhygiene kan videre tyde på at barnet blir utsatt for vanskjøtsel (Hobbs et al., 1999; Kvello, 2013; Rasmussen, 1989). Dersom barn ikke møter til tannlege kan også dette tyde på at barna blir utsatt for vanskjøtsel (Gilbert et al., 2009), eller det Kvello (2013) kaller for medisinsk omsorgssvikt.

I tillegg til mangel på kunnskap om hva tannhelsetjenesten kan oppdage, kan det også se ut som at informantene mangler kunnskap om tannhelsetjenestens oppgaver og prosedyrer, noe dette sitatet synliggjør: «*Det er mange år siden jeg var bort i dette første gang, sant, og da hørte jeg om kjønnsykdommer i munnen, og jeg lurte på om karies hadde noe med saken å*

gjøre. Men møter disse barna til tannlegen og blir undersøkt? Eller kommer disse barna bare i statistikken som ikke møtt? [Hun spør meg]». Å ha kunnskap om den andre tjenestens oppgaver og prosedyrer, samt hvordan tjenesten er organisert, er viktig for å se hvilke muligheter og begrensninger tjenesten har, og for å få en indikasjon på hvilken støtte en kan forvente å få (Willumsen & Hallberg, 2003). Da ene saksbehandleren ble spurt om hva som kunne fremme samarbeidet med tannhelsetjenesten, svarte hun slik: «Jeg tror det å ha kunnskap om hverandre er veien å gå». Dette, og de ovennevnte sitatene samsvarer med mye litteratur som påpeker at kunnskap om hverandres tjenester er svært viktig når ulike tjenester skal samarbeide (Baklien, 2009; Helsetilsynet, 2009; Glavin & Erdal, 2013; Willumsen & Hallberg, 2003). Det kan tenkes at manglende kunnskap om hva tannhelsetjenesten kan oppdage, og manglende kunnskap om tannhelsetjenestens oppgaver og prosedyrer kan være en medvirkende forklaring på hvorfor det foreligger et begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten.

Samtidig som barnevernet trenger mer kunnskap om tannhelsetjenesten, beskrev informantene også at tannhelsetjenesten burde ha mer kunnskap om barnevernsrelaterte tema. Dette er nært knyttet til temaet meldingspraksis, i forhold til hvorfor barnevernet så sjelden mottar meldinger fra tannhelsetjenesten. Da den ene saksbehandleren ble spurt om hvorfor hun trodde tannhelsetjenesten så sjelden sender bekymringsmeldinger, kom hun inn på temaet kunnskap. Hun fortalte dette: «Jeg tenker det er viktig at det kanskje måtte komt inn i utdannelsen til tannlegene. Viktigheten av å se etter, ikke bare det som går på tenner, men det som går på og tyder på at det er omsorgssvikt, seksuelle overgrep eller rus. Hun fortalte videre: «Dette er jo viktig slik at de [tannhelsepersonell] kan mer om det, og slik at de melder oftere». Disse sitatene kan tyde på at tannhelsepersonell burde ha mer om barnevernsrelaterte tema i utdanningen sin, og at dette kan bidra til at tannhelsetjenesten oftere sender bekymringsmelding. Dette samsvarer med det Baklien (2009) fant i sin studie, der hun skriver at barnevernsarbeiderne uttrykte at «de andre» har lite kunnskap om barnevernet og at de venter forlenge med å melde en bekymring. Baklien (2009) konkluderer med at kunnskap om hverandre er en forutsetning for samarbeid, noe som i sin tur kan bidra til at terskelen for å ta kontakt blir lavere. Det ovennevnte sitatet kan også sees i sammenheng med flere internasjonale studier, som finner at tannhelsepersonell har manglende opplæring og kunnskap om barnevernet generelt og i forhold til hvordan de skal samarbeide og sende bekymringsmelding (Carins et al., 2005; Al-Habsi et al., 2009). Studiene konkluderer med at

hensiktsmessig opplæring, som involverer kompetanse i vurdering av mistenkelige faktorer og tverretattlig barnevernsfaglig trening, er helt nødvendig.

Oppsummert kan det se ut som informantene har behov for kunnskap om tannhelsetjenestens oppgaver, prosedyrer og hva de kan oppdage. Samtidig tyder funnene på at tannhelsetjenesten burde ha mer kunnskap om barnevernsrelaterte tema.

5.2.2 Urealistiske forventninger til barnevernet

Temaet kunnskap ble også relatert til urealistiske forventninger til barnevernet. Da den ene saksbehandleren som hadde jobbet i barneverntjenesten i godt over tjue år ble spurt om hva som kunne fremme samarbeidet med tannhelsetjenesten, svarte hun slik: *«Jeg tror at det, enten det er tannhelsetjenesten eller andre tjenester, er det å kjenne til hverandre, å kjenne til hverandres arbeidsmetoder viktig. Ikke minst å finne ut, er forventningene våres til de andre realistiske? For det er noe med å justere forventningene som kan gjøre at frustrasjonen over de andre ikke blir så stor»*. En annen saksbehandler beskrev en situasjon i forhold til en melding hun hadde mottatt fra tannhelsetjenesten: *«Forventningene til tannhelsetjenesten i forhold til hva vi skulle gjøre med den meldingen, samsvarte nok ikke med hva vi hadde anledning til å gjøre i forhold til lovverket vårt. Det ligger noen begrensninger for hva vi kan gjøre når vi får en melding. Så jeg tror det handler mye om forventningene til hverandre, barneverntjenesten og tannhelsetjenesten, som ikke nødvendigvis matcher hverandre»*. Ut i fra dette sitatet, kan det tyde på at tannhelsetjenesten her hadde en forventning om hva saksbehandleren skulle gjøre med meldingen, noe som ikke samsvarte med det saksbehandleren kunne gjøre i forhold til barnevernsloven.

Et eksempel på at urealistiske forventninger mellom tjenester kan skape frustrasjon, er dersom tannhelsetjenesten sender inn en bekymringsmelding til barnevernet, og barnevernet ikke gjør det tannhelsetjenesten forventer at de skal gjør. Barnevernet i Norge er først og fremst en forebyggende hjelpetjeneste. Til grunn for dette ligger det som omtales som det minste inngreps prinsipp, som betyr at barnevernet ikke skal utsette barnet for inngripende tiltak, med mindre det er nødvendig og til barnets beste. Når barnevernet mottar en melding om et barn, skal de derfor først og fremst tilby hjelpetiltak etter bvl. § 4-4. Hovedregelen er at hjelpetiltak er frivillig, med unntak av tiltak etter bvl. § 4-4, fjerde ledd. Dette står ikke direkte i loven, men er påpekt i forarbeidene (BLD, 2000b). Dersom foreldrene takker nei til hjelpetiltak, og barnevernet vurderer at saken ikke er så alvorlig at den omfatter bvl. § 4-12, må barnevernet

henlegge saken. Det kan da tenkes at tannhelsetjenesten opplever at barnevernet ikke gjør noe, selv om barnevernet faktisk har tilbudt hjelpetiltak etter bvl. § 4-4. Slik som sitatet ovenfor viste, kan tannhelsetjenesten her ha en forventning om at noe burde gjøres i forhold til det barnet de sendte bekymringsmelding om, mens barnevernet ikke kan gjøre noe ut i fra barnevernsloven (1992).

Nasjonal forskning viser at urealistiske forventninger til barnevernet ikke bare gjelder tannhelsetjenesten, men også andre relevante samarbeidspartnere (Baklien 2009; BLD, 2000a; Drevdal, 2007). Protinus fant i sin studie at barnevernsarbeiderne opplevde at samarbeidspartnere har for lite kunnskap om barneverntjenestens lovverk og metoder, og at andre tjenester ofte har urealistiske forventninger til hva barnevernet kan utføre, noe som skaper frustrasjon i samarbeidet (BLD, 2000a). Drevdal (2007) gjorde lignende funn i sin masteroppgave, der hun fant at barnevernsarbeiderne var frustrerte over at skolene ikke har et realistisk syn på barnevernets muligheter til inngripen. Baklien (2009) fant også at lærerne og barnehageansatte ønsket seg mer informasjon fra barneverntjenesten, slik at de kan justere forventningene de har til barnevernet. Råd og veiledning var ønskelig. I tillegg til nasjonal forskning, er det også i Australia gjennomført en kvantitativ studie der målet var å se på hvilke faktorer som fremmet og hemmet tverretatlig samarbeid mellom barnevernet og psykisk helsevern. I denne studien ble urealistiske forventninger til hverandres tjenester identifisert som en barriere for samarbeid (Darlington, Feeney, & Rixon, 2005). Viktigheten av å ha realistiske forventninger til hverandres tjenester blir også fremhevet av Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003).

Oppsummert tyder funnene på at urealistiske forventninger til barnevernet kan føre til frustrasjon og dermed hemme det tverretatlige samarbeidet mellom tjenestene. I lys av funnene og relevant teori kan det se ut som kunnskap om barnevernets lovverk, metoder og oppgaver kan bidra til å justere forventningene som tannhelsetjenesten, og sannsynligvis andre samarbeidspartnere, har til barnevernet. Dette må dermed sees i sammenheng med underkategorien «behov for kunnskap om hverandre».

5.2.3 Behov for et åpnere barnevern

En tredje underkategori som ble relatert til temaet kunnskap i datamaterialet, var behovet for et åpnere barnevern. Behovet for et åpnere barnevern handlet om at barnverntjenesten burde gå mer aktivt ut til andre tjenester, inkludert tannhelsetjenesten, for å gi informasjon om hvem barnevernet er og hvordan de jobber. To saksbehandlere diskuterte dette: informant 1:

«De[tannhelsetjenesten] er jo usikre på hvem vi er og hvordan vi jobber, hva kan barneverntjenesten gjøre med det, eller hva vil de gjøre? Ja, tillit eller manglende tillit til om vi kan gjøre noe med det», informant 2 legger til: «og dette gjelder ikke bare tannhelsetjenesten, men mange, barnehager og helsestasjoner for eksempel. Det er mange som er usikre på det. Så dette er en generell jobb for barneverntjenesten, å informere om hvem vi er og hvordan vi jobber». En annen saksbehandler ordla seg slik: «Informasjonsflyt tenker jeg er interessant, det gjelder jo alle faggrupper, uansett».

De ovennevnte sitatene forteller noe om at informantene er klar over at andre tjenester ikke har nok kunnskap om barnevernet, og at barnevernet derfor oftere burde gått ut for å gi informasjon om seg selv til andre tjenester. Dette kan sees i sammenheng med det Baklien (2009) fant sin undersøkelse, der det viste seg at lærere og barnehageansatte oppfattet barnevernet som et lukket system. Lignende resultater fant Backe- Hansen (2009) i sin undersøkelse om samarbeidet mellom barnehage og barnevern. Hun fant at styrerene i barnehagene etterlyste et åpnere, mer synlig og utadrettet barnevern. Da en av barnevernslederne ble spurt om hva som hemmet samarbeidet med tannhelsetjenesten svarte hun slik: *«Det kan jo hende vi skulle vært mer aktive å gå ut med informasjon på tanklinikkene, for det er sånn vi gjør masse ellers, at vi går ut og har korte foredrag. Men vi går kanskje der vi vet at det er masse bekymring knyttet til barn, for eksempel psykiatrien eller voksenpsykiatri. Tannklinikken er kanskje litt mer perifer for oss, det får vi bare erkjenne».* Ut i fra dette sitatet kan det tyde på at tannhelsetjenesten gjerne ikke oppfattes som en tjeneste som jobber mye med bekymring rundt barn. Dette må sees i sammenheng med underkategorien «behov for kunnskap om hverandre». Dersom barnevernet hadde hatt kunnskap om hva tannhelsetjenesten kan oppdage, kan det tenkes at de hadde vært mer aktive i forhold til å gi informasjon til tannhelsetjenestene.

Barne- og familiedepartementet (2002) skriver at mangel på åpenhet og dialog er mye av kritikken som rettes mot barneverntjenesten. Det er utarbeidet en kommunikasjonsstrategi som handler om hvordan man kan lykkes i å etablere et «åpnere barnevern». Denne strategien ble utarbeidet av Barne – og likestillingsdepartementet i 2008, og handler om at barnevernet må være åpnere rundt sine tjenester, både i media og i lokalsamfunnet. Den handler også om at barnevernet må jobbe for å bli mer synlig blant samarbeidspartnere og andre tjenester. Dette kan oppnås ved å formidle informasjon om blant annet lover og regler de må forholde seg til, metoder, roller og ansvar barnevernet har. Et åpnere barnevern skal være en del av barnevernets profesjonelle identitet (BLD, 2008). Det kan tenkes at et åpnere barnevern vil

være et viktig tiltak for å unngå urealistiske forventninger til hverandre og for å bedre kunnskapen om hverandres tjenester. Denne underkategorien er dermed nært knyttet til de to ovennevnte underkategoriene.

Oppsummert tyder funnene på at informantene forstod at tannhelsetjenesten og andre tjenester er usikre på hvem barnevernet er og hvordan de jobber. Informantene var selvkritiske og foreslo at de oftere burde arbeide utadrettet med informasjon til tannhelsetjenesten, og andre relevante samarbeidspartnere.

5.2.4 Håndtering av taushetsplikt

Da informantene i denne undersøkelsen ble spurt om hva som kunne hemme samarbeidet med tannhelsetjenesten, var det bare én av dem som nevnte taushetsplikten. Likevel er dette et viktig tema siden taushetsplikten ofte blir omtalt i litteraturen når det er snakk om samarbeid mellom ulike tjenester. Saksbehandleren, som ofte jobbet med vanskelige saker, sa følgende: *«Så er det den hersens taushetsplikten da. Den bryert jeg. Altså, har vi hatt en voldssak, så spør vi om vold, sant. Barneverntjenesten har informasjon på at far utøver vold, har skolen kjennskap til det? Da har vi gitt informasjon, ikke sant, og det har vi gjort for at vi ikke skal gå rundt grøten, og så skulle de kanskje nevne ett eller annet. Mens andre som har kommet på kontoret sier at ja men da har du gitt opplysninger, og det har du ikke lov til, i henhold til taushetsplikten. Men jeg mener vi fått mer informasjon. Men vi har en etisk diskusjon på det».* Videre påpeker denne saksbehandleren at taushetsplikten bidrar til å gjøre barneverntjenesten skremmende, og at den er med på å hindre det tverretatige samarbeidet, noe dette utsagnet synliggjør: *«I forhold til tannleger, så hadde vi i fjor en periode noen forferdelige meldinger om barnehagebarn som drev med noe munnsex. Vi lurte på hva i all verden, og det var flere barnehager, så vi tenkte, er dette her organisert? Hva er dette for noe? Da tenkte jeg at hadde vi kunne snakket med tannlegen, sant. Men jeg tenker at denne veldige taushetsplikten bidrar til å gjøre oss veldig skremmende. Fordi at de [tannhelsepersonell] vet ikke helt hva vi vet, hva vi kan si og hva vi kan, ikke sant. Så derfor bryter jeg den taushetsplikten. Jeg er ikke utleverende, men jeg sier det jeg må for at jeg skal få hjelpe ungdommene og få den informasjonen jeg trenger for å komme videre. Nei, så jeg tenker at taushetsplikten kan hindre samarbeid ja».*

Sitatene fra denne saksbehandleren indikerer at hun i noen tilfeller velger å bryte taushetsplikten, da hun vurderer det som viktigere å få eller gi den informasjonen som trengs.

Hun mener dermed at taushetsbestemmelsene noen ganger hindrer henne i å samarbeide med andre tjenester. Dette funnet støttes av Harker et al. (2004), som påpeker at samarbeid blir mer effektivt når de ulike tjenestene kan dele informasjon med hverandre. Likevel må de ansatte i barneverntjenesten forholde seg til taushetsplikten som er forankret i forvaltningsloven (1967) §§ 13- 13f og bvl. § 6-7 tredje ledd. Taushetsplikten setter dermed grenser for hvilken informasjon du kan gi og hvem du kan gi den til. På bakgrunn av dette kan det tenkes at taushetsplikten oppfattes som et hinder mellom etater (KS, 2013).

Taushetsplikten ble imidlertid ikke nevnt som hinder for samarbeid av de andre informantene i denne undersøkelsen. En mulig forklaring på dette er at de ikke ble spurt direkte om taushetsplikt under intervjuet. En annen mulig forklaring kan være at de ikke ser på taushetsplikten som noe hinder. BLD (2013) hevder at taushetsplikten ikke skal være til hinder for samarbeid. Barnevernet kan oppgi opplysninger til andre samarbeidspartnere dersom det er nødvendig for å fremme barnevernets oppgaver, jf. bvl. § 6-7. Barnevernets taushetsplikt er heller ikke ufravikelig. Barnevernet har rett til å dele informasjon dersom det er nødvendig for å samle inn relevant informasjon, og det er til barn og unges beste. Barnevernet skal derimot ikke dele informasjon om en sak så fremt det ikke er nødvendig for å opplyse saken eller fremme samarbeid jf. bvl. § 4-3, andre ledd.

H. W. Andersson et al. (2005) har drøftet hvorvidt lovgrunnlag og samarbeid kan utgjøre en reell barriere for tjenester som skal samarbeide. Her blir det påpekt at lovbestemmelsene i forhold til taushetsplikten ikke ser ut til å være en barriere for samarbeid. Isteden kan det se ut som manglende kunnskap om hverandres tjenester er det som faktisk hindrer samarbeid (H. W. Andersson et al., 2005). Glavin & Erdal (2013) påpeker også at det ikke er taushetspliktbestemmelsene i seg selv som hemmer tverrfaglig samarbeid, men mangel på kunnskap om hverandres tjenester. Ifølge Helsetilsynet (2009) foreligger det sjelden skriftlige rutiner eller felles praksis om anvendelsen av taushetsplikt. De hevder videre at det er for dårlig kunnskap om taushetsplikt blant samarbeidspartnere. Dette kan være en mulig forklaring på hvorfor noen opplever taushetsplikten som en hindring for samarbeid.

Selv om det ovennevnte sitatet viser at saksbehandleren oppfatter taushetsplikten som hinder for samarbeid, kan det også tolkes som det er mangel på kunnskap om hverandres tjenester som egentlig hindrer samarbeid. Dette underbygges i følgende setning: *«(...) Men jeg tenker at denne taushetsplikten bidrar til å gjøre oss veldig skremmende. Fordi at de [tannhelsepersonell] vet ikke helt hva vi vet, og hva vi kan si og hva vi kan, ikke sant»*. At mangel på kunnskap om hverandres tjenester og mangel på kunnskap om

taushetspliktbestemmelsene hindrer samarbeid, stemmer god med annen litteratur (H. W. Andersson et al, 2005; BLD, 2000a; Helsetilsynet, 2009; Glavin & Erdal, 2013). Veilederen Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn – ungdom – familier, påpeker at dersom samarbeid skal fungere optimalt, til tross for ulike taushetspliktbestemmelser, er det viktig at alle kjenner til hverandres muligheter og begrensninger i henhold til lovverket (KS, 2013).

Oppsummert kan det ut i fra det ovennevnte sitatet se ut som det er uenigheter og diskusjoner om hvordan bestemmelsene om taushetsplik skal forstås og brukes. I litteraturen blir taushetsplikten stadig diskutert (Glavin & Erdal, 2013; Horwath & Morrison, 2007; H. W. Andersson et al., 2005; Harker et al., 2004). Dersom jeg ser på temaet kunnskap som helhet kan det tenkes at det er mangel på kunnskap om hverandres tjenester og mangel på kunnskap om taushetspliktbestemmelsen, istedenfor taushetsbestemmelsene i seg selv, som hindrer samarbeid. På den andre siden kan det også tenkes at noen opplever taushetsplikt som hinder, mens andre ikke. Det er enighet om at lovverket er komplisert. H. W. Andersson et al. (2005) og Winsvold (2011) foreslår på bakgrunn av dette en forenkling av lovverket.

5.4 FORANKRING

Det tredje og siste temaet som var sentralt med hensyn til et begrenset samarbeid mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten var forankring. I denne oppgaven er forankring i forhold til samarbeidsavtalen som er iverksatt mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten særlig relevant. Samarbeidsavtalen som er nærmere beskrevet i introduksjonen og i vedlegg nr. 4, er en forpliktende avtale som var undertegnet av alle barnevernkontorene jeg intervjuet. Det er derfor interessant at når informantene ble spurt om de kjente til samarbeidsavtalen var det flere av saksbehandlerene som fortalte at de ikke kjente til innholdet i den. Analysen av datamaterialet tyder på at hektiske hverdager kan være en grunn til at samarbeidsavtalen ikke blir gjort kjent. Informantene fortalte også om manglende møtepunkter med tannhelsetjenesten. Temaet forankring handlet derfor om at samarbeidsavtalen er lite kjent blant de ansatte og om manglende møtepunkter. Disse to underkategoriene blir nå nærmere utdypet.

5.4.2 Samarbeidsavtalen er lite kjent blant de ansatte

Da den ene saksbehandleren ble spurt om hun kjente til samarbeidsavtalen med tannhelsetjenesten, svarte hun slik: *«Nei, jeg kjenner ikke til samarbeidsavtalen. Jeg har den fremfor meg nå, men jeg kjenner ikke til den. Det var slik at når du skulle komme, så var det litt sånn, var det ikke noe med en samarbeidsavtale? Jo, så da fant jeg den frem, da. Så det var en liten vekker at du ringte og sa at du skulle komme hit»*. En annen sakbehandler ordla seg slik da hun fikk samme spørsmålet: *«Jeg vet den eksisterer ja, men jeg har ikke sett den. Innholdet i den kjenner jeg heller ikke noe særlig godt til»*.

En annen saksbehandleren fortalte dette da det under intervjuet var snakk om samarbeidsavtalen: *«Det er noe med den samarbeidsavtalen, siden vi får så fryktelig sjelden meldinger fra tannhelsetjenesten, så blir det litt sånn glemt kunnskap. Det er ikke mange som kjenner til den [samarbeidsavtalen], så dette her er en avtale som, jeg vet ikke hvor tid jeg kom på den sist, men den aktualiserte seg når du tok kontakt med kontoret. Da ble det sånn: uff, ja hvor var den avtalen. Så den [samarbeidsavtalen] er ikke et levende dokument hos oss»*. At samarbeidsavtalen ikke er et «levende dokument» er en metafor som kan tolkes på flere måter. Et «levende dokument» tolkes i denne oppgaven som et dokument som både er kjent og som kan brukes aktivt i barnevernet. Når denne saksbehandleren sier at dokumentet ikke er levende, kan det forstås som at samarbeidsavtalen verken er kjent eller at den blir brukt. Videre kan det se ut som at samarbeidsavtalen med tannhelsetjenesten kommer i skyggen av andre samarbeid, siden barnevernet sjelden mottar bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten. Dette står i nær relasjon til temaet meldingspraksis.

De ovennente sitatene sier noe om at samarbeidsavtalen ikke er gjort kjent blant de ansatte i barneverntjenesten. En av de viktigste suksesskriteriene for at samarbeid skal fungere optimalt, er ifølge Glavin & Erdal (2013) at samarbeidet er forankret og implementert administrativt og politisk. Det at samarbeid er forankret, fører til et mer forpliktende samarbeid, som igjen vil føre til at det blir mer legitimt å bruke ressurser på samarbeidet. Glavin & Erdal (2013) påpeker videre at ansvaret for samarbeidet må være tydelig plassert og det må foreligge klare og tydelige retningslinjer. Samarbeidsavtalen mellom barnevernet og tannhelsetjenesten er forankret, og det foreligger klare og tydelige retningslinjer i den (se vedlegg nr. 4). For at et samarbeid skal fungere optimalt, er det imidlertid avgjørende at alle kjenner innholdet i samarbeidsavtalen (Glavin & Erdal, 2013). På den ene siden har barnevernet et godt utgangspunkt til et tverretattlig samarbeid med tannhelsetjenesten, ettersom det foreligger en formell samarbeidsavtale med klare og tydelige retningslinjer. På

den andre siden er disse retningslinjene lite hjelp i siden samarbeidsavtalen er lite kjent blant de ansatte i barnevernet. Det at avtalen er lite kjent blant saksbehandlerne kan derfor tenkes er en medvirkende faktor til saksbehandlerne beskrivelse av et begrenset samarbeid med tannhelsejenesten.

Det var likevel noen som kjente til samarbeidsavtalen. En saksbehandler som hadde jobbet i barnevernet i over tjue år, svarte slik da hun ble spurt om samarbeidsavtalen : *«Dette her er en hypotese, men jeg tror ikke det er så mange som kjenner til den. Jeg kjenner til den fordi jeg hadde en annen stilling i barneverntjenesten den gangen, som gjorde at jeg var med i det samarbeidsmøtet»*. Dette utsagnet kan tyde på at samarbeidsavtalen er mer aktualisert dersom du sitter i ledelsen. Da den ene barnevernslideren ble spurt om hun kjente til samarbeidsavtalen, svarte hun slik: *«Ja da, den kjenner jeg til og den har jeg undertegnet på»*. Hun fortalte videre at samarbeidsavtalen er kjent blant alle de ansatte: *«Ja, det er den. Alle kjenner til den»*. En av de andre barnevernsliderne sa det slik da hun ble spurt om samme spørsmål: *«Ja, jeg inngår en avtale én gang i året»*. Hun fortalte også at de ansatte kjente til samarbeidsavtalen: *«Ja, altså, de [saksbehandlerne] er orientert om den. Altså, det her er et slikt massivt informasjonsskriv, så det skal mye til for at alle klarer å fange opp alt. Men samarbeidsavtalen betyr ikke noe spesielt for de. For de er vant med at når de skal innhente informasjon, så innhenter de informasjon i tråd med hva som er problemstillingen i en sak. De er ikke opptatt av om det er en samarbeidsavtale eller ikke»*.

At «samarbeidsavtalen betyr ikke noe spesielt for de» kan tolkes på flere måter. Det kan tenkes at denne barnevernslideren mente at det ikke spiller noe stor rolle om det foreligger en samarbeidsavtale mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten i forhold til hvordan saksbehandlere jobber med konkrete saker. Det kan også tenkes at samarbeidsavtalen betyr mer for barnevernsliderne enn saksbehandlerne. Det at samarbeidsavtalen er kjent blant barnevernsliderne og ikke blant saksbehandlerne kan forklares ved at det er barnevernsliderne som går på de forpliktende samarbeidsmøtene med tannhelsetjenesten som skal være én gang i året. Samtidig kan en annen mulig forklaring være at samarbeidsavtalen er ulikt kjent hos de ulike barnevernkontorene, ettersom barnevernsliderne jeg intervjuet fortalte at saksbehandlerne på deres kontor kjente til samarbeidsavtalen.

Betydningen av hektiske hverdager ble lagt vekt på av saksbehandlerne når de snakket om hvorfor samarbeidsavtalen ikke er kjent. En av saksbehandlerne sa det slik: *«Jeg tenker at det ligger til den leiinga som jeg nå har valgt å gå ut av, å ta opp att den tråden igjen [av samarbeidsavtalen]. Det er nok slik for lederne at det er fryktelig travle tider, som tar opp alt*

annet, og da blir dette gode grunnarbeidet ikke prioritert». En annen saksbehandler ordla seg slik: «Noen har jo utarbeidet dette her, og det er helt sikkert noen viktige ting inni her, helt sikkert. Men, det har nok en tendens til å ramle litt sånn inni mellom det andre, dessverre».

Disse utsagnene kan tyde på at hektiske hverdager preger mye av arbeidet til barnevernsarbeidere. Dette kan sees i sammenheng med det Rød, Iversen, & Underlid, (2012) fant i sin studie om barnevernets håndtering av meldinger som gjaldt foreldrekonflikter. Denne studien viste at det ikke bare var innholdet i bekymringsmeldingen som avgjorde hva barnevernsarbeiderne gjør med meldingene, men at hektiske hverdager på kontoret også var en faktor. Dette var «grensemeldinger», som gjerne ikke var alvorlige nok til at de ble prioritert. På samme måte kan det tenkes at hektiske hverdager er med på å avgjøre hvordan samarbeidsavtalen med tannhelsetjenesten blir prioritert. At samarbeidet med tannhelsetjenesten ikke blir prioritert og at det forsvinner i det travle, kan stå i relasjon til temaet meldingspraksis, i forhold til at barnevernet mottar få meldinger fra tannhelsetjenesten og at tannhelsetjenesten ikke blir sett på som en sentral samarbeidspartner. Dette kan bidra til at samarbeidsavtalen faller i mellom alt annet som skal gjøres.

Da saksbehandlerne ble spurt om hva de synes om at samarbeidsavtalen ikke er gjort kjent, svarte ene saksbehandleren slik: «Å, det tenker jeg er veldig dumt». En annen saksbehandler ordla seg slik: «Det er forferdlig synd når det foreligger noe solid her (...)». Disse sitatene kan illustrere et ønske om å kjenne til samarbeidsavtalen i fremtiden. Det kan imidlertid også tenkes at disse sakbehandlerne følte de burde svare slik, siden det spesifikt ble spurt om hva de synes om at avtalen ikke er gjort kjent. En tredje tolkning er at sitatene kan tyde på at saksbehandlerne ikke får gjort en så god jobb som de ønsker. Dette kan sees i sammenheng med det Baklien (2009) fant i sin studie. I den studien kom det frem at barnevernsarbeidere klaget over at de ikke fikk gjort en så god jobb som de ønsker. Sakene var både for mange og for komplekse. På samme måte kan det se ut som saksbehandlerne mener at barnevernslederne har for mange saker og arbeidsoppgaver til å gjøre samarbeidsavtalen kjent. Lignende funn gjorde Darlington et al. (2005) i Australia. Studien deres viser at manglende ressurser, som omhandlet mangel på tid og høyt arbeidspress var en hindring for tverretatlig samarbeid. Baklien (2009) påpeker at flere kommuner har for mange saker i forhold til ansatte, og at avstanden mellom barnevernet og samarbeidspartnere i andre etater ofte er stor. Lignende funn er gjort i Storbritannia, der Harket et al. (2004) har undersøkt hva som fremmet effektiv tverretatlig samarbeid rundt barn som er ivaretatt av myndighetene. De fant at utfordringer i forhold til arbeidsmengde oppstår som et resultat av mangel på personell.

Baklien (2009) fant også at lærere og barnehageansatte ikke meldte bekymring fordi de oppfattet at barnevernet hadde manglende ressurser og for mange saker, noe som blant annet ble kommunisert gjennom lokale media. Oppfatningen av barnevernet som overarbeidet og utilgjengelig gjorde terskelen for å melde bekymring og ta kontakt ekstra høy. Dette kan dermed knyttes til temaene meldingspraksis og kunnskap.

Oppsummert viser funnene at det er en forskjell på hvordan saksbehandlerne og barnevernslederne kjente til innholdet i samarbeidsavtalen. Saksbehandlerne synes det var uheldig at de ikke kjente til innholdet i avtalen. Funnene kan tyde på at hektiske hverdager kan være en medvirkende forklaring til at barnevernslederne ikke har prioritert å gjøre kjent samarbeidsavtalen.

5.3.1 Mangel på møtepunkter

En siste underkategori med hensyn til temaet forankring og et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten, var mangel på møtepunkter. Flere av informantene påpekte at de gjerne skulle hatt flere møter med tannhelsetjenesten, og at dette måtte bli en rutine. En av saksbehandlerne fortalte dette: *«Jeg tenker jo det at om vi har noen jevnlig treffpunkt, kan det bidra til å fremme samarbeidet. At de blir kjent med oss og at vi blir kjent med dem. Men og det at vi i tjenesten får det inn som en rutine, sant. Og da tenker jeg at vi har en jobb å gjøre»*. En annen saksbehandler sa det slik: *«Jeg tenker at vi har jo ikke nok møter her på huset. Vi spinger ikke akkurat på møter. Vi har hatt et par slike samarbeidsdager med helsestasjonen der vi har snakket om felles tema. Og det kunne godt være at tannlegene også skulle vært med på det, sant. Slik at de forstår og skjønner hva vi driver på med»*. Med utgangspunkt i disse sitatene kan man antyde at samarbeidsdager eller regemessige møter med tannhelsetjenesten kan bidra til at barnevernet og tannhelsetjenesten får mer kunnskap om hverandre. Funnene må derfor sees i sammenheng med temaet kunnskap. Behovet for kunnskap om hverandres tjenester kan tenkes reduseres dersom tjenestene har flere regelmessige møter. Dette samsvarer med Harker et al. (2004) sin studie, som fant at desto flere ganger aktørene i tverretattlig samarbeid møttes, jo større mulighet var det for å bli kjent med hverandre, og på den måten lykkes i samarbeidet.

Da den ene saksbehandleren ble spurt om hva som kunne hemme samarbeidet med tannhelsetjenesten, svarte hun slik: *«Jeg synes at det er litt leit at ikke vi har klart, eller tannhelsetjenesten, eller vi sammen, ikke har klart å følge opp det der årlige møtet i forhold til den avtalen [samarbeidsavtalen]. For jeg tenker at det er der vi kan bli kjent med*

hverandre, det er der vi kan få justert forventningene til hverandre». Utsagnet synliggjør at barnevernet har manglende møtepunkter med tannhelsetjenesten. Det at saksbehandleren fortalte at deres barnevernkontor sammen med tannhelsetjenesten ikke har klart å følge opp samarbeidsavtalen kan sees i sammenheng med det Helsetilsynet (2009) fant i sitt tilsyn. I deres tilsyn kom det frem at samarbeid ofte var sviktende fordi planlagte møter ikke ble avholdt.

Når informantene snakket om manglende møtepunkter, var det flere som nevnte at de hadde tverrfaglige team med andre relevante samarbeidspartnere, men at tannhelsetjenesten ikke er en del av dette. En saksbehandler sa det slik: *«Vi har jo tverrfaglige team på skolene, noe som har ført til et bedre tverrfaglig samarbeid og senket terskelen for kontakt. Men der er jo nødvendigvis ikke tannhelsetjenesten. Hvorfor tannhelsetjenesten ikke er med i tverrfaglig team på skolene, det kan jeg ikke svare på. Men der er jo vi med, og PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste)»*. En annen saksbehandler forteller videre at tannhelsetjenesten ikke blir invitert på mange viktige møter: *«Men de [tannhelsetjenesten] skulle jo absolutt vært en mer naturlig samarbeidspartner, på samme måte som andre, for vi har jo faste treff med politiet, SLT (Samordningsmodell for Lokale, forebyggende Tiltak mot rus og kriminalitet) koordinator, så man skulle hatt vår og høst med disse her også. Ja, for å bli kjent med kvarandre, senke terskelen for å ta kontakt»*. Disse sitatene kan tyde på at tannhelsetjenesten ikke blir tenkt på eller inkludert i samarbeidsmøter. Det at tannhelsetjenesten ikke blir tenkt på kan sees i sammenheng med forskningsartikler, for eksempel Heggen et al., 2013 og Gilbert et al., 2009b, som viser til relevante samarbeidspartnere for barnevernet. I deres artikler er ikke tannhelsetjenesten med i listen på relevante samarbeidspartnere. Det kan tenkes at dersom tannhelsetjenesten hadde vært mer inkludert, og vært en del av de tverrfaglige temaene barnevernet har med andre relevante samarbeidspartnere, ville dette ha ført til at tjenestene fikk mer kunnskap om hverandre. Winsvold (2011) påpeker at felles arenaer bidrar til viktig kunnskap om hverandre, og til å skape et fora for diskusjon og informasjonsflyt mellom aktørene.

Betydningen av å møtes ansikt til ansikt med de man skal samarbeide med ble vektlagt av informantene da de ble spurt om hva som kan fremme samarbeidet med tannhelsetjenesten. En av sakbehandlerne ordla seg slik: *«Jeg har veldig troen på det å møtes på samme bord, å snakke formelt og uformelt. Det å ha noen ansikt å se på. Det har jeg troen på»*. En annen saksbehandler sa det slik: *«Ja, felles seminar! For vi også er jo interessert i å vite, siste nytt på forskning innen det, ikke sant. Da kunne jeg vite at «Per» på [stedsnavn] tannlegeklinikk,*

var grådig god på det, ikke sant». Disse sitatene illustrerer hvor viktig det er å kjenne noen ansikt hos den tjenesten du skal samarbeide med. Dette samsvarer med det Protonis fant i sin undersøkelse, der det ble påpekt at faktorer som å møtes fysisk, ansikt til ansikt, kunne fremme samarbeid (BLD 2000a). Dette støttes også av Willumsen & Hallberg (2003), som legger vekt på at nettverksbygging er avgjørende for samarbeid. Nettverksbygging handler om å etablere kanaler for kommunikasjon, relasjonsbygging og å være tilgjengelig. Informantene i deres undersøkelse la særlig vekt på å se personen man skal samarbeide med. Å ha et ansikt å se på, ikke bare snakke over telefon, vil ifølge Willumsen & Hallberg (2003), senke terskelen for kontakt ved en senere anledning.

Oppsummert var informantene selvkritiske og engasjerte i forhold til å få til flere møter med tannhelsetjenesten. Det kan se ut som regelmessige møter fører til mer kunnskap om hverandre, samtidig som det bidrar til at tjenestene får noen ansikter på dem de skal samarbeide med, som igjen kan føre til større trygghet og lavere terskel for å ta kontakt.

6.0 OPPSUMMERENDE DRØFTING OG AVSLUTNING:

Formålet med dette masterprosjektet har vært å undersøke hvordan kommunalt ansatte barnevernsarbeidere beskriver samarbeidet med tannhelsetjenesten. Det er en kvalitativ undersøkelse som er basert på intervju med elleve informanter fra ulike kommuner i Hordaland. Undersøkelsens funn er tematisk analysert, presentert sammen med mine tolkninger og relevant teori og forskning. Analysen av funnene må forstås i lys av valgt teori og den vitenskapelige rammen i denne oppgaven, som har en sosialkonstruktivistisk, - fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming.

Dette kapittelet skal oppsummerende drøfte hva som hemmer og fremmer samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten, i lys av undersøkelsens funn og Glavin & Erdal (2013) sin modell, samt relevant forskning. Videre vises det til begrensninger med undersøkelsen, konklusjon og implikasjoner for videre forskning og praksis.

6.1 HVA HEMMER OG FREMMER SAMARBEIDET MED TANNHELSETJENESTEN?

Hovedfunnet i dette masterprosjektet er at det foreligger et begrenset samarbeid mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Gjennom å tematisk analysere datamaterialet, fant jeg at de tre temaene meldingspraksis, kunnskap og forankring kunne bidra til å forstå hvorfor barnevernet har et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten. Samtidig fant jeg at informantene hadde en positiv innstilling til økt samarbeid med tannhelsetjenesten i fremtiden.

Glavin & Erdal (2013) påpeker flere faktorer som hemmer og fremmer tverrfaglig samarbeid. I forhold til temaet meldingspraksis ble faktorene *motstridende oppgaver hos etatene, profesjonsinteresser og at gevinsten er asymmetrisk fordelt*, særlig fremtredende i forhold til hvorfor barnevernet mottok så sjelden meldinger fra tannhelsetjenesten. Motsatt ble faktorer som *tillit, nytteopplevelse og kunnskap om hverandres tjenester* relevant for hvordan meldingspraksisen kunne bedres. Samtidig som informantene uttrykte at tannhelsetjenesten burde melde oftere, forstod de at tannhelsetjenesten kunne komme i en konfliktsituasjon når de skal melde en bekymring, siden barnevernet og tannhelsetjenesten har ulike oppgaver og mål. Funnene i denne undersøkelsen viser også at tannhelsetjenesten er en liten utnyttet ressurs både som informant og samarbeidspartner. I lys av dette kan det stilles spørsmål om hvor sentral tannhelsetjenesten skal være som samarbeidspartner for barnevernet. Heggen et

al. (2013) har undersøkt hvordan barnevernet samarbeider med andre tjenester på Vestlandet. Undersøkelsen viste at de viktigste samarbeidspartnere for barnevernet er skoler, barne-, ungdoms- og familieetaten (BUF etat), barnehager, helsesøster, barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT), politi, og ny arbeids- og velferdsforvaltning (NAV). Tannhelsetjenesten ble ikke nevnt i listen. Dette kan ha en sammenheng med at de andre tjenestene gjerne jobber sammen med barnevernet om tiltak og er med i ansvarsgrupper, tverrfaglige team og lignende, noe tannhelsetjenesten ikke er. Tannhelsetjenesten har heller ikke vært en egen kategori i statistikken om hvem som melder til barnevernet, selv om de fra 2013 kom med i kategorien «lege/sykehus/tannlege» (SSB, 2014). På den ene siden kan det tenkes at siden tannhelsetjenesten er en annen profesjon med andre oppgaver og mål, ikke vil bli en like sentral samarbeidspartner som eksempelvis skole, BUP, barnehage og helsestasjon. Selv om tannhelsetjenesten har en melde- og opplysningsplikt, er denne plikten begrenset til de mer alvorlige tilfeller (Sosial – og helsedirektoratet, 2006). På den andre siden viser både internasjonal og nasjonal forskning at tannhelsepersonell sitter i en nøkkelposisjon til å oppdage omsorgssvikt og mishandling (Harris et al., 2009; Kloppen et al., 2010; Uldum et al., 2010). Studier viser at tannhelsepersonell ofte unnlater å melde til barnevernet, selv om de har sett barn de mistenker er utsatt for omsorgssvikt og mishandling (Carins et al., 2005; Harris et al., 2009; Al-Habsi et al., 2009). For å sikre at tannhelsetjenesten melder fra til barnevernet når de er bekymret for et barn, er det viktig med et godt samarbeid mellom tjenestene. Det kan derfor tenkes at tannhelsetjenesten oftere burde inkluderes i barnevernet, slik at de blir en mer sentral samarbeidspartner enn det de er i dag.

I forhold til temaet kunnskap, ble Glavin & Erdal (2013) sine suksesskriterier *kunnskap om hverandre og kompetanse*, fremtredende for at tannhelsetjenesten kan bli en mer sentral samarbeidspartner for barnevernet. Kunnskap om hverandres lovverk, oppgaver, muligheter og begrensninger er særlig viktig for å forhindre urealistiske forventninger til hverandre og for at taushetsplikten ikke skal hemme samarbeid (Glavin & Erdal, 2013; Willumsen & Hallberg, 2003; Helsetilsynet, 2009). Mye litteratur viser til at opplæring, hospitering og kommunikasjon er viktig for å øke kunnskap om hverandres tjenester (Glavin & Erdal, 2013; Helsetilsynet, 2009; Baklien, 2009; Ødegård & Willumsen, 2011). Helsedirektoratet (2015) arbeider også med å utarbeide en ny veileder «Nasjonalt faglig retningslinje for gode tannhelsetjenester til barn og unge». Veilederen er forventet ferdig i 2016, og skal inneholde retningslinjer om opplysningsplikten til barnevernet. Spørsmål som skal svares på er blant

annet «hvilke tilfeller av alvorlig karies er resultat av omsorgssvikt?» og «hvilke funn gir grunn til mistanke om omsorgssvikt eller overgrep?». Veilederen skal være et hjelpemiddel når tannhelsepersonell skal undersøke dette nærmere og ha retningslinjer for hvordan de skal melde en bekymringsmelding til barnevernet. Det kan tenkes at denne veilederen vil bidra til at tannhelsepersonell får mer kunnskap om barnevernsrelaterte tema.

I forhold til temaet forankring, ble *manglende ressurser* særlig fremtredende i forhold til hvorfor tannhelsetjenesten ikke blir prioritert som samarbeidspartner og hvorfor samarbeidsavtalen ikke er gjort kjent. Jeg fant det interessant og noe overraskende at saksbehandlere i undersøkelsen var lite kjent med samarbeidsavtalen. Dette var overraskende siden jeg på forhånd hadde en forestilling om at det hadde vært mye fokus på samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten, og at det er iverksatt flere tiltak for å forbedre samarbeidet, eksempelvis intervensjonen *Tannhelse og barnevern*. Det at samarbeidsavtalen i liten grad var kjent kan sees i sammenheng med det Helsetilsynet (2009) fant i sin rapport som viste at samarbeid mellom tjenester i for stor grad blir overlatt til tilfeldigheter, og at etablerte samarbeidsrutiner i for liten grad blir fulgt opp. Det kan også sees i sammenheng med at barnevernet har fått økende oppgaver og ansvar (Heggen et al., 2013). Ifølge Glavin & Erdal (2013) og Willumsen & Hallberg (2003) kan det være vanskelig å prioritere samarbeid, dersom det er mye å gjøre i egen etat. For at samarbeid skal vedlikeholdes, kreves det planlegging og møtevirksomhet. Dette kan medføre motstand fordi man har knappe ressurser fra før, og vil derfor oppleve at samarbeidet går ut over det daglige arbeidet som skal gjøres.

Til tross for hektiske hverdager og manglende ressurser, var informantene positivt innstilt til økt samarbeid med tannhelsetjenesten i fremtiden. Det at informantene oppfattet tannhelsetjenesten som en fremtidig viktig samarbeidspartner og at de viste et engasjement for å bedre samarbeidet, er ifølge Glavin & Erdal (2013) en viktig forutsetning for å fremme samarbeid. Å ha vilje til å se hva andre etater kan bidra med, og vilje til å endre praksis, handler om å ha et *realistisk syn på samarbeidsmuligheter* (Glavin & Erdal, 2013).

Selvkritikk i egen etat og å ha kjennskap til andres fagområder er viktig. Dette samsvarer med Willumsen & Hallberg (2003) sin modell som påpeker at fleksibilitet i forhold til å være åpen for endring, er nødvendig for å fremme samarbeid mellom tjenester. Hesjedal, Hetland & Iversen (2013) fant i sin artikkel om tverrprofesjonelt samarbeid i ansvarsgrupper, at godt samarbeid til tross ulik utdanningsbakgrunn, kjennetegnes av personlig engasjement og det å se på andre samarbeidspartnere som likeverdige. Det kan videre tenkes at dette er viktige faktorer når man skal samarbeide på tvers av etater. Det finnes også annen forskning som

påpeker at likeverdighet, gjensidig respekt og ydmykhet er viktige faktorer på personnivå for å fremme samarbeid (Germundsson, 2011; Ødegård & Willumsen, 2011).

Analysen av datamaterialet tyder på at funnene i denne undersøkelsen påvirker hverandre gjensidig. Det vil si at ingen av temaene må forstås uavhengig av hverandre. Dette kan sees i sammenheng med Willumsen og Hallbergs (2003) modell for samarbeid, som viser til hvordan ulike faktorer påvirker hverandre i en utviklende prosess, og dersom de blir oppfylt fører de til «readiness to act». «Readiness to act» betyr at de oppfylte faktorene til sammen legger til rette for integrerte og helhetlige tjenester for barn og unge. Dette kan overføres til å forstå hvordan flere faktorer til sammen vil kunne føre til «readiness to act», og dermed kunne legge til rette for et bedre samarbeid mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten.

Oppsummert kan det i lys av undersøkelsens funn og Glavin & Erdal (2013) sin samarbeidsmodell, se ut som *profesjonsinteresser, motstridende oppgaver hos etatene, at gevinsten er asymmetrisk fordelt og manglende ressurser* er faktorer som bidrar til å hemme det tverretatlige samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. På den andre siden kan suksesskriteriene *kunnskap om hverandre, kompetanse, tillit, nytteopplevelse, forankring og realistisk syn på samarbeidsmuligheter* bidra til å fremme det tverretatlige samarbeidet i fremtiden.

6.3 STUDIENS BEGRENSNINGER

Denne masteroppgaven baserer seg på en forholdsvis liten kvalitativ undersøkelse. Det er derfor begrenset hvorvidt funnene i undersøkelsen kan generaliseres. En kvalitativ oppgave som denne, kan likevel bidra til å utvide kunnskapen på tverretatlig samarbeid, og på hvilke faktorer som påvirker samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten.

Det er viktig å presisere at informantene i denne undersøkelsen satt på svært begrenset erfaring i forhold til å samarbeide med tannhelsetjenesten. Rekrutteringen var vanskelig, og samtlige informanter var usikre på om de passet inn i undersøkelsen. Dette kan ha påvirket svarene de gav under intervjuene og i den forlengelse funnene denne masteroppgaven viser til. Da informantene ble spurt om hva som kunne hemme og fremme samarbeidet med tannhelsetjenesten, svarte flere av dem faktorer som de mente hemmet og fremmet samarbeid med andre tjenester som de hadde mer erfaring i å samarbeide med. Selv om ikke alle gav svar som direkte var rettet mot samarbeidet med tannhelsetjenesten, kan faktorene som ble nevnt likevel overføres til å forstå samarbeidet med tannhelsetjenesten. På bakgrunn av dette

er det også grunn til å tro at undersøkelsens funn kan gi kunnskap om hva som generelt kan hemme og fremme tverretatlig samarbeid.

Det finnes svært begrenset forskning på samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten, noe som har preget tolkningene og diskusjonen i denne oppgaven. For å støtte funnene i undersøkelsen er det brukt forskning som handler om samarbeidet mellom barnevernet og andre relevante samarbeidspartnere, og internasjonal forskning i forhold til tannhelsetjenestens meldepraksis. De teoretiske modellene som er brukt i oppgaven er utarbeidet i forhold til tverrfaglig samarbeid, der ulike yrkesutøvere arbeider sammen mot felles mål. Til tross for dette kan forskningen og teoriene bidra til kunnskap om, og overføres til å forstå det tverretatlige samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten.

6.4 KONKLUSJON OG IMPLIKASJONER FOR VIDERE FORSKNING OG PRAKSIS

Denne masteroppgaven har følgende problemstilling: «Hvordan beskriver barnevernsarbeidere samarbeidet med tannhelsetjenesten?». Gjennom analyse og diskusjon av undersøkelsens funn, fant jeg at barnevernsarbeiderne beskriver et begrenset samarbeid med tannhelsetjenesten. Ifølge informantene er tannhelsetjenesten en lite utnyttet ressurs, både som informant og som samarbeidspartner. De tre temaene meldingspraksis, kunnskap og forankring ble fremtredende med hensyn til å forstå det begrensede samarbeidet. Informantene fortalte at de mottok få meldinger fra tannhelsetjenesten, at de ofte gav utilstrekkelig tilbakemelding om undersøkelse ved saker der tannhelsetjenesten hadde meldt og at de sjelden innhentet informasjon. De fortalte videre om behov for kunnskap om hverandres tjenester og at samarbeidspartnere ofte hadde urealistiske forventninger til barnevernet. Samtidig var samarbeidsavtalen lite kjent og det var mangel på møtepunkter mellom barnevernet og tannhelsetjenesten. Bedret meldingspraksis, økt kunnskap og tyngre forankring av samarbeidet, i tillegg til informantenes positive innstilling til økt samarbeid, vil kunne bidra til å fremme samarbeidet i fremtiden.

Ettersom dette er en relativt liten undersøkelse og fordi samarbeidet mellom barnevernet og tannhelsetjenesten er lite belyst, er det behov for mer forskning på dette området. Flere kvalitative studier på hvordan barnevernsarbeidere beskriver samarbeidet med tannhelsetjenesten og på hvordan tannhelsepersonell beskriver samarbeidet med barnevernet, er derfor viktig. Siden jeg intervjuet barnevernkontor i relativt store kommuner i Hordaland,

kan det være nyttig å intervju barnevernkontor i mindre kommuner, da barnevernet gjerne har tettere samarbeid med andre tjenester i små kommuner kontra større (Heggen et al., 2013). I forlengelse av dette kan det også være interessant å gjøre «beste-praksis» studier. «Beste-praksis» studier er forskning som legger til grunn positive eksempler eller såkalte «suksesshistorier» fra praksis (De Boer & Coady, 2007; Jones, Cooper og Ferguson, 2008). Bakgrunnen for denne implikasjonen er at denne undersøkelsen gjerne viser til det motsatte av «suksesshistorier», ettersom informantene fortalte om et begrenset samarbeid som burde bli bedre. Å gjøre studier med barnevernkontor som har et tettere og bedre samarbeid med tannhelsetjenesten kan derfor være hensiktsmessig for å se hvordan det fungerer, og for å se hvilke faktorer som skal til for å få til et godt samarbeid mellom disse tjenestene.

Det kan videre være interessant å gjøre evalueringsstudier av samarbeidsavtalen som ble iverksatt i 2010 mellom barnevernkontorene og tannhelsetjenestene i Hordaland, Rogaland og Sogn og Fjordane. Dette kan være gunstig for å se på hvordan samarbeidsavtalen er implementert og hvordan den påvirker samarbeidet mellom tjenestene. Den større studien «Tannhelse og barnevern, samhandling til beste for barnet», som denne masteroppgaven er en del av, vil også kunne bidra med kunnskap på dette området når den publiseres.

I lys av undersøkelsens funn finnes det også en rekke praktiske implikasjoner. I forhold til hvordan man skal få til et bedre samarbeid med tannhelsetjenesten kan et åpnere barnevern være en mulig strategi. Et åpnere barnevern er også ønsket av andre relevante samarbeidspartnere (Backe-Hansen, 2009; Baklien, 2009; Drevdal, 2007). Det kan imidlertid diskuteres hvem som skal ha ansvar for et åpnere barnevern. Barnevernet i dag er i sterk vekst og har fått økende oppgaver og ansvar (Heggen et al., 2013; Kunnskapsdepartementet, 2012). Alle kommuner, både store og små, har ansvar for å møte hele spekteret av barnevernssaker. Samtidig viser strategien et «åpnere barnevern» at det er ønskelig at alle ansatte i barnevernet har nok kompetanse til å kunne arbeide åpent og utadvendt (BLD, 2008). Dette kan være særlig utfordrende for de små kommunene med få ansatte, kontra de større kommunene med flere ansatte. Regjeringen har imidlertid gjort en satsning på å øke antall stillinger i barnevernet de siste fire årene (BLD, 2013). Det kan likevel forslås at staten må ta ansvar i forhold til å gi informasjon om hvem barnevernet er og hvordan de jobber, samtidig som hvert barnevernkontor skal arbeide åpent og utadvendt.

Andre praktiske implikasjoner kan være at tannhelsetjenesten må ha mer kunnskap om barnevernsrelaterte tema i utdanningen sin og at barnevernsarbeidere må ha mer kunnskap om tannhelsetjenesten som samarbeidspartner i utdanningen sin. For å bedre samarbeidet mellom

ulike yrkesgrupper og kunne gi et mer helhetlig tjenestetilbud, påpeker regjeringen at samspillet mellom utdanning og arbeidsliv skal styrkes. I en stortingsmelding om utdanning til velferdsstatens yrker, understrekes det at alle bør ha felles kunnskap om hverandres tjenester (Kunnskapsdepartementet, 2012). En annen praktisk implikasjon kan være å gjøre samarbeidsavtalen bedre kjent og å invitere tannhelsepersonell med i samarbeidsmøter og i tverrfaglige team. Tverrfaglige team er noe barnevernet har med skole, politi, helsestasjon og flere. Jeg tenker at dette er en realistisk implikasjon, da den ikke vil gå ut over tid og ressurser siden slike møter holdes uansett. Det vil også føre til at tannhelsepersonell møtes fysisk med noen fra barneverntjenesten, som igjen vil kunne føre til mer tillit, kunnskap og senke terskelen for kontakt (Glavin & Erdal, 2013; Willumsen & Hallberg, 2003).

LITTERATURLISTE

- Aksnes, K. (2014). Tannhelse og barnevern, samhandling til det beste for barnet. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 124(11), 934. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/asset/2014/P14-11-934.pdf>
- Al-Habsi, S. A., Roberts, G. J., Attari, N., & Parekh, S. (2009). A survey of attitudes, knowledge and practice of dentists in London towards child protection. Are children receiving dental treatment at the Eastman Dental Hospital likely to be on the child protection register? *Br Dent J*, 206(4), 212-213. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.113
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Ambrose, J. B. (1989). Orofacial signs of child abuse and neglect: a dental perspective. *Pediatrician*, 16(3-4), 188-192. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2575251>
- Andenæs, A. (2000). Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater fra en kvalitativ undersøkelse. I H. Haavind (Red.), *Kjønn og fortolkende metode*. (s. 228-321). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Andersson, G. (2006). Child and family welfare in Sweden. I G. Cameron & N. Freymond (Red.), *Towards Positive Systems of Child and Family Welfare*. (s. 171 – 181). Toronto: University of Toronto.
- Andersson, H. W., Ose, S. O., Pettersen, I., Røhme, K., Sitter, M., & Ådnes, M. (2005). *Kunnskapsstatus om det samlede tjenestetilbudet for barn og unge*. (SINTEF Helse Rapport 3/05). Hentet fra http://sintef.net/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_03-05_kunnskapsstatus_barn_og_unge.pdf.
- Backe-Hansen, E. (2009). *Å sende en bekymringsmelding - eller la det være? En kartlegging av samarbeidet mellom barnehage og barnevern*. (NOVA notat nr 06/09). Hentet fra http://www.nova.no/asset/3735/1/3735_1.pdf
- Baklien, B. (2009). Skole, barnehage, barneverntjeneste – bilder av «de andre» hindrer samarbeid. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 86(4), 236- 244. Hentet fra <http://www.idunn.no/tnb/2009/04/art03>
- Barne- og familiedepartementet. (2002). *Om barne- og ungdomsvernet*. (St.meld. nr. 40 2001 2002). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/stmeld-nr-40-2001-2002-/id471124/?docId=STM200120020040000DDDEPIS&ch=1&q=>

- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2000a). *Barnevernet i Norge - Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer* (NOU 2000:12). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2000-12/id117351/?docId=NOU200020000012000DDDEPIS&q=&navchap=1&ch=2>.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2000b). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. (Veileder Q-0982, med endringer gitt i Q-9/00). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf-barnev/id279007/>.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2005). *Formidling av opplysninger og samarbeid der barn utsettes for vold i familien*. (Veileder Q-1088B). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2005/0002/ddd/pdfv/250231-veileder2.pdf>.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2012). *Bedre beskyttelse av barns utvikling — Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet* (NOU 2012: 5). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2012-5/id671400/?docId=NOU201220120005000DDDEPIS&ch=1&q=>.
- Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet. (2013). *Endringer i barnevernloven* (Prop. 106 L 2012–2013). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/prop-106-l-20122013/id720934/>.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2006). *Opplysningsplikt til barnevernet og barnevernets adgang til å gi opplysninger*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bld/bro/2006/0003/ddd/pdfv/270272-web_opplysn.pdf.
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge* (NOU 2009: 22). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/nou-2009-22/id587673/>.
- Barnevernloven. Lov 17. Juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>.
- Barnekonvensjonen. (1991). *FNs konvensjon om barnets rettigheter: vedtatt av De Forente Nasjoner den 20. november 1989, ratifisert av Norge den 8. januar 1991*. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

- Becker, D., Needleman, H. L., & Kotelchuk, M. (1978). Child abuse and dentistry: orofacial trauma and its recognitions by dentists. *Journal of the American Dental Association*, 97(1), 24-28. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28343>
- Befring, E. (2007). *Forskningsmetode*. Oslo: Det Norske Samlaget
- Befring, E., Duesund, L., & Popovici, S. (2010). *Familier og Barn i Krise. Rapport fra forskningsprosjektet: Økningen i tilmeldte til barnevernet - En analyse av utviklingstrekk*. Hentet fra <http://www.uv.uio.no/isp/english/people/aca/livdue/rapport-familier-og-barn-i-krise.pdf>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa
- Cameron, G., & Freymond, N. (2006). Understanding international comparisons of child protection, family service and community caring systems of child and family welfare. I G. Cameron & N. Freymond (Red.), *Towards Positive Systems of Child and Family Welfare*. (s. 3- 27). Toronto: University of Toronto Press.
- Carins, A. M., Mok, J. Y., & Welbury, R. R. (2005). Injuries to the head, face, mouth and neck in physically abused children in a community setting. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 15(5), 310-318. doi: 10.1111/j.1365-263X.2005.00661.x
- Creswell, J. (2007). *Qualitative Inquiry and Research Design: choosing among five approaches*. California: SAGE Publications.
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Darlington, Y., Feeney, J. A., & Rixon, K. (2005). Interagency collaboration between child protection and mental health services: practices, attitudes and barriers. *Child Abuse Negl*, 29(10), 1085-1098. doi:10.1016/j.chiabu.2005.04.005
- De boer, C., & Coady, N. (2007). Good helping in child welfare: learning fom stories of success. *Child and Family Social Work*, 12(1), 32-42. doi: 10.1111/j.1365-2206.2006.00438.x
- Devaney, J., & Spratt, T. (2009). Child abuse as a complex and wicked problem: Reflecting on policy developments in the United Kingdom in working with children and families with multiple problems. *Children and Youth Services Review*, 31(6), 635-641. doi: 10.1016/j.chilyouth.2008.12.003
- Dougall, A., & Fiske, J. (2009). Surviving child sexual abuse: the relevance to dental practice. *Dental Update*, 36(5), 294-296. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19585853>

- Drevdal, P. M. (2007). *Tverretattlig samarbeid. Belyst gjennom intervju med representanter fra skole og barneverntjeneste i fire kommuner* (Masteroppgave). Oslo. Hentet fra <https://www.duo.uio.no/handle/10852/31004>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (2006). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, jus og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/Samfunnsvitenskap-jus-og-humaniora/>
- Forvaltningsloven. Lov 10. februar 1967 om behandlingsmåten i forvaltningssaker. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10>.
- Germundsson, P. (2011). *Lärare, socialsekreterare och barn som far illa: om sociala representationer och interprofesjonell samverkan* (Doktoravhandling). Universitetet i Örebro.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009a). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68-81. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61706-7
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D., & Harriet L., M. (2009b). Child Maltreatment 2. Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet* 373(9658), 167-180. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61707-9
- Gilje, N., & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Glavin, K., & Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis*. Oslo: Kommuneforlaget AS
- Grinde, T. V. (2006). Nordisk barnevern: Variasjoner i normer, holdninger og praksis. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43(11), 1140-1149. Hentet fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=2277&a=3
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Harker, R. M., Dobel-Ober, D., Berridge, D., & Sinclair, R. (2004). More than the sum of its parts? Inter-professional working in the education of looked after children. *Children & Society*, 18(3), 179-193. doi: 10.1002/chi.787
- Harris, J. C., Elcock, C., Sidebotham, P. D., & Welbury, R. R. (2009a). Safeguarding children in dentistry: 1. Child protection training, experience and practice of dental professionals with an interest in paediatric dentistry. *Br Dent J*, 206(8), 409-414. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.307

- Harris, J. C., Elcock, C., Sidebotham, P. D., & Welbury, R. R. (2009b). Safeguarding children in dentistry: 2. Do paediatric dentists neglect child dental neglect? *Br Dent J*, 206(9), 465-470. doi: 10.1038/sj.bdj.2009.356
- Hatch, J. A. (2002). *Doing qualitative research in education settings*. Albany, N.Y: University of New York Press.
- Heggen, K., Jørgensen, T., & Rød, P. A. (2013). Det kommunale barnevernet: - Faglege argument i møte med kommunalpolitikk. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 90(02), s. 84-98. Hentet fra http://www.idunn.no/tnb/2013/02/det_kommunale_barnevernet_-_faglege_argument_i_moete_med_ko
- Helgeland, I. M. (2005). "Catch 22" of Research Ethics: Ethical Dilemmas in Follow-Up Studies of Marginal Groups. *Qualitative Inquiry*, 11(4), 549-569. doi: 10.1177/1077800405276770
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *Om lov om helsepersonell m v (helsepersonelloven)*(Ot.prp. nr. 13 1998-99). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/otprp-nr-13-1998-99-/id159428/>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Bekymringsmeldinger i tannhelsetjenesten*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/tannhelse/bekymringsmelding-til-barnevernet>
- Helsedirektoratet (2015). *Nasjonalt faglig retningslinje for gode tannhelsetjenester til barn og unge*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/Sider/Gode-tannhelsetjenester-til-barn-og-unge.aspx>
- Helsepersonelloven. Lov 2. Juli 1999 nr. 64 om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helsetilsynet. (2009). *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn* (Rapport fra Helsetilsynet 5/2009). Hentet fra http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2009/helsetilsynetrapport5_2009.pdf
- Hermanowicz, J. C. (2002). The great interview: 25 strategies for studying people in bed. *Qualitative Social Work*, 25(4), 479-499. doi: 10.1023/A:1021062932081
- Hesjedal, E., Hetland, H., & Iversen, A. C. (2013). Interprofessional collaboration: self-reported successful collaboration by teachers and social workers in multidisciplinary teams. *Child & Family Social Work*. doi: 10.1111/cfs.12093
- Hildyard, C., & Wolfe, D. (2002). Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6-7), 679-695. doi: 10.1016/S0145-2134(02)00341-1

- Hoobs, J. C., Hanks, H. G., & Wynne, J. M. (1999). *Child Abuse and Neglect. A Clinicians Handbook*. London: Churchill Livingstone
- Horwath, J., & Morrison, T. (2007). Collaboration, integration and change in childrens services: Critical issues and key ingredients. *Child Abuse & Neglect*, 31(1), 55-59. doi: 10.1016/j.chiabu.2006.01.007
- Ingierd, H. (2010). *Humaniora, samfunnsfag, juss og teologi*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/FBIB/Introduksjon/Innforing-i-forskningsetikk/Humaniora-samfunnsfag-juss-og-teologi/>
- Jesse, S. A. (1995). Physical manifestations of child abuse to head face and mouth: a hospital survey. *ASDC Journal of dentistry for children*, 62(4), 245-249. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7593881>
- Jones, K, Cooper, B & Ferguson, H (2008). Introducing critical best practice in social work. I Jones, K, Cooper, B & Ferguson, H (Red.). *Best practice in social work: Critical perspectives*. (s. 1- 10). London: Palgrave Macmillian
- Killén, K. (2009). *Sveket 1, barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kjønstad, A. (2009). *Taushetsplikt om barn. Kommunikasjon og samarbeid mellom helseetaten, skoleetaten, sosialetaten og barnevernet*. Oslo: Kommuneforlaget
- Kloppen, K., Mæhle, M., Kvello, Ø., Haugland, S., & Breivik, K. (2014). Prevalence of Intrafamilial Child Maltreatment in the Nordic countries: A Review. *Child Abuse Review*, 24 (1), 51-66. doi: 10.1002/car.2324
- Kloppen, K., Rønneberg, A., Espelid, I., & Bårdsen, M. L. (2010). Tannhelsetjenesten - en viktig samarbeidspartner og informant for barnevernet når barn utsettes for omsorgssvikt og mishandling. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 87, 224-230. Hentet fra <http://www.idunn.no/tnb/2010/04/art04>
- Kojar, B. H., & Lonne, B. (2012). A comparison of systems and outcomes for safeguarding children in Australia and Norway. *Child & Family Social Work*, 17(1), 96-107. doi: 10.1111/j.1365-2206.2011.00776.x
- Kommunesektorens organisasjon. (2013). *Veileder: Taushetsplikt og samhandling i kommunalt arbeid for barn- ungdom- familier*. Hentet fra <http://www.ks.no/Global/Taushetsplikt.pdf>
- Krumsvik, R. J. (2013). *Innføring i forskningsdesign og kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Kunnskapsdepartementet (2012). *Utdanning for velferd* (St.meld nr. 13 2011–2012) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-13-20112012/id672836/?docId=STM201120120013000DDDEPIS&ch=1&q=>
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvellido, Ø. (2013). *Barn i risiko, Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvist, T., Wickström, A., Miglis, I., & Dahllöf, G. (2014). The dilemma of reporting suspicions of child maltreatment in pediatric dentistry. *European Journal of Oral Sciences*, 122(5), 332-338. doi: 10.1111/eos.12143
- Laud, A., Gizani, S., Maragkou, S., Welbury, R., & Papagiannoulis, L. (2013). Child protection training, experience, and personal views of dentists in the prefecture of Attica, Greece. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 23(1), 64-71. doi: 10.1111/j.1365-263X.2012.01225.x
- Lock, A., & Strong, T. (2010). *Sosial konstruksjonisme. Teorier og tradisjoner*. Bergen: Fagbokforlaget
- Maguire, S., Hunter, B., Hunter, L., Sibert, J. R., Mann, M., & Kemp, A. M. (2007). Diagnosing abuse: a systematic review of torn frenum and other intra-oral injuries. *Archives of disease in childhood*, 92(12), 1113-1117. doi: 10.1136/adc.2006.113001
- Maxwell, J. A. (1992). Understanding and Validity in qualitative Research. *Harvard Educational Review*; 62(3), 279-300. Hentet fra http://mkoehler.educ.msu.edu/hybridphd/hybridphd_summer_2010/wp-content/uploads/2010/06/maxwell92.pdf
- Morrison, M., & Glenny, G. (2011). Collaborative inter-professional policy and practice: in search of evidence. *Journal of Education Policy*, 27(3), 1-20. doi: 10.1080/02680939.2011.599043
- Naidoo, S. (2000). A profile of the oro-facial injuries in child physical abuse at a children's hospital. *Child Abuse & Neglect*, 24(4), 521-534. doi: 10.1016/S0145-2134(00)00114-9
- Nordby, H., Bennin, C., & Buer, B. A. (2013). *Etikk i barnevern*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Norman, R., E, Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Medicine*, 9(11), e1001349. doi: 10.1371/journal.pmed.1001349

- Næss, L., Bjørknes, R., & Brattab, I. V. (2014). Tannhelsepersonellens rolle for å oppdage barn utsatt for mishandling eller omsorgssvikt. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 124(11), 902- 905. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/i/2014/11/d2e1561>
- Patton, M. Q. (1987). *How to Use Qualitative Methods in Evaluation*. London: SAGE Publications.
- Pedersen, V., Strand, N., Willumsen, T., & Rønneberg, A. (2015). Tannhelsetjenestens rolle ved barnemishandling. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 125(4), 320- 326. Hentet fra <http://www.tannlegetidende.no/asset/2015/P15-04-320-6.pdf>
- Personopplysningsloven. Lov 14. April 2000 nr. 31 om behandling av personopplysninger. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31>
- Ponterotto, J. G. (2005). Qualitative Research in Counseling Psychology: A Primer on Research Paradigms and Philosophy of Science. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 126-136. doi: 10.1037/0022-0167.52.2.126
- Qsr.international. (2010). NVivo [Computer software]. Hentet fra <http://www.qsrinternational.com>
- Ragin, C. C. (1994). *Constructing Social Research. The Unity and Diversity of Method*. Thousand Oaks, California: Pine Forge Press
- Rasmussen, P. (1989). Barnemishandling og omsorgssvikt. Odontologiske aspekter. *Den norske tannlegeforenings tidene*, 189, 291-329.
- Riessman, C. K. (1993). *Narrative analysis*. Newbury Park, CA: Sage.
- Rød, P. A., Iversen, A. C., & Underlid, K. (2012). The child welfare service's assessments in custody cases that involve minors. *European Journal of Social Work*, 6(4), 1-19. doi: 10.1080/13691457.2012.709484
- Silverman, D. (2011). *Interpreting qualitative data* (4 utg.). Los Angeles: Sage.
- Solstad, A. (2014). Lokalt tverrfaglig samarbeid om barnevern. I A. Solstad, R. Føllesø & K. Mevik (Red.), *Kort om barnevern* (2 utg.). (s. 112- 123). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sonbol, H. N., Abu-Ghazaleh, S., Rajab, L. D., Baqain, Z. H., Saman, R., & Al-Bitar, Z. B. (2012). Knowledge, educational experiences and attitudes towards child abuse amongst Jordanian dentists. *European Journal of Dental Education*, 16(1), 158-165. doi: 10.1111/j.1600-0579.2011.00691
- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Helsepersonells plikt og rett til å gi barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten opplysninger ved mistanke om: mishandling av barn i hjemmet, andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, misbruk av rusmidler under graviditet* (Rundskriv, IS-17/2006). Hentet fra

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/462/Helsepersonells-plikt-og-rett-til-a-gi-opplysninger-til-barneverntjenesten-politiet-og-sosialtjenesten-IS-17-2006.pdf>.

Statistisk sentralbyrå. (2014). *Barnevern, 2013*. Hentet fra <http://www.ssb.no/barnevern/>
Tannhelsetjenesteloven. Lov 3. Juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten. Hentet fra
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1983-06-03-54>.

Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4 utg.).
Bergen: Fagbokforlaget.

Ueland, S. O. (2014). Ledelse av barnevern til godt tverrfaglig og tverretatlig samarbeid. I Ø.
Kvello & T. Moe (Red.), *Barnevernledelse*. (s. 87-101). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Uldum, B., Christensen, H. N., Welbury, R., & Poulsen, S. (2010). Danish dentists and dental
hygienists knowledge of and experience with suspicion of child abuse or neglect.
International Journal of Paediatric Dentistry, 20(5), 361-365. doi: 10.1111/j.1365-
263X.2010.01070.x.

UNICEF. (1993). *Convention on the rights of the child*. Geneva: UNICEF: The Centre.

Valencia-Rojas, N., Lawrence, H. P., & Goodman, D. (2008). Prevalence of Early Childhood
Caries in a Population of Children with History of Maltreatment. *Journal of public
health Dentistry*, 68(2), 94-101. doi: 10.1111/j.1752-7325.2007.00077.x.

Willumsen, E. (2009). Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og utdanning i helse-og
sosialektoren. I E. Willumsen (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid i praksis og
utdanning*. (s. 16-30). Oslo: Universitetsforlaget.

Willumsen, E., & Hallberg, L. (2003). Interprofessional collaboration with young people in
residential care: some professional perspectives. *J Interprof Care*, 17(4), 389-400. doi:
10.1080/13561820310001608212

Ødegård, A., & Willumsen, E (2011). Felles innsats eller solospill? En kvalitativ studie om
tjenesteyteres samarbeid omkring barn og unge. *Norges barnevern*, 88(4), 188-199.
Hentet fra <http://www.idunn.no/tnb/2011/04/art04>

Winsvold, A. (2011). *Evaluering av prosjektet sammen for barn og unge - bedre samordning
av tjenester til utsatte barn og unge*. (NOVA Rapport 18/11). Hentet fra
http://www.nova.no/asset/4805/1/4805_1.pdf

VEDLEGG

1. Informasjonsskriv og samtykkeerklæring
2. Intervjuguide
3. Godkjenning fra NSD
4. Samarbeidsavtale: Samarbeid mellom barneverntjenesten og tannhelsetjenesten i Hordaland (utdrag av samarbeidsavtalen som er relevante for denne masteroppgaven).

1. INFORMASJONSSKRIV OG SAMTYKKEERKLÆRING

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet:

«Tannhelsepersonell og barnevern, samhandling til beste for barnet. En kvalitativ studie av barneverntjenestens erfaringer».

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et masterprosjekt som skal fremskaffe kunnskap om hvilke erfaringer og tanker barnevernsarbeidere har om samarbeidet med tannhelsetjenesten. Oppgaven vil være en del av en større studie som heter Tannhelse og barnevern, samhandling til beste for barnet. Målet med denne studien er å fremskaffe ny kunnskap slik at tannhelsetjenesten lettere kan oppdage barn som er utsatt for mishandling og/eller andre former for alvorlig omsorgssvikt.

Hva innebærer studien?

Formålet i denne studien er å finne ut av hvordan barnevernsarbeidere opplever samarbeidet med tannhelsetjenesten. Jeg vil også undersøke hvordan barneverntjenesten melder tilbake til tannhelsetjenesten om bekymringsmeldinger de har fått inn. For å studere dette vil jeg intervjuv åtte barnevernsarbeidere som har erfaring med å samarbeide med tannhelsetjenesten. Intervjuet vil ta omtrent en time og jeg vil bruke båndopptak og ta notater under intervjuet. Vi kan sammen bli enige om tid og sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Informasjonen som registreres om deg skal kun brukes slik som beskrevet i formål med studien. Alle opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når

oppgaven er ferdig innen mai 2015. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst trekke ditt samtykke til å delta i studien, uten å måtte begrunne dette nærmere. Om du nå sier ja til å delta, kan du senere trekke tilbake ditt samtykke uten at dette vil få noen konsekvenser for deg. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektleder Førsteamanuensis Ragnhild Bjørknes, HEMIL-senteret, Universitetet i Bergen, telefon: 55 58 32 28.

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, kan du skrive under på den vedlagte samtykkeerklæringen

Med vennlig hilsen

.....

Ragnhild Bjørknes og Cathrin Myrøld

Bergen, 28.08 2014

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur

2. INTERVJUGUIDE

Innledende spørsmål:

- Hvor lenge har du jobbet i barneverntjenesten?
- Hvilke instanser er du i kontakt med? (Hvem samarbeider dere med)
- Hva med tannhelsetjenesten? Mye faglig fokus rundt dette.

Samarbeidsavtalen

- Kjenner du til samarbeidsavtalen?
- Hvis nei - hva tenker du om det?
- Hvordan har samarbeidsavtalen blitt gjort kjent blant de ansatte i barneverntjenesten?
- Har du vært med på samarbeidsmøter med tannhelsetjenesten?
- Hvis ja – hva gjør dere på slike møter?

Bekymringsmeldinger fra tannhelsetjenesten

- Hvor mange bekymringsmeldinger har du mottatt fra tannhelsetjenesten?
- Hva gjør du med bekymringsmeldinger som kommer inn fra tannhelsetjenesten?
- Hvordan melder dere tilbake til tannhelsetjenesten om bekymringsmeldinger som tannhelsetjenesten har sendt inn? Hvilke prosedyrer har dere på dette?
- Dersom dere allerede har opprettet sak på vedkommende, hvordan melder dere da tilbake til tannhelsetjenesten?
- Når tannhelsetjenesten melder «ikke møtt» - Hvordan følger dere disse meldingene opp? Hvordan du vurderer dere disse meldingene?
- Ser barnevernet på tannhelsetjenesten som en viktig samarbeidspartner?
- Bruker dere tannhelsetjenesten for å innhente informasjon?

Egne erfaringer

- Kan du fortelle litt om dine erfaringer med å melde tilbake til tannhelsetjenesten etter å ha mottatt en bekymringsmelding
- Hvilke faktorer tenker du er fremmende for samarbeidet med tannhelsetjenesten?
- Hvilke faktorer tenker du hemmer samarbeide med tannhelsetjenesten?

Er det spørsmål jeg har glemt å stille?

Er det noe du har lyst å legge til?

3. GODKJENNELSE FRA NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Ragnhild Bjørknes
HEMIL-senteret Universitetet i Bergen
Christiesgt. 13
5015 BERGEN

Vår dato: 04.09.2014

Vår ref: 39594 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 28.08.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

39594	<i>Barnevern og tannhelsetjenesten – samhandling til barnets beste. En kvalitativ studie av barneverntjenestens erfaringer</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Bergen, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ragnhild Bjørknes</i>
<i>Student</i>	<i>Cathrin Myrøld</i>

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

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

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Vedlegg: Prosjektvurdering

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices
OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39594

Personvernombudet legger til grunn at prosjektet er klarert med ledelsen for aktuelle barnevernstjenester.

Informasjonsskrivet til utvalget er tilfredsstillende utformet.

Det legges videre til grunn at det ikke vil bli innhentet opplysninger om tredjepersoner (barnevernsbarn) og at taushetsplikten ikke er til hinder. Det vil således ikke bli registrert sensitive opplysninger om helseforhold på individnivå i prosjektet.

Datamaterialet anonymiseres innen prosjektslutt 20.05.15 ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Opptak slettes.

4. SAMARBEIDSAVTALE: SAMARBEID MELLOM BARNEVERN TJENESTEN OG TANNHELSETJENESTEN I HORDALAND

Avtale

**Samarbeid mellom Barnevernstenesta
og tannhelsetenesta i Hordaland.**



”Tenner for livet”

Samarbeid mellom Barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland.

Tannhelsetenesta har meldeplikt til barnevernstenesta.

FN sin barnekonvensjon:

Staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømming eller utnytting frå foreldre eller andre omsorgspersonar.

Lokale forskjellar i det landsdekkande tannhelsetilbodet og følgjeleg sosial ulikskap mht tannstatus.

Barneombodet er svært bekymra for denne ulikskapen og for at dei som blir utsett for overgrep eller omsorgssvikt ikkje blir oppdaga. Barneombodet ynskjer ei tannhelseteneste som ivaretar og gir likt tilbod utan omsyn til bustad og sosial status. Tannhelsetenesta har anledning til å sjå alle barn, og i samband med tannbehandling har tannhelsepersonellet høve til å avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn.

Fylkeskommunane Rogaland, Sogn og Fjordane, Hordaland og Medisinsk Odontologisk fakultet Universitetet i Bergen ynskjer å gje alle barn og unge eit likeverdig tilbod, og har i samarbeid med barnevernstenesta og Statens barnehus i Bergen utarbeidd samarbeidsavtalar mellom barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland. Vidare har ein utarbeidd rutinar og retningslinjer for å avdekke omsorgssvikt og overgrep.

Tannhelsetenesta i Hordaland skal i følgje Lov om tannhelsetenester drive oppsøkjande verksemd, førebygging og behandling retta mot alle barn og unge frå 0 – 18 år.

I Lov om kommunale helse- og omsorgstenester m.m. § 1-1 nummer 5 står det at formål med lova er å sikre samhandling og at tenestetilbodet blir tilgjengeleg for pasient og brukar, samt sikre at tilbodet er tilpassa den enkelte sitt behov. Vidare i § 3-1 fyrste ledd står det at kommunen skal sørge for at personar som oppheld seg i kommunen blir tilbudd nødvendige helse- og omsorgstenester. § 3-4, pålegg kommunane ei plikt til samhandling og samarbeid. M.a. skal kommunen samarbeide med fylkeskommune, regionalt føretak og stat sånn at helsetenestene i landet best mogleg kan verke som ei eining.

For å kunne ivareta lovkrav og helsepolitiske mål, er forpliktande samarbeid mellom forvaltningsnivåa naudsynt. Eit godt tilbod er avhengig av eit nært og forpliktande samarbeid mellom fylkeskommunale og kommunale tenester. Samarbeidet kan best sikrast gjennom skriftlege avtalar mellom partane, der ansvar og oppgåver er tydeleg fordelt og definert.

Mål for tannhelsetenesta i Hordaland sitt virke:

Målgruppe: Barn og unge frå 0-18 år.

Mål: Etablere gode rutinar mellom barnevernstenesta og tannhelsetenesta for å kunne avdekke omsorgssvikt og overgrep mot barn og unge.

Samarbeidet og rutineane må sikra at barna sin integritet blir ivaretatt. Behandling og oppfølging må tilretteleggast på ein god måte som fører til det beste for barnet.

Delmål: Sikra tverrfagleg samarbeid og auka kompetanse på begge tenestenivå.

Dette inneber at:

- tannhelsepersonell har kompetanse til å gjenkjenne symptom i munnhole og åtferds- mønster som mellom anna kan tyda på seksuelle overgrep, omsorgssvikt og spiseforstyringar.
- tannhelsetenesta må synleggjera sin kompetanse og bidra med den.
- tannhelsetenesta er inkludert i eit større tverrfagleg samarbeid og gjort kjent med dei fagmiljø som er etablert i kommunen. Barnevernstenesta må leggje til rette for at tannhelsetenesta blir integrert i samarbeidet.
- helsefremjande og førebyggjande tiltak vert sett i verk.

Barnevernstenesta og tannhelsetenesta har ulik organisering og er for-ankra på forskjellige forvaltningsnivå. Det betyr samarbeid på tvers av sektor og tenestegrense.

Arbeidet på tvers av sektorane blir i hovudsak styrt / regulert av følgjande regelverk:

Lover og regelverk

Lov om tannhelsetjenesten. LOV-1983-06-03-54

§ 1-3, 1. ledd bokstav a. Barn og ungdom fra fødsel til og med det året de fyller 18 år.

Lov om barnevernstjenester LOV 1992-07-17 nr 100

§ 6-4 Opplysningsplikt til barnevernet

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. LOV-2011-06-24-30

§ 1-1 Lovens formål

§ 1-2 Lovens virkeområde

§ 2-1 Forholdet til helsepersonelloven

§ 3-1 Kommunens overordnede ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-2 Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester

§ 3-3 Helsefremmende og førebyggende arbeid

§ 3-4 Kommunens plikt til samhandling og samarbeid

§ 4-1 Forsvarlighet.

§ 7-1 Individuell plan.

Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. LOV-1984-03-30-15

§ 3 Plikt til å opprette internkontrollsystem og tilsyn med at det føres internkontroll.

Lov om pasient- og brukerrettigheter. LOV-1999-07-02-63

Kap. 2 Rett til helse- og omsorgstjenester og transport.

Kap. 3 Rett til medvirkning og informasjon.

Kap. 4 Samtykke til helsehjelp.

Kap. 5 Rett til journalinnsyn.

Kap. 6 Barns særlige rettigheter

Lov om helsepersonell m.v. LOV-1999-07-02-64

§ 21 Hovedregel om taushetsplikt

§ 21a. Forbud mot urettmessig tilegnelse av taushetsbelagte opplysninger

§ 25 Opplysninger til samarbeidende personell

Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. LOV 1967-02-10 nr 00

§13 Taushetsplikt

Lov om folkehelsearbeid. LOV 2011-06-24 nr 29

Kap. 2 Kommunens ansvar

Kap. 4 Fylkeskommunens ansvar

Samarbeidsavtale mellom barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland

.....kommune

Målgruppa:

Barn og unge mellom 0-18 år.

Barnevernstenesta sitt ansvar:

1. Delta på samarbeidsmøte med tannhelsetenesta i Hordaland.
2. Inngå skriftleg samarbeidsavtale med tannhelsetenesta i Hordaland.
3. Kjenne til tannhelsetenesta i Hordaland sine rutinar for innkalling, informasjon til føresette og sending av bekymringsmelding.
4. Vere tilgjengeleg for tannhelsetenesta i Hordaland med råd og rettleiing i saker der det er mistanke om at eit barn kan vere utsett for vald, misbruk eller andre former for alvorleg omsorgssvikt. Også i saker der ein er usikker på grad av bekymring, kan barnevernstenesta gje råd og rettleiing. Drøftingar i enkelt-saker skal vere anonyme inntil det føreligg ei bekymringsmelding til barnevernet.
5. Barnevernstenesta skal gje tilbakemelding til den som melder. Tilbakemeldinga skal sendast seinast innan tre veker etter at meldinga er motteke. Tilbakemelding kan unnlatast i tilfeller der meldinga er klart ugrunna eller der andre særskilte omsyn veg imot å gje tilbakemelding (Lov om barnevernstenester § 6-7a). Tilbakemeldinga skal bekrefte at meldinga er motteken. tannhelsetenesta i Hordaland skal òg opplysast om det er opna sak etter barnevernlova § 4-3. Dersom det er opna sak skal tannhelsetenesta ha ny tilbakemelding om at undersøkinga er gjennomført. Den nye tilbakemeldinga skal innehalde opplysningar om saka er lagt bort eller om barnevernstenesta følger opp saka vidare.

Tannhelsetenesta i Hordaland sitt ansvar:

1. Årleg innkalling til samarbeidsmøte mellom barnevernstenesta og tannhelsetenesta i Hordaland og skrive referat frå møta. (Skriftleg innkalling med sakliste.)
2. Inngå skriftleg samarbeidsavtale med barnevernstenesta.
3. Informere barnevernet om tannhelsetenesta i Hordaland sine rutinar for innkalling, informasjon til føresette og sending av bekymringsmelding.
4. Informere barnevernet om relevante opplysningar som kan innhentast frå tannhelsetenesta (Sjå vedlegg side 19). Besvare konkrete spørsmål frå barnevernet som er relevant for saka det gjeld.
5. Gjera personalet i tannhelsetenesta i Hordaland kjent med kontakt- team og telefonnr. til barnevernstenesta i sitt område/ distrikt.

Kontakt-team: _____

Tlf.: _____

6. Tannhelsepersonell skal på eige initiativ senda bekymringsmelding til barnevernstenesta når det er grunn til å tru at eit barn blir utsett for vald, overgrep eller andre former for alvorleg omsorgssvikt.
7. Utan hinder av teieplikta skal helsepersonell av eige tiltak gje opplysningar til barnevernet når det er grunn til å tru at barnet blir mishandla i heimen eller at det føreligg andre former for alvorleg omsorgssvikt. Jf. lov om barnevernstenester §4-10, §4-11, §4-12. Det same gjeld barn med vedvarande åtferdsvanskar jf. nemnde lov§4-24.

I saker der ein er usikker på grad av bekymring, kan barnevernstenesta gje råd og rettleiing. Drøftingar i enkeltsaker skal vere anonyme inntil det føreligg ei bekymringsmelding til barnevernet.

Forslag til spørsmål barnevernstenesta kan stille tannhelse-tenesta i ein undersøkingsfase.

Punkta er rettleiande

- Når var barnets fyrste besøk på tannklinikken?
- Har barnet møtt regelmessig til avtalar?
Dersom nei:
 - Når og kor mange gongar har barnet uteblitt frå avtalar?
 - Er det meldt avbod i forkant av timen?
 - Er det oppgitt bakgrunn for det manglande oppmøtet?
- Har barnet hatt fylgje til tannklinikken og kven har i tilfelle fylgt barnet?
- Korleis opplever du samspelet mellom barnet og føresette på tannklinikken?
- Korleis opplever du barnet i behandlingssituasjonen, har det avvikande åtferd?
- Korleis opplever du barnet sin generelle hygiene?
- Korleis er barnet sin tannhelse?
- Korleis er barnet sin munnhygiene?
- Har det vore behov for å ekstra opplæring i munnhygiene og tett oppfølging av barnet?
Dersom ja:
 - Opplever du at føresette/ barnet har tatt opplæringa på alvor?
 - Opplever du at føresette er samarbeidsvillige?
 - Opplever du at føresette følgjer opp tiltak som blir iverksett eller anbefala av tannhelsepersonellet?
 - Har munnhygien til barnet vorte betre?
- Har barnet møtt til akutt tannbehandling ved traume/skade på tenner /kjeve?
- Er det nokon gong dokumentert blåmerke / skade på barnet når det har møtt til tannbehandling?
Dersom ja:
 - Er skade /traume / blåmerke dokumentert med foto?
- Har barnet nokon gong fortalt om forhold i heimen som kan gje grunn til bekymring?
- Har tannhelsepersonell kjennskap til forhold i familien som kan ha negativ innverknad på korleis barnet har det?
- Korleis er frammøte for søsken?